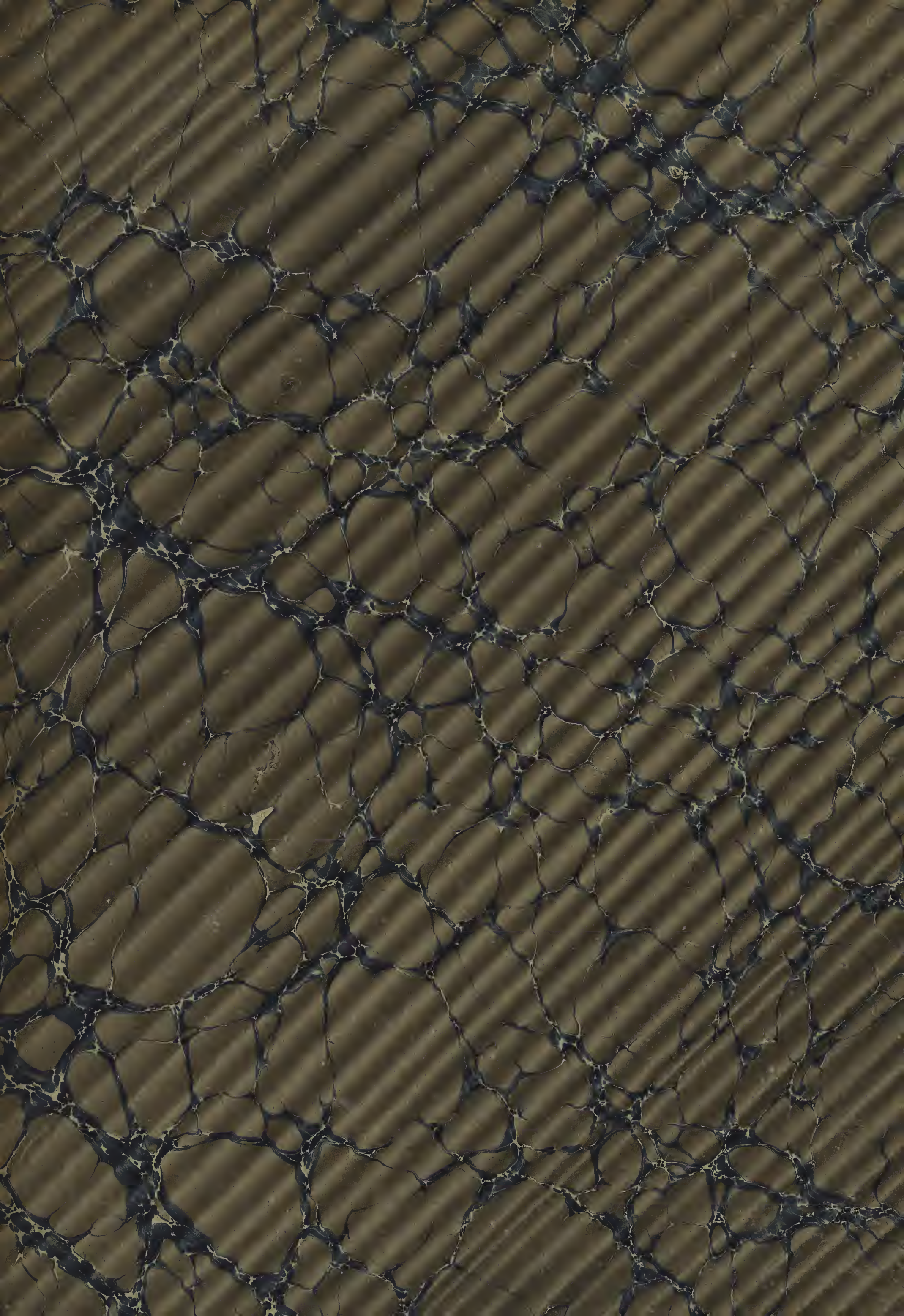
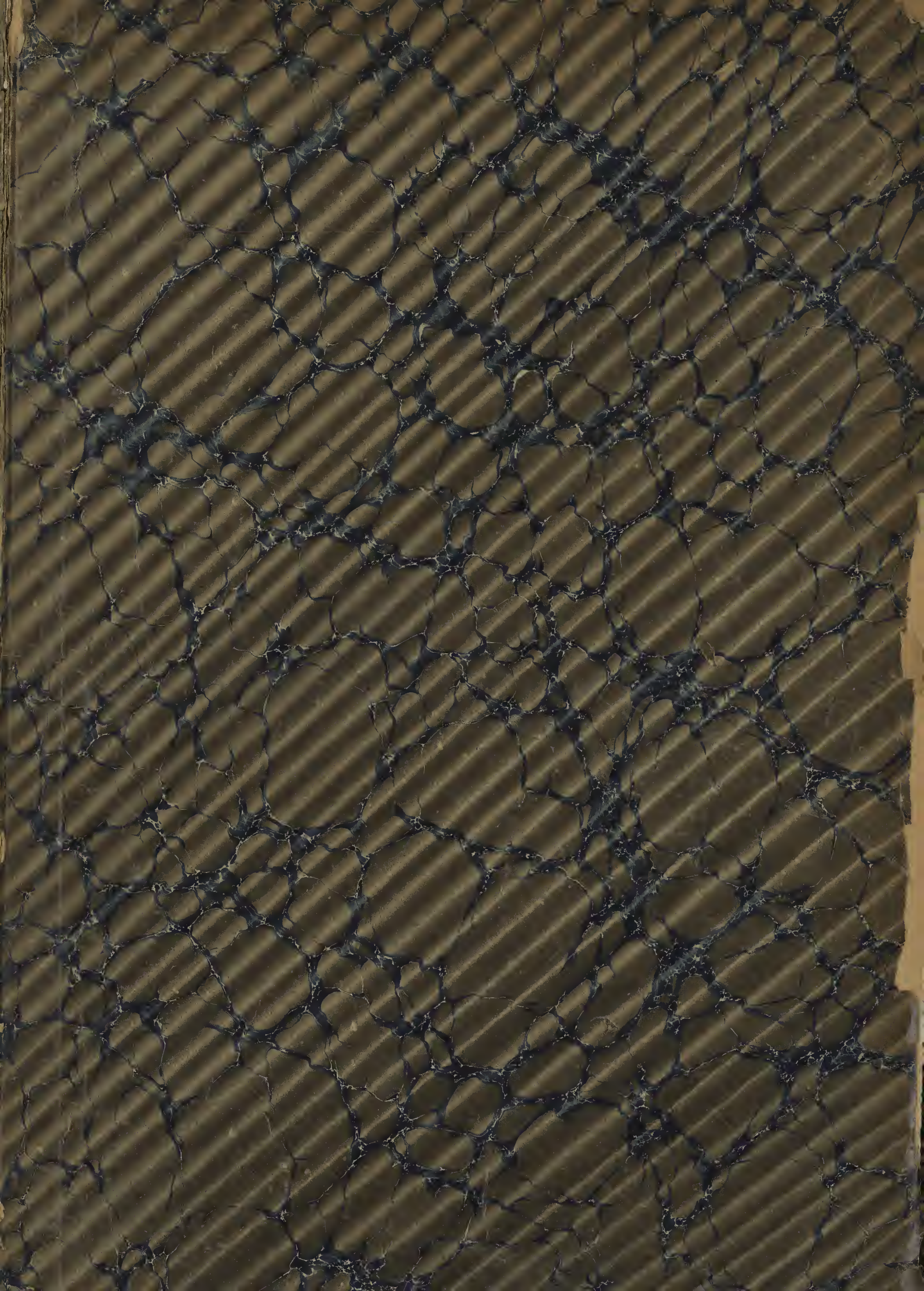




LA LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES



ANNÉE 1870

PARIS

AUX BUREAUX DE LA GAZETTE DES HOPITAUX

8, RUE DE L'UNIVERSITÉ, 8

1870

N° 1. — MARDI 4 JANVIER 1870. 43e ANNÉE. MARDI 4 JANVIER 1870. — N° 1.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a ins... faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent p... prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — Premier Paris. — HÔPITAL DES CLINIQUES (M. Bailly). Leçons sur le traitement de l'avortement. — Courants continus constants (MM. Jules Chéron et Moreau-Wolf). — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE. — Nouvelles.

Paris, le 3 janvier 1870.

Nous sommes heureux de commencer l'année par la publication de la lettre suivante, que nous adresse notre cher maître et collaborateur, M. le professeur Pajot.

Cette lettre soulève une des questions les plus graves de l'art des accouchements, et nos lecteurs suivront avec intérêt cette discussion entre deux professeurs de la Faculté, M. Depaul étant l'auteur de l'article contre lequel M. Pajot croit devoir élever la voix.

Voici la lettre de M. le professeur Pajot.

A M. le docteur Le Sourd, directeur de la Gazette des Hôpitaux.

Mon cher ami,

Permettez-moi de protester publiquement contre une assertion extraite de l'un des volumes du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (article Bassin).

Voici la phrase :

« Si on laisse la grossesse arriver à terme (dans les bassins dont le diamètre sacro-pubien a au plus 6 centimètres), il ne restera d'autre ressource que l'opération césarienne. »

Il me paraît important de ne pas laisser supposer à l'étranger que tous les accoucheurs de Paris en sont encore là.

Il a été démontré, par les faits, que cette affirmation était absolument fausse et dangereuse.

Sans doute, on ne doit jamais laisser la grossesse arriver à terme dans ces sortes de bassins, quand on est appelé à temps. Je crois avoir un peu contribué à l'établir. Mais, à neuf mois, il n'est plus permis aujourd'hui de considérer l'opération césarienne comme la seule ressource, à moins d'ignorer les faits publiés, de les nier, ou de les dissimuler à dessein.

Au reste, les résultats de la céphalotripsie répétée, dans ces sortes de cas, ont été publiés ; pourquoi les accoucheurs qui, aujourd'hui, conseillent et pratiquent l'opération césarienne, à Paris, ne publient-ils pas leurs succès ?

On pourrait ainsi comparer les deux méthodes appliquées dans des conditions identiques.

Ces succès, je puis affirmer qu'on ne les publiera pas.

Et alors, je laisse le public médical juger la valeur de l'assertion contre laquelle proteste

Votre dévoué confrère,

Professeur PAJOT.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. BAILLY, suppléant.

Leçons sur le traitement de l'avortement (1).

III

C. *Laisser s'accomplir le travail abortif en combattant les accidents qui peuvent le compliquer.* — Avez-vous constaté d'une manière positive l'un des quatre signes énumérés plus haut, et d'après lesquels tout espoir de conserver la grossesse vous est enlevé, votre rôle, messieurs, consistera désormais à surveiller les efforts de la nature et à attendre que ceux-ci aient opéré l'expulsion du produit, ou tout au moins la séparation complète de l'œuf et de la matrice. Ce sont en effet les contractions utérines seules qui doivent accomplir le premier temps de l'avortement, et il y aurait inconvénient, suivant moi, à leur venir en aide en cherchant à effectuer ce décollement avec le doigt ou des instruments. L'abstention complète de toute action chirurgicale, durant cette première phase du travail abortif, me paraît être une règle, sinon absolue, du moins très-générale, et bien peu nombreux seront les cas qui pourraient vous forcer à vous en écarter. J'insiste sur ce précepte, messieurs, parce que je lui attribue une extrême importance. Quels que soient le degré d'ouverture du col utérin et les accidents qui compliquent la fausse couche, que l'œuf soit en entier ou que la matrice ne contienne plus que le délivre, tant que ce dernier adhère encore à la paroi utérine, pendant les quatre premiers mois de la grossesse, ne cherchez point à l'ébranler et sachez résister à la tentation que vous éprouverez alors de l'accrocher avec le doigt et de l'amener au dehors. Abandonnez ce travail à la nature, et bornez-vous à combattre, par les moyens que je vous ferai connaître dans un instant, l'hémorrhagie et les autres complications qui peuvent se présenter. Ce précepte vous surprendra peut-être. En vous le donnant, je m'éloigne de la doctrine enseignée par un assez grand nombre d'accoucheurs estimables et adoptée par mon collègue, M. Guéniot, qui s'est lui-même occupé de ce sujet. Il est de plus en opposition avec la conduite conseillée à la fin de la grossesse, époque à laquelle les auteurs recommandent unanimement l'extraction de l'enfant ou du délivre comme le plus sûr moyen de mettre un terme aux accidents graves qui compliquent le travail ou la délivrance. Je vous dois donc compte de ce précepte, sur lequel insistent, de la façon la plus expresse, Puzos, Lachapelle, P. Dubois et M. le professeur Soltz, et dois vous faire connaître les motifs de l'abstention, qu'avec ces puissantes autorités, je vous conseille aujourd'hui. Pour moi, je vois à cette conduite deux raisons principales, qui se déduisent des différences tant anatomiques que physiologiques que présentent l'œuf et la matrice pendant la première moitié de la gestation, d'une part, et dans les derniers mois de ce même état, d'autre part.

En effet, pendant les quatre premiers mois de la grossesse, pendant les deux premiers surtout, il est presque toujours impossible d'extraire de l'utérus, à l'aide de moyens mécaniques, la totalité de l'œuf. A cette époque les adhérences de la muqueuse utérine à la couche musculaire sous-jacente sont encore très-fortes, et l'on ne parvient pour ainsi dire jamais à les rompre dans toute leur étendue. On peut bien dilacérer avec l'ongle le tissu du placenta et la muqueuse utéro-placentaire et en enlever des lambeaux, mais presque nécessairement aussi on en laisse dans la matrice des fragments dont le décollement, à cause de leur petit volume et de la faiblesse des contractions utérines, est plus difficile que celui de l'œuf entier. Aussi les voit-on séjourner parfois longtemps dans l'utérus, où ils deviennent une cause d'hémorrhagies persistantes.

Un second motif, non moins puissant que le précédent, de rejeter l'énucléation artificielle de l'œuf, c'est, à supposer qu'on eût pu la faire complète, l'impuissance fréquente de cette manœuvre à suspendre l'hémorrhagie qui complique l'avortement. Cette proposition réclame de moi une explication que voici. Si les contractions puissantes de la matrice, au terme normal de la grossesse, suffisent, en procurant le retrait de l'organe, pour arrêter rapidement l'hémorrhagie qui accompagne la délivrance, l'action beaucoup moins forte de l'utérus pendant le premier tiers de la gestation ne peut pas toujours produire seule ce résultat. La contractilité utérine y contribue sans doute dans une certaine mesure, mais la suspension définitive de l'hémorrhagie, dans cette première période, résulte peut-être plus encore de l'organisation, dans les vaisseaux divisés, de caillots oblitérateurs qui s'opposent à l'issue d'une nouvelle quantité de sang. C'est donc surtout en favorisant la production de ces caillots qu'on devra chercher à combattre l'hémorrhagie liée à l'avortement des premiers mois, et, comme je vous le dirai dans un instant, nous avons dans le tamponnement un moyen sûr d'atteindre ce but.

Ainsi donc, messieurs, dans l'avortement des quatre premiers mois, et pour les raisons que je viens de vous exposer, c'est en définitive à la matrice qu'il faut laisser le soin d'opérer le décollement total de l'œuf, et s'il vous est permis de porter de temps en temps le doigt dans la cavité utérine pour suivre les progrès de ce travail, vous ne songerez à vous servir de la main pour amener l'œuf au dehors, que lorsque vous aurez acquis la certitude que ce dernier est libre de toute adhérence. Mais cette séparation naturelle de l'œuf et de la matrice se fait souvent attendre pendant plusieurs jours, et pendant qu'elle se complète la femme reste exposée, vous ai-je dit, à divers accidents dont deux s'imposent particulièrement à votre attention par leur gravité fréquente et par l'importance qu'il y a à leur opposer un traitement convenable. Ce sont l'hémorrhagie et l'infection putride produite par la décomposition de l'œuf ou du délivre. Arrêtons-nous donc quelques instants sur chacun de ces accidents, et voyons par quelle thérapeutique il convient de chercher à s'en rendre maître.

Pendant les deux premiers mois de la grossesse, l'hémorrhagie qui se lie à l'avortement est rarement assez abondante pour mettre la vie des femmes en danger; mais à trois et quatre mois, elle a souvent ce résultat, et parfois d'une façon assez prompte. Dans tous les cas, c'est pour la femme une cause d'inquiétude et d'affaiblissement, et vous devrez sans trop tarder chercher à la suspendre. Dans l'avortement comme dans l'accouchement à terme, votre ressource principale pour atteindre ce but, la seule qui puisse vous donner une entière sécurité, consiste dans le tamponnement du vagin ; car vous devez peu compter sur l'action des petits moyens accessoires tels que le décubitus horizontal de la malade, l'évacuation de l'intestin, l'aération de la chambre, les boissons acidules, les lavements froids ou l'application du froid à l'extérieur, mesures qu'il ne faut pas négliger sans doute, mais qui sont fort incapables de maîtriser une hémorrhagie qui prend sa source dans des vaisseaux aussi volumineux que les ont ceux de la muqueuse utérine à trois ou quatre mois de grossesse. C'est donc au tamponnement qu'il faut recourir sans tarder lorsque la perte, par sa persistance ou sa quantité, expose la santé de la femme. Toutefois, comme l'hémorrhagie puerpérale, dans la première moitié de la grossesse, est presque toujours progressive; qu'elle n'offre jamais cette abondance subite, qui est le fait des pertes graves de la fin de la gestation, je ne vous conseillerai pas, d'employer tout d'abord le tampon solide et complet qu'on oppose à ces dernières. Un tamponnement mitigé, formé d'une demi-douzaine de bourdonnets de charpie du volume d'une noix et imprégnés de perchlorure de fer liquide officinal étendu de trois ou quatre fois son volume d'eau, une éponge imprégnée de vinaigre, me paraissent devoir suffire, dans la plupart des cas de fausse couche, pour obtenir la production de caillots oblitérateurs qu'il importe de faire naître le plus vite possible. Un tampon ainsi composé, vous l'avez déjà compris, ne doit son utilité qu'aux propriétés astringentes des liquides qui l'imprègnent, car son action mécanique est à peu près nulle. J'ai à peine besoin d'ajouter qu'un spéculum est absolument indispensable pour introduire et placer convenablement au fond du vagin la charpie ou l'éponge chargée de principes styptiques, et que vouloir, sans instruments, faire pénétrer ces corps étrangers dans le conduit génital, ainsi que j'ai vu quelques praticiens novices l'essayer, serait vous créer de très-grandes difficultés et causer d'horribles souffrances à la malade. Ce tamponnement restreint ne cause presque aucun malaise aux femmes et suffit, dans la plupart des cas, pour modérer la perte et même pour la suspendre; mais je me hâte d'ajouter que si l'hémorrhagie résistait à son emploi ou se montrait d'emblée trop abondante, ainsi qu'on l'observe assez souvent dès quatre mois de grossesse, vous devriez promptement renoncer à un moyen hémostatique évidemment disproportionné avec la gravité des accidents, et pratiquer de suite une obturation complète et solide du vagin, comme il vous est recommandé de la faire dans le cas de perte sanguine causée par l'insertion vicieuse du placenta.

Le tampon, en irritant le corps de l'utérus et le vagin, accroît en général la force des contractions utérines, et lorsqu'au bout d'un laps de temps, qui variera de 12 à 24 heures, on vient à enlever les bourdonnets de charpie, on trouve toujours l'hémorrhagie arrêtée et assez souvent l'œuf ou le délivre entièrement détaché. Il est alors facile de l'enlever avec la main. Résiste-t-il, au contraire, tant soit peu aux efforts du doigt, vous devez le laisser en place et en attendre la chute naturelle, mais en vous tenant prêt à tamponner encore si une nouvelle hémorrhagie se produisait.

Telle est, j'en ai la conviction, la meilleure conduite à tenir dans les pertes graves qui accompagnent l'expulsion d'un œuf abortif. En vous dirigeant d'après ces principes, et recourant sans perdre de temps à la méthode si efficace du tamponnement, j'affirme que vous ne perdrez jamais de femmes d'hémorrhagies. Cette conduite est absolument commandée lorsque le col long et fermé rend impossible l'accès du doigt jusqu'à l'œuf, mais, pour les raisons que j'ai fait valoir précédemment, je pense que c'est aussi celle qu'il faut préférer alors même que l'orifice utérin est largement ouvert, mais ne livre pas encore passage à un produit libre de toute adhérence à la matrice.

(A suivre.)

(1) Voir le numéro du 25-28, et 30 décembre.

COURANTS CONTINUS CONSTANTS

DES SERVICES QU'ILS PEUVENT RENDRE DANS L'INFLAMMATION L'ENGORGEMENT ET L'HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE (1)

Par les docteurs Jules CHÉRON et MOREAU-WOLF.

OBSERVATION IV.

D..., 40 ans, artiste peintre. Ce malade a abusé de la vie; il a contracté, à l'âge de 18 ans, un chancre qui n'a pas été suivi d'accidents, et une blennorrhagie qui a laissé à sa suite un écoulement qui, sujet à des recrudescences à chaque écart de régime, persiste encore à l'heure qu'il est.

Le sieur D... a été opéré, il y a deux ans, d'une hernie étranglée; depuis cette opération, le malade est forcé de se sonder tous les jours, s'il ne veut être pris de rétention d'urine, accident qui lui est survenu après l'opération.

Les urines sont purulentes, ou du moins nous y constatons la présence de nombreux leucocythes.

Elles renferment même quelquefois des glaires, qui viennent obstruer les yeux de la sonde.

(1) Voir les numéros du 25-28 et 30 décembre 1869.

Mais, si le malade vient nous consulter, c'est surtout pour un *feu* (*sic*) qui de temps en temps, tous les deux ou trois jours, le fait souffrir beaucoup.

C'est une sensation de brûlure, au méat, survenant brusquement, sans causes appréciables, et irradiant au périnée. Alors, nous dit le sieur D..., je suis forcé de courir prendre un bain prolongé qui, d'habitude, suffit à calmer cette douleur qui, sans cela, deviendrait intolérable. Le malade peut prédire, lorsqu'il s'aperçoit d'une plus grande difficulté à uriner, que le lendemain son *feu* le reprendra.

Il est intéressant de noter ici que cette douleur, que presque tous les malades accusent lors de l'émission des urines, se reproduisait ici au moment le plus inattendu, lors même que le sieur D... travaillait.

La vessie est saine; les parois du canal sont épaissies, dures sans souplesse; le cathétérisme est pratiqué sans provoquer de douleurs et sans grandes difficultés; ces difficultés tiennent, en tout cas, au manque de souplesse des parois de l'urètre qui, chez le sujet de cette observation, donnent à la main de l'opérateur une sensation toute particulière; il semble, en effet, que l'on fait parcourir à l'instrument un tube de cuir.

Par le toucher rectal, nous constatons que la prostate est volumineuse, à consistance normale; les deux lobes latéraux sont hypertrophiés également.

Afin de comparer les divers modes de traitement proposés contre les affections de cette nature au moyen que nous préconisons aujourd'hui, nous soumettons le malade aux injections intra-vésicales phéniques, aux opiacés, aux bains de siége, lavements frais, suppositoires, purgatifs, pendant que nous continuons à prescrire l'usage de la sonde.

Tout ceci nous permet bien d'améliorer légèrement son état, mais sans faire cesser les phénomènes douloureux et la dysurie. Aussi, le 15 septembre, nous décidons-nous à employer l'électricité.

Aujourd'hui, 20 novembre, par 20 applications, nous sommes arrivés au résultat suivant.

Depuis six semaines, le malade ne s'est pas sondé; il urine librement et n'a pas ressenti une seule crise de son feu depuis cette époque. La prostate a diminué sensiblement, les urines sont claires, et le microscope ne nous permet plus d'y trouver de leucocythes. L'état général s'améliore de jour en jour. Nous ne faisons plus, depuis le 15 courant, qu'une application par semaine.

Observation V.

G..., 71 ans, tailleur. Ce malade vient nous consulter le 4 janvier 1869. Il a eu trois blennorrhagies, dont la dernière remonte à plus de trente ans; jamais de syphilis.

État actuel. Le sieur G... se plaint de douleurs très-vives dans la fosse naviculaire irradiant le long de la verge jusqu'au périnée. Pesanteurs dans le rectum avec sensation continuelle de garde-robes se présentant à l'anus. Alternatives de constipation et de diarrhée; lorsque les selles sont dures, leur passage détermine de la douleur; il n'y a pas d'hémorrhoïdes; la miction ne s'opère qu'avec difficulté la nuit surtout et le matin; dans la journée, le malade urine un peu plus facilement, quoiqu'il faille toujours solliciter sa vessie pendant quelques minutes.

Le canal est libre jusqu'à la région prostatique; en ce point quels que soient les manœuvres et les instruments employés, il nous est impossible de pratiquer le cathétérisme, qui, du reste, a été tenté infructueusement par plusieurs chirurgiens, soit en ville, soit à l'hôpital.

C'est à peine si une bougie de baleine courbée peut pénétrer dans la vessie.

Mais cette opération est même si douloureuse que nous croyons inutile d'insister. Les urines sont troubles, elles se décomposent promptement, et, par l'examen microscopique, nous y trouvons de nombreux leucocythes.

Par le toucher rectal, nous constatons que la prostate est très-volumineuse; elle est également augmentée de volume dans toutes ses parties; cette glande est dure et douloureuse à la pression.

Nous soumettons immédiatement le sieur G... au traitement par les courants continus.

Pendant cinq mois, trois fois par semaine, le malade a eu la constance de venir se faire électriser; aussi, tous les mois, constatons-nous la diminution du volume de la prostate, et l'aiguille du galvanomètre nous indique-t-elle, par une déviation de plus en plus considérable, le passage plus facile du courant à travers cette glande. L'émission des urines se fait de plus en plus facilement, et le malade, qui quelquefois était forcé d'attendre leur sortie pendant une heure, tous les matins, est de jour en jour forcé d'attendre moins de temps. Les pesanteurs au fondement et les élancements cessent au bout de 10 applications; les garde-robes se font plus facilement et les urines deviennent de plus en plus limpides; il nous arrive souvent de n'y plus trouver de leucocythes, elles ne se décomposent plus. Bref, au mois de mai, le canal de l'urètre a recouvré une perméabilité telle qu'il nous est permis d'employer la dilatation progressive avec les bougies en gomme, en continuant toutefois le traitement par l'électricité.

Le 10 juin, le malade pisse librement à plein canal; nous sommes arrivés à passer facilement, sans déterminer aucune douleur, le n° 24 de la filière Charrière. Quelques injections intra-vésicales phéniquées à 1 millième et des capsules de térébenthine complètent le traitement.

Observation VI.

Norbert D..., employé, 32 ans. Se présente à la consultation du Dispensaire le 7 juin 1869. Le malade a eu deux blennorrhagies, dont la dernière remonte à huit ans. Elles ont été mal soignées, mais néanmoins le sieur D... n'a pas conservé le suintement habituel. L'émission des urines se fait bien, mais sans énergie, et le malade est forcé d'attendre un peu leur sortie. Constipation habituelle; le passage des selles ne détermine pas de douleurs.

Depuis plus d'un an, élancements très-vifs dans la fosse naviculaire et dans toute la verge, avec irradiation dans la région prostatique et le rectum. Envies fréquentes d'uriner. Le malade est en érection toutes les nuits, et l'éjaculation est douloureuse. L'examen des urines ne nous révèle rien d'anormal dans leur constitution. La pression de la région vésicale détermine un peu de douleur.

Nous pratiquons le cathétérisme relativement avec facilité, quoiqu'une saillie prostatique assez considérable nécessite une manœuvre appropriée. La vessie est saine.

Le toucher rectal nous permet de constater une augmentation notable du volume de la prostate, qui est volumineuse, surtout si on a égard à l'âge du malade; par la pression, nous y provoquons une légère sensation douloureuse. Le lobe droit de cette glande est beaucoup plus considérable que le gauche.

Nous appliquons les courants continus; dès la troisième application, cessation des phénomènes douloureux et des pesanteurs. A la huitième séance, le sieur D... commence à noter une amélioration telle que si nous ne nous y opposions pas il cesserait tout traitement, mais nous croyons sage de persister. Enfin, au bout de 20 applications, nous constatons une diminution appréciable du volume de la prostate; les selles se font facilement et la miction s'opère d'une façon normale; le malade n'éprouve plus aucun des symptômes qui l'avaient engagé à venir nous consulter.

En pratiquant le cathétérisme, nous trouvons bien toujours la saillie prostatique, mais elle est beaucoup moins considérable. Le traitement a duré en tout deux mois.

Observation VII.

G..., 67 ans, ancien instituteur. Se présente à notre consultation le 7 juin 1869. Plusieurs blennorrhagies, pas de syphilis. A beaucoup abusé des boissons spiritueuses et des femmes. Il y a au moins trois ans que le malade a constaté une grande diminution dans le volume du jet des urines. Pesanteurs et élancements dans le rectum. Douleurs dans la verge, irradiant à la région prostatique. Difficultés de plus en plus grandes à opérer la miction, surtout la nuit. Les urines sont lentes à venir; le sieur G... les attend quelquefois pendant dix minutes, et souvent ce n'est qu'en malaxant le gland qu'il peut obtenir leur émission. Les urines sont légèrement catarrhales et souvent même ammoniacales. Douleurs très-vives au col de la vessie, constipation habituelle, selles douloureuses. Le malade a passé entre les mains d'une foule de médecins, qui tour à tour lui ont conseillé l'usage de différentes eaux minérales, lui ont pratiqué des injections intra-vésicales; il a fait usage de pommades de différentes natures, de l'hydrothérapie; lavements froids, suppositoires belladonés, etc.; le tout n'a jamais amené que des améliorations passagères. Le cathétérisme, qui est douloureux, se fait avec difficulté, ce qui est dû à une saillie prostatique considérable à gauche; la sonde est en effet déviée à droite à son passage dans cette région. La vessie est saine. Le toucher rectal confirme le diagnostic : le lobe gauche de la glande est en effet très-volumineux, tandis que, chose assez rare, le lobe droit est presque d'un volume normal. La pression de la prostate provoque de la douleur.

28 applications (3 par semaine) amènent un soulagement considérable; les urines coulent plus facilement, la constipation est moins grande, les phénomènes douloureux n'existent plus, la douleur, au col vésical, est très-atténuée et ne se manifeste plus que rarement. Grâce à quelques injections à l'eau de goudron, les urines sont redevenues normales. Malheureusement, le sieur G... est forcé de quitter Paris au moment où nous pouvions lui prédire, d'une façon certaine, un succès complet; en effet, si la prostate n'a pas diminué d'une façon très-appréciable par le toucher rectal, néanmoins, le cathétérisme nous permet de constater que la déviation produite par l'hypertrophie du côté gauche de cette glande est beaucoup moins sensible.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 24 décembre 1869. — Présidence de M. Moutard-Martin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. le Président annonce à la Société la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Boucher de la Villejossy.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre typhoïde.

Suite de la discussion sur la fièvre typhoïde.

M. Constantin Paul, à propos de la communication faite dans la précédente séance par M. Lorain sur les récidives immédiates de la fièvre typhoïde, donne lecture d'un travail intitulé : *Que faut-il entendre par le mot rechute dans la fièvre typhoïde?* Voici les conclusions de ce travail :

1° Le thermomètre indique d'une manière très-précise la marche de la fièvre typhoïde.

2° Le type de la fièvre typhoïde, continu pendant la période d'état, reste tel si la maladie se termine par la mort. Quand le malade guérit, la terminaison ne se fait jamais par une crise, mais bien par un déclin progressif.

3° Le type du déclin est le type rémittent. La rémittence peut commencer par ne se montrer que tous les deux jours, mais elle ne tarde pas à être quotidienne, c'est là son type le plus ordinaire.

4° Toutes les recrudescences de la maladie ne doivent pas porter le nom de rechute.

5° Il existe un premier mode de recrudescence simple, spontanée caractérisée par des exacerbations qui peuvent venir tous les deux jours en affectant le type tierce. Ces exacerbations sont enrayées par le sulfate de quinine.

6° Il existe un autre mode de recrudescence caractérisé par des exacerbations, non plus tierces, mais quotidiennes. Ces exacerbations, qui ont souvent pour cause les visites faites aux malades et une alimentation intempestive, occasionnent une recrudescence de la maladie, qui dure de un à quatre jours. Si ces visites se renouvellent, il se fait de nouvelles recrudescences qui peuvent donner à cette seconde période de la maladie une durée plus considérable que celle de la maladie primitive.

7° Certaines complications, et particulièrement les phlegmasies, donnent lieu également à des recrudescences de la fièvre, qui se rapprochent alors plus ou moins du type continu.

8° Je crois que ces différentes recrudescences ne doivent pas être confondues avec les rechutes, et qu'il faut réserver ce nom à la reproduction d'une période antérieure de la maladie, comme j'en apporte un exemple, ou de deux périodes de la maladie, comme cela s'est présenté dans le cas de M. Lorain.

9° Il peut y avoir des récidives immédiates de la maladie. La seconde fièvre, pour mériter le nom de récidive, doit montrer une nouvelle évolution tout entière, depuis la période de fastigium inclusivement. Le fait a été observé, et le tracé thermométrique que j'apporte en donne la preuve.

10° Le tracé du déclin de la fièvre typhoïde, quand il n'est troublé ni par des accidents ni par le traitement, est presque caractéristique de cette maladie. Je ne connais que trois tracés qui puissent être confondus avec lui : ce sont ceux de la tuberculisation miliaire aiguë, du rhumatisme aigu poly-articulaire et de l'albuminurie aiguë.

Le diagnostic de la fièvre typhoïde une fois établi par ses différents signes, le thermomètre indique l'intensité de la maladie. Il constitue le meilleur guide pour en établir le pronostic et en contrôler la thérapeutique.

COMMUNICATIONS

De l'apoplexie dans les épanchements de la plèvre. — M. Vallin donne communication d'un travail sur l'apoplexie dans les épanchements de la plèvre.

Voici un résumé de l'observation qui fait l'objet de cette communication :

Dans le cours d'une pleurésie aiguë, avec épanchement considérable et déviation notable du cœur, un jeune homme de 21 ans, d'une bonne santé antérieure, fut soudainement frappé de perte complète de connaissance et de mouvement, avec aphasie et hémiplégie du côté droit. L'épanchement devint purulent, et le malade succomba, après plusieurs ponctions, au bout de deux mois. A l'autopsie, indépendamment de l'empyème, on trouva un foyer de ramollissement occupant le noyau inférieur du corps strié gauche; la dissection des artères du cerveau démontra l'oblitération d'une des branches de l'artère sylvienne par un caillot jaunâtre, déjà ancien. Les artérioles partant de la bronche obturée se dirigeaient vers l'insula, et un stylet enfoncé dans cette direction tombait au centre même du foyer. Il n'existait aucune lésion des valvules du cœur, de l'aorte, ni des gros vaisseaux, et on est conduit à se demander si, dans une anfractuosité de l'oreillette ou de l'auricule gauches, si, dans une veine aplatie du poumon comprimé par l'épanchement, il ne s'est pas formé un petit caillot, que des efforts de toux, un mouvement brusque auraient détaché et entraîné dans le système artériel général. Ce qui rend vraisemblable la nature embolique du ramollissement, c'est que, chez le même malade, quelques jours après l'attaque apoplectiforme, on découvrit, à la plante du pied droit, une large escharre intéressant toute l'épaisseur de la peau, et qui se détacha peu à peu par suppuration. Il ne répugne pas à l'esprit de chercher dans un tel mécanisme l'explication de quelques cas au moins de mort subite dans la pleurésie. Dans cette affection, en effet, quand la mort n'est pas précédée d'une courte période d'asphyxie, on l'attribue à la syncope, et ce mot exprime surtout l'impossibilité où l'on a été, à l'autopsie, de trouver aucune lésion capable d'expliquer la mort subite. Dans l'observation qui précède, si l'attaque avait été mortelle, on n'eût pas manqué de l'attribuer à la syncope, et à l'autopsie on eût sans doute méconnu la lésion du cerveau, car il faut que la vie continue un certain temps après l'oblitération du vaisseau pour que le parenchyme présente un changement de coloration ou de structure appréciable.

Interrogeant la littérature médicale, M. Vallin extrait d'un recueil anglais, le *Army medical report* 1859, une observation presque identique à celle-ci, et des bulletins de la Société anatomique de 1861, une observation de M. Potain, qui semble avoir la même signification. Il sera donc nécessaire désormais, dans les cas de ce genre, avant de déclarer que le malade est mort de syncope, et qu'il n'existe aucune lésion capable d'expliquer la mort, il sera nécessaire d'explorer avec soin les artères de la base du cerveau.

Cette communication est suivie de marques nombreuses d'approbation.

ÉLECTIONS

La Société procède au dépouillement du scrutin pour le renouvellement du bureau pour l'année 1870.

M. Bergeron est élu président;

M. Marotte est élu vice-président.

La séance est levée à cinq heures un quart.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 1er décembre 1869. — Présidence de M. Alph. Guérin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine. — Le *Bulletin de thérapeutique*. — L'*Art dentaire*. — La *Gazette médicale de Strasbourg*. — Le *Marseille médical*.

— *Mal vertébral de Pott, scoliose, nouveau traitement orthopédique*, par le docteur Justin Quintaa, broch. in-8°, 1869.

— M. le docteur Gyoux (de Bordeaux), adresse un travail imprimé sous le titre : *Étude statistique et hygiénique sur la diphtérie cutanée*. — In-8°, Paris, 1869. — J. B. Baillière.

— M. le docteur Ehrman (de Mulhouse), membre correspondant de la Société, adresse une *Étude sur l'uranoplastie dans ses applications aux divisions congénitales de la voûte palatine*. — Mémoire in-4° ayant remporté le prix Barbier en 1867. — Remercîements.

— M. Giraldès dépose sur le bureau, de la part du conseil du collége des chirurgiens d'Angleterre, un exemplaire du *Calendar of the Royal college of Surgeons of England*, juillet 1869.

Ovariotomie. — M. Koeberlé, membre correspondant, adresse la lettre suivante :

Monsieur le président, je viens de lire dans le compte rendu, de la séance du 17 novembre, de la Société de chirurgie, une communication de M. Liégeois où il est question d'une femme qu'il a

opérée avec succès, et que j'aurais déclarée absolument inopérable, en lui recommandant de ne se laisser opérer par personne. Cette assertion est complétement inexacte. J'ai reconnu, au contraire, que la malade était en très-bon état. La tumeur était sans adhérence; elle présentait, ainsi que M. Liégeois l'a lui même constaté, une sensation de frottement vibrotoire très-nette par le déplacement des téguments, ce qui indique toujours une absence d'adhérence dans les points où ce signe peut être constaté. J'ai conseillé, il est vrai, à la malade de ne pas *se faire opérer*, l'ovariotomie n'étant pas indiquée au moment où elle est venue me consulter. La malade était mère de famille; elle était avancée en âge; le kyste avait un petit volume et s'était développé très-lentement; la santé n'était nullement compromise. Intervenir dans ces conditions, c'eût été exposer prématurément la malade aux chances d'une opération. Ce qui prouve qu'il n'y avait pas urgence, c'est que la malade a pu attendre encore plusieurs mois sans inconvénient. Les conditions ayant changé par suite de l'accroissement de la tumeur, M. Liégeois a bien fait d'intervenir, et je le félicite de son succès, mais j'ai le droit de m'étonner qu'il m'ait attribué gratuitement une opinion si peu conforme à celle que j'avais exprimée. Les personnes qui m'ont vu opérer savent très-bien que je ne recule pas devant les difficultés, mais je ne me laisse pas entraîner à faire une opération par cela seul qu'elle est facile. Il faut avant tout qu'elle soit indiquée.

J'ai fait jusqu'à présent 123 ovariotomies, dont 75 cas seulement ont été publiés. Sur ces 68 cas non publiés, il y a eu 11 morts. Les deux dernières opérations ne datent que de samedi dernier et d'aujourd'hui, mardi. Parmi ces cas, plusieur sont très-remarquables. J'aurai l'honneur d'adresser prochainement à la Société de chirurgie une communication plus étendue.

Veuillez, monsieur le président, etc.

Statistique des opérations chirurgicales.

MM. les docteurs Labarre (Verdun), Lagarde (Verdun), Hemelot (Saint-Mihiel), Dupont (Saint-Mihiel), Bénit (Damvilliers), Hucherelle (Montmédy), Spiral (Montmédy), Japin (Étain), Parisot (Etain), Comon (Longuyon), De Chilly (Vaucouleurs) adressent, par l'intermédiaire de M. Liégeois, le relevé des opérations pratiquées par eux. M. Liégeois y ajoute la liste de celles qu'il a pratiquées à Étain (Meuse).

Kéloïdes.

M. GUÉNIOT. A propos des tumeurs kéloïdiennes, je mentionnerai un fait intéressant que j'ai eu l'occasion d'observer dernièrement chez une jeune dame, d'un tempérament lymphatique. Une succession nombreuse de furoncles s'était produit pendant les premiers mois d'une première grossesse; ces furoncles, très-variables en volume, depuis celui d'un petit pois jusqu'à celui d'une amande, avaient offert cette particularité que le côté droit du tronc se trouvait seul affecté. Les plus gros, au nombre d'une dizaine, furent ouverts avec la lancette par le mari de la patiente, qui est un confrère distingué. L'éruption s'éteignit dans la seconde moitié de la grossesse; mais les cicatrices des furoncles devinrent le siége d'un développement hypertrophique qui en constitua autant de tumeurs kéloïdiennes. Après l'accouchement, ces tumeurs (dont trois avaient atteint chacune le volume d'une amande), eurent quelque tendance à décroître. Toutefois, elle persistent encore aujourd'hui quoique sept mois se soient écoulés depuis l'accouchement. Elle ne sont accompagnées d'aucune douleur, mais elles provoquent une démangeaison désagréable.

Mme G... (Claudine), âgée de 38 ans, fut traitée par un médecin, en décembre 1860, pour les douleurs arthralgiques de l'épaule, au moyen de la cautérisation transcurrente avec le fer rouge.

Quand elle me fut présentée, en décembre 1861, je constatai onze traînées légèrement obliques dans le sens vertical en arrière de l'épaule droite.

Parmi ces traînées cicatricielles, sept sont dures, saillantes, roses ou violacées suivant l'état de la température ambiante. Leur surface est luisante, elles ont en moyenne une longueur de 8 centimètres et sont douloureuses à la pression. Elles sont le siége d'élancements que la malade compare à ceux d'un abcès qui est sur le point de s'ouvrir.

M. DESPRÈS. J'ai examiné au microscope la tumeur présentée par M. Legouest. On y trouve, à la coupe, des îlots blancs, durs, formés par un tissu serré blanc. Les glandes sébacées sont augmentées notablement de volume et on les distingue à l'œil nu. A un grossissement faible, on trouve des éléments fibreux volumineux et présentant la disposition normale du feutrage du derme. Nulle part, il n'y avait d'éléments fibroplastiques ou d'épithélium, les glandes étaient normales sauf l'hypertrophie des glandes sébacées et l'atrophie des glandes sudoripares.

Pour ce qui est de la nature de la tumeur il me paraît qu'il ne s'agit point là d'une kéloïde telle qu'on l'entend dans notre pays. En effet, nous sommes à peu près d'accord pour réserver le nom de kéloïde à une tumeur qui se développe sur les cicatrices. Les auteurs allemands reconnaissent plusieurs lésions capables d'être appelés kéloïde, en dehors des hypertrophies des cicatrices. M. Virchow, en effet, dit que l'on a compris dans les kéloïdes plusieurs tumeurs de diverse nature.

M. BLOT. Il serait à désirer qu'on pût savoir dans quelques mois ce que seront devenues les tumeurs de la malade de M. Guéniot. Cette femme était enceinte, or nous savons que la femme enceinte est sujette à des hypertrophies qui disparaissent souvent après l'accouchement. L'hypertrophie momentanée du cœur est même une chose normale en quelque sorte. Les recherches que j'ai faites à cet égard, en pesant comparativement un grand nombre de cœurs, ne laissent aucun doute sur ce point. Quant à la nature de la kéloïde, je partage complétement l'avis de M. Giraldès qui en a donné une bonne description, c'est une genèse exagérée des éléments du tissu intestinall.

M. LARREY. Un chirurgien militaire, M. L'honneur, a publié sur la kéloïde une thèse excellente, qui a été un des premiers travaux complets sur la question. J'ai présenté autrefois à la Société une observation de M. Longmoore, qui était un bel exemple de kéloïde survenue après une bastonnade.

M. GIRALDÈS. Si les auteurs allemands ont décrit d'après le microscope les ulcérations anatomiques auxquelles nous donnons le nom de kéloïdes, si Virchow les décrit à l'article sarcomes, il les divise en kéloïdes cicatricielles et kéloïdes spontanées, et la confusion sur ce point est un peu due à Alibert. Aujourd'hui il est bien établi, grâce aux travaux de Longmoore, de Cœsar Hawkins et de Follin, qu'il y a là une hyperplasie et non une néoplasie, et il ne faut pas mêler les maladies des cicatrices avec les tumeurs néoplasiques.

M. DESPRÈS. M. Giraldès et moi sommes du même avis, malgré des dissidences apparentes, mais c'est en France seulement que l'on a bien étudié la kéloïde cicatricielle. Lebert et Follin on bien fait voir que la kéloïde était un état des cicatrices, tel que les bourgeons charnus restent saillants et se recouvrent d'épithélium prématurément. La tumeur est composée d'éléments embryoplastiques et de corps fusiformes, qu'on rencontre dans toutes les cicatrices en voie de formation. Ce qui manque, c'est la rétraction du tissu de cicatrice, la transformation fibreuse fait défaut.

Eu égard aux opinions formulées par les auteurs allemands, je dois dire que depuis Hawkins et Alibert, ils ont cherché ce qui correspondait aux descriptions de l'auteur anglais et de l'auteur français, et ils sont arrivés à dire que ce qui était désigné sous le nom de chéloïde, comprenait des sarcomes, des fibromes et des éléphantiasis. Et ceci est si vrai, que dans le *Traité des tumeurs* de M. Virchow, qui résume les travaux allemands, on trouve une mention de la chéloïde à propos de l'éléphantiasis et des fibromes, et à propos du sarcome de la peau.

COMMUNICATION

Blessure de l'artère carotide primitive et de la jugulaire interne par arme à feu.—Anévrysme artério-veineux.—

M. VERNEUIL. M. X..., épicier, 40 ans, petite stature, bonne constitution, demeurant à Aubervilliers, fut blessé, le 5 novembre 1869. Après un repas copieux, il se tira lui-même, et par mégarde, un coup de révolver à bout portant. Le choc fut assez fort pour provoquer un peu d'écoulement sanguin par le conduit auditif externe. Cependant, il n'y eut pas perte de connaissance, et le blessé put regagner sa chambre, située à l'étage supérieur.

La plaie ne fournit qu'une minime quantité de sang. M. le docteur Gillon fut appelé le soir même et se contenta de prescrire le repos et des applications froides, ayant remarqué dès l'abord un thrill très-tendue dans la région blessée; il ne voulut rien entreprendre et me fit mander.

Nous vîmes le blessé le lendemain, à six heures, vingt heures environ après l'accident.

Il était demi-assis dans son lit, la tête dans l'extension et la face tournée du côté opposé à la blessure. Celle-ci siégeait au côté droit du cou, à 8 centimètres de l'articulation sterno-claviculaire, à 2 centimètres environ au dessous du point où la carotide primitive se bifurque normalement, et répondait au muscle sterno-mastoïdien, à distance égale de ses bords antérieur et postérieur.

La plaie, petite, mesurant à peine 5 à 6 millimètres de diamètre, était remplie par un petit caillot. Toute la région latérale du cou était soulevée par un gonflement diffus assez médiocre, mais ne présentait pas de tumeur distincte ni circonscrite. L'application de la main révèle aussitôt l'existence d'un frémissement très-intense dont le maximum répond au point blessé, mais qui s'étend en diminuant jusqu'à l'apophyse mastoïde et jusqu'à la clavicule, régnant d'ailleurs dans une largeur de 5 à 6 centimètres.

L'oreille, appliquée avec précaution, constate un double bruit de souffle très-fort, ou bruit de rouet, présentant la même étendue et la même décroissance que le thrill. La palpation ne reconnaît, d'une manière évidente, ni battement, ni expansion. A la vérité, l'exploration est faite avec les plus grandes précautions, et j'évite toute pression forte à cause de la douleur que provoque le moindre attouchement.

Toute la région du cou est douloureuse, et les mouvements spontanés ou provoqués sont pénibles. Le malade accuse en outre de la dysphagie du côté droit. Il y a de la céphalalgie, un peu de fièvre avec pouls dur et assez fréquent. Le blessé est inquiet et n'a point dormi depuis l'accident.

Le diagnostic n'est guère douteux ; le projectile a traversé obliquement, de bas en haut, et de dehors en dedans, la peau et le muscle sterno-mastoïdien, puis il a blessé la veine jugulaire interne et la carotide. Enfin, il s'est probablement arrêté près de la paroi du pharynx, sans pénétrer cependant dans cette cavité, car il n'y a pas eu d'expectoration sanguine. Rien n'indique que le pneumo-gastrique ni le grand sympathique aient été atteints. La plaie artérielle est sans doute peu étendue, car le pouls se sent à la temporale droite avec autant de facilité et de force que du côté gauche.

La veine jugulaire interne paraît dilatée, mais sans mouvements d'expansion.

La gaine des vaisseaux paraît remplie de sang épanché. En présence d'une telle lésion et aucun accident pressant ne faisant craindre un danger prochain, je me prononçai pour l'abstention et l'expectation attentive.

L'attitude prise par le malade était favorable à l'hémostase. Le muscle sterno-mastoïdien distendu, comprimait l'épanchement sanguin, et la distention elle-même tendait à rapprocher les fibres écartées et rompues par le projectile. Celui-ci, de forme conique, de 7 millimètres environ de diamètre transversal, n'avait fait qu'une voie étroite dont on pouvait espérer la guérison sans suppuration, et qui d'ailleurs, creusée à travers un muscle épais, était peu propre à donner passage à une hémorrhagie.

J'ordonnai l'application continue d'une vessie remplie de glace, l'administration immédiate de l'opium et de la digitale, et au besoin une saignée du bras si la fièvre augmentait. Boissons froides; diète.

Sans instruire complétement le malade de la gravité de sa blessure, je lui fis néanmoins comprendre l'extrême importance du repos absolu, le danger de tout mouvement brusque et de toute ingestion excitante. Je lui annonçai également qu'il fallait un peu laisser à la nature le soin d'enkyster ou d'éliminer le projectile.

En même temps, je donnai des instructions aux personnes de la famille. Au cas où une hémorrhagie surviendrait, j'indiquai le point où il faudrait comprimer en attendant l'arrivée de mon confrère, et nous quittâmes le malade assez inquiets sur l'avenir de notre blessé. En cas d'hémorrhagie, en effet, il ne s'agissait de rien moins que d'aller lier les deux bouts de l'artère et de la veine, opération dont il est inutile de rappeler les difficultés et le péril.

Je m'attendais, d'un moment à l'autre, à être mandé ou à apprendre une catastrophe; il n'en fut rien. La fièvre et l'agitation se calmèrent; la douleur locale disparut, ainsi que la dysphagie; les mouvements du cou redevinrent libres, et, en dépit de tous les conseils, le blessé sortit de son lit le cinquième jour, prétendant ne plus rien ressentir dans le point blessé.

Je revis M. X... le 14 novembre au matin. Il était levé et faisait sa toilette. J'examinai avec soin le côté droit du cou. La petite plaie était très-réduite; elle était obstruée par un petit caillot sec, autour duquel on voyait un liséré rouge de 1 millimètre à peine de largeur; induration très-limitée du muscle; pas d'autre trace d'inflammation locale. Un peu de douleur à la pression, aux alentours immédiats de la blessure. Point de tumeur ni de soulèvement de la région; point de battement ni d'expansion appréciable à la vue. Le thrill s'étend toujours dans toute la hauteur du cou, mais il occupe une moindre largeur, car il dépasse à peine les bords du sterno-mastoïdien. Il a toujours son maximum au niveau de la plaie, mais devient très-faible de baut en bas.

Le double bruit de soufle est toujours très-intense; il s'entend jusqu'à la base du crâne, puis il dépasse de beaucoup, en bas, la racine du cou; il se propage très-évidemment dans le tronc brachio-céphalique veineux droit, et jusque dans la veine cave supérieure.

Les battements du cœur sont assez lents, mais sont réguliers. En auscultant au niveau de la peau du sternum, on les entend, et simultanément le double bruit de soufle.

La partie droite du cou présente une large ecchymose qui se prolonge en bas, sous les téguments de la poitrine, jusqu'au mamelon gauche, ce qui est dû sans doute au décubitus sur le côté opposé à la blessure, que le malade a conservé plusieurs jours. Je n'ai remarqué aucune dilatation des veines superficielles du cou.

Tel était l'état du blessé onze jours après l'accident. Je ne l'ai pas revu, mais il ne paraît être survénu depuis ni accident, ni modification notable. Quoique incomplète encore, cette observation m'a paru digne de vous être communiquée, car je me propose en même temps de vous demander un conseil. Que deviendra cette lésion? Restera-t-elle au point où je l'ai laissée, ou s'aggravera-t-elle, ou tendra-t-elle vers la guérison spontanée complète. J'incline vers la première supposition et pense que le blessé est dès à présent atteint d'une infirmité permanente. Si elle reste stationnaire, elle sera, il est vrai, très-supportable, car il n'y a actuellement aucun trouble, ni du côté des sens, ni en quelque point que ce soit. Malgré son intensité à l'auscultation, le bruit de souffle n'est nullement soupçonné par le patient, dans quelque attitude qu'il se place, et on ne peut lui faire croire qu'il est atteint d'une affection sérieuse.

Je donnerai plus tard des renseignements supplémentaires, mais je voulais savoir de vous si, comme j'y suis disposé, il faut s'abstenir de tout traitement chirurgical, ou si on doit tenter l'essai de la compression directe sur le point blessé dans l'espoir d'oblitérer la communication des deux vaisseaux. Je ne crois pas qu'il y ait grande chance de succès; peut-être même cette tentative ne serait pas sans inconvénients; mais comme le moment serait venu d'agir, si on le doit, je n'ai pas voulu attendre plus longtemps pour nvoquer vos lumières.

M. LÉON LE FORT. Les observations d'anévrysme artério-veineux du cou sont assez rares; cependant il est probable que des projectiles ont dû intéresser plusieurs fois simultanément la carotide et la jugulaire, et que la mort a dû être la conséquence immédiate de l'hémorrhagie; mais lorsque le malade survit aux premiers accidents, il semble que la lésion n'ait ultérieueement qu'une gravité modérée, et dans tons les cas il paraît indiqué de s'abstenir de toute opération, comme l'a fait M. Verneuil. En effet, nous connaissons au moins huit cas de semblables anévrysmes chez des malades observés par Wuillaume (de Metz), Marx, Rufz, Randopb, Joret (de Vannes); chez deux sergents par Larrey père, etc. Marx voulut essayer la compression et détermina des éblouissements qui l'engagèrent à s'arrêter. Randolph, en 1836, lia la carotide. La nuit même, survint du coma et la mort. Les autres cas traités par l'expectation ne furent pas suivis d'accidents graves, sauf celui de Joret (de Vannes). Le malade mourut quinze jours après la blessure; mais il faut ajouter qu'on retrouva la balle du pistolet dans l'intérieur même de la jugulaire. Du reste, il est très-remarquable de voir l'innocuité relative des anévrysmes artério-veineux comparés aux anévrymes artériels, même quand ils siégent sur de gros vaisseaux.

C'est ce que j'ai déjà eu l'occasion de montrer à la Société, à propos d'un cas d'anévrysme artério-veineux de la sous-clavière, pour lequel M. Letenneur, de Nantes, avait demandé l'avis de la Société. Alors, comme aujourd'hui, j'étais partisan de l'expectation.

M. GUYON. Le malade de M. Letenneur se porte aujourd'hui très-bien. M. Letenneur l'a vu il y a deux ans, à Rome; sa santé était excellente, malgré la persistance de l'anévryme. Il s'agissait d'un anévrysme de la sous-clavière et du tronc veineux brachocéphalique.

M. GIRALDÈS. Les anévrysmes artério-veineux de la carotide à la partie supérieure et près de la bifurcation de cet artère sont plus rares, et dans ce cas, le développement des veines n'est plus aussi marqué. Je rappellerai l'exemple que j'ai présenté à la Société.

Il s'agissait d'un individu ayant reçu, à la région supérieure du cou, un coup de feu ayant perforé la veine et l'artère. Le projectile était logé entre la carotide et la jugulaire. Au bout d'un mois, le blessé put sortir de l'hôpital.

M. TILLAUX. Je crois, comme mon collègue, que M. Verneuil a bien fait de s'abstenir, car son malade a une varice anévrymale et non un anévryme variqueux, et la première variété comporte une intégrité assez complète des fonctions, prédispose trop peu aux accidents graves pour qu'on doive intervenir, sauf les cas de nécessité absolue. Toutefois, si une intervention était jugée convenable, préférerais-je, à tout autre moyen, la compression au-dessus et au-dessous de la communication, méthode qui a donné de beaux succès à M. Vanzetti, tout en reconnaissant que, dans la région carotidienne, ce mode de traitement serait d'une application difficile.

M. CHASSAIGNAC a observé un anévrysme artério-veineux à la

jambe par suite de coup de feu. M. Biarnès voulait une opération; on se contenta de l'application d'un bas lacé, qui suffit pour remédier à la gêne résultant de la communication de l'artère et de la veine tibiale postérieure.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : Léon Le Fort.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 2 janvier 1870, M. Segris, député, est nommé ministre de l'instruction publique, en remplacement de M. Bourbeau, dont la démission est acceptée.

— Par arrêté ministériel en date du 23 septembre 1869 ont été nommés :

Officiers de l'instruction publique : MM. Brongniart, de l'Institut; Huguier, de l'Académie de médecine; Ch. Robin, de l'Institut; Buignet, professeur à l'École supérieure de pharmacie à Paris; Combal, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier; Goze, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg; Bouchacourt, professeur à l'École de médecine de Lyon; Mabit, professeur à l'École de médecine de Bordeaux; Mazard, professeur à l'École de médecine de Limoges; Robiou, professeur à l'École de médecine de Rennes; Baudrimont, agrégé près l'École supérieure de pharmacie.

— Par arrêté ministériel en date du 26 décembre, ont été nommés :

Officiers d'académie : MM. Azam, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Bordeaux; Bourgade, professeur adjoint de pathologie interne à l'École de médecine de Clermont; Broca, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris; Diacon, professeur de chimie à l'École supérieure de pharmacie de Montpellier; le docteur Guyon (Félix); Hélot, professeur à l'École de médecine de Rouen; Lasègue, professeur de clinique interne à la Faculté de médecine de Paris; Lepetit, professeur à l'École de médecine de Poitiers; Morlot, professeur de clinique interne à l'École de médecine de Dijon; Planchon, professeur de botanique à la Faculté des sciences de Montpellier; Trollier, directeur de l'École de médecine d'Alger; Verneuil, professeur de pathologie externe à l'École de médecine de Paris.

— Par décret en date du 4 décembre 1869, ont été nommés présidents :

De la Société de secours mutuels des médecins du département de l'Aisne à Soissons, M. le docteur Billaudeau.

De la Société de secours mutuels dite caisse de secours et de prévoyance de la Société industrielle à Nantes, M. le docteur Allard.

— La liste des experts près les tribunaux de la Seine, pour l'année 1870, vient d'être dressée ainsi qu'il suit :

Médecins et chirurgiens : MM. Baudouin, Bergeron, Boys de Loury, Devergie, D'Heurle, Gradiot, Ladreit de Lacharrière, Le Paulmier, Lobligeois, Lorain, Piogey, Simonnet, Tardieu, Trélat fils.

Experts pour les maladies mentales : MM. Berthier, Blanche, Bouchereau, Durand-Fardel, Falret, Girard de Cailleux, Lasègue, Legrand du Saulle, Lunier, Mitivié, Motet, Pénard, Rousselin, Voisin.

Chimistes et pharmaciens : MM. Boudet, Boutmy, de Clermont, Delvaux, Juette, Labouret, Leconte, L'hôte, de Luynes, Payen, Poinsot, Roussin, Schutzemberger, Vallier.

— En qualité de premier interne nommé au concours, M. Caubet a reçu :

1° Le prix Godard, trousse d'instruments de chirurgie.

2° Le prix Barbier, rente de 800 fr., ajoutée à l'indemnité réglementaire alloué par l'administration.

3° Le prix Dussol, livres de médecine à choisir pour une somme de 150 francs.

— La prochaine séance de la Société médicale d'Observation se tiendra le lundi 10 janvier, à la Faculté de médecine, cabinet du doyen, à huit heures du soir.

Ordre du jour : M. Labadie Lagrave : Claudication intermittente. — M. Huchard : Pneumonie avec parotides et œdème de la glotte.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance de Paris a renouvelé, de la façon suivante, son bureau pour l'année 1870 : Président, M. le docteur E. Pellarin; vice-présidents, MM. les docteurs Chaillery et Tessereau; secrétaire général, M. le docteur Passant; secrétaires annuels, MM. les docteurs Donadieu et Hallé; trésorier, M. le docteur Magnin; archiviste, M. le docteur Machelard.

— La Société médicale du 6e arrondissement (Luxembourg) vient de renouveler, de la manière suivante, son bureau pour 1870 : *Président :* M. le docteur Dumas. — *Vice-président :* M. le docteur L. Duchesne. — *Secrétaire général :* M. le docteur Legrand du Saulle. — *Secrétaires annuels :* MM. les docteurs Cailletet et Landier.

— Nous avons reçu de M. le docteur Briau une lettre que nous publierons dans notre prochain numéro.

— Un ancien interne des hôpitaux désire acheter une bonne clientèle à Paris. S'adresser au bureau du journal.

Annuaire médical et pharmaceutique de la France, par le docteur Félix Roubaud. — Législation médicale. — Législation pharmaceutique. — Législation des établissements hospitaliers et sanitaires. — Législation des eaux minérales et artificielles. — Personnel des hôpitaux et des écoles. — Presse médicale. — Liste des docteurs, officiers de santé et pharmaciens de Paris et de toutes les communes de France. — Statistique médicale. — Liste des cantons et chefs-lieux dépourvus de médecins et de pharmaciens, etc. — Prix : 4 fr.

Pour les abonnés de la *Gazette des Hôpitaux*, 2 fr.

Le directeur, Dr E. Le Sourd

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 5 janvier 1870.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La séance solennelle de l'Académie aura lieu mardi prochain. M. Béclard y prononcera l'éloge de Trousseau.

Ainsi les voix les plus éloquentes se seront fait entendre pour louer celui qui n'avait pas voulu de discours sur sa tombe, mais dont le souvenir personnifie, dans tout son éclat, l'ancienne école de Paris.

Après M. Lasègue, M. Béclard : après les regrets et les larmes du disciple aimé, le jugement officiel du secrétaire académique.

Hier on croyait le voir encore, aujourd'hui la postérité commencera vraiment pour Trousseau. Paraîtra-t-il moins grand, j'en doute.

— Pour la première fois depuis longtemps, l'ordre du jour était épuisé avant l'heure réglementaire. Après les discours présidentiels du renouvellement du bureau, on avait entendu un mémoire statistique de M. Bertillon, et un rapport de M. Bouillaud sur un mémoire reçu depuis dix ans par l'Académie.

Autant du moins qu'on peut en juger d'après le rapport, l'auteur de ce mémoire, M. Germain, y soutenait une théorie qui maintenant compte des partisans nombreux. Il ne regarde pas la digitale comme directement diurétique. Il attribue son action utile dans les hydropisies passives de cause cardiaque, à ce qu'elle régularise la circulation en diminuant le nombre des battements du cœur, et en permettant à cet organe de lancer plus complétement dans les artères l'ondée sanguine.

Cette année même, dans son article DIGITALE, du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, M. le professeur Hirtz a développé, comme incontestables, des propositions analogues.

Rappelant les faits recueillis par Traube, Fœber, Homolle et Quevenne, Stadion (de Kiew), Winogradoff (de Pétersbourg), Sisgmund (de Vienne), enfin par lui-même et par ses élèves M. Hirtz conclut ainsi :

« Que maintenant on répète après Joerg, Bœhr et autres, que « la digitale à l'état physiologique est diurétique; nous avons le « droit, d'après ces faits rigoureux, d'après les affirmations de « Traube, qui a constamment jaugé les urines de ses malades, « d'après nous-même qui, journellement à la Clinique faisons « recueillir et mesurer les urines de 24 heures de tous nos ma« lades, d'affirmer à notre tour que la digitale n'est pas diuré« tique et de regarder comme exceptionnels les faits opposés. »

Ainsi la question est en litige, et si M. Germain se trompe, il n'est, du moins, pas seul responsable d'une opinion envers laquelle le savant rapporteur de l'Académie s'est montré peut-être un peu sévère.

Dr VICTOR RÉVILLOUT.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. BAILLY, suppléant.

Leçons sur le traitement de l'avortement (1).

IV

Un autre danger, qui menace les jours des femmes dans le cours d'un avortement et qui, moins fréquent que l'hémorrhagie, n'en a pas moins pour elles les conséquences les plus funestes dans quelques cas, consiste, avons-nous dit, dans la putréfaction du placenta et dans les accidents d'infection qui en sont parfois la conséquence. Si je ne consulte, messieurs, que les résultats de ma propre expérience, le produit de la conception dans la fausse couche des deux premiers mois de la grossesse, n'est expulsé en masse que dans la moitié des cas tout au plus; dans l'autre moitié des faits d'avortement qui surviennent à cette époque, la matrice, dont l'évolution musculaire est à peine commencée, manque de force pour effectuer cette expulsion, et ses efforts ne réussissent qu'à produire le décollement partiel du germe et l'ouverture du col utérin. L'œuf, placé dans un milieu chaud et humide, dans lequel l'air a accès, ne tarde pas à s'y corrompre; il y subit une sorte de fonte putride et s'élimine insensiblement sous forme d'un ichor brunâtre, épais et fétide, qui forme la matière de l'écoulement vaginal. Si vous pratiquez alors des injections détersives et que vous examiniez le liquide après sa sortie du vagin, vous y trouverez en suspension des filaments nombreux et des parcelles organiques de très-petit volume, qui sont des débris de l'œuf et de la muqueuse utérine. Cet écoulement se prolongera jusqu'à ce que l'élimination complète de ces deux corps soit opérée, ce dont vous serez avertis par le changement d'aspect et d'odeur des lochies, par la réduction graduelle et la disparition totale du noyau ovulaire que vous sentiez dans la cavité utérine, et enfin par l'occlusion du col, qui devient bientôt complétement imperméable au doigt. J'ai été bien des fois témoin de cette élimination ichoreuse de l'œuf dans les avortements de six semaines à deux mois, et n'ai point vu jusqu'ici qu'il en soit résulté d'inconvénient sérieux pour les femmes. Soit parce que des caillots solides ont fermé l'orifice des veines divisées et s'opposent à la pénétration des liquides putrides dans le torrent circulatoire, soit pour toute autre cause, les accidents de résorption putrides graves sont rares à l'époque dont je parle, et je n'en ai point encore observé d'exemples. Une seule de mes malades a éprouvé dans ces circonstances deux ou trois frissons de courte durée, témoignant bien de la pénétration de liquides septiques dans le sang, mais ce symptôme a été de courte durée et n'a été suivi d'aucun trouble notable de la santé.

Un peu plus tard, vers le troisième et le quatrième mois, et à plus forte raison pendant les suivants, les choses ne se passent pas toujours d'une façon aussi simple. La rétention du délivre et sa putréfaction sont parfois alors suivies de l'absorption, par les vaisseaux plus volumineux du placenta maternel, de gouttelettes du liquide sanieux dont je vous ai parlé, et il en résulte une véritable infection putride, qui se caractérise par du malaise général, par des frissons, de la fièvre, et par des troubles digestifs parmi lesquels prédominent l'inappétence, l'enduit saburral de la langue, les vomissements et la diarrhée. Vous trouverez dans l'ouvrage de Cazeaux la relation d'un fait qui prouve bien que la mort peut résulter des accidents de résorption putride dont il est ici question.

Eh bien, messieurs, quelles indications thérapeutiques s'offrent à remplir dans les cas de rétention prolongée de l'œuf ou du délivre putréfié dans la matrice? Ces indications sont subordonnées à l'existence ou à l'absence des symptômes d'infection putride. Aucun de ceux-ci ne s'est-il encore manifesté, et la décomposition du placenta n'a-t-elle d'autre inconvénient que l'odeur infecte qu'elle communique aux lochies et par suite à l'air que respire la malade, la médication que vous aurez à prescrire est aussi simple qu'efficace; elle consiste dans l'emploi d'injections vaginales, plusieurs fois répétées dans le courant de la journée, et faites avec les liquides qui ont la propriété de neutraliser ou de détruire les gaz ammoniacaux qu'engendre la putréfaction et de faire ainsi disparaître la fétidité de l'écoulement vaginal. Le liquide dont je me sers habituellement pour cet objet et qui atteint parfaitement le but consiste dans une décoction de quinquina rouge (60 grammes d'écorce de quinquina pour deux litres d'eau; faire bouillir pendant une heure et passer), additionnée de liqueur de Labarraque dans la proportion d'un tiers de cette dernière. Une décoction d'écorce de chêne, dans laquelle on délaye une cuillerée à café de chlorure de chaux par chaque litre de liquide, remplacerait avantageusement, à cause de son bas prix, la décoction de quinquina et la liqueur de Labarraque chez les pauvres gens. Trois ou quatre fois par jour on fait passer dans le vagin un verre de ce mélange, au moyen d'un appareil quelconque à injections. Ces liquides nettoient bien le conduit génital et enlèvent très-rapidement aux lochies leur fétidité. Sous ce rapport ils me paraissent bien supérieurs à la plupart des composés fort en faveur aujourd'hui dont l'acide phénique est la base et dont ils ne partagent pas l'odeur désagréable. On continue l'usage de ces injections tant que dure l'écoulement vaginal brunâtre et fétide, qui indique par sa persistance que la dissolution de l'œuf n'est point achevée. Ces soins locaux suffisent dans la plupart des cas, et en les associant avec le repos au lit, l'usage du vin et une alimentation convenable, vous verrez, après un laps de temps dont la durée varie en général de huit à douze jours, les liquides puerpéraux perdre leur couleur foncée, leur abondance et leur fétidité, pour revêtir l'aspect purement muqueux, qui vous indique que la matrice s'est entièrement débarrassée du produit de la conception.

La femme, au contraire, est-elle en proie à des accidents de septicémie, le cas est plus grave, et votre conduite, dans ces conditions, devra varier suivant l'état du col utérin et l'époque de la grossesse à laquelle nous supposons que la fausse couche s'est effectuée. Pendant les cinquième et sixième mois, si le degré d'ouverture du col permet l'introduction facile d'un ou plusieurs doigts dans la cavité utérine, l'indication me paraît formelle, il faut chercher à extraire le délivre sans tarder. A cette époque, les adhérences de l'œuf à la matrice sont déjà moins fortes que dans le premier tiers de la grossesse, l'organe est assez spacieux pour contenir la main en totalité ou en partie, et il est possible d'énucléer le délivre comme à terme. D'un autre côté, la contractilité utérine est assez puissante pour fermer promptement les vaisseaux utéro-placentaires et mettre fin à l'hémorrhagie qui accompagne cette délivrance artificielle. A quatre mois de grossesse, je serais encore disposé à suivre la même conduite; mais, pendant les trois premiers mois, et pour les motifs qui me font proscrire l'intervention chirurgicale dans les cas d'hémorrhagie qui peuvent survenir dans cette première période, je crois préférable de s'abstenir de toute tentative d'extraction de l'œuf. Je préfère donc alors, et vous conseille cette pratique, me borner à combattre la putridité du délivre au moyen des injections désinfectantes dont j'ai parlé, et à soutenir l'état général par l'usage combiné des alcooliques et des amers, uni à une alimentation proportionnée aux forces digestives de la malade. Je prescris ordinairement, dans ces circonstances, une potion gommeuse de 125 grammes, additionnée de 4 grammes d'extrait mou de quinquina et de 30 à 60 grammes de cognac vieux, à prendre par cuillerées à soupe d'heure en heure. Cette composition m'a paru donner des résultats bien supérieurs à ceux qu'on obtient des autres préparations réputées antiseptiques, et à l'alcoolature d'aconit en particulier. Elle convient également bien dans la plupart des maladies infectieuses qui sévissent sur les nouvelles accouchées, et dans l'infection purulente elle-même. Je ne puis attribuer qu'à l'usage persévérant de ce médicament l'amélioration progressive et enfin la guérison d'une de nos malades chez laquelle la pyohémie a été suffisamment caractérisée, suivant moi, par sept frissons intenses survenus à d'assez courts intervalles, par la teinte subictérique de la peau, par une arthrite avec épanchement de l'épaule gauche, par des escharres multiples, de la diarrhée, une adynamie profonde, et enfin une durée de plus d'un mois de cet ensemble symptômatique.

Vous devez faire prendre en même temps à vos malades infectées des boissons excitantes et nutritives : eau rougie, bouillon, lait, café, potages variés, et prescrire l'usage d'un précieux nutriment, fort en faveur aujourd'hui et à juste titre, je veux dire la viande crue réduite en pulpe fine par la trituration. Les malades prennent en général sans répugnance cet aliment, soit sous forme de boulettes de la grosseur d'une cerise et enrobées de sucre pulvérisé, soit en suspension dans du bouillon ou dans un potage.

(*A suivre.*)

(1) Voir le numéro du 25-28, 30 décembre 1869 et 4 janvier 1870.

COURANTS CONTINUS CONSTANTS

DES SERVICES QU'ILS PEUVENT RENDRE DANS L'INFLAMMATION L'ENGORGEMENT ET L'HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE (1)

Par les docteurs JULES CHÉRON et MOREAU-WOLF.

OBSERVATION VIII.

M..., 61 ans, employé en retraite. A toujours eu une vie très-agitée; une seule blennorrhagie, il y a plus de quarante ans; jamais d'autres accidents vénériens. Depuis trois ans environ, le malade s'aperçoit qu'il urine moins facilement; les urines sont longues à venir, surtout le matin. Aussi, depuis trois mois, a-t-il recours, deux fois par jour, au cathétérisme, qu'il pratique lui-même avec une sonde de gomme à olive n° 12. Il peut néanmoins uriner sans avoir besoin de se sonder, mais la miction est alors très-longue à s'opérer, et les efforts qu'il fait le fatiguent beaucoup. Les urines sont normales. Les fonctions de reproduction sont éteintes depuis huit ou dix ans. Le sieur M... est un vieillard dans l'acception du mot; les digestions sont pénibles, les garde-robes rares et très-dures. Le malade se plaint en outre de pesanteurs et d'élancements qui le gênent beaucoup, et qui, surtout après une journée de travail assis, le forcent à avoir recours fréquemment à des bains de siége, qui ne produisent d'amélioration qu'à la condition de se coucher immédiatement.

Nous explorons, séance tenante (10 juin 1869), le canal de l'urètre, que nous trouvons libre jusqu'à la région prostatique, que nous essayons en vain de franchir. Une saillie considérable nous barre le passage; ce n'est qu'avec la sonde en gomme à béquille n° 16 que nous parvenons à pénétrer dans la vessie.

Le toucher rectal nous révèle une prostate très-volumineuse; les deux lobes latéraux sont augmentés de volume inégalement; le gauche est plus gros que le droit; la pression n'y détermine point de douleur.

(1) Voir les numéros du 25-28, 30 décembre 1869 et 3 janvier 1870.

Il est important de noter ici que le sieur M... a consulté plusieurs médecins et qu'il a suivi exactement les divers moyens proposés par ces confrères : bains prolongés, cataplasmes, frictions et onctions avec différentes pommades, suppositoires, lavements frais et jusqu'à la dilatation progressive toniques et amers, etc..., tout a été essayé sans succès.

Nous faisons usage des courants continus, selon notre procédé habituel, en recommandant au malade de cesser l'emploi de la sonde. Comme adjuvant du traitement par l'électricité, nous prescrivons le quinquina, les amers, les ferrugineux, les laxatifs et les bains tièdes.

Par douze séances de dix minutes, en un mois, nous obtenons un soulagement très-marqué; les urines coulent plus facilement, sans qu'il y ait besoin pour cela de faire des efforts aussi grands que par le passé; le cathétérisme avec les sondes métalliques à grandes courbures, quoique toujours difficile, est possible, et ne détermine point de douleur. L'état général est meilleur; il n'y a plus de pesanteurs ni d'élancements dans le rectum; le malade dit qu'il se sent plus léger. 11 autres applications procurent un soulagement encore plus marqué; mais un embarras des voies digestives rebelles à tout traitement fait décliner les forces du malade dans une telle proportion que, d'accord avec le médecin habituel, nous croyons nécessaire de l'envoyer à la campagne, un changement d'air nous semblant indiqué. En tout cas, au moment de son départ, l'état des voies urinaires est si satisfaisant que le sieur M... nous remercie avec effusion, se prétendant guéri de ce côté. Nous avons appris depuis qu'il avait succombé à une congestion cérébrale.

Observation IX.

R..., 60 ans, rentier. A toujours mené une vie agitée : excès de boissons et de femme; jamais de maladies vénériennes. Depuis sept ans, il ne peut uriner qu'au moyen de sonde, qu'il pratique lui-même de deux en deux heures. Il a été forcé d'avoir recours à ce moyen à la suite de plusieurs rétentions d'urine (il resta une fois vingt-quatre heures sans pouvoir uriner) qui nécessitèrent l'intervention d'un chirurgien.

Ce malade, que la moindre fatigue force de garder le repos au lit par suite de l'inflammation qu'elle amène dans ses organes urinaires, se présente à notre consultation lassé qu'il est de ne pouvoir être soulagé par aucun moyen médical; on lui a conseillé, en effet, tout le cortége habituel des médicaments usités en pareil cas sans amener de soulagement.

Nous essayons en vain de pratiquer le cathétérisme, une saillie prostatique considérable s'oppose à l'introduction de la sonde; nous voyons néanmoins, non sans surprise, le sieur R.... se sonder lui-même séance tenante. Il nous dit, du reste, que plusieurs chirurgiens ont tenté en vain cette opération.

Sentiment de pesanteur avec élancements dans le rectum, constipation opiniâtre que les lavements seuls peuvent vaincre; le malade ne peut s'asseoir sur un siége rembourré, il se plaint en outre de la fatigue très-grande qu'il ressent par suite de la nécessité où il est de ne pouvoir se tenir complétement assis.

Par le toucher rectal nous constatons que la prostate est très-volumineuse, légèrement et également bosselée et d'une consistance moyenne; c'est surtout le lobe moyen qui présente le développement le plus considérable. La pression de l'organe hypertrophié est très-douloureuse, nous jugeons donc qu'il doit y avoir ici un état d'inflammation concomitant.

Le malade accepte l'application des courants continus par le rectum; le pôle positif étant introduit dans le rectum et le pôle négatif sur le périnée, nous faisons passer un courant fourni par 10 éléments Remak. Mais ce courant devient bientôt trop douloureux et nous sommes obligés de descendre à 6. Les cinq premières séances fatiguent horriblement le malade, tant à cause de la position, que par suite des manœuvres nécessaires; toutefois il constate, après la troisième application, que le besoin d'uriner est moins impérieux et qu'il peut attendre trois heures sans se sonder.

Bientôt les douleurs deviennent moins vives, le malade peut s'asseoir normalement à la quinzième séance; il suffit de trois cathétérismes dans les douze heures pour vider sa vessie.

Diminution de la sensibilité de l'organe, cathétérisme plus facile et beaucoup moins fréquent, plus de tendances au retour de l'inflammation, tels sont les résultats obtenus après trente séances en trois mois, sans pouvoir en obtenir de meilleurs.

Par le toucher rectal nous constatons une diminution très-appréciable du volume de la prostrate. Au premier moment, c'est avec surprise que nous la trouvons plus dure, quoique réduite.

L'explication de ce fait résulte de ce que nous avons énoncé plus haut, à savoir; que si les courants continus, en faisant sentir leur bienfaisante influence de proche en proche, de la la périphérie au centre, suffisent à faire disparaître les engorgements de la prostate en rendant aux vaisseaux leur perméabilité primitive, et, par conséquent, en rétablissant en même temps la nutrition normale, dans les cas d'hypertrophie confirmée, le traitement que nous préconisons ne peut amener une résolution complète de cet état.

Chez le malade, sujet de cette observation, nous avons, selon toutes les probabilités, eu affaire à une hypertrophie confirmée, dont le noyau, composé d'éléments anatomiques proliférés, a résisté à la régression de ces mêmes éléments que les courants continus ont été impuissants à déterminer, alors même que l'engorgement périphérique s'était résolu sous l'influence de l'électricité. (*A suivre.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 4 janvier 1870. — Présidence de M. Denonvilliers.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport final de M. le docteur Dusouil sur une épidémie de dysentérie dans l'arrondissement de Melle (Deux-Sèvres). (Commission des épidémies.)

2° Un rapport de M. le docteur Nogaret sur le service médical des eaux minérales de Salies (Basses-Pyrénées) en 1869. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

L'Académie reçoit une note de M. le docteur Dubois (du Mans) sur les causes de la mortalité des nouveaux-nés dans le département de la Sarthe. (Commission de la mortalité des nourrissons.)

M. Larrey présente :

1° Une brochure intitulée : *Observations médicales en Algérie*, par M. le docteur Émile Alix.

2° Une *Étude sur les accidents de la foudre*, par M. le docteur Sonrier.

3° Une *Note sur la hernie lombaire*, par M. le docteur Marquez (de Colmar).

4° La *Relation d'une ablation de tumeur laryngée sous-glottique au moyen de la galvano-caustique*, par M. le docteur Mandl.

M. Hérard offre en hommage, au nom de l'auteur un volume intitulé : *Dictionnaire de diagnostic médical*, par M. le docteur Voillez (2e édition).

M. Depaul présente une brochure sur le mal vertébral de Pott, par M. le docteur Justin Quintaa.

M. Gavarret présente, au nom de M. le docteur Victor Bravais, une lettre inaugurale intitulée : *Du rôle de la choroïde dans la vision*, et en fait une courte analyse.

M. Bravais, dit-il, a voulu démontrer que la réflexion des rayons lumineux qui se fait sur la choroïde est plutôt utile que nuisible à la vision.

Il rappelle d'abord qu'un bonne vision ne peut se faire qu'avec des *images nettes* sur la rétine; puis il fait remarquer que ces images, formées par les rayons directs, peuvent conserver leur netteté malgré la lumière réfléchie. Il suffit, pour cela, que chaque rayon de retour repasse par le même point de la rétine, et cette condition se trouve remplie toutes les fois que le plan qui réfléchit ou diffuse la lumière est *au contact de l'écran sensible*. Chaque rayon lumineux qui traverse un cône ou un bâtonnet, étant arrêté et réfléchi juste à son extrémité, ne peut revenir que par le même élément sensible, *renforçant* ainsi l'impression, sans rien ôter à la netteté de l'image et de la perception.

Tel est le cas de l'œil à *tapis*, et de l'œil normal, qui arrête et réfléchit la lumière par sa couche épithéliale pigmentaire adossée aux bâtonnets; dans l'un comme dans l'autre, la réflexion se fait d'une manière utile aux perceptions lumineuses.

Il en est tout autrement si, au lieu de se faire *sur un plan qui touche la rétine*, la réflexion ne se fait que *plus loin*, sur la sclérotique par exemple, lorsque la choroïde est devenue transparente (albinos, vieillards). Le trouble qui en résulte ne tient pas à la *quantité* de rayons réfléchis, mais au *mode défectueux* de cette réflexion. La lumière qui a traversé un cône, ne trouvant plus la couche pigmentaire qui devait la renvoyer par le même cône, chemine au contraire jusqu'à la sclérotique; c'est en revenant de là éclairer la rétine d'une manière diffuse qu'elle affaiblit, par l'ébranlement de plusieurs cônes, l'impression qui aurait dû se limiter à un seul. L'image se trouve alors *sur un fond éclairé*, et la perception en est moins nette.

M. le Président annonce que la séance publique annuelle de l'Académie aura lieu mardi prochain 11 janvier.

DISCOURS

M. Blache, président sortant, remercie de nouveau ses collègues de la touchante sympathie qu'ils lui ont témoignée pendant sa longue maladie. Il rappelle les principales questions qui ont été traitées ou discutées dans le cours de l'année 1869. Il rend hommage au zèle des rapporteurs et au talent des honorables membres qui ont apporté dans les débats les lumières de leur savoir et l'autorité de leur expérience. Il paie un juste tribut de respect à la mémoire des académiciens et des correspondants morts dans l'année : MM. Grisolle, Boulay, Robinet, Poiseuille, Davenne, Cerise, Bérard (de Montpellier), Roux (de Brignolles), Roux (de Marseille), Wardrop (de Londres).

Il termine en souhaitant la bienvenue aux nouveaux élus : MM. Fauvel, Sée, Vulpian, Verneuil, Giraldès, Coste, et en adressant des remercîments aux membres du bureau pour leur bienveillante coopération. (Applaudissements.)

M. Denonvilliers. En prenant possesssion du fauteuil de la présidence, prononce l'allocution suivante :

« Le devoir que j'ai à remplir envers l'Académie est un devoir tout à fait personnel.

« Je tiens à remercier la compagnie de l'honneur qu'elle a bien voulu me faire en m'appelant à la présidence. Personne ne sait mieux que moi-même combien j'avais peu mérité d'avance cette insigne distinction. Je ne la dois qu'à l'extrême bienveillance de l'Académie et à sa confiance, qui m'a profondément touché, mais dont je n'aurai le droit d'être fier qu'autant que je l'aurai justifiée par mes actes.

« J'ai reçu de vous, mes chers collègues, le salaire avant le travail. A moi maintenant de m'acquitter, et je ne le puis faire qu'en mettant tous mes soins à remplir de mon mieux, dans la mesure de mes forces et de mes lumières, les fonctions que vous m'avez confiées, fonctions dont j'apprécie l'importance et dont je comprends la difficulté.

User envers tous de la plus stricte impartialité, diriger vos débats avec fermeté, mais sans rudesse; maintenir dans nos discussion l'ordre et la suite, défendre, au besoin, les orateurs contre leurs propres entraînements, afin de prévenir les conflits, les exagérations, les digressions et tous les écarts qui pourraient avoir pour conséquence le trouble des délibérations, la perte ou le mauvais emploi du temps; obtenir ainsi des travaux de l'Académie tout le fruit qu'en attendent avec raison la science et le monde médical, telle sera ma constante préoccupation, tel sera le but que nous poursuivrons ensemble, et que nous atteindrons, j'espère si vous voulez bien me prêter votre concours et me soutenir de vos sympathies.

« Pour commencer et pour témoigner de suite de l'esprit suivant lequel j'entends l'économie de notre temps, je renonce au droit que me donnerait aujourd'hui l'usage, c'est-à-dire au droit d'imposer à l'Académie une harangue de ma façon, et bornant à ces quelques mots indispensables tout mon discours d'introduction, je passe immédiatement à l'ordre du jour. »

COMMUNICATION

M. Bertillon, candidat à la place vacante dans la section d'hygiène, donne lecture d'un mémoire *sur la mortalité des enfants et des adolescents étudiée à chaque âge et dans chaque département.*

RAPPORT

M. Bouillaud, au nom d'une commission dont il fait partie avec M. Bouchardat, lit un rapport sur un travail de M. le docteur Germain, médecin de l'hospice de Château-Thierry, relatif à l'action et aux propriétés thérapeutiques de la digitale.

Dans ce travail, présenté à l'Académie le 28 août 1860, M. le docteur Germain rend compte de quelques expériences qu'il a faites sur lui-même avec la digitale, et il en conclut que cet agent thérapeutique ralentit les battements du cœur, et qu'il les renforce indirectement en rendant la systole plus facile, parce qu'il donne aux cavités cardiaques le temps de se vider plus complétement. Ce serait, suivant l'auteur, le jeu plus facile de l'organe central de la circulation, et non point l'action diurétique de la digitale, qui, lorsque l'on administre ce médicament, ferait disparaître les hydropisies passives symptomatiques.

M. Bouillaud fait observer que pour établir sa théorie, M. le docteur Germain invoque des faits que la saine clinique est bien loin de confirmer, et que la physiologie expérimentale ne confirme pas davantage. D'ailleurs M. Bouillaud tient pour incontestable l'action diurétique de la digitale employée à dose suffisante et sous forme de macération ou d'infusion.

Sans ajouter, dit en terminant M. le rapporteur, aucune notion absolument nouvelle à celle que nous possédions déjà sur l'action physiologique de la digitale et sur ses vertus thérapeutiques, le travail de M. le docteur Germain rempli de considérations plus ou moins ingénieuses, mais dont quelques-unes ne sont pas à l'épreuve d'objections sérieuses, ne sera pas consulté sans profit et mérite réellement des éloges.

La commission propose d'adresser des remerciements à l'auteur et de déposer honorablement son mémoire dans les archives de l'Académie. (Adopté.)

Rien n'étant plus à l'ordre du jour, la séance est levée à quatre heures et demie.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 8 décembre 1869. — Présidence de M. Alp. Guérin

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine.

— *De la régénération des os sur l'ostéoplastie périosto-médullaire*, par le docteur Brun-Séchaud. Broch. in-8. Limoges, 1869.

— M. le docteur L. Penières adresse, pour le concours du prix Duval de 1870, deux exemplaires de sa thèse inaugurale intitulée : *Des résections du genou.*

Anévrysmes artérioso-veineux de la carotide.—M. Giraldès présente un dessin représentant les lésions anatomiques existant chez un malade dont l'observation a été publiée dans les Bulletins de la Société anatomique, année 1854. Chez ce malade, blessé par un coup de feu, la balle fut retrouvée entre la carotide et la jugulaire, en communication l'un avec l'autre.

M. Guérin. Dans la dernière séance, M. Léon Le Fort a cité le cas d'anévrysme artério-veineux de la carotide et de la jugulaire publié prr M. Joret, de Vannes. Cette observation, qui a trait à un malade que j'ai parfaitement connu, ne saurait être telle qu'elle existe dans la science. Le malade a vécu, *non pas* quinze jours, mais deux ans.

ÉLECTIONS

Commission pour la nomination de deux associés étrangers :

MM. Giraldès,
Le Fort,
Chassaignac,
Panas.

Commission pour la nomination de quatre correspondants nationaux :

MM. Guyon,
Giraldès,
Le Fort,
Depaul,

Greffe épidémique — M. Reverdin lit un travail renvoyé à une commission composée de M. Guyon, Chassaignac, Després.

COMMUNICATIONS

Lithotritie périnéale. — M. Dolbeau. Messieurs, au mois de janvier 1863, j'ai pratiqué, pour la première fois, à Paris, une opération à laquelle j'ai cru devoir donner le nom de lithotritie périnéale. Mon malade a guéri très-rapidement. Au mois d'août dernier, il me donnait encore un témoignage de sa reconnaissance.

Depuis, j'ai eu l'occasion de pratiquer vingt-et-une fois la même opération. Tous mes malades ont guéri, sauf le dernier opéré. Celui-là, je l'ai opéré avec l'asssitance de mon collègue Horteloup; M. Legouest assistait à l'opération.

Jusqu'ici l'opération de la lithotritie périnéale n'a été pratiquée que par moi, et tous mes efforts pour engager mes confrères à me suivre dans cette voie nouvelle ont jusqu'ici été sans résultats. Pour entraîner la conviction des chirurgiens, j'ai le projet de publier la statistique intégrale de mes opérations.—Aujourd'hui, je veux seu-

lement démontrer, pièces en mains, que la lithotritie périnéale est une opération réglée, et que diverses propositions avancées par moi dans mon *Traité de la pierre* sont aujourd'hui rendues évidentes par l'autopsie.

Mon malade, âgé de 67 ans, opéré pour un calcul volumineux très-dur, allait absolument très-bien lorsque, le huitième jour, il donna les signes d'un dérangement notable dans ses facultés intellectuelles.

Dans la nuit du douzième jour, on le trouvait pendu à la corde de son lit, et le quinzième jour il succombait après avoir refusé de prendre des aliments pendant une semaine.

C'est un mort, mais je crois être dans le vrai en n'imputant pas l'insuccès à l'opération seule.

Voici, en quelques mots, les différents temps de l'opération que j'ai pratiquée, c'est-à-dire le manuel opératoire de la lithotritie périnéale :

1° Incision de la peau et du tissu cellulaire dans une étendue de 2 centimètres maximum, depuis la muqueuse du pourtour de l'anus en se dirigeant vers la partie antérieure du périnée, et exactement sur la ligne médiane.

2° Ponction du cathéter dans l'angle postérieur de la plaie.

3° Dilatation graduelle du trajet de la ponction.

4° Dilatation du col de la vessie dans toute l'étendue de l'instrument, c'est-à-dire moins de 2 centimètres de diamètre.

5° Fragmentation de la pierre et extraction de nombreux fragments.

L'opération a été régulière, et tout nous faisait espérer un succès lorsque, par suite de circonstances diverses, le malade a succombé le quinzième jour qui a suivi la tentative opératoire. L'autopsie a été faite avec le plus grand soin, et il me reste à vous démontrer l'importance des faits qui nous sont révélés par la dissection.

Messieurs, on peut voir, sur la pièce que je mets sous vos yeux, les particularités suivantes :

1° La vessie a ses dimensions normales ; ses parois sont épaisses, très-musculeuses ; la muqueuse est blanche, lisse, ne présente aucune ulcération, aucune déchirure, aucune coloration anormale tenant à une inflammation de l'organe ou bien encore à la présence de sang dans les tissus sous-jacents.

2° Le col de la vessie, et c'est sur ce point que j'attire toute votre attention, le col de la vessie, dis-je, est normal. Quoique le malade soit âgé de 67 ans, l'orifice urétro-vésical a encore sa forme circulaire ; la muqueuse qui revêt l'orifice interne de l'urètre est intacte, sans traces de déchirure ni de contusion. Il faut entr'ouvrir cet orifice pour apercevoir la déchirure linéaire de la portion membraneuse de l'urètre, suite prévue de l'application du dilatateur.

Je le dis de nouveau, le col de la vessie est absolument intact, et lors de l'autopsie, nous avons trouvé la vessie remplie d'urine, ce qui démontre que l'orifice était demeuré fermé.

Si vous prenez la peine d'examiner l'urètre et ses dépendances, vous remarquerez :

1° Que l'urètre est intact, depuis le méat jusqu'à 2 millimètres au delà du collet du bulbe ;

2° Qu'à 2 millimètres au delà du collet du bulbe, commence une déchirure linéaire, médiane, qui s'arrête un peu avant l'orifice interne de l'urètre ou col muqueux de la vessie. La région membraneuse, déchirée par en bas, offre sa paroi supérieure demeurée intacte.

3° Que le bulbe de l'urètre est sain, normal ; l'incision n'a pas intéressé le tissu de cet organe.

4° Que les muscles du périnée sont tous sains ; que les vaisseaux ne présentent aucune trace de blessure ou d'inflammation.

Enfin, messieurs, si vous voulez examiner les choses avec soin, vous constaterez :

1° Qu'il y a sur le raphé médian du périnée une incision de 2 centimètres, et que cette incision, qui commence exactement à l'anus pour se porter en avant, ne présente aucune trace d'inflammation.

2° Que de la plaie périnéale ou orifice cutané, part un canal assez régulier qui aboutit au col de la vessie ou orifice muqueux de cette voie accidentelle créée par le dilatateur.

3° Que les parois de ce canal sont, en arrière, la paroi antérieure du rectum demeuré intact ; en avant, le bulbe refoulé, puis la paroi antérieure ou supérieure de la région membraneuse.

Ce canal accidentel, qui aboutit à la vessie, mesure environ 6 centimètres ; il est tapissé par une couche granuleuse qui aurait fourni les moyens de la réparation de la plaie.

En résumé, messieurs, et sans insister sur les circonstances spéciales au malade, la pièce anatomique que j'ai mise sous vos yeux démontre que la tithotritie périnéale, telle que je la pratique depuis près de dix ans, est une opération régulière et réglée. La pièce justifie les propositions qui font la base de mon opération, savoir :

1° La possibilité de créer une voie régulière de l'anus à la vessie sans intéresser ni le bulbe, ni le rectum, ni le col de la vessie, ni les vaisseaux de la région.

2° La possibilité d'introduire dans la vessie des instruments divers destinés à casser la pierre et à en extraire les fragments sans rompre le col vésical et sans faire cesser la contention physiologique de l'urine dans la vessie.

M. CHASSAIGNAC. Ce que vient de nous dire M. Dolbeau, montre combien il est utile de substituer la déchirure ou l'écrasement à l'emploi de l'instrument tranchant, et la supériorité des procédés qui évitent l'écoulement du sang, en évitant l'ouverture des vaisseaux.

M. GIRALDÈS. La communication de M. Dolbeau nous montre aussi, et nous prouve une fois de plus, combien l'opération de la taille doit être faite en dehors des règles posées dans les traités de médecine opératoire. Quant on fait l'incision le plus bas possible, c'est-à-dire près du rectum, on est frappé de la facilité avec laquelle on rencontre le cathéter. Il y a une vingtaine de jours, dans une opération de taille, je fis une incision du col aussi petite que possible, je le dilatai avec le doigt et je pus, en introduisant des tenettes d'enfant, extraire des calculs aussi gros que des œufs de pigeon. La nécessité d'une petite incision du col et de la prostate est proclamée depuis longtemps, et grâce à cette précaution, Martineau sur 70 tailles n'eut aucun cas de mort. La taille médiane d'Allarton, avec écrasement des pierres, est une excellente méthode, mais la modification apportée par M. Dolbeau me paraît heureuse.

M. PERRIN. Je ne puis partager sur deux points l'opinion de M. Giraldès. Le canal est plus difficile à trouver quand on se rapproche du rectum, parce qu'à cet endroit il est plus profondément placé.

En second lieu, il me paraît y avoir une grande différence entre le procédé de M. Dolbeau, qui se rapprocherait un peu de celui de Marianus Sanctus, et les autres méthodes antérieurement suivies. M. Dolbeau ne fait aucune incision au col, tandis que les incisions, quelque petites qu'elles soient, exposent à la blessure des veines du plexus et à la phlébite.

M. TILLAUX. Ce n'est pas du procédé de Marianus Sanctus, c'est du procédé de Jean des Romains que se rapproche l'opération faite par M. Dolbeau. Seulement Jean des Romains faisait une grande incision verticale allant du scrotum à l'anus.

M. DESPRÈS partage l'opinion de MM. Dolbeau et Giraldès, quant à la facilité de trouver l'urètre si l'on se rapproche du rectum. Cet intestin est vide jusqu'au niveau de la prostate, et la paroi antérieure n'est pas, comme on le dit dans les traités d'anatomie chirurgicale, séparée de l'urètre par un espace pyramidal à base inférieure. Pour ce qui est du peu de gravité de l'opération de la taille, je dirai que M. Pope, du Missouri, sur 61 tailles latérales a eu 61 succès, en faisant son incision très en arrière, grâce à la précaution de faire tirer en haut le cathéter.

M. DOLBEAU. Un malade opéré par moi, il y a quelques jours à l'hôpital Beaujon, garde ses urines pendant sept heures.

Kyste de l'ovaire, adhérant à la paroi abdominale, renfermant un liquide fétide et des gaz. — Ouvert à l'aide du chlorure de zinc. — Guérison. — M. DEMARQUAY présente une jeune femme, âgée de 32 ans, réglée à 13 et mariée à 17. Elle a eu deux enfants, le dernier à 11 ans. Il y a trois ans, le ventre a commencé à grossir surtout du côté gauche, depuis cinq mois la malade accuse des douleurs assez vives. Le 15 avril, elle entre dans son service pour une péritonite-circonscrite surtout à la partie inférieure de l'abdomen. Le 5 mai, les accidents péritonéaux étant calmés, une ponction est faite dans le kyste de l'ovaire, d'où il s'écoule 3 à 4 litres de liquide fétide mêlé de gaz. La malade ne se rétablit point elle reste languissante, avec une fièvre hectique. Le 12 juin, nouvelle ponction, nouvel écoulement de liquide brunâtre fétide. Dès que la tumeur kystique est reformée, c'est-à-dire le 15 juin, M. Demarquay fait sur la ligne médiane une incision qui, partant de quelques centimètres au-dessous de l'ombilic, s'étend à quatre travers de doigt de la symphyse pubienne, dans cette incision qui comprend toute la peau et le tissu cellulaire, on place un gros morceau de pâte au chlorure de zinc ; cette application détermine une grande escarre comprenant une partie de l'épaisseur des parois abdominales, deux autres applications sont encore nécessaires, mais le caustique porte sur une moins grande étendue. Ces applications ont non-seulement pour but d'ouvrir le kyste, mais aussi d'établir de solides adhérences dans une grande étendue. Le 6 juillet, cinq jours après la dernière application du chlorure de zinc, le kyste ovarique se rompt, et laisse écouler une grande quantité de liquide fétide mêlé de gaz. Afin de ne rompre aucune adhérence, M. Demarquay abandonne l'ouverture de ces sortes de tumeurs à elles-mêmes. On fait une série d'injections détersives avec une solution de permanganate de potasse, et le lendemain matin à la visite, on trouve une masse fongueuse, ramollie, en voie de sortir par la large ouverture faite à la tumeur, on attire cette masse au dehors, et le doigt introduit dans la cavité de la tumeur déjà revenue sur elle-même, arrive sur le pédicule de cette masse fongueuse gangrenée. Un mouvement de torsion imprimé à ce produit morbide, fait qu'il se détache. On s'assure qu'il n'y a plus aucun autre produit morbide dans la poche du kyste et on pratique des injections détersives, soit avec de la teinture d'iode étendue d'eau, soit avec une solution de permanganate de potasse animée d'alcool ; cette masse extraite du kyste de l'ovaire fut mise dans une cuvette pleine d'eau, et il fut facile de constater qu'elle constituait un kyste, développé dans le grand kyste de l'ovaire.

C'est la mortification de ce kyste secondaire, qui avait amené l'inflammation du kyste de l'ovaire, et qui produisait des gaz par sa décomposition, ce qui donnait au liquide ovarique une si grande fétidité. Dès que ce dernier temps de suppuration fut accompli, tous les accidents cessèrent. La malade reprit son appétit, ses forces revinrent, et on vit le kyste de l'ovaire revenir sur lui-même avec une grande facilité. Bientôt il fut réduit à une toute petite cavité. Sous l'influence des injections citées plus haut, la malade a pu quitter le service le 15 septembre, parfaitement guérie. Actuellement, sa santé n'a jamais été meilleure.

M. Demarquay se demande, en terminant, si la conduite qu'il a tenue dans cette circonstance, et qui était imposée par les circonstances, ne pourrait point être imitée dans certaines conditions. Ne pourrait-on pas, et ne devrait-on pas, dans le cas de kyste uniloculaire de l'ovaire quand il n'est point très-développé, et qu'on a lieu de croire à l'existence d'adhérences, au lieu de recourir à l'ovariotomie, qui présente tant de gravité dans ce cas et si peu de chances de succès, ouvrir le kyste de l'ovaire dans une grande étendue, par l'application de la pâte au chlorure de zinc, et faire ensuite des injections déterstives au sein de la cavité kystique. Déjà cette pratique a été mise en usage par plusieurs chirurgiens, et par M. Demarquay lui-même, mais il n'avait point eu recours à une ouverture aussi large. Suivant lui ce qu'il importe quand on a recours aux caustiques pour ouvrir soit un kyste hépatique, soit ovarique, c'est d'ouvrir largement, afin que les liquides s'écoulent avec facilité, et qu'ils ne s'altèrent point, ce qui amène alors une infection putride.

M. BOINET. M. Jouon, de Nantes, a pratiqué une fois une ovariotomie par un procédé analogue à celui suivi par M. Demarquay. Il y a dans la science plusieurs faits antérieurs, que j'ai cités dans mon livre. Houston, en 1701, avant affaire à un kyste volumineux, l'ouvrit par la potasse caustique. Il incisa l'escarre, mêla les liquides avec un petit baton, et retira 10 kilogrammes environ de matières semi solides.

Dans les cas d'adhérences très-étendues, la pratique suivie par M. Demarquay serait préférable à l'extirpation du kyste.

M. DEPAUL. J'avais depuis longtemps l'intention de communiquer à la Société le récit d'une opération semblable pratiquée dans un cas de grossesse extra-utérine.

Une femme me fut amenée à l'hôpital comme atteinte d'une grossesse anormale. L'époque où l'accouchement aurait dû avoir lieu était depuis longtemps passée, et il me fut facile de constater qu'il s'agissait d'une grossesse intra-utérine.

Cette femme avait eu plusieurs fois des inflammations péritonéales, et je fus à l'hôpital témoin d'une nouvelle atteinte de péritonite. Lorsque la crise fut calmée, je crus devoir intervenir, de peur de voir survenir de nouveaux accidents qui, cette fois, auraient pu être mortels. Je plaçai sur la ligne médiane une traînée de caustique de Vienne, de manière à mortifier la peau dans toute son épaisseur. Après 24 heures, je disséquai l'escarre et appliquai une nouvelle couche de caustique, qui mortifia cette fois les muscles et les aponévroses. Deux ou trois jours après, nouvelle dissection de l'escarre, nouvelle mortification. Le lendemain, par un petit pertuis de la largeur d'une tête d'épingle, je vis suinter un liquide, au milieu duquel je vis des flocons de matière comme savonneuse, que je reconnus pour l'enduit sébacé qui couvre le fœtus. J'agrandis l'ouverture et je constatai directement la présence de l'enfant. J'agrandis de nouveau l'ouverture en haut et en bas, mais avec les plus grandes précautions, pour ne pas dépasser les limites des adhérences ; cependant elle restait encore trop petite, car l'enfant avait le volume du fœtus à terme. Avec de forts ciseaux, je sectionnai l'enfant en plusieurs fragments, qu'il me fut ainsi facile d'extraire. La suppuration s'empara de la poche, elle revint peu après sur elle-même, et il ne restait plus qu'une fistule aboutissant à une cavité pouvant loger une petite pomme ; la guérison, en un mot, était certaine, si elle n'était pas encore complète, lorsqu'au 18 ou 19e jour après l'opération, la femme mourut en quelques heures du choléra, qui avait éclaté dans l'hôpital, et avait fait dans mes salles plusieurs autres victimes.

Le résultat, heureux dès l'ouverture du kyste fœtal par la cautérisation, m'avait frappé, et je me suis demandé si la méthode ne serait pas applicable à l'opération césarienne. Ayant à pratiquer, il y a quelques jours, cette opération, j'avais songé à y avoir recours, et j'avais exposé à ma clinique mes idées à cet égard. J'ai reculé devant quelques considérations, parmi lesquelle se plaçait en première ligne ma répugnance pour des moyens thérapeutiques qui, en dehors de toute tentative antérieure, peuvent même de loin ressembler à de l'expérimentation. L'issue, toujours funeste de l'opération césarienne à Paris, m'autorise cependant à recourir à la méthode de la cautérisation.

M. DEMARQUAY. J'ai aidé, il y a vingt ans, Récamier à opérer par les caustiques dans un cas de grossesse extra-utérine, mais l'application ne fut pas assez largement faite, et l'insuccès fut probablement dû à cette circonstance. Il y a douze ans, j'ai répété cette opération, également pour une grossesse extra-utérine, et j'ai pu extraire tout le fœtus. Mais dans ce cas aussi, je fis une ouverture qui, bien que large lors de l'application du caustique, ne tarda pas à devenir trop étroite. C'est à cette circonstance que j'attribue l'insuccès de cette opération. Aussi, dans un cas publié dans la *Gazette des Hôpitaux*, ayant affaire à un kyste renfermant du liquide filant couleur chocolat, j'appliquai sur la paroi abdominale une large traînée de la pâte au chlorure de zinc, j'ouvris et je vidai le kyste qui était multiloculaire ; il revint peu à peu sur lui-même et la malade guérit. Ces faits sont, du reste, consignés dans la thèse de M. Depaul.

M. GUÉNIOT. L'ouverture a-t-elle été assez large pour qu'on eût la certitude qu'il s'agissait d'un kyste et non d'un hématocèle péri-utérin.

M. DEMARQUAY. La nature du liquide lequel était filant et de couleur chocolat, ne me laissait guère de doutes. Ils eussent, du reste, été levés par cette circonstance que j'ai pu extraire un des kystes inclus, le redistendre et le présenter à la Société anatomique.

La séance est levée à 6 heures.

Le secrétaire annuel, LÉON LE FORT.

CORRESPONDANCE

Nous publions ci-dessous la lettre que M. Briau nous a adressée, nous bornant d'abord à y faire quelques annotations utiles. Pour le surplus, nous ne saurions mieux répondre à M. Briau qu'en rendant compte de son mémoire : ce qui ne tardera pas.

A M. le docteur Révillout.

Monsieur,

Dans votre précipitation à écrire l'article où vous vous occupez de moi, vous avez laissé échapper quelques contradictions et plusieurs inexactitudes que vous reconnaîtrez facilement après réflexion.

Je ne veux point relever tout ce qui est de la critique proprement dite. Mais je tiens à repousser trois reproches que vous me faites et qui s'adressent, non à l'écrivain, mais à l'homme. Vous dites, en effet, que je vous ai pris le titre et le sujet de votre mémoire, et vous insinuez que je me suis servi de vos indications.

Votre mémoire, publié en dix feuilletons de la *Gazette des Hôpitaux* (1) (de juin à septembre 1866), est intitulé : *De la profession*

(1) M. Briau sait parfaitement que mon mémoire, avant d'être reproduit par la *Gazette des Hôpitaux*, avait été lu devant l'Académie des sciences morales et politiques, puis publié dans ses comptes rendus. L'intervalle qui s'est écoulé entre la lecture et la publication de ce mémoire, tient à ma mission en Egypte et à l'affection grave et longue que j'y avais contractée. D'ailleurs ce mémoire a reçu depuis une nouvelle publicité par les citations nombreuses et étendues que M. Daremberg m'a écrit en avoir faites dans ses leçons au Collége de France. J'ai reçu à ce sujet des lettres très-flatteuses du savant professeur.

médicale dans l'empire romain (2). Il n'y a rien là qui ressemble à *l'Assistance médicale chez les Romains*. Si vous faites allusion à l'histoire de la profession médicale que j'annonce comme étant l'objet de mes études, il est évident que ce n'est point là un titre d'ouvrage, mais seulement l'indication de l'objet qui m'occupe. Je ne vous ai donc point pris de titre.

Je ne vous ai point pris non plus votre sujet. L'histoire appartient à tout le monde, et je serais dans mon droit de traiter une matière déjà étudiée par d'autres; c'est ce qui se fait tous les jours(3). Toutefois, je n ai point vu dans votre mémoire qu'il s'y agisse de l'assistance médicale à Rome; et je persiste à affirmer que personne avant moi n'a eu pour objet d'en faire un traité. Je comprends l'amertume d'un écrivain qui se croit devancé (4) dans ses travaux. Mais rassurez-vous; un auteur n'épuise point à lui seul un sujet d'histoire, et vous pourrez toujours utilement poursuivre les recherches que vous annoncez. D'ailleurs, l'objet de votre mémoire n'est ni tracé ni délimité nettement, et votre étude consiste plutôt dans une suite de notes(5) que dans un véritable traité. Mon travail et le vôtre ne se ressemblent donc en aucune façon.

Enfin, vous insinuez que je vous aurais pris les indications des sources. Je vous assure, monsieur, que vous ne ferez croire à personne qu'il soit besoin de m'indiquer les sources où je dois puiser(6). J'ai assez écrit depuis vingt ans pour que tout le monde soit bien persuadé que je suis au-dessus d'une pareille insinuation; vos reproches ont donc été trop promptement formulés et sont mal adressés. Au reste, je m'en rapporte au jugement du public qui a les pièces sous les yeux.

Veuillez agréer l'expression de ma considération distinguée.

D[r] Briau.

---

(2) Ici je ne puis mieux répondre à M. Briau qu'en reproduisant encore des extraits textuels de son introduction, et en y soulignant quelques passages.

« L'histoire de la médecine proprement dite, c'est-à-dire l'exposition et l'enchaînement des doctrines médicales en même temps « que la Biographie des hommes qui les ont créées, agrandies ou « commentées, n'est plus une histoire à faire . . . .

« Au contraire ; *l'histoire de la profession médicale*, je veux dire « la position du médecin dans la société, le rôle qu'il y joue, la « place qui lui est faite, les relations qu'il s'y crée, les rapports « qu'il doit entretenir avec les administrations et les particuliers, « tous ces détails de la vie du médecin pratiquant son art, *voilà une « histoire tout entière à faire et dont* personne *ne semble avoir eu* « l'idée. Travail curieux pourtant et intéressant, qui se rattache de « tous côtés à l'histoire générale des mœurs et des habitudes de la « vie privée et publique; *mais œuvre difficile à conduire jusqu'au « bout, parce que les éléments n'en ont point été recueillis.*

« *J'ai entrepris d'écrire l'histoire de la profession médicale chez les « Romains*; et dans la poursuite de ce travail, j'ai rencontré quelques parties qui peuvent sans inconvénient être détachées de l'en« semble et faire l'objet de publications spéciales. . . . .

(3) Oui ; mais on ne dit pas alors qu'on est le premier à la traiter.

(4) Devancé ?... !!!...

(5) Voilà un jugement peu flatteur pour les membres de l'Académie des sciences morales et politiques : Ils auraient écouté avec tant de faveur et si bien accueilli *une suite de notes sans objet tracé ni délimité nettement.* Faisons comprendre à M. Briau le plan et la suite de ce mémoire.

Pour tracer l'histoire de la profession médicale dans l'empire Romain, il fallait d'abord indiquer ce qu'étaient les médecins à Rome, quelles pouvaient être leurs conditions sociales et les conséquences de ces conditions pour l'exercice même de la profession. Il fallait dire dans quelles limites cette profession était estimée et lucrative ; montrer où se recrutait le corps médical et de quels éléments il se composait : médecins proprement dits, *medicæ*, spécialistes, auxiliaires subalternes. Il fallait mettre en scène le médecin étranger et le médecin romain, celui qui était pleinement libre et celui qui était affranchi ou esclave soit d'un particulier, soit d'une corporation, soit d'une ville, soit d'un empereur. Tel était le sujet au développement duquel j'ai consacré mon premier chapitre intitulé : *Conditions sociales des médecins.*

J'examine ensuite où se formaient et s'instruisaient tous ces médecins. Je recherche s'il y avait de véritables écoles, des amphithéâtres de dissection, des cliniques proprement dites, et c'est à ce propos des cliniques que j'étudie en passant la question des hôpitaux ou hospices de villes et de corporations, des infirmeries (*valetudinaria*) soit serviles, soit autres (de chaque *valetudinarium*, pour employer le mot au singulier, comme M. Briau). Puis, je suis le médecin où se faisait alors le véritable apprentissage, dans la pratique publique ou privée ; je dépeins ses consultations qui se donnaient devant une nombreuse assistance d'amis ou d'élèves ; je parle des médecins des gladiateurs, des médecins du cirque, et j'indique comment ils mettaient leur situation à profit pour leur instruction professionnelle. Ce second chapitre a donc pour sujet et pour titre *L'Enseignement médical* à Rome ; et l'assistance médicale y est incidemment traitée.

Reste à savoir si M. Briau, qui s'est rencontré si généralement avec moi, a beaucoup ajouté, par son dernier mémoire, à la somme de nos connaissances sur ce sujet; c'est ce que j'étudierai en rendant compte de son ouvrage.

(6) Une simple question, que je suis autorisé à poser à M. Briau. Je ne sais si M. Briau avait fait paraître quelque travail épigraphique avant la publication de son mémoire sur *le service de santé militaire chez les Romains*, mais prétendrait-il, par hasard, que dans ce mémoire et dans le suivant, il a seul trouvé et interprété les textes dont il s'est servi, sans que personne les lui indiquât, les lui montrât ou les lui expliquât.

Quant à moi, dont le but n'était pas de faire de l'épigraphie pure, j'ai pu me servir utilement des inscriptions sans avoir recours aux lumières de maîtres vraiment compétents, et c'est pourquoi je puis affirmer que personne n'a eu besoin de m'indiquer les sources.

Pour toutes les notes : D[r] Victor Revillout.

Le directeur, D[r] E. Le Sourd

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 7 janvier 1870.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Fièvres typhoïdes.

Dans notre Revue du 27 novembre dernier, à l'occasion du rapport sur les maladies régnantes du mois d'octobre, nous avons signalé la fréquence insolite des fièvres typhoïdes, qui avaient déjà, à cette époque, pris les proportions d'une véritable épidémie. L'épidémie s'est continuée et persiste encore. Les fièvres typhoïdes constituent en ce moment, avec les fièvres éruptives, la variole notamment, les rhumatismes et les pleurésies, le groupe des affections dominantes.

M. le professeur Béhier a consacré ses deux dernières leçons de décembre à l'examen des cas de fièvre typhoïde de son service. Il s'est proposé particulièrement de montrer, par des exemples, les variétés de forme dans une même maladie et à un même moment.

Le premier des sujets atteints de fièvre typhoïde sur lequel il a appelé l'attention de son auditoire, est un jeune garçon de 17 ans, entré à l'Hôtel-Dieu le 15 décembre, malade depuis six jours (il était alors au 13e jour de sa maladie). Il présentait toute la collection des symptômes abdominaux à l'état d'ébauche : diarrhée sans ballonnement du ventre, langue sale, sans grande rougeur ; céphalalgie, étourdissements, épistaxis, taches rosées, peu abondantes, à peine appréciables ; sa physionomie exprimait l'étonnement plutôt que la stupeur. La rate ne paraissait point tuméfiée; on entendait peu de râles dans la poitrine ; le pouls était dicrote, faible, la chaleur modérée. C'est, comme on le voit, un exemple de la forme muqueuse ou abdominale simple, avec tendance à la forme nerveuse, mais ne présentant jusque-là aucune gravité.

Un second malade présentait un état analogue. Il était, comme le précédent, atteint d'une fièvre typhoïde de forme muqueuse; mais à un degré un peu plus accusé. Il avait la langue sale et rouge, de la toux, des râles, des taches abondantes et des sudamina confluents, de la diarrhée, du ballonnement du ventre, de l'agitation, des soubresauts, un peu de délire, en un mot, une certaine tendance vers la forme ataxique. L'altération du système nerveux venait se joindre, chez lui, en effet, comme on le voit, à la forme muqueuse.

Un autre signe de la gravité plus grande de l'état typhoïde chez ce malade était la présence d'un commencement d'eschare, mais d'une variété particulière. Ordinairement, c'est à la partie saillante du sacrum que se manifestent les escharres ; ici c'était dans le pli des fesses que se produisait un commencement de mortification de la peau. Cette variété d'eschare rappelait assez bien ce qui se passe chez les petites filles ou les jeunes femmes qui, sous l'influence de l'affection typhoïde, ont des eschares dans la fente vulvaire.

Ce malade, arrivé au 30e jour de sa maladie, allait bien; la diarrhée était diminuée, son pouls était moins fréquent, sa langue était nettoyée, le ballonnement du ventre avait cessé, le délire et les soubresauts des tendons étaient dissipés. Ce ballonnement, ces soubresauts et ce délire avaient, cependant, inspiré un moment une certaine inquiétude sur l'état de ce malade et sur l'issue possible de sa maladie. Convaincu de l'urgence qu'il y a dans ces cas-là à ne pas attendre et à venir immédiatement au secours des malades pour relever leur système nerveux, M. Béhier s'est empressé d'administrer des stimulants diffusibles, de 1 gramme à 1 gr. 50 de musc dans une potion. Il a eu recours aussi aux laxatifs, dans le double but de provoquer l'évacuation des matières intestinales et d'exciter un peu, par l'irritation de l'intestin, le système nerveux de la vie animale. Un autre moyen qui réussit bien aussi dans ce cas, et qui a été très-employé depuis le début de cette épidémie, est l'usage des lotions fraîches et vinaigrées sur soute la surface du corps. Elles ont pour effet de soustraire l'excès de la température. « Je ne sais jusqu'à quel point, dit M. Béhier, on doit admettre les théories qui ont été émises sur l'influence de l'élévation de la température sur les désordres nerveux, toujours est-il qu'il y a une influence réelle. »

Ces lotions ont d'ailleurs un autre effet, c'est de réveiller l'activité du système vasculaire ; ainsi, tout en abaissant la température, on galvanise un peu le système nerveux, on excite l'action du système vaso-moteur.

L'emploi des bains tièdes, un peu frais, a souvent des résultats inespérés dans ces mêmes circonstances. On s'est trouvé très-bien de ces bains dans l'épidémie de fièvre typhoïde qui obligea, il y a quelques années, à ouvrir un service temporaire à la Salpêtrière.

Un troisième malade, couché au n° 17 de la salle Sainte-Jeanne, a présenté une forme analogue, mais avec des symptômes ataxiques encore plus marqués, stupeur plus prononcée, délire, ballonnement, etc., tout, en un mot, indiquant un plus grand trouble des fonctions nerveuses, un état typhoïde plus avancé. Ce malade, chez qui la maladie ne s'était pas bornée à la première phase, à l'altération intestinale, mais qui avait déjà présenté des symptômes d'infection consécutive, accusée par une éruption ecthymateuse et une menace d'eschare, arrivé au 31e jour de sa maladie, a vu s'arrêter presque simultanément tous ces phénomènes.

Les mêmes moyens qui avaient été mis en usage chez le malade précédent ont été employés également chez celui-ci.

Voilà donc trois cas de fièvre typhoïde à forme simple, muqueuse, d'intensité modérée, qui ont frisé cependant les phénomènes ataxiques, le dernier surtout, et qui sont tous trois sur le point de se terminer heureusement.

Il n'en faudrait pas conclure, toutefois, que les choses devront se passer toujours ainsi. Il faut être toujours extrêmement réservé en fait de pronostic, dans ces cas-là mêmes. Il n'est pas très-rare, en effet, de voir dans des conditions semblables survenir brusquement le développement d'un état typhoïde plus grave et de voir se produire alors tous les signes de l'ataxie et de l'adynamie, délire, soubresauts, ou bien prostration avec état fuligineux de la langue et des lèvres, gangrènes partielles, etc. D'autres fois, avec les mêmes phénomènes de la forme purement muqueuse pour point de départ, on arrive aux phénomènes thoraciques graves.

Ces substitutions de formes les unes aux autres répondent aux diverses dénominations de fièvre muqueuse, de fièvre putride, de fièvre adynamique et de fièvre ataxique, sous lesquelles on a désigné cette affection. La dénomination de fièvre typhoïde est préférable en ce qu'elle exprime l'état typhoïde, qui est le fond commun à toutes ces formes et qui y existe toujours, au moins à l'état d'ébauche.

Il y a encore, outre ces cas dans lesquels la maladie se développe dans tel ou tel sens par l'évolution naturelle des symptômes qui lui sont propres, d'autres faits qui doivent rendre réservé pour le pronostic et qui commandent certaines précautions. Tel est, par exemple, le cas du malade n° 3 de la salle Sainte-Jeanne, qui, ne présentant qu'une forme à peine ébauchée d'une fièvre typhoïde, parvenue au neuvième jour sans aucun signe de gravité apparente, sans avoir manifesté le moindre délire, sans convulsions, est mort subitement en se plaçant sur son séant pour prendre son vase de nuit. L'autopsie n'a rien offert qui pût expliquer la mort survenue d'une manière aussi inopinée ; les lésions intestinales étaient très-peu avancées ; il n'y avait point encore d'ulcérations ; il n'y avait ni embolie, ni caillots trombiques. Ce malade a succombé manifestement à une syncope, comme la plupart de ceux dont M. Dieulafoy a rapporté l'histoire dans sa thèse, et comme ceux dont parle Graves dans ses leçons de clinique médicale (1).

On vient de voir, par ces exemples, qu'il faut toujours, dans les formes les plus simples et les plus bénignes en apparence, faire la part de l'imprévu et d'un danger possible. D'autres exemples vont montrer qu'il ne faut jamais désespérer de la guérison, même en présence des états les plus graves. Ils feront le sujet d'un deuxième article.

Ponction évacuatrice de l'hydarthrose et de l'hygrôma avec la seringue aspiratrice de M. Dieulafoy.

On sait que la ponction des articulations dans l'hydarthrose n'est pas encore passée dans la pratique usuelle, par la raison que la plaie faite avec le trocart ordinaire à hydrocèle est encore assez étendue pour que la suppuration puisse survenir consécutivement, et l'on a à craindre que cette suppuration née dans la piqûre, se propage à la synoviale; ou si l'on a employé le trocart explorateur, on est obligé, pour arriver à l'évacuation complète, de faire des pressions fortes et prolongées qui peu-

(1) Pendant l'épidémie de typhus Fever de 1826, dit Graves, des convalescents furent frappés de mort pour s'être levés imprudemment, ou pour s'être promenés trop longtemps dans leur chambre, ou pour avoir essayé d'atteindre seuls leur vase de nuit. Graves attribue ces morts subites chez les convalescents du typhus Fever à ce que les fonctions du cerveau et du cœur peuvent être soudainement enrayées, par le seul fait d'une syncope survenue dans les conditions de faiblesse où se trouvent ces convalescents. Ce fait, qui n'avait pas échappé à l'observation du savant clinicien de Dublin, et dont on a longtemps cherché l'explication dans des lésions secondaires, dont on ne trouve le plus souvent aucune trace, s'explique mieux depuis que l'on sait que l'anémie cérébrale suffit souvent pour produire des phénomènes semblables à ceux que l'on attribuait à la congestion et à l'inflammation.

FEUILLETON BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de pathologie et de clinique chirurgicales

Par M. le docteur J.-A. FORT(1).

Ce livre n'est pas un livre de théorie; c'est un livre d'enseignement pratique : il s'adresse surtout aux étudiants et aux jeunes praticiens. C'est le fruit de sérieuses études, et la mise en pages, si je puis m'exprimer ainsi, des cours professés par l'auteur à l'École pratique de la Faculté de Paris.

M. Fort, on le sait, occupe une place distinguée dans cette École libre, qui vit à côté de l'École officielle, non pour la combattre, comme on en affiche quelquefois la prétention, mais pour combler une lacune que l'institution des agrégés a laissé subsister tout entière. Où, ailleurs qu'à l'École pratique les étudiants trouvent-ils, en effet, cet enseignement direct qui, s'adaptant en quelque sorte à l'esprit de chacun, le met à même de comprendre cet autre enseignement, celui que l'État distribue, et dont les formes oratoires font trop souvent oublier que la médecine et la chirurgie sont des sciences? Aussi, voyez comme le grand amphithéâtre reste vide, et, cependant, on n'hésite pas à y appeler des hommes éloquents, des hommes à doctrines nouvelles. Vains efforts ; la curiosité amène à deux, à trois séances, un public qui disparaît bientôt, et le professeur, si applaudi la veille, n'a plus, le lendemain, que de rares auditeurs. Il est vrai qu'à l'hôpital l'enseignement officiel devient pratique ; mais, si vous voulez bien vous rendre compte que vingt élèves à peine peuvent, dans chaque salle, approcher des malades et faire par eux-mêmes l'étude des symptômes et celle du diagnostic, suivre les résultats d'un traitement et en reconnaître la valeur, vous serez bien obligés de remercier avec moi ces hommes qui se sont donné comme mission de suppléer, autant que possible, l'enseignement officiel, qui ne sait pas être pratique, et loin d'accueillir avec dédain les preuves multipliées de leurs travaux, vous leur viendrez en aide quand ils en produiront.

C'est à ce point de vue que je me suis toujours placé lorsque j'ai lu les ouvrages de ces professeurs libres, dont j'ai moi-même fait partie, et qui, hier nos camarades d'études, nos rivaux de concours, demain viendront peut-être siéger comme juges et comme maîtres honorés dans ces amphithéâtres, dans ces salles, dont on semble vouloir les regarder comme les futurs Érostrates. Voyez, d'ailleurs, ce que font les élèves. Malgré la condescendance respectueuse qu'ils ont pour les professeurs de l'État, ils vont à ces hommes qu'on laisse de côté; ils sollicitent leurs leçons, leurs conseils; ils en font les *privat-docenter* de notre Faculté et ils leurs doivent certainement de subir avec honneur les épreuves auxquelles vous les soumettez, avant de leur délivrer vos certificats de capacité.

Arrière donc l'esprit de coterie, et soyons toujours justes si nous voulons pouvoir sans rougir tendre, plus tard, la main à ceux qui paraissent aujourd'hui être des adversaires.

Cela dit, je reviens au livre dont le titre figure en tête de cet article. Il débute par un chapitre de notions générales, mais le caractère pratique de l'auteur se manifeste aussitôt : rien d'inutile, il parle à l'élève de ce qu'il doit faire à l'hôpital, des services qu'il sera appelé à y rendre, de la manière dont il devra étudier la maladie et le malade ; enfin, il lui recommande la tenue d'un cahier d'observations, mémorial précieux où, plus tard, cet élève retrouvera vivantes les leçons d'une expérience presque personnelle.

Passant ensuite à la description des maladies chirurgicales, M. Fort adopte les trois divisions suivies par tous les pathologistes; mais bientôt il sort de la voie tracée. Chaque division est subdivisée par lui en lésions traumatiques, lésions inflammatoires, et lésions de nutrition. Cette subdivision est-elle absolument justifiée, même à ses propres yeux? J'ai lieu d'en douter, et si, par lésion de nutrition, par exemple, il a entendu aberration dans l'évolution des éléments anatomiques, peut-être éprouverait-il quelque difficulté à expliquer comment la gangrène et les tumeurs sont rangées par lui sous ce titre commun. Mais l'auteur, l'homme d'enseignement, dirons-nous plutôt, a voulu classer, ordonner, parce que l'élève, et l'élève français surtout, veut à tout prix des cadres, des catégories. C'est là, du moins, ce que les explications données par M. Fort nous

(1) 1 vol. in-12 avec 135 figures intercalées dans le texte. 12 francs.

vent être à leur tour une cause d'inflammation consécutive susceptible de se terminer par suppuration. Pour ces raisons la ponction est, dans la pratique générale, réservée comme moyen d'évacuation pour les cas d'hydarthrose très-rebelle, et l'on hésite à l'employer, comme moyen d'exploration, dans les cas où l'on a des doutes et où l'on voudrait être renseigné sur la nature du liquide enfermé dans la synoviale.

M. Gosselin a pensé, dans ces derniers temps, que l'instrument récent de M. Dieulafoy mettrait à l'abri des accidents consécutifs à la ponction articulaire. D'une part le trocart étant très-petit, la plaie a bien plus de chance de se cicatriser par première intention, et d'autre part, l'aspiration par le vide rend inutiles les pressions sur la jointure. Toute la question est de trouver un liquide assez peu consistant et assez dépourvu de grumeaux fibrineux pour que la canule ne soit pas obstruée.

M. Gosselin, guidé par ces idées, a fait, dans ces derniers temps, deux fois la ponction du genou, en se servant du grand modèle de l'instrument, celui dont le corps de pompe peut recevoir 75 à 80 grammes de liquide. La première fois, il s'agissait, d'une hydarthrose coïncidant avec des corps étrangers, au nombre de trois, que M. Gosselin avait délogés de la synoviale par la méthode sous-cutanée de Goyrand. Dans l'espoir d'obtenir la guérison longtemps attendue de l'hydarthrose concomitante, il a fait la ponction évacuatrice sans aucun accident ; il a aisément vidé la jointure ; il a mis ensuite un appareil compressif, et il renouvellera la ponction de la même façon, si, comme on peut le craindre, le liquide se reproduit.

Dans le second cas, il s'agissait d'une collection liquide du genou sur une femme accouchée depuis quelques semaines, chez laquelle, tout en acceptant l'opinion d'une hydarthrose franche, le chirurgien se demandait si, par hasard, le liquide n'était pas purulent. En effet, la ponction, faite de la même manière, a donné issue à un liquide grisâtre évidemment formé d'un mélange de synovie et de pus. La présence de ce dernier a été démontrée par la couleur grisâtre du liquide et l'existence de leucocytes abondants.

Dernièrement encore, M. Gosselin a utilisé le même procédé pour l'évacuation d'un hygrôma subaigu antérotulien,

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Bailly, suppléant.

Leçons sur le traitement de l'avortement (1).

V

Ainsi, messieurs, pour me résumer, dans les avortements des trois premiers mois de la grossesse et quels que soient la durée du travail abortif et les accidents qui peuvent le compliquer, je vous conseille de vous abstenir de toute action chirurgicale tendant à vous substituer à la nature pour hâter la sortie de l'œuf, mais de vous borner à combattre ces accidents par les moyens d'ailleurs si efficaces que je vous ai fait connaître. C'est dans le courant du quatrième mois au plus tôt que je tolère quelques tentatives destinées à extraire le produit de la conception.

Ce précepte d'abstention que je vous donne en ce moment est-il absolu, et devez-vous à tout jamais, pendant le premier tiers de la grossesse, vous interdire une manœuvre ayant pour but de vider la matrice de son contenu ? Telle n'est pas ma pensée. Il n'est guère de préceptes absolus en chirurgie, et celui-là ne l'est pas plus que les autres. Ce que je cherche à vous inculquer, c'est que la pratique que je considère comme la meilleure dans le traitement de l'avortement, et que, pour ce motif, je vous conseille de suivre, est d'une application très-générale et que les exceptions dont elle peut être l'objet sont infiniment rares ; c'est que ces faits exceptionnels ne se présentent point avec des caractères de fixité qui me permettent, à moi de vous en donner le signalement, et à vous de les reconnaître dans tous les cas ; que dès lors ils sont affaire d'expérience, de tact, je dirai presque d'essai et de tâtonnements, et qu'en définitive ce n'est qu'après avoir vu des accidents graves persister malgré le tamponnement et les préparations antiseptiques que vous serez autorisés à vous écarter de la méthode de traitement que vous avez dû employer tout d'abord et à faire quelques tentatives dans le but d'achever le décollement de l'œuf et de l'extraire. Vous aurez alors à votre disposition pour cet objet le doigt, sans contredit le meilleur de tous les instruments, la pince à faux germe de Levret, les curettes de Récamier et de M. le professeur Pajot, etc., appareils qui peuvent certainement rendre des services, mais dont le besoin se fait assez rarement sentir pour que je n'aie jamais eu l'occasion de les voir fonctionner dans les conditions que nous supposons ici.

Puisque l'expérience clinique doit être votre seul guide dans l'appréciation des faits d'exception auxquels je viens de faire allusion, vous comprenez que je ne puisse vous donner de plus utile conseil que de vous engager à former votre expérience le plus promptement possible par l'observation attentive des faits d'avortement dont vous êtes témoins dans cet hôpital et de ceux que vous offrira l'exercice de la profession que vous allez bientôt inaugurer. Je m'estimerai heureux si j'ai pu contribuer quelque peu à vous aplanir les premières difficultés d'une carrière dans laquelle on ne saurait marcher tout d'abord d'un pas ferme, et qui exigerait, pendant plusieurs années encore après celle de la scolarité, et s'il était toujours possible de les obtenir, les conseils et l'appui d'une expérience sûre et dévouée.

Un dernier point de la thérapeutique de l'avortement que je ne saurais passer sous silence est relatif à l'emploi du seigle ergoté dans le traitement de cet accident. Vous connaissez tous les propriétés ocytociques de l'ergot de seigle dans l'accouchement à terme ; vous savez que, méthodiquement administrée dans la période d'expulsion, cette substance a le pouvoir de précipiter les phénomènes mécaniques du travail et de hâter la sortie du fœtus. Eh bien, ne peut-on pas l'employer également dans l'avortement et amener plus promptement, par son moyen, l'évacuation de la matrice ? C'est là un point fort controversé encore parmi les accoucheurs, dont les faits et l'observation n'ont pu jusqu'ici dissiper entièrement l'incertitude à cet égard. Aussi les préceptes formulés par les auteurs se ressentent-ils de cette incertitude et présentent-ils de nombreuses divergences. Les uns, et c'est le plus grand nombre, conseillent de recourir au seigle ergoté dans l'avortement ; les autres croient ce médicament inutile ou dangereux et veulent qu'on s'en abstienne. Ce qui ne me paraît pas douteux, à moi, et cela parce que je l'ai constaté avec la dernière évidence, c'est que l'action excitatrice du seigle ergoté sur la contractilité utérine se fait sentir au début de la gestation comme dans l'acconchement à terme. Chez une femme dont la grossesse, d'après les renseignements fournis par la malade et les résultats de l'exploration manuelle, ne pouvait avoir dépassé le terme de six semaines à deux mois, j'ai vu se produire de la façon la plus nette, douze à quinze minutes (montre en main) après l'ingestion de 1 gramme de poudre d'ergot, une crampe douloureuse de la matrice, se prolongeant pendant quatre et cinq heures consécutives, pour cesser entièrement ensuite et se faire sentir encore d'une façon tout aussi nette après l'administration d'une nouvelle dose du médicament. Cinq fois de suite le même fait s'est reproduit avec la même sûreté, et la malade n'a cessé de souffrir que lorsque j'eus moi-même suspendu l'usage du seigle ergoté. Ainsi donc le fait me paraît parfaitement établi par l'observation précédente, le seigle ergoté peut accroître, à deux mois de grossesse comme à terme, l'énergie des contractions de la matrice, après qu'elles se sont spontanément développées. Mais s'ensuit-il qu'à ce terme peu avancé de la gestation il exerce sur la marche du travail abortif une influence utile et hâte la sortie de l'œuf ? Je n'oserais l'affirmer, et jusqu'à plus ample information je reste dans le doute à cet égard. Cette influence favorable ne ressort pas, en effet, du fait que je vous citais tout à l'heure. J'ai bien observé des contractions très-douloureuses et prolongées de la matrice, après avoir fait prendre de l'ergot à ma malade, mais pas de phénomènes d'expulsion proprement dits. L'œuf, en effet, n'a pas été chassé de l'utérus malgré les contractions de l'organe, mais s'y est corrompu et a été peu à peu éliminé sous forme de deliquium putride, ainsi que la chose a lieu le plus habituellement, vous ai-je dit, à cette époque encore peu avancée de la gestation. Je ne suis donc pas encore fixé moi-même sur le degré d'utilité que peut avoir, au point de vue exclusif de l'expulsion de l'œuf, l'administration du seigle ergoté dans l'avortement. *A priori*, je suis assez disposé à le croire utile sous ce rapport dans la fausse couche qui survient après le troisième mois de la grossesse, c'est-à-dire à une époque où l'organisation musculaire de la matrice s'est prononcée. Je crois qu'il peut vraiment à cette époque, et à plus forte raison dans les mois suivants, favoriser la déplétion de la matrice, et je me sens disposé à y recourir le cas échéant. Mais, d'après les principes qui guident dans l'emploi de ce puissant médicament dans l'accouchement à terme, je ne le donnerais dans la fausse couche de quatre mois qu'au moment où une bonne partie de l'œuf ou du délivre aurait déjà franchi le col utérin, et s'opposerait par sa présence à l'occlusion de ce dernier. On préviendrait ainsi le danger d'une rétention du placenta, et si l'emploi de l'ergot devait être inutile dans ce cas, du moins ne serait-il pas nuisible.

Mais si l'on peut contester l'action ocytocique de l'ergot de seigle dans l'avortement du premier tiers de la grossesse, ses propriétés hémostatiques, dans les mêmes circonstances, ne me semblent pas discutables. La contraction tétanique de l'utérus produite par cet agent réduit, à n'en pas douter, le calibre des vaisseaux ouverts par le décollement placentaire et favorise la production de ces caillots oblitérateurs qui contribuent si puissamment, je vous l'ai dit, à suspendre l'écoulement sanguin causé par cette rupture vasculaire. Je crois donc l'administration de l'ergot tout à fait indiquée dans les cas où l'hémorrhagie symptomatique d'un avortement prend des proportions qui la rendent dangereuse et réclament tous les efforts d'une thérapeutique active. Aussi n'hésiterais-je pas, dans ces hémorrhagies graves et quels que soient la période du travail abortif et l'état du col utérin, à donner de suite l'ergot seul ou associé au tamponnement, et j'ai la satisfaction de voir cette opinion consacrée déjà par l'enseignement de M. le professeur Stoltz, dont M. le docteur Aubenas, dans sa traduction du remarquable *Traité d'accouchements* de Nœgele et Grenser, nous a fait connaître la pratique en pareil cas.

(1) Fin. Voir le numéro du 25-28, 30 décembre 1869, 4 et 6 janvier 1870.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 15 décembre 1869. — Présidence de M. Verneuil.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDAECE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — La *Revue d'hydrologie médicale*.— Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*. — La *Gazette médicale de Strasbourg*. — Le *Montpellier médical*. — Le *Sud médical*. — Le *Bulletin médical du nord de la France*. — Le *Bulletin médical de l'Aisne*.

— *Mémoires et bulletins de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux et hospices de Bordeaux*, t. III, 2e fascicule, 1868.

— M. Gaillard de Parthenay adresse, avec la liste de ses opérations, une observation de *rupture de l'urètre*, renvoyée à une commission, composée de MM. Houel, Sée et Le Fort.

Statistique des opérations.

M. Lejeal adresse à la Société la statistique intégrale des grandes opérations pratiquées par lui à l'hôpital de Valenciennes.

Polype naso-pharyngien. — Trois opérations. — Guérison. — M. Letenneur (de Nantes). — Le nommé C... (Auguste), âgé de 16 ans, demeurant à Saint-Jean-de-Beugné (Vendée), m'est adressé par son médecin à la fin de juillet 1867, pour un polype naso-pharyngien.

Depuis un an, ce jeune homme éprouvait de la gêne dans la res-

permettent de croire. Passons donc, car c'est un livre d'enseignement que nous avons à juger.

Nous remarquons encore que l'auteur a rangé parmi les lésions inflammatoires de la première division (maladies pouvant affecter plusieurs tissus en même temps), l'infection purulente, décrite le plus souvent après la phlébite, c'est-à-dire parmi les maladies n'affectant qu'un système : cette fois, nous sommes tout à fait d'accord avec lui. Nous dirons, en outre, que l'exposition comparative des opinions de MM. Robin, Sédillot et Virchow, placée à l'article de l'infection purulente, ne nous a pas paru déplacée dans un livre qui affiche cependant la prétention de n'être qu'un manuel. La précision et la sobriété sont des qualités familières à M. Fort; elles lui ont permis de se maintenir dans de justes limites.

Quelques chapitres méritent d'être indiqués, comme réunissant plus particulièrement les conditions d'une bonne étude ; nous citerons notamment ceux des lésions articulaires, des anévrysmes, et surtout celui des hernies, qui nous paraît remarquable. Les maladies des yeux et des oreilles y sont également bien traitées, les premières par M. Georges Camuset; celles des oreilles par M. Émile Menière, tous deux bien connus dans leur spécialité.

Si maintenant nous passons au caractère général de l'ouvrage, nous constaterons qu'il est fait sérieusement pour le but que l'auteur s'est proposé, et qu'il sera un guide précieux pour nos étudiants. Il révèle, en outre, une connaissance sérieuse des travaux les plus récents, et l'élève y trouvera l'indication de toutes les méthodes, de tous les traitements que des succès ont signalés. On comprend de suite que c'est un clinicien qui écrit. Anatomiste distingué, M. Fort a plus d'une fois, avec une vivacité qui dénote l'homme jeune encore, signalé les erreurs de certains opérateurs assez hardis pour agir, lorsque le champ d'action leur était malheureusement inconnu; mais il s'est toujours maintenu dans son rôle de professeur, et les cas cités n'ont été mis en avant que pour tenir ses disciples en garde contre les dangers de l'ignorance, et leur faire comprendre la nécessité de connaître, avant tout, ce corps humain, dont ils seront appelés un jour à guérir les manifestations morbides.

Indépendant de toute école, M. Fort a mis en évidence les faits qui constituent l'originalité de chaque maître; ancien interne des hôpitaux, il a été attaché successivement à des services différents ; son livre prouve qu'il en est sorti avec la possession de lui-même : combien, au contraire, et des meilleurs, en rapportent un esprit de coterie utile, peut-être, aux succès officiels, mais nuisible aux succès vrais, à ceux qui donnent un nom dans l'avenir. Soyons donc dociles aux leçons de l'expérience et rebelles au vieil homme : voilà, croyons-nous, la règle que doit suivre tout adepte de la vraie science.

Dr Eugène Verrier.

La Société de médecine pratique, fondée en 1808, qui tient ses séances à l'Hôtel-de-Ville, vient de renouveler de la manière suivante son bureau pour l'année 1870.

Président : M. le docteur Mallez. — 1er vice-président : M. le docteur Josias. — 2e vice-président : M. le docteur E. Dubois.— Secrétaire général : M. le docteur L. Duchesne. — Secrétaire annuel : M. le docteur Bouland. — Secrétaire annuel adjoint : M. le docteur Krishaber. — Trésorier : M. le docteur Caron.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance de Paris tiendra sa prochaine séance mercredi prochain 12 janvier, à huit heures très-précises du soir, à la mairie du Louvre, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

Ordre du jour : 1° rapport de la commission de statistique et des maladies régnantes pour le 4e trimestre 1869 ; — 2° rapports et votes sur 29 demandes d'admission comme membres titulaires.

— M. le docteur Dieulafoy reprendra ses conférences pour l'internat, le lundi 11 janvier.

— M. le docteur Fort recommencera son cours particulier et complet d'anatomie le lundi 10 janvier 1870, à midi et demi, dans l'amphithéâtre 3 de l'École pratique, et à quatre heures, dans l'amphithéâtre de M. Auzoux. Il le continuera tous les jours aux mêmes heures, pour le terminer fin mars.

On s'inscrit boulevard Saint-Michel, 51, de onze heures à midi.

— M. le docteur Fort commencera un cours public de chirurgie (diagnostic chirurgical) le lundi 10 janvier 1870, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre 3 de l'École pratique, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

piration et la déglutition et avait constaté lui-même avec le doigt la présence d'une tumeur derrière le voile du palais. Deux épistaxis abondantes avaient eu lieu depuis trois mois.

C... tient continuellement la bouche ouverte pour respirer; l'air ne passe pas par les narines, si ce n'est immédiatement après les mouvements de déglutition.

Lorsque la bouche est largement ouverte; on voit le voile du palais projeté en avant et abaissé par une tumeur que l'œil n'aperçoit pas, mais que le doigt explore avec la plus grande facilité.

Cette tumeur est dure, élastique, à surface lisse, du volume d'un œuf de poule, se rétrécissant à son point d'implantation qui a lieu à la partie supérieure de l'apophyse basilaire, et à l'aile interne de l'apophyse pterygoïde gauche. Cette tumeur est mobile, on peut la soulever, mais habituellement elle presse sur le voile du palais, et ferme complétement les arrières narines.

On sent que du côté droit c'est un appendice dépendant de la tumeur, et non la tumeur elle-même qui ferme l'orifice de la fosse nasale.

Une sonde de femme, introduite dans la narine gauche, permet de s'assurer que le polype est limité à l'arrière gorge.

Sans avoir une grande confiance dans la ligature, je me décide à y avoir recours, sauf à employer des moyens plus radicaux si cette première opération est suivie de récidive.

L'opération eut lieu le 1er août.

Une anse fermée de fil de fer recourbée sur le plat est introduite dans la narine gauche, et vint faire saillie entre la tumeur et le voile du palais. Cette anse fut attirée dans la bouche, élargie avec une pince à polype, et reportée ensuite en arrière et au-dessus de la tumeur au moyen de l'indicateur de la main gauche. Les chefs furent engagés dans un serre-nœud, qui fut poussé en haut jusqu'au pédicule. La section eut lieu lentement; elle dura dix minutes et ne causa qu'une douleur assez vive à la région temporale.

Examen du polype. — Le polype représente assez bien, comme forme générale, un cœur d'enfant, et mesure dans son diamètre vertical 7 centimètres, et 5 centimètres dans son diamètre transversal; il est légèrement aplati d'avant en arrière. La surface de section à 4 centimètres de long sur 2 de large.

L'intérieur de la tumeur, examiné à l'œil nu et au microscope, paraît composé de tissu serré et fébrillaire, et présente tous les caractères des tumeurs fibreuses.

Le lendemain de l'opération, le malade mange facilement. L'air passe librement par les narines, surtout par la droite. Le doigt, porté derrière le voile du palais, rencontre la surface de section qui paraît plus étendue que sur la pièce anatomique, et qui fait une saillie d'un millimètre au moins, par rapport avec la muqueuse du voisinage.

Ce fait m'inspira des craintes au point de vue d'une prompte récidive. Cependant, je me décide à n'employer immédiatement ni la rugination ni la cautérisation, et à observer les suites de mon opération.

Le malade partit pour la Vendée le 9 août, et me promit de me donner prochainement de ses nouvelles.

Il revint le 25 décembre suivant, un peu moins de cinq mois après l'opération de la ligature.

Il nous raconta que peu de temps après son retour dans sa famille, les hémorrhagies nasales avaient reparu, et que, peu à peu, la tumeur avait repris un volume notable.

Au commencement de décembre elle soulevait le voile du palais, et on la sentait au niveau du bord de ce voile. La gène de la déglutition était très-grande. Le malade se disposait à venir à Nantes lorsque, tout à coup, il éprouva dans le pharynx une sensation qui provoqua un mouvement de déglutition, et il s'aperçut avec étonnement qu'il avait avalé une grande partie de son polype.

La respiration devint plus libre, l'état général s'améliora pendant quelques jours, mais bientôt de nouveaux progrès se manifestant dans la tumeur, C... vint me trouver à la fin de décembre.

La tumeur s'était étalée et offrait une base d'implantation bien plus large que la première fois; sa surface libre était inégale, déchiquetée, ce qui trouvait son explication naturelle dans la fragmentation spontanée qui s'était produite quelque temps auparavant.

J'opérai mon malade le 24 décembre 1867.

Une incision, commençant au-dessous du grand angle de l'œil, descendit à l'aile du nez, le contourna et permit de mettre à découvert le bord de l'apophyse montante du maxillaire supérieur; la lèvre fut fendue sur la ligne médiane; la membrane muqueuse fut divisée dans le sillon labio-gengival, puis le lambeau fut détaché du maxillaire supérieur au moyen de la spatule, de manière à dépouiller l'os de son périoste.

L'apophyse montante et la paroi antérieure du sinus maxillaire furent réséquées, ce qui donne une ouverture suffisante pour arriver au polype.

De longs ciseaux courbés sur le plat et guidés par l'indicateur gauche, sectionnèrent le polype en rasant les os et en faisant de temps en temps l'office de rugine. Mais la tumeur, un peu molle, ne présentait point une masse assez compacte et assez régulière pour être enlevée d'une seule pièce. Il fallut l'arracher par lambeaux.

A la voûte du pharynx, à la base du vomer et sur l'apophyse pterygoïde, on sentait des surfaces osseuses, inégales et dénudées en plusieurs points. Au niveau de la fente pterygo-maxillaire un écartement assez sensible fut remarqué; mais il n'y avait point de portion de polype engagée dans cette direction. Par prudence, un cautère rougi à blanc fut porté sur ce point, et promené ensuite légèrement sur la surface d'implantation.

Trois épingles servirent à réunir la lèvre supérieure, et le reste de la plaie fut fermé avec des sutures simples au moyen de fils d'argent.

La réunion immédiate fut obtenue sur tous les points.

La tumeur présentait les mêmes caractères que la première fois; on voyait à sa surface plusieurs petits mamelons irréguliers, qui seraient bientôt devenus des lobes distincts.

Cette seconde opération paraissait assez radicale pour éloigner toute crainte de récidive. Cependant le 13 août 1868, c'est-à-dire sept mois et demi après cette opération, C... revint encore me trouver. Depuis deux mois seulement il s'aperçoit du retour de sa maladie. La tumeur avait acquis un volume plus considérable qu'au mois de décembre, elle s'enfonçait dans la narine gauche et obstruait la droite; l'introduction du doigt pour cette exploration, amena une épistaxis.

L'état du malade était excellent et les confrères qui le virent alors furent frappés de la régularité de son visage et de la beauté de la cicatrice qu'on apercevait à peine.

Le 17 août, je fais à mon malade une troisième opération. L'incision suit exactement la ligne cicatricielle. Le lambeau labiogénal et le nez sont détachés et soulevés.

La paroi antérieure du sinus maxillaire s'était reproduite au moyen d'un tissu ostéo fibreux; en enlevant cette paroi, l'ouverture est insuffisante : en conséquence, avec la gouge et le maillet, je rase, en le conservant, le bord orbitaire; en bas j'enlève également ce qui reste de la paroi antérieure de l'os maxillaire en ménageant toutefois les racines des dents, sauf celle de la canine qui fut sciée.

L'ouverture ainsi élargie dans tous les sens me permit d'atteindre le polype. Ses attaches étaient peu faciles à délimiter avec le doigt.

Je commençai en dedans vers le vomer une incision pour me frayer le chemin, j'arrachai peu à peu la tumeur en ruginant les os. Les surfaces osseuses furent complétement dénudées et je pus voir alors que le polype avait son implantation sur tout le vomer, sur l'apophyse basilaire, sur l'aile interne de l'apophyse ptérigoïde, et enfin sur le corps du sphénoïde et dans les sinus sphénoïdaux énormément dilatés. Le doigt introduit dans la cavité des sinus sphénoïdaux pénétrait profondément, et il semblait que la selle turcique fut soulevée.

Toutes ces surfaces osseuses, grâce à une rugination très-exacte, étaient entièrement dénudées.

L'opération semblait terminée, lorsque nous remarquâmes un prolongement de la tumeur remplissant la fente ptérigo-maxillaire et y adhérant fortement.

Je dus enlever la lame osseuse qui formait le fond du sinus maxillaire pour mettre ce prolongement à nu, et je ne pus l'extraire qu'après d'énergiques tractions et en ruginant ses insertions en avant de l'apophyse ptérigoïde. Cette portion de polype s'étendait jusque dans la fosse zygomatique; elle présentait plusieurs petits lobes. La tumeur principale elle-même était très-irrégulière et multilobée. Cependant son volume n'était pas énorme et n'avait pas encore, du moins d'une manière très-appréciable, déformé le visage et déplacé le globe de l'œil.

Bien que les points où s'insérait la dernière portion du polype enlevée me parussent bien dénudés, j'y portai un cautère rougi à blanc; mais je n'osai pas en faire autant dans le sinus sphénoïdal et à l'apophyse basilaire. Je me bornai à badigeonner fortement toutes ces parties avec du perchlorure de fer.

La suture de la plaie se fit comme à la précédente opération; la réunion immédiate fut obtenue en quelques jours. Des injections chlorurées furent faites cinq ou six fois par jour pour combattre l'odeur qui incommodait le malade.

La guérison fut très-prompte puisque le malade retourna chez lui le 29 août, c'est-à-dire douze jours après l'opération.

Depuis ce temps, et tout dernièrement encore, j'ai reçu plusieurs fois des nouvelles de mon malade. La guérison est parfaite et après quatorze mois écoulés nous sommes en droit de ne plus craindre la récidive.

Polype naso-pharyngien. — Résection partielle du maxillaire supérieur. — Excision et rugination. — Guérison. — P... (Pierre), de la Chapelle-sur-Erdre (Loire-Inférieure), est entré à la Clinique, le 14 juin 1869, pour un polype naso-pharyngien.

Cet homme à 24 ans, il est domestique dans une ferme.

C'est au commencement de novembre 1868 qu'il a commencé à ressentir les premiers symptômes de sa maladie. Gêne à la gorge et difficulté à respirer par le nez, bientôt des épistaxis abondantes se produisirent et reparurent avec une fréquence inquiétante pendant cinq mois; elles jetèrent le malade dans une extrême faiblesse.

Depuis la fin de mars jusqu'au mois de juin, il n'y eut pas d'hémorrhagie ce qui permit aux forces de se rétablir, et nous mit dans des conditions plus favorables pour l'opération.

Cependant, malgré l'apparence de la force, P... est pâle et a tous les caractères de l'anémie.

Le visage est régulier; il n'y a pas d'exophthalmie, pas de déformation du nez ni de la joue.

L'air ne passe pas par la narine gauche et ne passe qu'incomplétement par la droite.

Il n'y a pas de douleur, mais une gêne continuelle qui trouble le sommeil et rend pénibles les mouvements de déglutition.

L'exploration de la fosse nasale gauche démontre que le polype ne s'y est point engagé, qu'il est tout entier dans le pharynx, et que la narine postérieure paraît très-étroite.

Cet examen d'ailleurs n'a pu être que très-rapide, en raison de la disposition hémorrhagique du malade.

En faisant ouvrir largement la bouche, on voit le polype qui dépasse d'un centimètre et demi le bord gauche du voile du palais, et d'un demi-centimètre le côté droit de la luette; sa surface est lisse et rosée. Le doigt arrive difficilement aux points d'implantation qui paraissent mal circonscrits et anfractueux.

L'opération fut pratiquée le 11 juin.

Incision commençant au-dessous du tendon de l'orbiculaire des paupières, descendant vers l'aile du nez quelle contourne, en se terminant à la lèvre supérieure qui est divisée sur la ligne médiane.

La lèvre et la joue sont détachées avec le bistouri dans le cul-de-sac buccal, le long du bord alvéolaire. Prenant alors une spatule, je sépare toutes les parties molles de l'os, en comprenant le périoste dans le lambeau.

L'apophyse montante est coupée en haut et en bas, et le sinus maxillaire est largement ouvert.

Il y eut à ce moment une hémorrhagie abondante; le sang venait à flots de la fosse nasale, du sinus maxillaire et des parties molles. Le tamponnement avec de la charpie et des éponges est inutile, le sang passe à travers et coule d'une manière inquiétante; il n'en pénètre qu'une quantité insignifiante dans le pharynx.

Le fer rouge est promené dans le sinus maxillaire et sur les contours osseux; des boulettes de charpie imbibées de perchlorure de fer sont introduites dans la fosse nasale et dans le sinus maxillaire. Ce pansement dut être renouvelé plusieurs fois, et ce n'est qu'après vingt minutes d'efforts que je fus maître du sang et que je pus continuer l'opération.

Le chemin pour arriver au polype était insuffisant; je dus défoncer complétement la paroi externe de la fosse nasale et luxer l'os propre du nez. Malgré cela, la tumeur n'ayant point écarté l'os, le doigt et les instruments n'avaient pour se mouvoir qu'un passage fort étroit; cependant, je ne crus pas nécessaire de faire de nouveaux délabrements.

Avec de forts ciseaux courbés sur le plat, faisant en même temps l'office de rugine et de levier, je réussis à décoller quelques parties du pédicule vers la base du vomer; le doigt, par une énergique pression, aidait de temps en temps l'action de l'instrument, et je sentis bientôt le polype céder sur ce point, mais il tenait encore en haut et en dehors. En cherchant à me rendre compte de la position de la portion restante du pédicule, je fus très-étonné en sentant mon doigt s'engager dans une boutonnière formée par deux colonnes charnues fermes et lisses. J'avais affaire évidemment à un polypes à plusieurs pédicules. J'eus raison facilement de celui que j'attaquai d'abord et qui semblait s'insérer directement en haut; mais la tumeur restait solidement fixée en arrière et en dehors, c'est-à-dire à l'apophyse basilaire et à l'apophyse ptérygoïde. Ces dernières incisions n'ont cédé qu'à une énergique rugination.

La tumeur fut extraite par la bouche au moyen d'une pince à griffes.

Je portai alors le doigt dans le fond de la plaie, et je pus m'assurer qu'il ne restait aucune portion de la tumeur : la base du vomer, une large portion de l'apophyse basilaire et l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde étaient dépouillées de leur périoste, du moins en très-grande partie; en haut, on pénétrait dans le sinus sphénoïdal au milieu de lamelles osseuses brisées.

Je badigeonnai à plusieurs reprises toute cette région avec de petites éponges portées au bout d'une baleine et chargées de perchlorure de fer, de manière à détruire les débris de périoste qui pouvaient encore exister.

Une suture entortillée au moyen de trois épingles réunit la lèvre supérieure. Pour le reste de la plaie, je me servis de la suture entrecoupée avec des fils d'argent.

Le malade, quoique très-affaibli, se rendit à pied à son lit.

Examen de la tumeur. — Comme dans l'observation précédente, la tumeur avait assez exactement la forme d'un cœur; sa base, placée en haut, porte trois appendices, c'est-à-dire trois pédicules.

Le corps a plus de hauteur en arrière qu'en avant; dans ce dernier sens, la hauteur est de 4 centimètres; elle est de 4 centimètres et demi en arrière. La largeur est de 4 centimètres et l'épaisseur de 3.

Les trois pédicules sont très-distincts entre eux. Deux sont placés avant le troisième, plus volumineux que les autres, et sur un plan postérieur.

Entre les deux premiers et le dernier, se trouve une cavité de 1 centimètre au moins de profondeur, pouvant contenir l'extrémité du doigt. Cette cavité est bordée par des replis de la membrane externe de la tumeur, véritables replis valvulaires.

Des deux pédicules antérieurs, l'un, qui n'a que 1 centimètre et demi de longueur, s'insérait au vomer; l'autre, qui est très-long, s'insérait dans le sinus sphéroïdal; il est arrondi comme le petit doigt, mesure 4 centimètres dans sa portion libre, puis il vient se placer au-devant de la base de la tumeur en s'incurvant vers la gauche; par sa portion oblique, qui a deux centimètres de longueur, et qui se termine par une extrémité arrondie, ce pédicule adhère au polype sur lequel it semble s'être greffé après coup. Il paraît avoir été primitivement un polype indépendant de l'autre.

Quant au troisième pédicule, qui s'insérait surtout à l'apophyse basilaire, il est le plus volumineux; il a 3 centimètres de long et 1 centimètre et demi de large. La surface d'implantation était très-étendue.

La structure de la tumeur est franchement fibreuse dans toutes ses parties.

Les suites de l'opération furent assez simples; cependant, pendant les deux premiers jours, il s'écoula par la narine et par la bouche une notable quantité de sérosité sanguinolente colorée en noir par le perchlorure de fer.

Cet écoulement devint ensuite purulent et fétide, ce qui nécessita de fréquentes injections.

La réunion eut lieu par première intention; mais, par prudenec. je fis, après l'enlèvement des épingles, une suture sèche au collodion. Le malade, peu intelligent, faisait continuellement des tractions sur la lèvre et aurait pu détruire la cicatrice. Il quitta l'hôpital le quinzième jour après l'opération.

J'ai revu P... à la fin d'octobre. Sa santé est excellente; son visage est coloré, et il n'y a plus de trace d'anémie. La cicatrice est à peine visible en haut; mais, à la lèvre, un défaut de niveau de 1 millimètre à peine a été causé par les tractions que le malade a exercées pendant les premiers jours. Cette légère imperfection, dans le résultat extérieur, mérite à peine d'être notée.

En introduisant le doigt derrière le voile du palais, je trouve cette région libre; cependant, en haut et en dehors, la membrane muqueuse paraît avoir plus d'épaisseur que du côté droit. Serait-ce l'indice d'une récidive? Espérons qu'il n'en sera rien.

L'air passe librement par les narines. La voix n'est point altérée, la déglutition est facile. Le seul inconvénient causé par l'opération, c'est l'impossibilité pour le malade de siffler, ce qu'il avait coutume de faire en conduisant ses bestiaux à l'abreuvoir.

(A suivre.)

CORRESPONDANCE

A M. le docteur Le Sourd, directeur de la Gazette des Hôpitaux,

Monsieur le directeur,

Je n'éprouve aucune difficulté à effacer de ma lettre du 11 décembre le mot de « calomnieuse » et, en ceci, j'apprécie la susceptibilité si légitime d'un fils.

Mais je maintiens absolument le fond de ma pensée, et je

n'accepte pas les allégations des pages 70, 71 et 72 du *Guide pratique*, œuvre posthume du docteur Civiale.

Veuillez agréer l'assurance de mes sentiments distingués,

DOLBEAU.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

PRIX PHILLIPS

Nous croyons devoir rappeler aux personnes intéressées que les mémoires pour ce prix, dont la valeur est de 2,000 francs, doivent être adressés au secrétaire général de la Société, le docteur Lallier, 22, rue Caumartin, avant le 1er avril 1870.

Voici la question qui a été posée :

« Rechercher et démontrer jusqu'à quel point la méningite tuberculeuse peut être guérie ou prévenue, et quels sont les moyens les plus propres à atteindre ce double résultat.

La Société recommande aux concurrents les divers points suivants, comme pouvant aider la solution de la question.

1° Un relevé des observations publiées en divers temps sous le nom d'hydrocéphale de fièvre cérébrale, de méningite granuleuse ou tuberculeuse, s'attachant surtout à celles qui ont été citées comme des cas de guérison, faire voir si ce sont bien des cas de méningite tuberculeuse, à quel degré ils étaient, s'ils ont été réellement guéris et par quels moyens. Apporter, s'il est possible, des observations nouvelles.

2° Un examen des familles vouées à la méningite tuberculeuse, afin de voir comment certains membres échappent ou succombent et si on peut en déduire une médecine préventive.

3° Interroger les antécédents de ceux qui sont actuellement atteints pour voir s'il n'y a pas eu déjà des manifestations antérieures; savoir comment ces premières poussées ont été conjurées et en déduire, si faire se peut, une médication préventive ou curative.

4° Étudier les constitutions médicales où la méningite tuberculeuse semble presque épidémique, chercher en elles des causes de la méningite tuberculeuse autres que la diathèse, et déduire de ces causes des moyens de traitement préventif et même curatif.

5° Comparer les degrés de fréquence de la méningite tuberculeuse dans les campagnes et dans les villes, et en tirer des preuves relatives à une médecine prophylactique. »

Chaque mémoire devra porter une devise, qui sera répétée sur un pli fermé et cacheté joint au mémoire et contenant le nom de l'auteur, qui ne pourra se faire connaître avant la décision de la Société.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 22 décembre 1869, M. le docteur Ausset, de Cahors, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— L'Académie des sciences, dans sa séance de lundi 3 janvier, a élu M. Helmholtz correspondant, pour remplir la place vacante dans la section de physique, par suite du décès de M. Marianini, à Modène.

— M. le docteur Maximilien Lallour vient d'être nommé médecin-inspecteur du service balnéothérapique des asiles d'aliénés de Sainte-Anne, Ville-Evrard et Vaucluse.

— *École de médecine d'Alger.* — M. le docteur Alcantara, suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger, chargé du cours de pathologie externe, est nommé professeur de cette chaire, en remplacement de M. Frison, démissionnaire.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — A la suite d'un concours ouvert le 13 décembre dernier, M. le docteur Girard a été nommé chirurgien-adjoint des hôpitaux.

— *Hôpitaux de Marseille.* — A la suite du concours ouvert le 30 novembre dernier à l'hôpital de la Conception, Mlle Audibert (de Fontvielle) a été nommée maîtresse sage-femme.

Le concours pour l'internat près les hôpitaux de Marseille vient de se terminer, après de brillantes épreuves, par la nomination de MM. Mélizan et Gay.

— Pour le doctorat en médecine, il a été conféré — en 1868, — 30 diplômes de plus qu'en 1867; le nombre des officiers de santé s'est aussi accru de 18.

Dans la pharmacie, il y a également augmentation pour la première et la deuxième classes.

En résumé, pour les professions relatives à l'art de guérir (non compris les herboristes et les sages-femmes), il y a eu, en 1868, un recrutement de 893 praticiens, soit une augmentation de 107 sur 1867.

— Voici le programme des soirées scientifiques de la Sorbonne pour le mois de janvier :

M. Garnier, ingénieur des mines, traitera ce soir, jeudi 6 janvier, de l'île d'O-tahiti. — Jeudi prochain 13 janvier, M. Cazin fera une conférence sur les forces motrices. — Jeudi 20 janvier, M. Paul Bert traitera des actions nerveuses sympathiques, — Et jeudi 27 janvier, M. Liès-Bodard consacrera la soirée à l'étude de l'ozone.

— La Société médico-psychologique vient de procéder au renouvellement de son bureau.

Ont été élus : *président*, M. Lasègue; *vice-président*, M. Jules Fabret; *secrétaire général*, M. Ch. Loiseau; *secrétaires*, MM. A. Foville et Motet; *archiviste-trésorier*, M. Legrand du Saulle; *membres du comité de publication*, MM. A. Voisin, Linas et Rousselin.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance vendredi 7 janvier 1870, à trois heures et demie précises, à l'Hôtel-de-Ville.

Ordre du jour : Discussion sur le mémoire de M. Duchenne, de Boulogne, sur les contractures réflexes arthro-traumatiques. — Communications diverses par les membres de la Société.

Le directeur, Dr E. LE SOURD

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 4. — MARDI 11 JANVIER 1870. 43e ANNÉE. MARDI 11 JANVIER 1870. — N° 4.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 11 janvier 1870.

LES EXAMENS DE PATHOLOGIE COMPARÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

La question de la séparation du corps *professant* et du corps *examinant* vient de nouveau se poser devant l'opinion publique.

On s'apprête à rendre obligatoire l'étude de la pathologie comparée à la Faculté de médecine.

Le savant à qui incombe cet enseignement si peu suivi, au lieu d'être *chargé de cours*, va être nommé *titulaire*, et en conséquence obligé de faire passer les examens.

Faire passer des examens ! Mais seront-ce des examens de pathologie comparée ? Alors il faut plaindre les élèves qui auront à subir cette obligation nouvelle, eux qui n'ont guère trop de temps pour des études indispensables de pathologie, de clinique, de physiologie et d'anatomie.

S'ils n'ont déjà pas le temps d'apprendre tout ce qu'il faut savoir pour être des médecins, comment feront-ils pour apprendre à devenir encore des vétérinaires ?

Mais, dira-t-on, le professeur de pathologie comparée n'interrogera pas sur la pathologie comparée ! que fera-t-il donc ? Interrogera-t-il sur la pathologie interne, sur la pathologie externe, sur la pathologie générale, sur l'anatomie pathologique, sur l'histologie ? Toutes ces parties de la science ne sont-elles pas déjà représentées aux examens ?

Qu'on nomme *titulaire* le professeur de pathologie comparée, *chargé de cours seulement*, pour donner une position fixe à un savant de premier ordre en physiologie de la moelle épinière, rien de mieux, car ce sera la récompense de toute une vie laborieuse.

Que, de son côté, le nouveau professeur, dont l'origine veut être sympathie aux idées de progrès, donne un grand exemple. Qu'il demande qu'à son occasion, commence la séparation du professeur et de l'examinateur. Qu'il porte dignement le fardeau des obligations professorales dans la chaire, sans perdre toute son influence dans des examens où sa place n'est pas marquée et ne doit se marquer qu'au détriment de la science.

En agissant ainsi, le nouveau professeur titulaire se sera acquis de véritables titres au respect et à la considération de tous ceux qui aiment sincèrement la science : à son nom s'attachera cette séparation, absolument nécessaire, de l'examen et du professorat.

Mais qu'il se hâte : l'heure est proche et l'opinion publique finit toujours par renverser les barrières injustes.

Dr E. LE SOURD.

Il y quelques jours, un grand nombre de naturalistes se réunissaient sous la présidence de M. Brongniart pour rendre un hommage public à un savant modeste, dont toute la vie a été consacrée à la science.

Quel est le savant étranger ou français qui n'a pas conservé le souvenir de l'accueil de l'ancien conservateur du musée Delessert ? Quel empressement à être utile ; quelle discrétion dans le but des recherches scientifiques, mais aussi que de science véritable dans l'indication des sources, et comme chacun partait plus riche et avec des aperçus quelquefois tout nouveaux sur les questions que l'on se proposait d'étudier ! M. Lasègue restera dans le souvenir de tous comme le conservateur modèle et le bibliothécaire le plus accompli. Pendant trente-sept années, M. Lasègue, père de l'honorable professeur de clinique, s'est trouvé à la tête du splendide musée botanique Delessert, que la France a vu partir avec tant de douleur pour l'étranger.

Lorsqu'il y a un an, M. Lasègue fut averti que le musée Delessert allait partir pour Genève, la Société botanique de France s'empressa d'élever à la présidence le savant que la perte de ces riches collections devait frapper au cœur. Une souscription s'ouvrit aussitôt, et le 18 décembre dernier, M. Brongniart remettait à M. Lasègue, au nom des botanistes français, allemands, belges, italiens, espagnols, anglais, une coupe d'argent habilement ciselée, sous la direction de M. Stenheil.

Cette coupe d'argent présentait — au centre — la reproduction du *Lasegueа*, genre de plantes dédié à M. Lasègue, — il y a 25 ans, — par M. Alph. de Candolle, l'heureux dépositaire aujourd'hui des collections botaniques de M. Delessert.

Nous n'avons pas laissé passer inaperçu ce *testimonial* : en rendant justice au savant, il témoigne en même temps du reconnaissant souvenir que tous ont gardé pour les services rendus.

Dr E. LE SOURD.

HOPITAL DE LA PITIÉ — M. Benjamin BALL.
De la maladie d'Addison (1).

(Leçon recueillie par M. LEGROUX, chef de clinique.)

Les symptômes de la cachexie surrénale nous sont maintenant connus : occupons-nous d'en préciser le diagnostic.

Il nous paraît impossible, en pratique, d'affirmer l'existence de cette maladie, aussi longtemps que la mélanodermie ne s'est pas déclarée. Mais, lorsque la teinte caractéristique de la peau s'est manifestée, il s'agit surtout de la distinguer des autres colorations, qui peuvent s'en rapprocher à des degrés divers. Nous allons rapidement les passer en revue.

L'affection pseudo-bronzée, qui se développe sous l'influence de la misère, de la malpropreté et de l'inanition, peut aisément être confondue avec la mélanodermie d'Addison. Cet état, qui coïncide souvent avec la présence de parasites cutanés, a été décrit par les Allemands sous le nom pittoresque de *maladie des vagabonds* (*Vaganten krankeit*). Mais ici l'épiderme est inégal, rugueux, fendillé ; la peau est flasque ; la couleur sombre se développe par taches, séparées par des îlots de peau saine ; elle se manifeste de préférence sur le tronc et n'atteint pas habituellement le visage : jamais elle n'envahit les muqueuses. Enfin, cette maladie guérit facilement par une bonne hygiène et quelques soins de propreté. On voit aisément toute la différence qui la sépare de la cachexie d'Addison.

La cachexie paludéenne, et l'altération du sang qui lui succède parfois, donnent lieu chez certains sujets à une couleur foncée de la peau. Mais ici, la teinte est plus profonde et plus uniforme. Le pigment se trouve dans le sang, il circule dans les vaisseaux ; nous le voyons par transparence à travers la peau, tandis que dans la maladie d'Addison, on l'aperçoit au-dessous de l'épiderme, où il est accumulé en masses irrégulières. D'ailleurs les muqueuses, dans la mélanémie, offrent une couleur violacée qui diffère essentiellement des maculatures brunâtres de la cachexie surrénale.

Il est, par contre, extrêmement difficile de distinguer la pigmentation cutanée des tuberculeux et celle qui nous occupe en ce moment. Elle se développe habituellement sur le visage ; elle débute par le nez et s'étend sur les joues, sans aller plus loin, chez la plupart des sujets ; mais elle peut aussi se généraliser. On la voit gagner alors le cou, les mains, le tronc, et occuper enfin toute la surface du corps. Le diagnostic devient alors très-épineux. L'aspect de la mélanodermie est ici le même que dans la maladie d'Addison, car la lésion anatomique est exactement la même dans l'un et l'autre cas. Le pigment se trouve déposé dans le réseau de Malpighi chez les tuberculeux, absolument comme chez les sujets atteints de maladie bronzée. En présence de ces difficultés, il faut se rappeler que l'étendue des lésions pulmonaires est ici un précieux élément de diagnostic. C'est chez les phthisiques, dont les poumons sont désorganisés par de vastes cavernes, que l'on constate surtout la pigmentation cutanée. C'est aussi chez des sujets qui n'ont point eu d'hémoptysie ni de diarrhée. Or, la maladie d'Addison se manifeste surtout chez des tuberculeux, dont les lésions pulmonaires ne présentent qu'une très-minime étendue. Elle provoque souvent la diarrhée et ne présente aucun antagonisme avec les hémoptysies. En tenant compte de ces données, ainsi que de l'intensité habituelle des douleurs gastriques ou lombaires, on pourra souvent se garantir d'une erreur qu'il n'est pas toujours possible d'éviter.

Une variété curieuse de cancer de la peau, la mélanose sous-cutanée, a beaucoup attiré l'attention dans ces derniers temps. Quelques observateurs l'ont confondue au début avec la maladie d'Addison ; mais elle en diffère par la présence de petites tumeurs disséminées, noirâtres et douloureuses, circonstance qui n'existe jamais dans la mélanodermie surrénale.

Il nous paraît inutile d'insister davantage sur le diagnostic, d'autant plus que les considérations qui nous resteraient à développer, relativement à l'ictère, à la chlorose, aux diverses cachexies, et à certaines affections cutanées, sont complétement étrangères au malade qui nous occupe.

Le pronostic de la maladie d'Addison est extrêmement grave. On se demande si cette maladie peut jamais se terminer autrement que par la mort. Sans doute, il existe quelques cas de guérison dans la science ; mais on est en droit de les assimiler à ces améliorations momentanées, passagères et peu durables, dont notre malade a lui-même présenté un exemple frappant. Toutefois, il faut le reconnaître, le danger est bien plus immédiat dans les cas où la maladie débute par des vomissements incoercibles, par des crises gastriques, et par tout l'appareil d'une affection franchement aiguë. C'est alors qu'on la voit arriver à son terme en quelques mois, tandis que dans les cas où elle affecte des allures plus chroniques, la vie peut se prolonger pendant de longues années.

Tel est précisément le cas de notre malade, qui, malgré son asthénie, pourra vivre encore assez longtemps si la tuberculisation pulmonaire ne fait point de progrès rapides.

Quels sont maintenant les moyens thérapeutiques auxquels nous pourrons avoir recours ? Il faut bien en convenir, la maladie d'Addison ne comporte aucun traitement spécifique, et c'est uniquement à des moyens généraux, à des reconstituants, à des toniques, que le médecin peut s'adresser pour conjurer les progrès de la maladie.

L'une des premières indications consiste évidemment à relever les fonctions digestives, qui, chez la plupart des sujets, sont profondément délabrées. Les vins généreux, le quinquina, les sels de fer trouvent ici une application utile. Mais fort heureusement, notre malade a conservé la faculté de digérer ; et de tous les phénomènes habituels de la maladie, les troubles gastro-intestinaux paraissent occuper chez lui la dernière place. Aussi, nous proposons-nous de nous adresser à ce premier de tous les toniques, une bonne et succulente alimentation. Il est cependant un remède qui, entre les mains de Greenhow, a donné, paraît-il, d'excellents résultats : c'est l'huile de foie de morue. Nous comptons prescrire ce médicament, si l'estomac consent à le tolérer. Dans le cas contraire, nous aurons recours à la glycérine, qui, d'après le même auteur, peut remplacer l'huile de foie de morue dans les cas où ce médicament n'est pas supporté. Il est important de signaler ici les inconvénients que présente souvent cette substance, telle que la pharmacie nous la livre habituellement. Par suite des procédés de fabrication les plus usités, elle contient souvent une assez forte proportion d'acide sulfurique. Il faudra donc donner la préférence, autant que possible, à la glycérine anglaise, qui offre un degré suffisant de pureté chimique.

Enfin, nous condamnerons le malade au repos, et cette prescription, nous le savons d'avance, sera rigoureusement suivie, car la paresse qui découle si naturellement de l'asthénie, nous garantit son obéissance à cet égard.

Messieurs, nous avons étudié les symptômes que présente notre malade ; nous avons discuté le diagnostic ; nous avons formulé le pronostic ; et nous avons posé les bases du traitement. Notre leçon devrait donc être terminée ; et cependant nous restons en présence d'une objection radicale, qui serait de nature à renverser tout l'édifice que nous venons de construire.

La maladie d'Addison existe-t-elle réellement ? Faut-il la considérer comme une entité morbide distincte, ou comme une simple manifestation symptomatique commune à plusieurs états pathologiques ?

Nous croyons devoir nous prononcer résolument pour l'affirmative. Oui, messieurs, la cachexie surrénale existe, et les rapports qu'elle présente avec certaines diathèses, l'antagonisme qui semble l'éloigner de certains autres états morbides, suffisent pour marquer la place qu'elle doit occuper.

S'il existe un assez grand nombre de faits qui démontrent que cette affection peut se montrer libre de toute complication, il n'en est pas moins certain que, dans près de la moitié des cas, la scrofule, la carie vertébrale et la tuberculose, soit pulmonaire, soit généralisée, en sont les compagnes fidèles. Un tiers des cas environ a été rencontré chez des sujets atteints de tuberculisation pulmonaire, et pour peu qu'on tienne compte de la loi de fréquence, on ne saurait nier le rapport qui unit cette maladie à la diathèse tuberculeuse et aux affections voisines.

Par contre, on ne ne trouvera pas un seul fait authentique pour démontrer la corrélation de la maladie d'Addison avec le cancer des capsules surrénales. Les faits extrêmement rares qui viennent déposer en faveur de cette idée, nous paraissent se rattacher à l'altération lardacée. D'un autre côté, le cancer des capsules (sauf les cas douteux) coïncide toujours avec des lésions cancéreuses des divers autres organes, et principalement de l'estomac. Nous croyons donc pouvoir établir que lorsqu'il existe un cancer des capsules, on ne doit pas s'attendre à rencontrer les phénomènes qui caractérisent la maladie d'Addison.

Il vous paraîtra sans doute facile de nous accorder cette concession peu significative en apparence ; mais vous allez voir tout à l'heure le parti que nous saurons en tirer.

(1) Fin. — Voir le numéro du 23 novembre 1869.

Messieurs, en se plaçant au point de vue de la médecine organicienne, il faut, pour constituer une maladie, une lésion organique restant toujours la même, bien que les symptômes qui la révèlent puissent varier, suivant les cas particuliers. Sommes-nous en présence d'une lésion toujours identique dans la maladie d'Addison? L'analyse des faits nous oblige à reconnaître qu'il n'en est pas ainsi. Le plus souvent il existe une altération particulière de ces organes, que la plupart des auteurs considèrent comme une inflammation chronique de leur tissu, et dont la congestion simple ou l'infiltration graisseuse ne sont que des degrés plus ou moins avancés.

Toutefois, on rencontre aussi, dans un grand nombre de cas, une tuberculisation des capsules; on a signalé, en outre, la transformation amyloïde et diverses autres lésions. On pourrait dire, il est vrai, que toutes ces altérations peuvent être la cause ou les conséquences d'une inflammation chronique. Mais laissons de côté ces subtilités de dialectique. Nous serions trop heureux si nous pouvions affirmer que l'affection bronzée coïncide *toujours* avec *une lésion quelconque* des capsules surrénales; malheureusement, il n'en est pas ainsi. Les cas favorables à l'opinion que nous défendons sont au nombre de 180 environ. Mais on nous oppose une centaine de cas dans lesquels la coïncidence n'a point existé. Les uns appartiennent à la mélanodermie sans lésion des capsules; les autres nous présentent des lésions de ces organes sans mélanodermie.

Les faits appartenant à la première catégorie nous paraissent devoir être mis entièrement de côté. Le plus souvent, il s'agissait de sujets atteints d'une tuberculisation pulmonaire plus ou moins avancée, ou qui présentaient les caractères habituels de la maladie pseudo-bronzée. D'autres cas se rattachent à divers états cachetiques, et l'un des faits les plus remarquables de cette dernière espèce est une observation d'adénie, publiée par mon excellent ami, le docteur Second Féréol. Dans ce cas, on a trouvé les ganglions semi-lunaires et les bronches qui en émanent comprimés par des tumeurs lymphatiques. Une mélanodermie intense s'était développée, et cependant ce malade n'avait offert aucun des symptômes de la maladie d'Addison. Aussi croyons-nous que, dans l'état actuel de la science, il est impossible de citer une seule observation bien prise, où l'existence de cette affection ait été constatée en l'absence de toute altération des glandes surrénales.

Nous restons maintenant en présence de la seconde catégorie des faits. Ici se présente une remarque de la plus grande importance. La moitié des cas de cette espèce se rattache à des lésions cancéreuses des capsules, lésions qui, comme nous l'avons vu, ne sauraient exercer aucune influence sur le développement de la maladie. On est donc autorisé à ne tenir aucun compte de ces exceptions apparentes qui confirment la règle au lieu de l'ébranler.

Quant aux autres lésions des capsules qui n'ont point coïncidé avec la pigmentation, il en est un assez grand nombre qui appartiennent à la maladie d'Addison sans mélanodermie. Nous avons vu en effet que ce symptôme peut manquer quelquefois. Quand tous les autres signes de cette affection, l'asthénie, les troubles gastro-intestinaux, les douleurs lombo-abdominales, etc., sont réunis, on peut affirmer que la maladie a existé si l'on rencontre à l'autopsie une lésion inflammatoire ou tuberculeuse des capsules. C'est une inscription dans laquelle une lettre est effacée, suivant l'ingénieuse comparaison de Trousseau.

Reste un petit nombre de faits exceptionnels qui ne sauraient infirmer le témoignage de l'immense majorité des observations positives. Sans doute, en se plaçant au point de vue des premiers auteurs qui voyaient dans l'altération des capsules la suppression d'une fonction, et, dans la maladie, l'expression de ce trouble apporté à l'état physiologique, — dans cette hypothèse, disons-nous, un seul fait négatif suffisait pour renverser la doctrine toute entière. Mais aujourd'hui nous n'en sommes plus là. Il est probable que l'altération des capsules agit par une influence réflexe sur certains points des centres nerveux, et que les symptômes qui en sont l'accompagnement ordinaire résultent de cette action exercée à distance. On comprend donc aisément que, dans certains cas isolés, les centres nerveux refusent de subir l'impression qui leur est transmise. C'est ainsi que nous voyons parfois le cancer de l'estomac parcourir toutes ses phases sans donner lieu aux troubles gastriques, aux vomissements et à tous les autres phénomènes qui en sont habituellement la conséquence. C'est ainsi qu'une tumeur peut rester longtemps ensevelie au sein de la masse encéphalique, sans déterminer, par sa présence, aucune manifestation symptomatique.

En résumé, l'impression qui résulte de l'analyse approfondie de tous les faits jusqu'à présent connus nous permet d'affirmer, sans aucune réserve, que la maladie d'Addison existe ; et en attendant que sa nature nous soit mieux connue, nous croyons devoir lui conserver le nom de l'illustre clinicien qui l'a, pour ainsi dire, tirée du néant. C'est un juste hommage rendu à sa mémoire. C'est en même temps une précaution indispensable contre les diverses hypothèses qui se disputent encore aujourd'hui la préférence.

DE LA CONTRACTURE RÉFLEXE ASCENDANTE

par traumatisme articulaire

(Note communiquée à la société de médecine de Paris, dans sa séance du 17 décembre 1869, par M. Duchenne, de Boulogne.)

Messieurs, l'espèce de contracture sur laquelle je viens aujourd'hui attirer votre attention, *la contracture réflexe ascendante par traumatisme articulaire*, n'a pas encore été, que je sache du moins, décrite ou signalée par les auteurs.

Cette espèce de contracture survient à la suite de violences exercées sur certaines articulations, sur l'articulation du poignet, principalement dans une chute faite sur le dos ou la paume de la main, violences qui produisent une arthrite plus ou moins intense, ou une simple et courte douleur articulaire. La contracture, qui est apparue quelquefois peu de temps après que l'articulation n'est plus douloureuse, et lors même qu'elle semble entièrement guérie, siége alors dans un plus ou moins grand nombre des muscles moteurs de cette articulation ; puis, à la longue, elle s'étend à des muscles moteurs d'autres articulations du membre du même côté. La douleur, limitée d'abord aux muscles contracturés, est modérée ; elle gagne ensuite d'autres muscles, tout en restant plus vive dans ceux qui ont été primitivement affectés; elle atteint enfin les troncs nerveux qui innervent ces muscles et ensuite l'origine du plexus brachial. Souvent même les contractures ayant disparu, les malades conservent longtemps (quelquefois pendant des années), des douleurs continues vers l'origine des nerfs du membre affecté, douleurs qui paraissent symptomatiques d'un état morbide de la moelle, à ce niveau. Enfin la force du membre dans lequel siégent ou ont siégé les contractures est généralement diminuée, ainsi que la sensibilité.

La description rapide que je viens de faire de cette espèce de contracture réflexe ascendante repose, j'en conviens sur un petit nombre de cas (5 cas) que j'ai eu l'occasion d'observer. Mais ces faits cliniques se ressemblent tellement par l'ensemble de leurs symptômes, par leur marche et surtout par la persistance des lésions morbides qu'elles produisent secondairement, qu'il est permis de les considérer comme représentant tous une même affection nerveuse.

Je vais exposer, dans tous ses détails, l'un de ces faits cliniques, qui me paraît être un cas type, et qui sera le tableau de la contracture réflexe ascendante de cause traumatique.

Cette observation offrira, en outre, un grand intérêt, au point de vue thérapeutique. On verra, en effet, qu'une contracture réflexe assez intense, après s'être montrée, pendant plus d'une année, rebelle à des médications variées, même à une longue application de courants continus constants, suivant la méthode de Remak, dont la direction a été centrifuge pendant les deux tiers du traitement, et centripète pendant son dernier tiers, a été guérie cependant en quelques séances de faradisation, à forte dose et à intermittences rapides, des antagonistes des muscles contracturés.

Observation. — *Sommaire : contracture réflexe d'un grand nombre de muscles moteurs du membre supérieur droit, datant de deux ans, consécutive à une arthrite du poignet de ce côté, produite par une chute faite sur le dos de la main droite, rebelle à des médications variées et à l'application, pendant trente séances, de courants continus constants (suivant la méthoe de Remak), guérie en quelques séances par la faradisation énergiqe et à intermittences rapides, des antagonistes des muscles contracturés. — Persistance de douleurs rachidiennes.*

Mlle X..., de Saint-Brieu, âgée de 16 ans, née de parents bien portants, d'une bonne constitution, bien réglée depuis l'âge de 12 ans, n'a jamais éprouvé de crises ni de troubles hystériques. Elle n'a pas eu de maladies sérieuses.

A 11 ans (en 1861), *elle a fait une chute sur le dos de la main droite*, à la suite de laquelle elle a accusé une douleur de l'articulation radio-carpienne avec gonflement et faiblesse des mouvements; elle a dû alors garder le bras en écharpe pendant deux mois, après lesquels elle n'a conservé qu'un peu de faiblesse dans le membre supérieur droit. Lorsqu'elle écrivait, cette faiblesse augmentait rapidement; les douleurs se faisaient sentir dans le poignet, revenaient à des intervalles irréguliers et duraient une à deux heures.

Vers l'âge de 13 ans et demi après avoir dansé, un soir, avec beaucoup d'animation (une ronde bretonne), la douleur du poignet qui avait été tiraillé un peu violemment, revint avec une telle intensité que tout travail manuel devint impossible. On ne voyait cependant alors ni rougeur ni gonflement du poignet. La douleur persistant, Jobert (de Lamballe), consulté deux mois après, conseilla des vésicatoires volants *loco dolenti*, qui ne produisirent aucun résultat. En décembre 1864, la douleur persistait encore, et, quoique limitée au poignet, elle empêchait tout mouvement ou tout usage de la main, et occasionnait de l'insomnie. A cette époque, M. Nélaton consulté, avait fait appliquer un appareil inamovible et compressif qui fut renouvelé tous les dix jours, avec frictions à la teinture d'iode.

Cet appareil fut ainsi porté pendant quatre mois, mais sans résultats; la douleur devint au contraire plus forte, et après deux mois de son usage, en mars 1864 *une contracture apparut dans les radiaux et les pronateurs du côté malde.* — Pendant l'année 1865, d'après les conseils de M. le docteur Renault, de Rennes, on eut recours successivement à six vésicatoires volants, aux bains de mer, à l'application de sable chaud, aux bains aromatiques, enfin à la cautérisation transcurrente pratiquée sur le membre, au niveau des muscles contracturés, et tout cela sans modifier ni la douleur ni les contractures.

En 1866, Mlle X... a été ramenée à M. Nélaton, qui me l'a adressée. Alors j'ai constaté les phénomènes suivants : flexion permanente de la main sur l'avant-bras avec pronation; impossibilité de redresser volontairement le poignet et de mettre la main en supination. Avec des efforts, je parvins cependant à redresser ce membre, mais en arrachant des cris à la malade; ensuite, abandonné à lui-même, il revint à sa position première. Usages de la main abolis; intégrité du mouvement de l'épaule et du coude; le membre a conservé son volume normal; état général satisfaisant; appétit bon; pas de lésion dans la circulation; pas de traces d'anémie.

Je conseillai alors l'application des courants continus et un traitement ferrugineux. La première partie de ce traitement fut remise à une époque plus reculée, à cause de l'épidémie de choléra qui sévissait alors à Paris. A peine Mlle X... fut-elle rentrée chez elle, que la contracture s'étendit à d'autres muscles; les fléchisseurs des doigts maintenaient la main constamment fermée, au point que les ongles rentraient dans la peau : des douleurs profondes se firent sentir vers l'origine du plexus brachial, descendant jusqu'à la région dorsale; puis la fièvre survint avec de l'insomnie. Alors ventouses scarifiées, appliquées trois ou quatre fois *loco dolenti*, ensuite vésicatoires volants sur la même région, sans amélioration aucune.

De retour à Paris, le 18 avril 1866, Mlle X..., m'est de nouveau présentée. Je constate encore, dans le membre supérieur droit, les contractures des fléchisseurs superficiels et profonds des doigts, du biceps brachial, et enfin de la plupart des muscles moteurs du bras sur l'épaule. Ces contractures éveillaient des douleurs dans tout le membre et dans la portion cervico-dorsale du rachis, douleurs qui augmentaient, lorsque l'on s'efforçait de les vaincre. La flexion continue des doigts enfonçait les ongles dans la paume de la main, qui était enflammée et menaçait de s'ulcérer; on éprouvait la plus grande difficulté pour étendre les doigts. Le pouce, fortement serré entre les quatre doigts et la paume de la main, était comme atrophié par cette compression continue et s'étendait encore plus difficilement que les autres doigts : le volume du membre contracturé était conservé. Le sommeil était interrompu surtout par la douleur dorsale; il n'y avait pas de céphalalgie ni de fièvre; l'appétit était bon et la menstruation régulière.

Alors le traitement galvanique par courants continus et réflexes a été commencé immédiatement. Je me suis servi d'une pile composée de 80 éléments au sulfate de plomb, se graduant de manière à ne donner d'abord que la force de 10 à 20 éléments jusqu'au maximum de tolérance, qui était variable, suivant les points où étaient placés les rhéophores. Tantôt le rhéophore négatif était placé sur le trajet du nerf médian, au niveau de la partie inférieure de l'avant-bras et le réophore positif au niveau du pli du bras ou de la partie moyenne du bras sur le trajet du même nerf. Tantôt la main contracturée était plongée dans une cuvette d'eau mise en communication avec le pôle négatif, tandis que le pôle positif était placé, soit à l'origine des nerfs cervicaux et dorsaux, soit sur le plexus brachial, soit enfin sur le trajet des nerfs qui en émanent.

Après dix séances semblables, la malade a pu redresser un peu le poignet pendant le passage du courant, mais ce pouvoir cessait avec l'opération. A dater de ce moment, la main s'entr'ouvrait progressivement et restait ainsi pendant quelques minutes; puis, après de nouvelles séances, pendant quelques heures. Alors la malade put ouvrir et fermer un peu sa main à volonté, jusqu'à l'époque de la menstruation qui arriva deux jours après, et qui fit reparaître la contracture des muscles fléchisseurs des doigts aussi complète qu'avant la galvanisation.

Après une suspension de six jours, l'application du courant continu fut reprise comme auparavant, et au bout de trois séances, la contracture du fléchisseur des doigts et du pouce disparut. Mais les spasmes persistèrent dans les autres muscles et augmentèrent dans le biceps et même dans les muscles radiaux au point que, bien que Mlle X... pût ouvrir et fermer la main assez librement, celle-ci restait dans la supination et dans l'extension forcée, ce qui en abolissait l'usage.

Le courant continu, employé encore pendant une douzaine de jours, avec un courant ascendant, ne produisit plus d'amélioration dans l'état des contractures, bien qu'il eût été appliqué encore une douzaine de séances.

C'est alors que je voulus essayer, avant de renoncer au traitement électrique, la faradisation localisée à intermittences rapides. Je l'appliquai très-énergiquement sur les antagonistes des muscles contracturés : le rond pronateur, le triceps brachial, les inter-osseux et les extenseurs des doigts; et, à ma grande surprise, en moins de quelques minutes, toutes les contractures avaient complétement disparu. Ce résultat, obtenu si rapidement, se maintint, et une demi-heure après, Mlle X... put écrire en ma présence et même faire des gammes sur le piano, ce qui lui avait été impossible depuis plus de deux ans. Pendant une dizaine de jours encore, la faradisation localisée fut continuée, afin de consolider cette guérison merveilleuse. La faradisation fut continuée, afin de consolider la guérison et pour augmenter la force et la sensibilité de la main. Après une dizaine de séances, la force des fléchisseurs des doigts, qui mesurée, à mon dynamomètre, égalait à peine 4 kilogrammes, était montée à 18 kilogrammes.

Rentrée chez elle, Mlle X... conserva tous les usages de la main et du bras droit, jusqu'au mois de décembre 1866 ; mais aux premiers grands froids, son avant-bras fut remis en supination par la contracture du court supinateur, la main gardant la liberté de tous ses mouvements. La douleur, qui s'étendait de la dernière cervicale à la partie moyenne de la région dorsale, redevint plus vive. Des vésicatoires, pansés à la morphine, des ventouses, l'opium à l'intérieur, furent essayés sans succès.

Le 29 septembre 1867, Mlle X... me fut présentée dans cet état. En quelques séances, je triomphai de la contracture du court supinateur par la faradisation énergique et à intermittences rapides des pronateurs. Je parvins ensuite à diminuer notablement les douleurs spinales par l'excitation électro-cutanée *loco dolenti*. Depuis lors, les contractures n'ont plus reparu ; mais quelques semaines après, les douleurs rachidiennes sont revenues plus vives que jamais, avec exacerbation pendant la nuit, et persistaient encore, en 1869, malgré toutes les médications employées.

(*Sera continué*).

COURANTS CONTINUS CONSTANTS

DES SERVICES QU'ILS PEUVENT RENDRE DANS L'INFLAMMATION L'ENGORGEMENT ET L'HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE (1)

Par les docteurs Jules Chéron et Moreau-Wolf.

Observation X.

M..., 20 ans, ouvrier chez MM. Robert et Collin. A été atteint d'une blennorrhagie il y a un an, soignée à l'hôpital par les basal-

(1) Fin. — Voir les numéros du 25-28, 30 décembre 1869 3 et 6 janvier 1870.

miques et les injections au nitrate d'argent. L'écoulement a persisté malgré tout, et ce n'est que grâce aux insufflations médicamenteuses qu'il s'est tari.

Depuis cinq mois, c'est-à-dire depuis le jour où le malade a été guéri, il éprouve des douleurs très-vives au bas-ventre avec élancements dans le rectum. La station assise est insupportable, et à chaque instant le sieur M... est forcé de se lever pour satisfaire des envies d'uriner, qui deviennent de plus en plus fréquentes. Chaque miction est peu abondante, la vessie ne se vide qu'incomplétement, et les douleurs reparaissent immédiatement après. Le canal est libre, mais par le toucher rectal nous trouvons la prostate engorgée et douloureuse à la pression.

Une seule application des courants continus, pratiquée le 6 décembre de cette année, a suffi pour faire cesser tous les symptômes douloureux. Aujourd'hui, sixième application en huit jours, la guérison se maintient, et selon toutes les probabilités, sera obtenue complétement.

Qu'il nous soit permis de terminer ce travail par le simple énoncé des différents procédés employés par les chirurgiens les plus éminents dans le traitement des engorgements prostatiques.

En comparant leurs résultats avec ceux que nous avons obtenus au moyen des courants continus, on sera forcé de convenir que, si nous n'avons pas toujours réussi à faire disparaître les tuméfactions de la prostate, le traitement que nous préconisons aujourd'hui est du moins exempt de tout danger, et d'une application facile.

Il est un fait capital, dont l'importance n'échappera à personne, c'est que, sans recourir à une manœuvre chirurgicale, par conséquent sans exposer le malade à aucun des accidents que produit souvent la simple introduction d'une bougie dans l'urètre, on obtient, dans la généralité des cas, par l'emploi des courants contraires, la résolution des engorgements prostatiques.

Le traitement de la prostatique aiguë est celui de toutes les inflammations : saignées locales et générales, cataplasmes, narcotiques, bains prolongés, purgatifs, boissons tempérantes, etc. Il est juste de dire que l'on obtient presque toujours par ces moyens la résolution de l'inflammation, quoique cette résolution se fasse souvent attendre, et que souvent aussi la phlegmonie passe à l'état chronique.

C'est dans ce cas que la résolution est lente à venir, que l'affection semble s'éterniser, et que le cortége des médicaments proposés pour la vaincre est souvent impuissant.

Évacuations sanguines locales répétées, révulsifs de toutes sortes, bains sulfureux, eaux thermales de Baréges, Bagnères-de-Luchon, Cauterets, etc. Aussi, dans bien des cas, après avoir usé de ces diverses médications, est-on forcé de recourir en dernier ressort à la *cautérisation de la partie prostatique de l'urètre*. Nous voici déjà arrivés à l'intervention chirurgicale, et déjà aussi, avec tous les auteurs, observons-nous les différentes et plus ou moins graves complications qui en résultent : orchite, urétrite, cystite, fièvre urétrale, infiltration urineuse, érysipèle, abcès urinaux, etc. Or, comme il est rare qu'une seule cautérisation suffise, on a recours au même moyen à plusieurs reprises, et par conséquent on est chaque fois exposé à voir surgir quelques-uns de ces accidents. Eh bien, malgré tout, à quel praticien n'est-il pas arrivé d'observer des prostatiques chroniques rebelles? Trop heureux lorsqu'on n'en a pas trouvé qui se terminassent par suppuration. Avec les courants continus, rien de semblable, la résolution est toujours obtenue, et aucun des périls que nous venons de noter n'est à craindre.

Voyons maintenant les ressources dont la science dispose pour le traitement de l'hypertrophie confirmée.

Ici le traitement médical ne semble avoir été institué que pour combattre les complications de cet état morbide. Tous les auteurs sont du même avis, et nous n'avons qu'à transcrire l'opinion de M. Phillips pour résumer l'appréciation de tous les chirurgiens.

« L'hypertrophie, dit-il, est peu ou point modifiée par le traitement médical; cette transformation des tissus résiste à l'emploi des médicaments les plus énergiques, et il semble qu'on a été dans l'erreur en croyant l'avoir guérie. Il y a eu erreur de diagnostic en attribuant à l'hypertrophie des phénomènes dus à l'inflammation de la prostate ou à la contracture du col de la vessie. » Et plus loin : « Si le traitement médical est *impuissant à résoudre* l'hypertrophie de la prostate, il est éminemment utile à faire disparaître ces complications et à préparer l'application de la médication directe. »

Après cela, est-il utile de noter en quoi consiste ce traitement médical? Nous retrouvons ici toute la série des moyens proposés dans l'inflammation aiguë et chronique de la glande : saignées locales répétées, bains, sétons, vésicatoires, lavements, laxatifs, ventouses, sinapismes, opiacés, etc.

Un seul médicament a paru, entre les mains de plusieurs praticiens, posséder une action réelle sur l'hypertrophie prostatique, c'est le chlorhydrate d'ammoniaque à haute dose; mais les troubles graves que son usage provoque dans le tube digestif font hésiter à l'employer chez les malades dont la santé est déjà compromise.

Passons maintenant à l'énumération des différentes opérations qui ont été proposées dans les cas d'hypertrophie. Ne parlons que pour mémoire des *ligatures*, presque impossibles à appliquer, et de la *taille sous-pubienne* pratiquée pour faire cesser la rétention d'urine et transformer les tissus en les divisant. La gravité d'une telle opération doit évidemment la faire repousser sans appel.

La *dilatation du col vésical*, quel que soit le procédé qu'on emploie, et quoique des succès nombreux expliquent la faveur dont elle a joui auprès de beaucoup de chirurgiens, est une véritable opération qui demande un tact infini de la part de l'opérateur, et qui est souvent suivie d'accidents graves.

La *dépression de la prostate*, sans présenter le même danger que la dilatation du col, ou bien facilement supportée par le malade, et, dans ce cas, on n'obtient qu'une amélioration passagère, la prostate reprenant bien vite sa forme primitive, ou bien insupportable au bout de quelques minutes, son emploi ne fait alors qu'irriter le col vésical, sans bénéfice pour le patient.

Incision du col de la vessie et *division de la valvule prostatique d'avant en arrière et de la base vers le bord libre*, d'après le procédé de MM. Mercier et Liviale.

Si la guérison, ou du moins si l'atténuation des accidents causés par l'hypertrophie prostatique est souvent le resultat de ces opérations, il n'en est pas moins vrai que, par l'hémorrhagie abondante qu'elles déterminent presque toujours, on ne devra y recourir qu'en désespoir de cause, alors que tous les autres moyens auront échoué.

Quant à l'*excision de la valvule prostatique* (opération que l'on doit à M. Mercier), il est juste de dire que ses résultats sont presque toujours satisfaisants; mais il faut ici surtout redouter l'hémorrhagie qui en est la conséquence.

La *cautérisation de la prostate* n'est évidemment point employée dans le but de faire disparaître les hypertrophies de cette glande, mais elle est seulement utile pour modifier l'état granuleux ou fongueux du col.

Nous venons, en passant en revue les différents procédés employés contre les engorgements de la prostate, de constater que le traitement médical n'a d'action que sur les inflammations simples de la glande, alors que la tuméfaction, qui est le produit de la phegmasie, n'existe que depuis peu. Quant à l'hypertrophie confirmée, l'influence des médications est nulle, où à peu près, et les opérations conseillées ne font que remédier aux difformités qui en résultent, sans agir en aucune façon sur l'hypertrophie elle-même. Nous avons vu aussi que ce n'est pas impunément qu'on pratique ces diverses opérations, et que, pour un résultat souvent problématique, on expose le malade à des accidents sérieux.

Pour nous résumer : tout engorgement prostatique, avec ou sans hypertrophie, est le résultat d'une inflammation de la glande, inflammation qui, prise à temps, disparaîtra toujours rapidement par l'emploi des courants continus.

Par conséquent, plus récente sera la tuméfaction de l'organe, et plus prompte sera aussi sa résolution par le traitement que nous préconisons.

Enfin, dans les cas d'hypertrophie confirmée, c'est-à-dire lorsqu'on aura affaire au dernier terme de la série des phénomènes produits par l'engorgement, on pourra toujours améliorer considérablement l'état du malade en dissipant l'engorgement périphérique (1).

(1) Des tentatives dans le genre de celles que nous ont donné les excellents résultats que nous venons de rapporter ont été faites, il y a quelques années, au moyen DES COURANTS INDUITS, par M. le docteur Tripier, auquel on doit une observation intéressante d'engorgement (?) prostatique guéri par ce procédé.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 15 décembre 1869. — Présidence de M. VERNEUIL.

(SUITE)

En présence d'un polype naso-pharyngien, le chirurgien éprouve toujours un certain embarras pour le choix du procédé opératoire auquel il doit avoir recours. Les indications peuvent varier beaucoup, et quelque soit le parti qu'on adopte, on doit toujours s'attendre à de sérieuses difficultés.

Lorsque je publiai l'observation d'un polype naso-pharyngien, dont j'ai obtenu la guérison en 1856, au moyen de la *fragmentation par une pince à écrasement*, je faisais ressortir les avantages de ce procédé, qui évite toute mutilation, mais exige de la part du chirurgien et du malade beaucoup de persévérance, parce que le traitement est long lorsque le polype est volumineux et a envahi la fosse nasale, ainsi que cela avait lieu chez mon malade.

Ce traitement, auquel M. Legouest a eu recours en 1866, ne peut donner de bons résultats que lorsque le pédicule n'est pas trop large. Il faut, en outre, que le pédicule soit non pas seulement *coupé*, mais *arraché complétement*, pour qu'on soit à l'abri de la récidive. Or, ce résultat ne dépend nullement du plus ou moins d'habileté de l'opérateur. C'est pourquoi, malgré la guérison si complète obtenue par moi, je considérerai toujours la méthode à laquelle j'eus alors recours comme une méthode d'exception, mais comme une méthode très-utile dans certains cas donnés.

L'expérience que j'ai faite sur mon second malade me prouve que c'est avec raison qu'on a renoncé généralement à la ligature, à moins qu'on ne la fasse suivre de la rugination.

La rugination elle-même ne met à l'abri de la récidive que lorsqu'elle est bien complète. Il suffit de quelques débris de périoste pour que la tumeur se reproduise. La seconde opération, pratiquée sur le jeune C... en est la preuve; l'éradication paraissait complète sur tous les points, et j'avais eu recours, par précaution, à la cautérisation.

La guérison du polype ne peut donc être assurée qu'au prix de la destruction entière du périoste qui lui a donné naissance; et pour cela, il faut avoir recours, comme le dit M. Michaux, à l'excision, à l'arrachement, à la rugination et à la cautérisation.

Les opérations préliminaires destinées à rendre le polype accessible aux instruments, devront varier selon le volume de la tumeur et les désordres qu'il aura occasionnés dans le squelette de la face. Mais, en règle générale, on doit limiter autant que possible les mutilations, surtout lorsqu'elles laissent après elles des troubles fonctionnels ou des difformités extérieures.

L'incision du voile du palais et l'excision de la voûte palatine altèrent le timbre de la voix, gênent la déglutition, et ces inconvénients ne peuvent pas toujours être combattus efficacement par les appareils prothétiques.

La résection partielle du maxillaire supérieur, en conservant la voûte palatine, paraît le moyen le plus convenable pour arriver au polype, et lorsqu'on a soin de laisser, dans le lambeau, le périoste qui recouvre la face antérieure de l'os, il se forme une cicatrice ostéo-fibreuse, qui comble suffisamment la perte de substance.

On a vu que chez mon dernier malade j'ai été obligé non-seulement de réséquer le maxillaire, mais de luxer l'os propre du nez. Les indications peuvent varier beaucoup, et il est des cas où, à la résection du maxillaire, on pourra préférer le lambeau ostéo-cutané nasal de M. Ollier, ou l'un des divers autres procédés conseillés tour à tour.

Je n'ai point eu la pensée d'employer, chez mes malades, la galvano-caustique, qui n'offre pas plus de sécurité que les moyens chirurgicaux ordinaires, et qui pêche par le défaut de simplicité. On peut faire ce dernier reproche à l'électrolyse, méthode qui est encore à l'état d'expérimentation, et dont la valeur réelle ne peut pas être suffisamment appréciée.

Après avoir préconisé avec trop de complaisance autrefois les grandes mutilations, on tend aujourd'hui avec raison à les éviter, ainsi que le démontrent les discussions qui ont eu lieu à la Société de chirurgie en 1866. Mais on ne paraît pas avoir attaché assez d'importance au choix des incisions extérieures qui, dans certains procédés, mériteraient bien aussi le nom de mutilations.

Le procédé employé chez les deux malades dont je viens de donner l'observation me paraît devoir être préféré à tous ceux qu'on emploie habituellement.

J'ai insisté sur les avantages de ce procédé lorsque j'ai publié ma première observation de polype naso-pharyngien, en 1856; je l'avais déjà adopté depuis plusieurs années, et depuis ce temps, j'ai eu très-fréquemment l'occasion d'y avoir recours pour la résection ou l'ablation complète du maxillaire supérieur. Voici en quoi il consiste :

Une incision partant du tendon de l'orbiculaire des paupières descend directement sur l'aile du nez et la contourne; la lèvre supérieure est coupée sur la ligne médiane; on pénètre dans la fosse nasale en rasant le bord interne de l'apophyse montante.

On détache le lambeau, en y comprenant le périoste, lorsqu'il ne s'agit pas d'une tumeur qui a compromis l'intégrité de cette membrane. En soulevant le lambeau avec un crochet mousse, on peut atteindre facilement le bord de l'orbite, décoller le périoste de cette cavité et passer la scie à chaîne dans la fente sphéno-maxillaire.

Lorsque le maxillaire est le siége d'une tumeur qui soulève les téguments, il est nécessaire de faire une petite incision complémentaire qui, partant de la partie supérieure de la première, vient se confondre dans les plis de la paupière inférieure.

Avec cette manière de procéder, on ne coupe aucun filet important du nerf facial, et la cicatrice est à peine apparente.

Lorsque je compare mes opérés à ceux auxquels on a pratiqué soit l'incision de Velpeau, soit les incisions de Gensoul plus ou moins modifiées, je ne suis pas tenté de changer ma manière d'agir.

Aujourd'hui, les incisions multiples trouvent leur excuse dans la pensée émise par M. Verneuil, de terminer toute l'opération pendant l'anesthésie, et d'éviter l'écoulement du sang dans le pharynx et dans la bouche. Les préceptes du savant président de la Société de chirurgie ont été suivis en 1868 par M. le docteur Thomas (de Tours) dans une opération habilement conduite, et qui a été l'objet d'un rapport de M. Verneuil à la Société de chirurgie.

J'avoue que la lecture de ce rapport de M. Verneuil ne m'a pas converti.

On ne peut que dans des cas exceptionnels, malgré les précautions indiquées, prévenir l'écoulement du sang dans le pharynx pendant les derniers temps de l'opération. D'un autre côté, l'hémorrhagie, lorsqu'elle a lieu, se produit plutôt vers l'extérieur que vers la gorge, ainsi que je l'ai observé chez mon dernier malade. Malgré cela, j'aurais été fort inquiet si ce malade eût été sous l'influence du chloroforme pendant cette hémorrhagie.

Le procédé recommandé par mon savant collègue ne me paraît donc acceptable que dans un nombre de cas fort restreint. Il ne met pas toujours à l'abri des dangers de l'hémorrhagie, mais il a le mérite, lorsque tout se passe selon le vœu de l'opérateur, de soustraire le malade à de grandes souffrances.

Cet avantage est malheureusement compensé par des cicatrices très-apparentes, qui détruisent l'harmonie et la régularité du visage. Les *douleurs passent*, les *difformités restent*.

M. CHASSAIGNAC. L'ablation de deux plateaux du maxillaire supérieur donne une voie suffisante pour pénétrer jusqu'au polype, aussi faut-il rejeter l'ablation complète du maxillaire supérieur. Quant aux incisions qui, partant de l'angle de l'œil, suivent l'aile du nez et divisent la lèvre supérieure sur la ligne médiane, je les ai inaugurées depuis longtemps, et dans un cas où j'ai opéré de cette manière, en rejetant le nez tout entier du côté gauche, le polype envoyait des prolongements dans les sinus frontaux et maxillaires.

M. ALPHONSE GUÉRIN. J'ai eu l'occasion de voir, il y a peu de temps, le petit malade présenté par moi il y a trois ans à la Société, c'était la première fois qu'on ruginait la base du crâne sur une certaine étendue. La guérison est restée complète.

M. GUYON fait un rapport verbal sur le travail suivant de M. Reverdin.

Greffe épidermique. — Expérience faite dans le service de M. le docteur Guyon, à l'hôpital Necker. — Messieurs, la communication que j'ai l'honneur de faire à la Société de chirurgie a trait à une question de pathologie bien vulgaire, en apparence bien connue, mais qui présente cependant encore quelques points obscurs et intéressants à élucider. Je veux parler de la cicatrisation des plaies par seconde intention.

Tous les chirurgiens savent que si, dans la très-grande majorité des cas, les plaies arrivées à la période de granulation se cicatrisent

par leurs bords, dans quelques cas exceptionnels on voit des îlots d'épiderme se former à la surface d'une plaie, plus ou moins loin de ces bords; que la formation de ces îlots centraux a sur la longueur de la cicatrisation une influence remarquable et bien connue; ils l'abrégent considérablement.

Ce fait constaté et admis, reste l'interprétation; et là-dessus on n'est pas d'accord : les uns, et Biltroth est très-affirmatif sur ce point, croient que toujours alors une mince couche, si mince fût-elle, de la couche profonde de l'épiderme, du réseau de Malpighi, est restée en place quelque part; ils se basent sur ce fait que c'est surtout dans des cas de brûlures qu'on observe la formation des îlots centraux.

D'autres pathologistes ne regardent point ces conditions comme indispensables.

J'ai eu précisément, il y a quelque temps, l'occasion d'observer un fait de cette nature; il s'agissait d'un ouvrier mécanicien qui avait eu le pouce droit broyé; il en résulta la nécessité de retrancher tout ce pouce jusqu'à l'articulation métacarpo-phalangienne; quand la cicatrisation eut commencé, nous vîmes se former au centre de cette plaie plusieurs îlots épidermiques qui hâtèrent singulièrement le travail de réparation.

Quelque temps après, ayant à observer une plaie étendue dont la cicatrisation était fort lente, me souvenant du malade dont je viens de parler, l'idée me vint de tenter l'expérience qui fait le sujet de cette communication.

Le malade sur lequel elle a été pratiquée est un homme de 35 ans, qui, le 16 octobre dernier, en tombant d'une échelle, essayade se retenir avec le coude gauche fléchi à une barre de fer; la peau fut coupée au niveau du pli du coude, décollée dans toute son épaisseur jusqu'au milieu de l'avant-bras, et forma ainsi un grand lambeau qui ne tarda pas à se mortifier dans son entier. La surface mise à nu était formée par le tissu cellulaire sous-cutané, et à la partie externe du membre par l'aponévrose, éraillée par places. Cette plaie se mit bientôt à bourgeonner, mais ce n'est que le 14 novembre qu'on commença à distinguer sur ses bords un petit liséré épidermique. Les jours suivants le liséré s'étendit lentement.

Le 24 novembre, je tentai l'expérience suivante : j'enlevai avec la pointe d'une lancette, au bras droit du malade, deux petits lambeaux d'épiderme, en ayant soin de raser autant que faire se pouvait le derme sans l'entamer. Le premier lambeau était très-petit, le second avait à peu près 1 millimètre carré; la petite plaie ne présenta qu'une rosée sanguine.

Je plaçai mes deux lambeaux au milieu de la plaie, leur face profonde appliquée sur les granulations, à une petite distance l'un de l'autre, et je les maintins avec une des bandelettes de diachylon qui servaient au pansement du malade.

Le lendemain, les lambeaux sont restés en place malgré une suppuration assez abondante; ils paraissent un peu gonflés et plus blancs.

Le 27 novembre, les lambeaux sont encore restés en place. Je détache, par le même procédé que la première fois, un lambeau épidermique un peu plus grand (il présente environ 3 à 4 millimètres carrés d'étendue), et je le dispose sur la plaie, à distance des deux premiers.

Le 28 novembre, les trois lambeaux paraissent adhérents, on peut frotter la plaie à leur niveau avec un peu de charpie sans les détacher.

Le 30 novembre, les deux premiers lambeaux semblent plus pâles, comme amincis et paraissent s'étendre sur leurs bords.

Le 1[er] décembre, les deux premiers lambeaux sont réunis et forment une petite plaque blanche, pâle; il s'est évidemment formé une petite zone épidermique autour de chacun d'eux.

Le troisième lambeau tient bien; ses bords présentent un petit liseré pâle.

Les jours suivants, ce liséré pâle s'étend de plus en plus en conservant le même aspect; l'îlot formé par les deux premiers lambeaux réunis s'étend également.

Enfin, le 7 décembre, les trois lambeaux se sont réunis de manière à former un petit îlot blanchâtre, mince, tout à fait analogue au liséré épidermique qui s'est formé sur les bords de la plaie.

Aujourd'hui 8 décembre, on constate que l'îlot s'est notablement étendu depuis hier.

Tel est le fait que j'ai l'honneur de soumettre à la Société de chirurgie. J'ai tenu à le faire maintenant afin de prendre date, mais je m'engage à poursuivre mes recherches dans ce sens.

J'aurai à examiner, au point de vue clinique, dans quelles plaies, à quelle période d'évolution de ces plaies, cette expérience, que je nommerais volontiers greffe épidermique, peut réussir.

En effet, dans une seconde expérience faite sur une plaie non encore en voie de cicatrisation sur ses bords, le lambeau épidermique est resté pendant quelques jours peu adhérent, puis s'est roulé sur ses bords, et a été entraîné finalement avec les pièces de pansement.

J'aurai encore à rechercher jusqu'à quel point cette petite opération peut être applicable et utile pratiquement.

Enfin, j'aurai à étudier autant que possible le processus histologique : Y a-t-il simple effet de contact, de voisinage? Y a-t-il prolifération des éléments transplantés?

Voici bien des questions, qui méritent, je pense, quelques recherches que je m'empresserai de faire.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel en date du 13 décembre 1869, M. le docteur Bulard, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Maréville, a été élevé à la 3[e] classe de son grade.

— La séance solennelle de la Société impériale de chirurgie aura lieu mercredi prochain 12 janvier, à trois heures, dans le local de ses séances, 3, rue de l'Abbaye.

Ordre du jour : Discours du président. — Compte rendu des travaux par M. Le Fort, secrétaire annuel. — Proclamation des prix. — Éloge de Laborie, par M. Trélat, secrétaire général.

Le directeur, Dr E. Le Sourd

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 5. — JEUDI 13 JANVIER 1870. 43e ANNÉE. JEUDI 13 JANVIER 1870. — N° 5.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 12 janvier 1870.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

M. Béclard est passé maître dans l'art de bien dire. Le charme d'une élocution harmonieuse et savante, le geste gracieux, l'éclat d'un style élégant, coloré, des pensées élevées autant qu'ingénieuses, tout contribue à lui assurer une ample moisson d'applaudissements. Les belles dames semblaient satisfaites à l'audition de cette belle parole et battaient des mains vivement comme tout le corps médical. Chacun était d'accord pour dire que l'orateur académique se surpassait lui-même dans l'éloge de Trousseau.

Cependant nous est-il permis d'exprimer une pensée pénible qui est venue se mêler à notre admiration. Il nous semblait que, dans ce remarquable succès, l'éloquence personnelle de l'orateur avait une trop large part, et que le souvenir de notre regretté maître, loin de se dessiner plus net, devenait, suivant l'expression de M. Béclard, *l'ombre d'un souvenir*.

Quelle est, en effet, la conclusion de M. Béclard sur Trousseau? Elle est tout entière dans ces quelques lignes.

« ... Les hommes comme M. Trousseau sont, de leur vivant, plus utiles peut-être que les autres; mais la mort leur enlève davantage.

« Après le naufrage des doctrines et des systèmes, retremper notre science aux sources de la médecine traditionnelle, tel était le premier besoin. Cette œuvre à laquelle M. Trousseau a consacré la meilleure part de sa vie est devenue moins pressante. Déjà des lueurs nouvelles se montrent à l'horizon. Le souffle de l'esprit moderne a dissipé de séculaires erreurs... »

Certes, si Trousseau était tout entier dans cette œuvre de faire revivre des traditions qu'il faut abandonner, des erreurs séculaires, il faudrait dire de lui qu'il est de ceux auxquels la mort enlève tout. Mais est-ce donc là notre Trousseau.

Alors qu'il rappelait au médecin qu'il est avant toute chose artiste, soutenait-il le paradoxe de comparer le médecin « au chien de chasse qui, merveilleusement doué pour la recherche, avec une sureté qui tient du prodige, découvre la proie sous le buisson ? » ou disait-il que le médecin peut se passer de solides études?

Écoutons-le répondre lui-même :

« Je ne laisse à personne le droit d'interpréter ainsi mes paroles. On naît artiste en ce sens que, si le ciel vous a refusé l'aptitude artistique, quoi que vous fassiez au monde, vous ne serez que des savants ; mais avec l'aptitude la plus heureuse, vous ne serez rien sans travail. Le travail est une source d'inspirations puissantes; la contemplation des chefs-d'œuvre de l'art fait l'éducation de l'artiste, et le peintre qui, avec l'intelligence la plus élevée, n'irait pas vivre pendant quelques années dans cette atmosphère de génie que l'on respire au delà des Alpes, ne serait jamais qu'un homme incomplet, renfermé dans une individualité restreinte : tandis qu'avec l'étude, avec l'exemple, il profite tout d'abord de ces laborieux procédés inventés par les artistes des siècles passés, mais désormais acquis à la science, et partant, faciles ; il corrige les écarts de son imagination fougueuse, sans cesse ramené vers le beau par la contemplation du beau; il épure son goût instinctivement, involontairement, et toute sa spontanéité, désormais bien dirigée, le jette d'emblée dans ces régions élevées où l'art, dans toute sa puissance, enfante ces merveilleuses pages que l'artiste lègue à l'admiration des races futures. »

Et qui donc, parmi ceux qui ont traité des malades, niera que le médecin ne soit artiste ainsi? Qui donc peut croire à l'avénement plus ou moins prochain d'une époque où, de par la science biologique, le médecin sera dispensé d'avoir le coup-d'œil, la clairvoyance, l'intuition savante, et ce je ne sais quoi — que le seul travail ne donne pas — par lequel on sait discerner l'agent efficace et prendre une résolution au moment même où il le faut?

Actuellement la pneumonie est scientifiquement bien connue, et cependant chaque pneumonique, pour le praticien, devient un problème.

Quelle médication faut-il choisir dans la circonstance? les déprimants, saignées, émétique, digitale? les excitants, alcooliques, quinquina ? A quelles doses ?

Toutes ces médications, les doses les plus diverses peuvent être bonnes en certains cas.

Si le médecin saisit bien l'indication, il sauve le malade, et s'il choisit mal, il le tue.

Dans ce dernier cas, il ne lui manquait que d'être artiste.

Dr Victor Révillout.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance publique annuelle du 11 janvier 1870.

PRÉSIDENCE DE M. BLACHE.

M. Dubois (d'Amiens) lit le rapport général sur les prix décernés par l'Académie en 1869 (*Voir plus bas*).

M. le président proclame ensuite les prix décernés, et lit le programme des prix proposés pour 1870 et 1871 (*Sera publié*).

M. Béclard prononce l'Éloge suivant :

ÉLOGE DE M. TROUSSEAU

Messieurs,

L'an passé, à pareille époque, je retraçais devant vous l'existence laborieuse d'un humble artisan de la Touraine, affranchi par la volonté, grandi par le travail, et porté par ses œuvres aux premiers rangs de la science. C'est aux mêmes lieux, guidé par la même main, qu'un brillant jeune homme, tout chargé des couronnes des premières études, entrait, à son tour, dans la carrière où l'attendait encore la victoire.

Tandis qu'affamé de savoir, le premier dévorait, avec une insatiable avidité, le pain de l'esprit que Bretonneau dépensait, en père prodigue, dans ses attachantes causeries; accoutumé à le recevoir, le second était mieux préparé à en goûter la saveur. Incertain sur la voie qu'il doit prendre; un instant médecin; conduit, à son insu peut-être, par les impressions de son enfance, M. Velpeau se tourne bientôt vers l'art opératoire. Dès les premiers jours le parti de M. Trousseau est pris. La simplicité du maître, son affectueuse familiarité, le charme sans apprêt de ses enseignements ont tout d'abord séduit le disciple : il s'est donné tout entier.

De ces germes précieux jetés sur un terrain fertile, aucun ne fut perdu; on en vit mieux encore toute la fécondité quand vint le temps de la moisson. Les souvenirs du passé, M. Trousseau les conserva toujours vivants. Jamais il ne crut pouvoir s'acquitter envers celui qui avait guidé ses premiers pas, jamais il ne cessa de lui témoigner la tendresse d'un fils et le respect d'un disciple. De la chaire où l'on donne l'enseignement, toujours il descendit devant lui parmi ceux qui le reçoivent.

Les sentiments qu'il eut pour son vieux maître, M. Trousseau était bien fait pour les inspirer. Qui pourrait avoir oublié le double hommage rendu à sa mémoire par la reconnaissance et par l'amitié (1); pages éloquentes écrites sous la dictée de la douleur; accents empreints d'une émotion que nous avons tous partagée!

Nature tout en dehors, facile à pénétrer, aimant à se répandre, M. Trousseau était, pour emprunter l'expression du poëte, de ces mortels chéris des dieux qui traînent les cœurs après eux. Et comment ne pas être attiré par les séductions de cette vive et prompte intelligence, ouverte à tout et toujours en éveil; heureux mélange des dons les plus divers : un rare bon sens et une imagination ardente, la fixité unie à la souplesse, la clarté et la précision, avec toutes les qualités, et parfois les écarts, d'un esprit inventif et primesautier.

Armand Trousseau naquit à Tours le 14 octobre 1801. Veuve d'un premier mariage, Mme Trousseau était déjà mère de deux enfants, dont l'un fut un architecte habile, et dont l'autre devint le général Jacquemin. Peu de temps auparavant, le père de M. Trousseau avait ouvert une maison d'éducation, où la jeunesse du pays retrouvait l'enseignement littéraire large et complet des anciennes écoles de l'Université. C'était l'époque des œuvres de la force, et le bruit du canon remplissait l'Europe. Un instant florissante, l'institution ne tarda pas à être engloutie dans les désastres de la patrie, entraînant avec elle la ruine et, peu après, la mort de son fondateur.

Admis comme élève boursier au lycée d'Orléans et ensuite au collége de Lyon, le jeune Trousseau, ses études terminées, revint auprès de sa mère. D'abord répétiteur dans une pension de Tours, puis maître d'études au collége de Blois, il est appelé à la chaire de rhétorique de Châteauroux, l'occupe quelques mois et se rend enfin à Paris pour y étudier la médecine.

A peine y est-il arrivé, que les portes de l'école se ferment devant lui. L'évêque d'Hermopolis, par un coup d'autorité, venait de dissoudre la Faculté. Cet événement imprévu le ramène à Tours. Il voit Bretonneau; ne veut plus d'autre maître; reçoit de ce commerce de tous les jours une empreinte qui ne s'effacera plus, et ne revient à Paris que pour y subir les épreuves du doctorat. Le 17 août 1825 il soutenait sa thèse inaugurale. Il avait alors vingt-quatre ans.

Entré presque aussitôt à la Maison royale de Charenton en qualité d'élève interne, il profite du voisinage de l'école d'Alfort et commence, en compagnie d'un jeune vétérinaire prématurément enlevé à la science (1) des recherches d'anatomie et de pathologie comparée, qu'il devait poursuivre plus tard avec notre savant confrère, M. Leblanc. Un concours pour l'agrégation en médecine s'ouvre à la Faculté. M. Trousseau venait d'atteindre sa vingt-cinquième année, l'âge des règlements; il se fait inscrire au nombre des concurrents et sort victorieux de la lutte.

Au printemps de l'année suivante, M. Trousseau parcourait les plaines de la Sologne, désolées par le croup, et partait pour l'Espagne vers la fin de l'automne, en compagnie de M. Louis et de M. Chervin, dont le nom éveille le souvenir d'une courageuse existence, vouée toute entière à la défense d'une idée. La fièvre jaune venait d'éclater à Gibraltar. La maladie qu'ils allaient observer ensemble, M. Chervin l'avait autrefois cherchée aux rives américaines et poursuivie à son berceau à travers des difficultés sans nombre. Il ne pouvait s'y tromper : il la reconnut à première vue. Tout semblait démontrer que la fièvre d'Amérique avait été introduite par voie d'importation. M. Chervin ne fut pas ébranlé; il affirma qu'elle avait pris naissance sur le sol de l'Espagne. Ses compagnons, vous le savez, se montrèrent plus réservés. Trente ans plus tard, M. Trousseau revenant sur ces impressions de sa jeunesse, retraçait, ici même, le frappant contraste d'une ville neuve, création artificielle implantée aux confins de l'Espagne, sur le sommet d'un roc battu par les vents, sans terre et sans eau, et cependant décimée par la maladie; tandis que de misérables villages, perdus dans les marécages qui s'étendent à ses pieds, et privés de toute communication avec la mer comme avec la ville, avaient échappé à l'épidémie. Ce qu'on avait vu à Gibraltar, on devait le voir aussi sur les côtes de Bretagne. Aux esprits difficiles à convaincre, nous rappellerons le récent exemple de Saint-Nazaire. Après l'enquête aussi impartiale qu'éclairée, conduite avec une rare prudence par l'un des membres les plus regrettés de notre compagnie, qui donc pourrait douter encore de l'origine exotique de la fièvre jaune observée en France (2)? Est-il rien de plus clair, et comment se refuser à l'évidence?

Échappé à l'épidémie, non sans en avoir ressenti les dangereuses atteintes, M. Trousseau revient à Paris et reprend ses travaux interrompus. Au jeune médecin qui débute, les chaînes de la clientèle sont légères; M. Trousseau fléchira plus tard sous le poids de ce noble fardeau. Les revues et les journaux de médecine du temps témoignent de son activité. On peut y voir déjà que la pente naturelle de son esprit l'entraîne vers la recherche des questions pratiques : on y trouve plus que des promesses, il y a là les prémices d'une œuvre dont il rassemble les matériaux.

Le concours du Bureau central lui ouvre la porte des hôpitaux et le place sur son véritable théâtre. Il entre aussitôt comme suppléant dans le service d'un maître alors en possession d'une grande célébrité, M. Récamier : tempérament violent, sans règle et sans mesure, homme d'inspirations soudaines et de ressources inépuisables, plein de hardiesse, un instant égaré par son aventureuse fantaisie dans le domaine des sciences exactes, et n'ayant guère laissé, en médecine, que le souvenir de ses témérités; du reste, homme de bien avant tout, charitable et désintéressé. De véritables disciples, M. Récamier n'en eut pas et ne pouvait pas en avoir; mais son entière sincérité, sa confiance inébranlable, sa foi profonde dans les ressources de l'art, répandaient autour de lui de salutaires exemples et fortifiaient les convictions chancelantes. Au spectacle de tentatives hasardeuses, suivies de succès inattendus, M. Trousseau apprit à ne désespérer jamais.

L'enseignement clinique de l'Hôtel-Dieu, qu'il partage avec M. Récamier, ne lui suffit pas : il ouvre un cours de matière médicale et de thérapeutique. Ceux qui suivaient alors ses leçons, pouvaient remarquer, entrant avec le professeur et sortant avec lui, un homme tout jeune encore, aux traits fins, au regard vif. Ensemble à l'hôpital dès le matin, et le soir à l'École pratique, ils ne se quittaient guère. Animés d'une égale ardeur, ils avaient pourtant peu de ressemblance. Attiré par le côté extérieur des choses, frappé plutôt par les différences que par les analogies, plus disposé à séparer qu'à réunir, l'un aimait à éclairer sa marche à la lumière de l'analyse; plus incliné vers la spéculation, cherchant volontiers dans les faits la preuve de ses idées, le second portait toujours dans la recherche quelque chose de sa propre personne et se complaisait aux vues synthétiques. Si chacun marche à son allure, le but qu'ils poursuivent est le même; unis par le travail comme ils le sont par l'amitié, ils se complètent l'un l'autre et se confondent dans une œuvre commune.

C'est en 1837 que parut la première édition du *Traité de thérapeutique*. Trente années n'ont pas épuisé le succès de ce livre. Au mérite de l'ouvrage venait s'en joindre un autre, il arrivait en son temps. Le mouvement des idées d'où sortit la révolution de 1830, et qui fit surgir de grands politiques, de grands poëtes et de grands écrivains, se faisait sentir aussi parmi nous.

(1) M. Pidoux et M. Lasègue.

(1) M. Rigot.
(2) M. Mélier. *Relation de la fièvre jaune observée à Saint-Nazaire en 1861.*

Le despotisme tyrannique des systèmes, fléau inconnu des sciences constituées, rêve trompeur de tous les ambitieux de la médecine, venait de subir une dernière défaite. A la folle du logis succédait une maîtresse plus sévère : l'expérience venait enfin s'asseoir à notre foyer. Désabusés de ces formules qui contiennent tout, et dont on ne peut rien tirer, résignés à suivre des voies plus lentes mais plus sûres, les esprits laissaient l'ombre pour la proie, ne gardaient de Broussais que sa passion pour les réalités, et, reprenant avec une laborieuse ardeur l'œuvre des Bonet et des Morgagni, s'efforçaient de réduire le domaine de l'inconnu. A l'aide des nouveaux moyens de recherche que les sciences, ses sœurs, mettaient entre ses mains, la médecine pénétrerait plus tard dans des régions inexplorées et s'avançerait jusqu'aux frontières indécises qui séparent la santé de la maladie.

Que de chemin parcouru, et en si peu d'années! Tout un monde nouveau, dont on ignorait l'existence, fouillé dans ses replis les plus cachés, conquis à jamais par un Breton de génie (1): Les formes, si dissemblables en apparence, de la fièvre continue rattachées par le lien d'une liaison commune; là où régnait la confusion, l'ordre introduit par un observateur rigoureux, unissant à la constance intrépide du chercheur la dignité qui inspire le respect et la modestie qui fait aimer (2) : Les maladies du cœur, saisies à leur début, à l'aide des bruits que perçoit l'oreille, avec leurs timbres si variés et parfois si étranges; les altérations qui les engendrent rapportées à leur véritable source et rapprochées du rhumatisme par un coup de lumière; découverte féconde d'un glorieux travailleur, toujours au premier rang des ouvriers du progrès, hier encore choisi comme le plus digne, pour inaugurer, au nom de la médecine française, l'ère nouvelle de la fraternité scientifique (3): Les altérations qu'on n'avait recherchées que dans les organes, dévoilées dans ce liquide vivant qui n'est pas chair encore, mais qui doit le devenir. Deux noms sont ici sur toutes les lèvres. Déjà vous avez nommé le confrère éminent qui porte dans l'étude des lois de la vie l'éclatant flambeau des sciences physiques, et le maître respecté dont les savantes excursions dans le passé de notre histoire enseignaient aux générations nouvelles à dégager de leurs enveloppes périssables les semences de vérité; homme d'élite, depuis trop longtemps éloigné de nous par les obligations d'un pieux dévouement, et chez lequel on ne sait ce qu'il faut le plus admirer, ou de l'élévation d'esprit ou de la noblesse du cœur (4).

M. Trousseau prenait sa part de ce mouvement. Le *Traité de thérapeutique*, auquel il attachait son nom, ramenait les esprits vers les nécessités pressantes et peut-être trop négligées de l'art médical. C'est au lit du malade que M. Trousseau était devenu médecin; son éducation s'était faite tout entière à l'hôpital : toujours il portera les marques de son origine. Non qu'il soit indifférent à la science qui se fait, il lui arrivera aussi de dogmatiser à ses heures, mais toute conception pathogénique n'a de valeur à ses yeux qu'autant qu'elle se résout en actes. La pathologie est un moyen; la thérapeutique, tel est le terme à atteindre. S'il admire les richesses de l'une, il est plus ému par l'indigence de l'autre.

Il est beau, sans doute, de chercher les lois d'une thérapeutique rationnelle; cet idéal, la médecine le poursuit depuis Galien avec la noble ambition de l'atteindre un jour, et c'est une des gloires de notre science de tendre vers ce but avec une ferveur toujours nouvelle. Mais la solution du problème est l'œuvre du temps. Le malade n'a pas le loisir d'attendre; le médecin doit agir : telle est sa mission sociale, et c'est là ce qui en fait à la fois la grandeur et le péril. Devant l'infinie diversité des manifestations morbides, aussi mobiles dans leurs expressions que les individus le sont eux-mêmes, que de difficultés toujours, et souvent que d'incertitudes! Sous peine de perdre un temps précieux dans une contemplation inopportune, impuissant qu'il est à découvrir la source même du mal, le médecin doit se résigner à atteindre ce qu'il peut saisir.

M. Trousseau n'ignorait pas que les maladies ne sont, suivant l'expression dédaigneuse de Broussais, que des êtres de raison; mais il savait aussi que ces unités, tout artificielles qu'elles sont, ne sont pas moins nécessaires. L'esprit, sans être dupe de ses créations, ne peut les concevoir qu'en leur prêtant une réalité objective, qu'en les incarnant en quelque sorte dans les organes. De même que la plupart des idées qui forment le fond commun de la connaissance humaine, la maladie était pour lui une de ces choses, qui tout inconnue qu'elle est, n'en est pas moins intelligible. Annoncer comme une nouveauté qu'il n'y a dans la nature que des malades et point de maladies, s'imaginer que pour résoudre un problème il suffit d'en renverser les termes, et qu'on peut se rendre maître des idées en les rattachant à la fortune des mots, ce sont là de pompeuses tentatives qui le faisaient sourire.

Une maladie, quelle qu'elle soit, ne peut être conçue qu'à l'aide d'une définition bonne ou mauvaise. Or, par cela même qu'une chose est définie, elle se place dans l'esprit suivant un ordre logique conforme à la définition. Définir et classer sont deux opérations inséparables : à vrai dire, elles n'en forment qu'une seule. Que la définition soit tirée du symptôme, du siége anatomique ou, ce qui vaudrait mieux encore si cela était toujours possible, de la notion étiologique, il importe peu, c'est toujours au fond la même nécessité, et cette nécessité s'impose au début de toute science. Ces vérités d'évidence ne pouvaient échapper au bon sens pénétrant de M. Trousseau; il les a souvent exposées, sous diverses formes, dans ses leçons et dans ses écrits. De là le soin presque minutieux avec lequel il s'efforce de définir les types de maladies, de les circonscrire afin de constituer l'espèce. De là aussi la tendance à les multiplier et à rattacher chacune d'elles à une origine spéciale, à une cause spécifique.

Comme pour se rendre maître de sa propre pensée et la faire mieux saisir aux autres, il éprouvait le besoin de la fixer sous une forme concrète. Voyez avec quelle complaisance il empruntait à la science végétale ses termes de comparaison. Mais ce qu'il prenait dans l'histoire naturelle, ce qu'il voulait introduire dans l'étude de la pathologie, c'était l'idée de l'espèce et pas autre chose. Il était trop épris du réel pour se jeter en aveugle dans le domaine des hypothèses hasardées. Dans sa bouche, les expressions de ferment, de graines, de boutures, ne sont que des images; ce sont les couleurs que l'artiste ajoute au tableau pour augmenter le relief. Quand il parle des diathèses, ces dispositions morbides en puissance, dont les racines sont si souvent dans l'hérédité, quand il parle des germes qui sommeillent, ne cherchez sous ces expressions que l'affirmation pure et simple d'une virtualité à manifestations éventuelles.

Pour qu'une notion l'attire, il faut qu'elle puisse être appliquée, utilisée. S'il s'efforce de distinguer et de caractériser les espèces morbides, s'il se complaît à en tracer la saisissante image, s'il proclame la nécessité de remplir les cadres nosologiques, c'est qu'à ses yeux le médecin qui n'apprend pas tout d'abord à connaître l'allure naturelle des malades ne sera jamais capable de juger de l'action des remèdes, et son expérience même restera stérile. « Quoique nous faisions, dit-il, les maladies ont une évolution fatale qu'elles doivent accomplir, et toutes les méthodes thérapeutiques se brisent contre cette interrogation : Qu'adviendrait-il si le médecin abandonnait à la nature le soin de la cure? Comptez-donc avec le temps; soyez moins fiers de vos succès et moins attristés de vos défaites. »

On demandera peut-être à quelle école appartenait M. Trousseau; écoutez ce qu'il répondait lui-même à cette tribune : « Toute manifestation de l'animal vivant suppose des tissus et des organes, je suis donc organicien. La matière vivante se distingue de la matière morte par des manifestations qu'elle possède seule, je suis donc vitaliste. Il y a dans l'homme un principe immatériel et libre, je suis donc animiste. »

Que conclure, messieurs, de cette triple déclaration, sinon qu'il s'arrêtait prudemment au seuil des conceptions abstraites et qu'il se souciait assez peu d'être rangé dans l'une ou l'autre de ces catégories qu'on rencontre dans toutes les sphères du savoir comme l'expression d'une opposition fondamentale de la pensée? C'est en vain, d'ailleurs, qu'on chercherait à concilier ces formules par voie de combinaison, ou, pour mieux dire, à les envelopper, par le procédé éclectique, dans cette philosophie impuissante, morte avant son auteur, qui, se bornant à nous montrer l'esprit humain condamné à tourner éternellement dans le même cercle, obscurcit l'idée du progrès, paralyse la recherche et conduit fatalement à l'indifférence.

Dans les deux conférences qu'il fit en 1862, à la demande des membres de l'Association polytechnique, on peut juger encore, je ne dirai pas la doctrine de M. Trousseau, il se glorifie de n'appartenir à aucune, mais sa manière et ses tendance. Fondées par d'anciens élèves de l'École polytechnique pour l'enseignement gratuit des ouvriers, ces conférences s'adressaient à un public nouveau pour lui. Le professeur de clinique de l'Hôtel-Dieu était alors au faîte de la renommée : le choix de l'orateur ne pouvait être plus heureux. Il devait parler de l'empirisme. Le sujet lui avait été donné. Il s'agissait de dévoiler les mensonges du charlatanisme et de mettre en garde contre de trompeuses amorces un auditoire trop disposé à la crédulité.

M. Trousseau vise plus haut, et débute par un de ces traits inattendus qui lui sont habituels. « Je tiens à honneur, dit-il, d'être empirique. » Mais n'allez pas le prendre au mot, ni chercher sous cette expression la pensée philosophique qu'il recouvre. Non, il ne s'agit pas ici de cette doctrine antique qui n'a jamais été professée dans toute sa rigueur, par la raison évidente que l'expérience pure ne dépasse pas le phénomène. Il n'y a pas, il ne peut y avoir de science qui se borne à la contemplation du particulier. Pour qu'une notion scientifique prenne naissance, il faut de toute nécessité que le particulier engendre le général. L'empirisme se rencontre à l'origine de toutes les connaissances humaines, mais une science est d'autant plus avancée qu'elle s'en éloigne davantage. Lorsqu'il se dit empirique, lorsqu'il se pare avec une sorte d'orgueil d'un titre mal famé, M. Trousseau, sciemment ou à son insu, brise d'une manière éclatante avec les système, et se range parmi les disciples de la méthode expérimentale.

Mettant en relief les imperfections de notre science, dans laquelle il n'y a ni règles absolument fixes, ni formules inflexibles, il affirmera qu'un résultat n'étant scientifique qu'à la condition d'être toujours identique, la médecine est surtout un art, et il se proclamera artiste. M. Trousseau est artiste en effet; il l'est à un haut degré. Ce qu'on acquiert par le travail, chacun y peut prétendre. A ce que donne la nature, le temps ni la patience ne peuvent rien. Là où manquent les routes tracées, la pénétration du médecin se montre dans tout son jour. Que de nuances fugitives insaisissables pour qui ne sait pas voir, indices révélateurs pour un œil exercé! Merveilleusement doué par la recherche, le chien, avec une sûreté qui tient du prodige, découvre la proie sous le buisson. En médecine, il n'est pas impossible de prévoir, et il est des degrés dans la clairvoyance. La valeur personnelle de l'observateur ne va pas au delà.

Ne vous y trompez pas, messieurs, la médecine agissante, la médecine pratique est un art en effet, mais un art d'application. Cet art suppose une science, ou il n'est rien. Lorsqu'il réalise son idéal sous une forme sensible, le véritable artiste, l'artiste créateur n'est point guidé par le travail de la pensée; l'expression de son idée est pour ainsi dire immédiate, il obéit à une sorte d'intuition dont il n'a pas toujours conscience. Les hasards d'une rencontre, un éclair de l'imagination peuvent illuminer son génie. Alors qu'il semble s'ignorer lui-même, le médecin n'est jamais complétement libre. S'il se décide, ce n'est qu'après avoir choisi, et dans son choix, il y a toujours quelque chose qui répond à l'idée qu'il s'est faite de ce qui est utile. Il mêle ce qu'il sait à ce qu'il voit; d'autant inspiré qu'il sait davantage.

Le besoin de rattacher le précepte pratique à une conception raisonnée de la maladie, M. Trousseau le ressentira comme un autre. Dans ses livres, dans ses leçons, que de vues nouvelles, que d'aperçus pleins de finesse, que de rapprochements ingénieux! Et, ce n'est pas seulement la tradition du passé, c'est la science actuelle, la science présente qui s'impose à ce facile esprit. En y regardant de près, on retrouve l'impression du moment et comme le reflet du milieu qui l'entoure. Parfois même vous le verrez épris d'une théorie hasardée à laquelle il prêtera l'appui de sa parole. D'ailleurs, aimant mieux manquer de constance que de sincérité, toujours vous le trouverez disposé à reconnaître son erreur. On peut dire qu'il est resté fidèle au portrait qu'il traçait lui-même dans un de ses premiers écrits : « Bien des gens, dit-il, naissent avec un esprit qui ne se rend jamais à la vérité; une fois qu'ils ont adopté une idée, ils la gardent et la conservent, comme s'il y avait honte à s'être trompé, comme si, dans la science que nous cultivons, nous n'étions pas toujours à l'école. »

C'est par l'expérience clinique que M. Trousseau était devenu l'un des plus grands médecins de notre âge : il la plaça toujours au premier rang. S'il n'est point de praticien sans la clinique, la science médicale n'en a pas moins sa vie propre et indépendante. A chacun sa tâche. Tel fait d'expérience aujourd'hui confiné dans le cabinet du savant, demain dominera la pratique. Un nerf est divisé au cou d'un lapin, les vaisseaux de l'oreille se dilatent, la température s'élève; et voilà du même coup les circulations locales, les congestions, les épanchements et jusqu'aux phénomènes, encore si obscurs de la fièvre, éclairés d'un nouveau jour! En plus d'une occasion, M. Trousseau s'est montré sévère pour les recherches du laboratoire. Ce n'étaient là, passez-moi l'expression, que des boutades passagères, revanches, sans amertume, de ses espérances déçues. Aux séductions qui l'avaient égaré, il était prêt à succomber encore.

En 1839, après un brillant concours, l'un des premiers souvenirs de nos études médicales, M. Trousseau était entré à la Faculté. Douze ans plus tard, M. Chomel, ami fidèle d'une dynastie proscrite, refusait un serment que réprouvait sa conscience, M. Trousseau échangeait l'enseignement de l'école pour la chaire de clinique de l'Hôtel-Dieu devenue vacante.

Transmettre ses impressions par la parole, telle était la véritable mission de M. Trousseau. Le plus vif attrait de ses leçons, c'était bien moins sa parole sonore, claire, toujours élégante, que la manière dont il voyait les choses, le tour qu'il donnait à ses idées, la façon dont il les exposait. Improvisateur plein de fécondité, il s'abandonne, il se prodigue, il dépense sans compter, et ce n'est pas ce qui lui avait le plus coûté qu'on aimait le mieux à entendre. Il prend à son gré les tons les plus divers avec une rare souplesse; tous les dons de sa riche nature sont ici à leur place et doublent de valeur. Ses descriptions sont des peintures saisissantes, et sous son riche pinceau, les nuances du coloris qui sont les grâces de la parole n'enlèvent rien à la force de la pensée.

« J'ai refait aujourd'hui de cinq manières différentes, écrivait Voltaire à Frédéric, un petit passage de la *Henriade*, sans pouvoir jamais retrouver la manière dont je l'avais tourné, il y a un mois. Qu'est-ce que cela prouve? qu'on n'a jamais précisément la même idée deux fois en sa vie et qu'il faut saisir le moment heureux. » Le moment heureux dont parle Voltaire, voilà, messieurs, le triomphe de l'orateur. L'écrivain n'a d'action que sur ceux qui lisent et dans le calme de la pensée le lecteur se défie : maître du moment, l'orateur s'empare de ceux qui l'écoutent; cette conquête une fois faite, le reste devient facile.

N'oubliant pas que le professeur a mieux à faire qu'à donner sa mesure, et qu'il doit instruire avant tout, M. Trousseau prenait de préférence ses points de comparaison dans l'expérience de tous les jours. Habile à mouler sa phrase sur les contours de la réalité, il recherchait souvent l'expression familière, et ne reculait pas au besoin devant la vulgarité de l'image. Passé maître dans l'art de placer des touches brillantes, il excellait à surprendre ou à réveiller l'attention. Son geste saccadé, la manière, trop accentuée pour les oreilles délicates, dont il soulignait parfois ses mots, étaient ici plutôt des mérites que des défauts et gravaient profondément les choses dans l'esprit.

Pendant plus de quinze ans, les leçons cliniques de M. Trousseau ont alimenté notre presse médicale. Peu de temps avant sa mort, il les réunissait sous le titre de *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, dans un livre qui restera comme l'écho de son enseignement.

C'est ici, c'est à l'Académie, que plus libre d'allure, le talent de M. Trousseau s'est montré sous toutes ses faces. Durant les dix années qu'il a passées parmi nous, il est peu de discussions auxquelles il n'ait pris part. Son entrée en scène était souvent marquée par quelque chose d'imprévu, parfois même de paradoxal. Il était de ceux qui pensent qu'on n'obtient tout ce qu'on peut qu'en cherchant à obtenir plus encore, et il dépassera le but pour le mieux atteindre. Un jour, il affirmera que la congestion cérébrale passagère regardée comme le premier degré de l'apoplexie, n'est le plus souvent qu'une attaque d'épilepsie; une autre fois, il dira que la fièvre puerpérale n'est pas une maladie propre à la femme et qu'on la rencontre aussi chez l'homme.

Vous n'avez pas oublié la discussion qui s'éleva, il y a peu d'années, à l'occasion d'un mémoire sur le tubage de la glotte, et dans laquelle il retraçait de main de maître l'histoire, toute française, du traitement du croup. Au début même de sa carrière, M. Trousseau s'était trouvé en face de cette affection redoutable, l'effroi des mères. Il avait vu de pauvres petits êtres, tout à l'heure encore pleins de vie, se débattre tout à coup dans les angoisses d'une mort inévitable. Il avait gémi de son impuissance. Enhardi par l'exemple de Bretonneau, son maître, éclairé plutôt que découragé par des tentatives infructueuses, il obtint, en 1830, un premier succès, bientôt suivi de plusieurs autres. Ouvrir à l'air extérieur une voie nouvelle, en divisant la trachée, telle était l'opération que la médecine empruntait à la chirurgie. En tournant l'obstacle devant lequel les efforts de la respiration se consumaient impuissants, en rappelant l'air dans les poumons, tout n'était pas fait, sans doute, la maladie n'était pas guérie; mais la mort imminente était conjurée, l'art ne restait plus désarmé, et on pouvait encore se confier au temps, ce grand médecin de l'enfance.

L'exemple de M. Trousseau ne rencontra d'abord que de rares imitateurs. Quand les esprits furent bien pénétrés de cette vérité que l'opération n'est point un danger, et que l'issue favorable de la maladie, autant du moins que le croup n'est pas au-dessus des ressources de la médecine, est surtout une œuvre de soins éclairés, la trachéotomie ne tarda pas à prendre place dans la pratique commune. Vous ne serez donc pas surpris du soin avec lequel M. Trousseau s'est efforcé d'en tracer les règles.

Il revient souvent sur ce sujet, et il entre à cet égard dans les détails les plus minutieux. Il fixe le moment précis auquel l'opération doit être pratiquée; les qualités physiques de l'atmosphère dont il faut entourer le malade; la forme et les dimensions du conduit métallique qui doit maintenir béante l'ouverture artificielle de la trachée; la nature et la disposition de l'étoffe dont on doit en-

(1) Laennec.
(2) M. Louis.
(3) M. Bouillaud, organisateur et président du congrès médical international de 1867.
(4) MM. Andral et Gavarret.

tourer le cou de l'enfant pour remplacer, autant que possible, les parties supérieures des voies respiratoires que l'air ne traverse plus. En médecine, dit-il lui-même, il n'est pas de petits moyens, et nulle part ce qu'on pourrait appeler l'habitude expérimentée n'est aussi nécessaire.

J'ai tenu à rappeler ici ce que je regarde, si je ne me trompe, comme l'œuvre la plus durable de M. Trousseau. Quand notre génération aura disparu, quand de cet enseignement qui nous a charmé il ne restera plus qu'un souvenir, moins que cela, l'ombre d'un souvenir, ce qu'il a fait d'utile demeurera toujours vivant.

Laissez-moi vous redire une simple histoire qu'il aimait à raconter : « J'étais mandé, dit-il, avec MM. Blache, Guersant et deux autres médecins, chez un sculpteur renommé de Paris dont l'enfant se mourait du croup; cet enfant était dans de telles conditions qu'aucun de nous, même ceux qui étaient les plus osés, ne voulait tenter une opération : nous avions la certitude presque complète que l'enfant mourrait quoi qu'on fît. Je fus chargé par mes confrères de porter de tristes paroles à la mère; je lui dis que le péril de son enfant était extrême : elle ne l'avait que trop bien compris. J'ajoutai, sur ses instances, que je ne croyais pas qu'il fût permis à la médecine d'intervenir utilement, qu'il y aurait bien une opération, mais que dans le cas particulier, cette opération présentait tout au plus une chance sur mille. A ces mots, la malheureuse mère se jette sur la porte, la ferme, s'y appuie, et se tournant vers nous avec un accent de sublime colère : « Vous ne sortirez pas d'ici que l'opération ne soit faite ! » M. Trousseau la fit; aujourd'hui l'enfant est devenu un homme.

La trachéotomie conduisait M. Trousseau à la thoracenthèse. Pratiquer une ponction à la poitrine, donner issue aux liquides épanchés qui compriment les poumons et menacent la vie en s'opposant au jeu de la respiration, tel est le procédé opératoire que M. Trousseau propageait parmi nous en le perfectionnant.

Cependant de grands événements s'étaient accomplis. La révolution de février venait, en l'élargissant encore, de donner au principe de la souveraineté populaire une consécration nouvelle, et conférait à une seule assemblée, issue du suffrage de tous, la mission de fonder la République. M. Trousseau se présenta devant les électeurs du département d'Eure-et-Loir. Au mois d'avril 1848, il était élu représentant du peuple et allait s'asseoir au sein de l'Assemblée constituante. Sa vie politique fut de courte durée. M. Trousseau n'était pas d'humeur à compromettre, par une ambition mesquine, une réputation justement acquise; encore moins pouvait-il consentir à se confondre dans la foule des serviteurs de tous les régimes. Quand le général Cavaignac descendit du pouvoir, il l'accompagna de ses regrets et reprit parmi nous, aux applaudissements de ses amis, le rang qui lui appartenait (1).

La renommée de M. Trousseau avait depuis longtemps franchi l'enceinte de l'école. De bonne heure, ses confrères reconnurent en lui un maître ; de toutes parts ils faisaient appel à son esprit pénétrant, net, judicieux, fertile en ressources. M. Trousseau rendait à chacun ce qui lui appartenait ; il le faisait avec chaleur, avec élan. Combien de noms modestes son enseignement a mis en lumière ; avec quelle habileté il mettait en œuvre les idées d'autrui, et comme il savait en rehausser la valeur !

Il en est qui feignent de tout savoir et ne peuvent souffrir qu'ils ne se trouvent en défaut : M. Trousseau avouait ingénuement son ignorance. Comme le philosophe Aristippe, interrogé par Denys sur ce qu'il venait faire à Syracuse, il aurait pu répondre : « Donner ce que j'ai et recevoir ce que je n'ai pas. » Il était professeur de thérapeutique à la Faculté, lorsqu'il vint un jour frapper à la porte d'un externe de son service : « Mon ami, lui dit-il, je viens vous demander des leçons d'histoire naturelle et de chimie. » Les leçons durèrent trois ans. Le professeur apprit la botanique et la matière médicale. Aujourd'hui, l'élève (2) enseigne avec éclat dans la chaire de son maître.

Dans la haute position qu'il occupait, M. Trousseau eut à subir les atteintes de la malignité envieuse et jalouse ; il y fut toujours aussi indifférent qu'il l'était à la flatterie. Les injustices de la critique le laissaient calme, souriant, impassible. On eût parfois désiré qu'il se montrât moins facile au pardon et à l'oubli.

S'il m'était permis de soulever le voile délicat dont se couvrait sa générosité, j'aurais à vous citer de nobles traits. Comme moi vous seriez ému au récit de ses attentions touchantes : il a voulu qu'elles fussent ignorées; je croirais offenser sa mémoire en les révélant.

« Nous ne gagnons rien à vieillir, disait-il, presqu'au début de son enseignement, dans un discours de rentrée; quand nous commençons à ne plus acquérir, nous perdons chaque année quelque chose. Heureux, ajoutait-il, ceux qui comprennent les avertissements de l'âge. » L'engagement qu'il avait pris avec lui-même, il le remplit simplement quand il crut le moment venu. Encore plein de force et de vigueur, à peine âgé de soixante-deux ans, il demanda, il exigea sa retraite ; laissant à de plus jeunes le soin de continuer son œuvre. Rare exemple de sagesse et qui trouvera peu d'imitateurs !

Sa santé, cependant, ne tarda pas à fléchir. Depuis quelque temps, l'extrême pâleur de son visage semblait annoncer quelque grand désordre intérieur et faisait naître parmi nous de funestes pressentiments. Quant à lui, affaibli, mais non troublé, il semblait n'avoir rien perdu de sa sérénité. Il céda pourtant aux sollicitations de sa famille et de ses amis et consentit à quitter Paris. Un court séjour au bord de la mer parut le ranimer un instant. Mais la maladie dont il était atteint prit bientôt un caractère plus alarmant, et il comprit à des signes qu'il ne pouvait méconnaître qu'il n'avait plus qu'à mourir. Calme et résigné, il attendit le moment suprême avec la fermeté du sage. Sa force d'âme ne se démentit pas un seul instant, et il supporta, sans une plainte, les lentes approches d'une mort cruelle. Le 23 juin 1867, il rendait le dernier soupir.

M. Trousseau restera comme l'une des grandes figures médicales de notre temps. S'il n'a pas eu le génie qui découvre, il a eu celui qui applique. Les heureux hasards de son éducation médicale s'ajoutèrent aux dispositions naturelles qu'il avait reçues en partage. Une rare vivacité d'impression, une grande finesse perfectionnée par l'étude, le don de tout voir et de tout prévoir, le rendirent habile à saisir et à fixer ce qui se laisse difficilement atteindre, et plus habile encore à en dégager les préceptes pratiques. Il demeura pénétré de cette pensée, qu'à une époque de transition comme la nôtre, le médecin n'a rien de mieux à faire qu'à s'abriter aussi bien que possible dans l'édifice médical inachevé. Tout entiers aux labeurs du jour, les hommes comme M. Trousseau sont, de leur vivant, plus utiles peut-être que les autres; mais la mort leur enlève davantage.

Après le naufrage des doctrines et des systèmes, retremper notre science aux sources de la médecine traditionnelle, tel était le premier besoin. Cette œuvre à laquelle M. Trousseau a consacré la meilleure part de sa vie est devenue moins pressante. Déjà des lueurs nouvelles se montrent à l'horizon. Le souffle de l'esprit moderne a dissipé de séculaires erreurs : les lois immuables du monde physique nous ont livré leurs secrets. En présence de l'admirable harmonie qui gouverne toutes choses, qui donc oserait dire que le monde organique est seul livré au hasard ? Cherchons donc, cherchons sans relâche les lois naturelles qui le régissent.

La physiologie et la pathologie ne sont que les deux points de vue d'une science plus générale qui les contient l'une et l'autre : la biologie. Avant les Stoll et les Sydenham, il y a les Harvey et les Bichat. Et à côté de ces favoris de la destinée, individualités brillantes vers lesquelles se tournent tous les regards, songeons aussi aux vaillants ouvriers de l'avenir, travailleurs obscurs, perdus dans la nuit à la recherche des voies nouvelles, que d'autres parcourront en vainqueurs. La raison commune est le produit des efforts de tous, et c'est ainsi que grandit et s'élève le génie de l'humanité.

Bornée par les servitudes de la sensibilité, notre connaissance des choses restera toujours incomplète. Si la vie est un mystère que l'ardente curiosité du médecin ne pénétrera jamais tout entier, il a du moins la consolante espérance d'en prolonger la durée et d'en adoucir les épreuves. Il se souvient qu'un jour, jour mémorable, l'homme, qui ne peut ni rien créer ni rien détruire, a conquis le divin pouvoir de faire naître à volonté la chaleur et la lumière et qu'il est ainsi devenu maître de la terre. Le médecin n'a pas la folle ambition de suspendre le cours des nécessités naturelles, ni d'arracher à la mort cette créature périssable, marquée du sceau fatal dès le berceau ; mais, nouveau Prométhée, il aspire, lui aussi, à dérober le feu du ciel !

RAPPORT GÉNÉRAL

SUR LES PRIX DÉCERNÉS PAR L'ACADÉMIE

DANS LA SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE TENUE LE 11 JANVIER 1870

Par M. Frédéric DUBOIS (d'Amiens)

Secrétaire perpétuel de l'Académie impériale de médecine.

Messieurs,

Nous venons, comme de coutume, vous entretenir aussi succinctement que possible des différents prix que l'Académie a décernés dans le cours de cette année. Grâce à la libéralité du Gouvernement et aux différents legs institués dans son sein, l'Académie a pu de nouveau, autant du moins qu'il était en elle, hâter les progrès de l'art et récompenser le zèle des travailleurs. Vous savez, messieurs, que ces prix sont de deux ordres : elle a d'abord les siens propres, ceux dont elle formule ou dont elle varie les programmes; puis il y a les récompenses collectives que le Gouvernement décerne, sur ses propositions.

L'Académie, dans le choix des sujets de prix, ne rejette certainement pas les anciennes traditions de la médecine; mais elle donne presque toujours la préférence aux nouveaux procédés d'investigation.

Ce sont les organes que nous prenons ordinairement pour base de nos recherches; et de là nous arrivons aux groupes des symptômes Ainsi, l'Académie, comme premier sujet de prix, a cru tout d'abord devoir appeler l'attention des compétiteurs sur les lésions d'un organe extrêmement important, mais dont les fonctions sont encore entourées de beaucoup d'obscurité : nous voulons parler du cervelet.

Deux mémoires avaient été envoyés à l'Académie et soumis à l'examen d'une commission qui a eu pour interprète un de nos praticiens les plus distingués, M. Vigla. De ces deux mémoires, un seul a paru digne de récompense, c'est celui qui a pour auteur M. le docteur Guerder, médecin aide-major de première classe au 2e régiment de génie.

Ce travail, dit le rapporteur, est l'œuvre d'un bon observateur, qui a su nous donner un inventaire exact et méthodique de tous les faits publiés en France sur les maladies du cervelet. M. Guerder en a fait une étude très-judicieuse. Aussi l'Académie, tout en regrettant de ne pouvoir lui décerner le prix réservé à des œuvres d'une plus haute portée, a jugé qu'il mérite certainement d'être encouragé, et c'est sans hésiter qu'elle a proposé de lui décerner, à titre de récompense, la somme de 1,000 francs.

Nous avons maintenant à parler d'une question qui nous ramène en quelque sorte en plein dans le système nerveux, c'est-à-dire du prix fondé par Mme de Civrieux. L'Académie avait cette fois demandé aux compétiteurs de lui tracer l'histoire clinique de la folie, avec prédominance au délire des grandeurs. Quatre mémoires avaient été adressés à l'Académie.

La commission nommée par l'Académie avait tout d'abord distingué le mémoire qui porte le no 4 et qui a pour auteur un jeune médecin du plus grand mérite, qui porte un nom déjà illustre dans l'histoire de la médecine mentale, M. le docteur Achille Foville.

M. Baillarger, très-compétent en pareilles matières, s'est plu à reconnaître que M. Foville y a présenté la question nosologique très-nettement, et s'est montré à la hauteur du sujet qu'il avait à traiter, et que la question a été de sa part l'objet d'études approfondies.

M. Baillarger ne partage pas toutes les idées de M. Foville; mais il a su rendre une pleine et entière justice à ses recherches.

La commission, d'ailleurs, comme le fait très-bien remarquer le rapporteur, n'avait pas à discuter ici les doctrines défendues par l'auteur; elle se borne seulement à regretter qu'il n'ait pas complété son œuvre par une étude plus sérieuse de la question thérapeutique d'autant que c'est là ce que l'Académie avait tout particulièrement recommandé aux compétiteurs. Néanmoins, malgré cette lacune, la commission se plaît à reconnaître qu'elle est heureuse d'avoir trouvé dans le mémoire de M. Foville des faits cliniques nombreux recueillis avec beaucoup de soin, et dont le choix dénote un homme habitué à l'observation. L'Académie a donc été d'avis de lui accorder le prix fondé par Mme de Civrieux.

La commission a ensuite distingué un second mémoire dû à M. Cornillon, interne des hôpitaux de Paris; c'est un travail sérieux : les faits y sont bien exposés; le cadre que l'auteur s'était tracé est excellent; mais on se demande pourquoi il n'a pas donné au sujet tous les développements que comportait ce cadre. La commission ne l'en a pas moins jugé digne d'une mention honorable.

Mais maintenant, messieurs, nous allons nous trouver en face d'une des plus graves questions de la pathologie mentale; il ne s'agira plus seulement du délire des grandeurs, il s'agira d'un problème qui offre plus de difficultés, c'est-à-dire d'un délire qui consiste dans la préoccupation exclusive et constante des idées les plus tristes qui puissent préoccuper l'esprit humain. C'est du prix *Lefèvre* que nous voulons parler.

Plusieurs mémoires avaient été envoyés à l'Académie. Celui qui a fixé tout d'abord l'attention de la commission est inscrit sous le no 2; il est dû à M. Corlieu, médecin à Paris.

M. Corlieu, en rédigeant ce mémoire, a fait preuve d'un véritable talent littéraire, souvent même d'éloquence. On y reconnaît, en effet, dit M. Marrotte, rapporteur de la commission, un médecin qui a dû consacrer de longues méditations à l'étude des maladies mentales; mais il est un autre mémoire dû à M. Péon, médecin à l'asile d'aliénés de Cadillac (Gironde).

Dès le début de ce travail, l'auteur s'est montré pourvu de connaissance très-uariées, et l'on reconnaît en lui un praticien dans l'acception rigoureuse du mot.

L'Acadmie avait ainsi à comparer deux hommes qui, a des points de vues différents, ont fait preuve de connaissances approndies.

Elle a donc cru devor accorder à M. Corlieu, auteur du mémoire no 2, une récompense de 1,200 fr., et à M. Péon, auteur du mémoire no 1, une récompense de 800 fr.; et comme, en outre, elle avait reconnu dans le mémoire inscrit sous le no 3, dû à M. le docteur Rotta (de Varallo, province de Novare), un mérite incontestable, elle a trouvé qu'il était juste de le mentionner honorament.

Jusqu'ici, messieurs, il s'agissait pour les compéteurs de tracer l'histoire de maladies particulières, maintenant il s'agit d'un programme formulé par le testateur lui-même, par M. le docteur Amussat. Vous savez que toute la vie de ce savant s'était passée à poursuivre d'importantes recherches, et cela surtout à l'aide de l'expérimentation. Il veut, dans ce programme, que le prix soit décerné à l'auteur du travail ou des recherches, basés simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

L'Académie n'avait reçu pour ce concours qu'un seul mémoire; il avait été soumis à l'examen d'une commission dont M. Demarquay avait été nommé le rapporteur. La commission s'est bientôt aperçue que l'auteur n'avait pas réalisé ce progrès important dans la thérapeutique chirugicale ; mais elle a trouvé qu'il l'a certainement préparé, et de la manière la plus heureuse.

Ce travail est l'œuvre de M. le docteur Beaudon; il a été fait, dit M. Demarquay, avec soin, et il a nécessité de grandes recherches. Il s'agissait d'une opération extrêmement grave, et que les chirurgiens heureusement ne sont guère appelés à pratiquer : nous voulons parler d'une modification qui parfois peut être apportée à l'opération césarienne. Or, les efforts et les nombreuses recherches de M. Beaudon ont paru à la commission, sinon digne du prix fondé par M. Amussat, du moins d'une récompense honorable. En conséquence, l'Académie s'est empressée d'accorder à l'auteur, à titre de récompense, la somme de 1,000 fr.

Nous devons dire maintenant que si parfois nous avons eu à nous plaindre des bornes imposées aux candidats par quelques-uns de nos testateurs, il ne saurait en être ce même du programme indiqué par le docteur Godard. Ici le champ est des plus larges : tantôt le prix est proposé aux meilleurs mémoires sur la pathologie externe. Cette fois, c'était la chirurgie qui devait avoir la préférence.

Cinq mémoires avaient été soumis à l'examen dune commission M. Alphonse Guérin s'est montré le plus judicieux interprète. Après en avoir fait une longue et sévère analyse, la commission a placé en première ligne le travail de M. le docteur Chauvel, aide-major au Val-de-Gaâce.

Dans ce travail, dit M. Alphonse Guérin, l'auteur s'est efforcé de vérifier l'exactitude des opinions qui ont cours dans la science sur l'anatomie pathologique des moignons chez les amputés. L'auteur, il faut le dire, a parfaitement exposé l'historique de cette question, et après avoir très-exactement résumé ses observations personnelles, il en a très-sagement formulé les conclusions. C'est après avoir donné une savante et minutieuse analyse de ce travail que la commission a proposé d'accorder à M. Chauvel, le prix fondé par M. Godard, dont la valeur est de 1000 francs.

En seconde ligne, la commission a trouvé un mémoire très-intéressant dû à un praticien éprouvé, M. le docteur Larcher, mémoire qui a pour titre : *De la rupture spontanée de l'utérus, et de quelques autres particularités relatives aux polypes fibreux de cet organe.* La commission a reconnu dans l'œuvre de M. Larcher un travail d'une

---

(1) M. Trousseau prit plusieurs fois la parole. L'Assemblée était à peine constituée qu'il monta à la tribune pour défendre les prérogatives de la Chambre dans ses rapports avec la commission du Pouvoir exécutif. Plus tard, il demanda que l'Assemblée nommât elle-même, pour une fois seulement, le premier magistrat de la République. « L'émancipation d'un peuple disait-il, ne se fait pas d'un seul coup : il a besoin d'une éducation politique... Élu après nous, retrempé dans une élection plus récente, êtes-vous sûrs que le président ne sera pas tenté de lutter contre notre pouvoir ? »
En novembre 1848, dans la discussion du budget, M. Trousseau plaida la cause des membres de l'Académie de médecine. Il demandait, au nom de la dignité du corps médical, que les académiciens de la rue des Saints-Pères fussent traités comme ceux du quai Conti. « Je commence par déclarer, dit-il, que je ne suis pas membre de l'Académie. » — Oui, mais vous le serez, répondit un interrupteur. La motion n'eut pas de suite.

(2) M. Gubler.

valeur incontestable; aussi a-t-elle proposé de lui accorder une mention honorable.

Sans offrir la même latitude que le prix Godard, le prix institué par M. le baron Barbier a permis à l'Académie de récompenser de nouveaux ouvrages assez importants.

De ces ouvrages, il en est trois qui lui ont paru mériter des encouragements. La commission avait tout d'abord distingué un mémoire envoyé à l'Académie par M. le docteur Pize (de Montélimart), sur l'emploi du perchlorure de fer dans le purpura. Les faits cités dans ce mémoire par M. Pize mettent hors de doute la possibilité de guérir certains cas de purpura à l'aide du moyen qu'il préconise.

Ce travail est d'ailleurs bien fait et sera consulté avec beaucoup de fruit.

La commission a dû signaler en outre, comme ayant particulièrement attiré son attention, un travail de M. le docteur Mony (de Mortagne), travail dans lequel l'auteur préconise un nouveau moyen pour arrêter les vomissements incoercibles dans la grossesse.

M. Mony, il est vrai, ne peut citer que trois observations qui lui sont propres, auxquelles on peut en joindre une quatrième qui lui a été communiquée; mais chaque fois l'application de ce moyen thérapeutique aurait été suivie d'un plein succès.

Mais il est un troisième mémoire, qui compte pour lui les témoignages les plus imposants. Celui-ci appartient à M. le docteur Costallat. Il a trait à l'étiologie et à la prophylaxie de la pellagre. Les efforts de M. Costallat ont trouvé parmi nous de nombreuses sympathies; c'étaient là des travaux qu'il importait d'encourager : aussi, après avoir accédé à la proposition d'accorder à M. Pize (de Montélimart) une récompense de 1000 francs, et à M. Mony (de Mortagne) un encouragement de 500 francs, l'Académie a décerné à M. Costallat une récompense de 1000 francs, et à M. Mony (de Mortagne) un encouragement de 500 francs.

Il ne nous reste plus, Messieurs, à vous entretenir que du prix fondé par M. le marquis d'Argenteuil.

Vous connaissez la formule de son programme : les découvertes doivent avoir été faites dans la période des six dernières années.

De longues souffrances avaient été éprouvées par le fondateur, et cela dans un appareil d'organes où elles sont malheureusement trop fréquentes. Il a pensé que ce serait rendre un véritable service à l'humanité que de provoquer des recherches propres à les adoucir.

Neuf mémoires cette fois avaient répondu à son appel; mais trois seulement ont mérité de fixer l'attention de la commission, qui, en cette circonstance, a eu pour interprète M. le docteur Broca, et l'on peut dire que le rapport de ce savant chirurgien marquera dans l'histoire de ce concours.

La commission a cru devoir placer en première ligne M. le docteur Corradi, professeur suppléant de chirurgie à Florence.

En seconde ligne, MM. les docteurs Mallez et Tripier; en troisième ligne enfin, M. le docteur Reliquet.

Le mérite le plus saillant que la commission a reconnu au mémoire de M. Corradi, c'est que les recherches de cet auteur tendent à limiter de plus en plus l'application de la méthode de l'incision et à ramener les praticiens vers la méthode moins grave de la dilatation, rendue plus rapide dans ses effets par le nouveau procédé de l'auteur. On peut dire que c'est là un progrès réel, et appelé, comme le fait remarquer M. Broca, à exercer une influence incontestable sur la pratique chirurgicale. Toutefois, la commission a pensé que ce serait peut-être en exagérer l'importance que de décerner à l'auteur le prix d'Argenteuil. Elle a donc proposé de lui accorder une récompense de 5,000 francs.

Quant au procédé de MM. Mallez et Tripier, il consiste non dans une incision pour remédier à un rétrécissement, non pas même dans une dilatation instantanée ou progressive, mais dans une opération chimique, ou mieux dans une application du pôle négatif de la pile sur le tissu même du rétrécissement.

Nous devons dire que les commissaires de l'Académie ont été à ce sujet témoins d'une expérience qui paraîtrait décisive; mais ils n'ont pas osé partager entièrement l'opinion de MM. Mallez et Tripier, relativement à la question de la récidive, ce qui ne les a pas empêchés de reconnaître tout le mérite de leurs recherches et de leur accorder la somme de 2,000 francs à titre de récompense.

De son côté, M. Reliquet méritait d'être encouragé, et c'est dans cette vue que les commissaires ont décidé de lui accorder une somme de 1,000 francs pour l'ouvrage dont il a commencé la publication, ouvrage qui renferme des observations assez importantes en ce qui concerne l'intoxication urinaire.

Maintenant, messieurs, après vous avoir entretenus des prix que l'Académie devait décerner elle-même, il nous reste à vous parler des récompenses qu'elle a dû proposer au Gouvernement en faveur des médecins chargés du service des épidémies, du service des vaccinations et de l'inspection des eaux minérales.

Le service des épidémies a dû d'abord nous occuper. M. le docteur Briquet nous en a rendu compte dans un rapport très-étendu et très-étudié. Grâce à ses exhortations répétées, on pourrait même dire personnelles, ce service, cette fois, paraît s'être singulièrement amélioré, en ce sens du moins qu'il ne s'est trouvé qu'un petit nombre de départements qui aient négligé de nous envoyer des documents; mais, dit M. Briquet, on peut espérer que dans quelques années on possédera un tableau exact et complet des épidémies qui se déclarent annuellement en France. Le rapport, du reste, fait parfaitement connaître quel a été, en 1868, le mode de propagation de ces épidémies, et approximativement le nombre des malades et celui des victimes.

M. Briquet expose en outre comment on pourrait, suivant lui, arrêter le développement de ces maladies, ou du moins les ramener à un état simplement sporadique.

Dans cet espoir, de justes récompenses ont été accordées aux médecins qui, dans les circonstances les plus graves, ont fait preuve de dévouement et de zèle.

(La fin au prochain numéro.)

M. le docteur Burke, chef de clinique ophthalmologique du docteur Wecker, a repris son cours pratique sur la réfraction de l'œil, mardi prochain 11 janvier, à huit heures du soir, au dispensaire rue Visconti, 18.

Le directeur, Dr E. Le Sourd

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 6. — SAMEDI 15 JANVIER 1870. 43e ANNÉE. SAMEDI 15 JANVIER 1870. — N° 6.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois.. 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 14 janvier 1870.

Nous sommes en pleine semaine de séances solennelles : mardi, à l'Académie de médecine; mercredi, à la Société de chirurgie.

Organe officiel de la Société de chirurgie, nous avons voulu donner immédiatement à nos lecteurs le plaisir d'assister — de loin — à cette séance.

Tout l'intérêt de la journée s'est trouvé concentré dans l'éloge de Laborie, que M. Trélat, souffrant, a eu le courage de venir prononcer. On lira avec grand intérêt cette page distinguée de biographie scientifique.

M. Le Fort, après avoir lu le compte rendu des travaux de l'année, a proclamé les noms des lauréats des prix Laborie et Duval.

Une pensée pieuse avait fait fixer au 12 janvier la séance solennelle de la Société; c'était l'anniversaire de la mort de Laborie.

Mais plaçons immédiatement sous les yeux de nos lecteurs le compte rendu officiel de la séance annuelle.

Dr E. LE SOURD.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance annuelle.—Présidence de M. VERNEUIL.

M. le président prononce l'allocution suivante :

Messieurs et chers collègues,

L'enseignement officiel qui me tient depuis trois mois éloigné de cette tribune, me laisse à peine le temps de venir aujourd'hui abdiquer entre vos mains et vous remercier du précieux témoignage de bienveillance que vous m'avez accordé en me plaçant à votre tête.

Manquer à cette réunion hebdomadaire où l'on rencontre ses meilleurs amis, et dans laquelle on apprend sans cesse, est pour moi une privation véritable; aussi j'aspire au moment où il me sera permis de reprendre mon ancienne place, pour m'instruire en vous écoutant, et pour travailler avec vous à l'avancement d'une science qui nous est chère.

Vous serez convaincus dans un instant, par le compte rendu de notre secrétaire, que l'année qui vient de finir n'a pas été moins riche que les autres en communications intéressantes et en discussions fructueuses. Quoique nous ayons volontairement renoncé à deux mois de travail, le volume de nos bulletins pour 1869 ne sera pas inférieur à ceux qui l'ont précédé.

Après plus de vingt ans d'existence, notre Société, conservant ses forces et sa virilité, représente assez fidèlement l'état actuel de la chirurgie française. Peut-être on lui pourrait reprocher de cultiver presque exclusivement le fait et de négliger un peu trop les doctrines, d'être un panorama clinique plutôt qu'un concile chirurgical, d'épurer le passé, d'affermir le présent sans s'occuper assez de sonder l'avenir, en un mot, de suivre le mouvement au lieu de le diriger.

Ces reproches ne laissent pas que d'être fondés jusqu'à un certain point; mais on peut les adresser également à tous les corps savants, où les hommes faits et surtout les praticiens sont en majorité. L'initiative y est rare et les tendances plus modératrices que progressives; laissant aux travailleurs isolés, actifs et ardents, la tâche d'éditer les aperçus nouveaux, les hypothèses ingénieuses et les innovations hardies, ils se contentent de juger avec patience et longueur de temps, et, sans qu'on puisse toujours les blâmer, adoptent volontiers le *melius sistere gradum* de nos prudents aïeux.

Tout en plaidant pour notre Société les circonstances atténuantes, je ne puis m'empêcher d'émettre un vœu : nous comptons parmi nous de jeunes collègues, fort au courant, j'en suis sûr, de ces recherches modernes qui tendent à jouer un rôle de plus en plus considérable dans la clinique, et dont il convient précisément de juger sans retard l'utilité pratique. Je cite au hasard, l'histologie, la thermométrie, la physiologie expérimentale, la chimie anatomique, etc. Que ne viennent-ils exposer devant vous tout le profit que la chirurgie en a déjà tiré et qu'elle est en droit d'en attendre encore. Sans doute, ils risquent de fournir quelquefois des résultats incomplets et des solutions qui seront rectifiées plus tard ; mais il ne faut pas, en matière de progrès scientifique, être trop timoré et trop circonspect; certes, l'erreur est regrettable quand elle est grossière, imprudente et soustraite au contrôle, mais le silence ne vaut guère mieux et se montre encore plus stérile.

N'oublions pas que si, dans une machine destinée à marcher, les freins sont utiles, il faut surtout un agent propulseur énergique, qui ne fournit pas toujours sa force sans en abuser.

Moins désastreuse que les précédentes, l'année 1869 nous a pourtant apporté son contingent de deuil; elle a vu s'éteindre un des rares membres fondateurs que la mort a jusqu'ici respectés : Paul Guersant, confrère aimé et si aimable qu'on aurait pu difficilement deviner son âge, a succombé peu de jours après sa dernière apparition parmi nous. Notre secrétaire général a simplement raconté cette vie simple, et, dans des termes excellents, rendu justice à l'honnête homme, au praticien plein de dextérité et de sagesse. Au reste, un souvenir de lui nous restera toujours, car, à l'exemple de Lenoir, il nous a fait don d'une grande partie de sa bibliothèque.

Un de nos correspondants de province, Noël Roux, de Marseille, a payé sa dette à la mort.

Nous avons encore perdu deux associés étrangers : Hogdson, un des vétérans les plus glorieux de la chirurgie anglaise; puis Heyfelder père, qui était toujours resté en communication scientifique avec nous.

Si quelque chose peut atténuer nos regrets, c'est la pensée que ces dignes vieillards ont usé et utilisé leur carrière, et ont joui, de leur vivant, de toute l'estime qu'ils avaient si légitimement conquise.

Nous avons d'ailleurs comblé les vides, et tout le monde savant, j'en suis convaincu, approuvera sans réserve l'intention élevée qui a porté nos suffrages sur MM. Donders et Helmholz, deux des hommes les plus marquants de notre époque, qui, sans pratiquer directement la chirurgie, lui ont cependant fourni de ces secours inattendus et puissants, de ces leviers solides comme en savent donner les sciences exactes.

Vous avez montré tout le cas que vous faites de ces moyens adjuvants en ouvrant plus directement encore vos portes à M. Giraud-Teulon qui, par une exception heureusement commune en France, réunit les aptitudes du savant pur et du praticien habile.

Enfin, je rappelle avec plaisir la petite phalange de vos nouveaux correspondants : Chedevergne, Houzé de L'Aulnoit, Jonon, Lejeal, Parisot, tous à la tête de services chirurgicaux, tous dévoués à la science, et qui vulgarisent en province et les conquêtes modernes de l'art et les enseignements lumineux que vous fournissez si libéralement.

Si l'avenir scientifique de la Société ne court aucun risque, notre prospérité matérielle ne périclite pas davantage; le rapport de notre trésorier nous révèle une position financière des plus satisfaisantes. Nous avons amplement de quoi faire honneur à nos affaires, de quoi satisfaire aux besoins de nos publications; si nous n'avons pas encore le superflu, du moins nous possédons le nécessaire et nous sommes à l'abri de cette gêne qui trop souvent enchaîne l'essor des associations scientifiques à leur début.

Il me reste à vous signaler quelques faits importants qui se sont passés pendant la durée de mon exercice, et qui contribuent à la gloire comme à la prospérité matérielle de la compagnie. Le 24 février dernier nous recevions ampliation d'un décret qui nous autorisait à disposer du legs opulent que nous devons à la générosité de Madame Laborie. Aussi avez vous pu mettre sur le champ au concours, une question qui malgré le délai trop restreint accordé aux compétiteurs, nous a valu l'envoi de travaux intéressants. Nous avons beaucoup à attendre dans l'avenir de cette fondation dont le programme intelligemment conçu permettra de combler avec le tempsune des lacunes les plus regrettables de la chirurgie pratique.

Les mémoires couronnés qui se succéderont nous apprendront les résultats définitifs de nos traitements et de nos opérations, de plus et ce sera justice, ils perpétueront le nom d'un collègue, qui sans une mort prématurée eut largement frayé la voie

Bien des fois obligés de recourir, par la publication de nos travaux quotidiens, à des organes libres de la presse médicale, nous avions été arrêtés, entravés, gênés par des obstacles de plusieurs genres. L'année dernière même nous avions été menacés, par la faillite d'un imprimeur, de voir disparaître les matériaux de plusieurs mois de travail. Tout a été heureusement réparé, grâce aux bons soins de notre éditeur, et moyennant un très-faible sacrifice. Mais je suis plus heureux encore de vous annoncer qu'en vertu d'un traité en forme, régulièrement enregistré au mois de mars dernier et conclu avec la *Gazette des Hôpitaux*, la publication de nos bulletins ne souffrira plus ni retards ni arrêts. Après une lutte de plusieurs années, nous pouvons compter cette solution définitive comme une véritable victoire.

Le travail de la bibliothèque touche à sa fin. Bientôt nous serons à même de mettre à profit une collection chirurgicale déjà très-riche, et dont on trouverait difficilement ailleurs les matériaux. Toutes les fiches sont faites et classées, il ne reste plus qu'à transcrire des titres sur un registre pour avoir un catalogue facile à consulter. Un jeune étudiant en médecine, aujourd'hui docteur de fraîche date, M. le docteur Mesle, a prêté à cette œuvre un grand dévouement et je vous propose, en conséquence, de lui voter des remerciments. Si nos finances le permettent, il y aurait peut-être lieu de lui donner un successeur pour diminuer la tâche qui pèse, et pèsera de plus en plus lourdement, sur notre bibliothécaire actuel.

Messieurs, pendant mon passage à la présidence vous m'avez rendu la tâche agréable et facile en me montrant une déférence que certes ne vous imposent ni mon âge, ni ma position, mais par laquelle vous vouliez, j'en suis sûr, récompenser l'extrême soin que je prenais de sauvegarder à la fois votre règlement, les principes de l'impartialité et les droits si absolus de la discussion libre.

Parfois, je l'avoue, je vous en demande pardon, je me suis montré quelque peu autocrate en dirigeant vos débats, de temps à autre j'ai agité ma sonnette pour réclamer le silence, modérer quelques vivacités, mettre un terme à ces conversations particulières aussi funestes à la dignité qu'aux intérêts des sociétés savantes.

Mais j'ai l'espoir que vous ne me garderez pas rancune d'avoir exproprié votre temps et votre attention pour cause d'utilité publique.

Mes successeurs à ce fauteuil feront vite oublier le président de 1869; mais lui se promet bien de compter parmi ses belles années celle où il a eu l'honneur d'être le chef temporaire d'une compagnie comme la vôtre.

Après cette allocution, M. Le Fort, secrétaire annuel, a la parole pour donner lecture du compte rendu des travaux de l'année écoulée. (*Sera publié.*)

— M. LE SECRÉTAIRE proclame ensuite les noms des lauréat des prix décernés par la Société.

PRIX ÉDOUARD LABORIE

La question proposée était ainsi conçue :

« De la valeur relative des amputations sous-astragalienne, tibio-tarsienne et sus-malléolaire. »

Le prix a été décerné à M. Chauvel, médecin aide-major au Val-de-Grâce.

Une mention honorable a été donnée à M. Flamain, interne des hôpitaux.

PRIX DUVAL

Le prix a été décerné à M. Gadau, interne des hôpitaux, pour sa thèse sur le nystagmus.

Une mention a été accordée à M. Bezard, interne des hôpitaux, pour sa thèse sur le mécanisme de l'emphysème dans les fractures des côtes.

M. LE PRÉSIDENT donne la parole à M. Trélat, secrétaire général, pour l'éloge de Laborie.

ÉLOGE DE LABORIE

Messieurs,

L'homme distingué dont je vais retracer la vie fut quatre fois secrétaire de notre Société, qui reconnut ce dévouement en l'appelant à la présidence. Son nom est pour nous désormais inséparable du titre de bienfaiteur. Lui rendre hommage en cette séance solennelle est à la fois un devoir et une dette, et je me sens honoré d'être l'interprète officiel de nos sentiments communs.

Il semble d'ailleurs qu'un sort prévoyant ait voulu nous garder de l'oubli : aujourd'hui même il y a deux ans que notre regretté collègue rendait le dernier soupir. Les dates se confondent et les temps se rapprochent. Ces paroles d'éloge seront comme les couronnes que des mains amies déposent chaque année sur la pierre des tombeaux.

Jean Édouard Laborie naquit le 4 septembre 1813 à Paris, dans la cour Batave, où son père, médecin estimé, exerça pendant longtemps la médecine. Son enfance s'écoula paisiblement dans ce quartier populeux et commerçant, où les grandes démolitions n'ont détruit ni le souvenir ni la reconnaissance. Le nom de Laborie y est encore connu et aimé.

Notre futur collègue fit de bonnes études au collège Rollin, dont il sortit le 28 décembre 1830 avec son diplôme de bachelier dans la poche. Il était bien jeune alors, mais la profession paternelle était un exemple encourageant; elle devait aplanir un chemin d'habitude si rocailleux et si dur! Peut-être aussi y avait-il un désir de prompte situation personnelle à l'abri des événements? L'hésitation ne fut pas longue, et bientôt le bachelier prenait, suivant les formes, sa première inscription d'étudiant en médecine.

Malgré le grand mouvement qui agitait alors les esprits et les passionnait dans les luttes politiques et littéraires, notre étudiant, doucement abrité dans sa famille, suivait en paix sa route, et après avoir franchi les premières épreuves de l'externat, il entendait avec joie proclamer son nom au 7e rang sur la liste des internes qui devaient entrer en fonction le 1er janvier 1835.

Husson, Lisfranc, Blandin, furent successivement ses maîtres. Mais il ne semble pas que leur enseignement ait laissé de fortes traces dans l'esprit de Laborie. C'est plus tard, après avoir quitté l'école, qu'il commence à discerner sa véritable voie et choisit volontairement les deux maîtres, dont l'influence restera sensible pendant toute sa carrière.

Occupé de plusieurs mémoires qu'il devait mettre au jour un peu plus tard, participant à la clientèle de son père et détourné pendant quelque temps du travail régulier par les soins de son installation professionnelle, il rédigea un peu rapidement sa thèse inaugurale sur une série de questions empruntées aux diverses branches de notre art. Une de ces questions, sur la *ligature de la carotide primitive et ses conséquences*, est traitée avec quelques développements, et renferme une observation intéressante par son résultat heureux et par les accidents du côté de l'œil et de l'oreille que l'opéré éprouva pendant sa convalescence, accidents dont la nature aujourd'hui

bien connue, n'était pas, tant s'en faut, aussi bien appréciée alors. Laborie subit sa dernière épreuve doctorale le 11 mai 1839.

Depuis quelques mois déjà, il avait associé sa vie et ses espérances à une compagne excellente et dévouée. La carrière était facile pour ces jeunes époux. Entourés de parents et d'amis, n'ayant point à compter avec le besoin, sûrs de leur lendemain, ils n'avaient qu'à se prêter aux événements.

En attendant les occupations de la clientèle, qu'il ne sollicitait pas, Laborie prenait part à la rédaction de quelques feuilles médicales. Déjà, pendant son internat chez Blandin, il avait fait paraître un travail sur un sujet qui, sous différentes formes, n'a cessé depuis longtemps de préoccuper les chirurgiens. Trouver pour les plaies, les surfaces suppurantes, un milieu spécialement favorable à leur guérison est, on peut le dire hardiment, une sorte de pierre philosophale pour les hommes de notre profession. Quoique de grands et réels progrès aient été accomplis sous ce rapport, quoiqu'on puisse aujourd'hui mener à bien des entreprises opératoires qui eussent été téméraires autrefois, le problème n'est point encore résolu. Tout au plus avons-nous diminué le nombre des inconnues, et c'est en essayant successivement *l'air chaud* que préconisait Laborie dans son mémoire, la ventilation, l'irrigation chaude ou froide, le bain continu, l'aspiration des liquides sécrétés, les antiseptiques, les désinfectants, les styptiques et même les caustiques, que nous nous acheminons en suivant laborieusement la voie expérimentale, vers une thérapeutique des grandes plaies, plus méthodiques et plus efficace que celle de nos devanciers.

Il y avait alors et depuis peu à l'hôpital Saint-Louis, un chirurgien actif et hardi, dont le nom était déjà populaire parmi les malades et les élèves. Opérateur habile et parfois d'une surprenante rapidité, ce qui était une qualité recherchée avant la merveilleuse découverte des anesthésiques, il pratiquait généralement cette chirurgie théâtrale qui, sans s'arrêter à l'utile, atteint souvent les limites du possible, mais qui parfois aussi rencontre des succès inespérés.

Laborie, qui n'habitait pas loin de l'hôpital Saint-Louis, commença à suivre Jobert de Lamballe par curiosité; puis il en prit l'habitude, et bientôt fut un de ses auditeurs les plus assidus.

Certains contrastes sont harmonieux. Autant le jeune docteur était facile, aimable, d'attitude calme et de langage discret, autant le chef de service était brusque, raide, tourmenté, sans mesure dans son langage. Mais sous sa fausse rudesse, indice d'une nature sans équilibre, Jobert cachait un fond d'extrême timidité et une réelle puissance d'affection. D'ailleurs, plus soigneux pour les jeunes confrères qui le visitaient que pour ses élèves, il remarqua Laborie, l'attira près de lui, le mit au courant de ses idées chirurgicales, et, après une fréquentation de quelques mois, lui demanda le secours de sa plume pour la rédaction d'un mémoire sur les nerfs de l'utérus, et plus tard sur les fistules vésico-vaginales.

En dehors de cette collaboration secrète, Laborie publiait dans les journaux ; *Gazette des hôpitaux, Annales de la chirurgie,* des faits empruntés à la pratique de Jobert. La description d'un nouvel appareil pour les fractures de cuisse, deux observations de suture de l'intestin par adossement des séreuses, un article sur la réunion immédiate des plaies d'amputation appartiennent à cette époque.

En 1843, il donna lecture à l'Académie de médecine d'un mémoire qui fut peut-être le premier germe de l'étude chirurgicale qu'il a par la suite le mieux poursuivie. Jobert avait fait un jour, pour une maladie des os du métatarse, une amputation partielle du pied, exécutée, comme le dit le rédacteur de l'observation, *en suivant les inspirations du moment*. Au point de vue du succès définitif, l'inspiration n'avait pas été trop malheureuse, puisqu'au bout de dix mois la jeune malade marchait à plat sur son moignon. Ce résultat engagea Laborie à étudier la nouvelle opération comparativement avec les autres désarticulations du pied. On sait que cette nouveauté d'inventeur sans le vouloir, consistait à enlever tout le métatarse, comme dans l'amputation de Lisfranc, plus les trois cunéiformes.

Le mémoire intitulé : *Quelques considérations sur la valeur relative des amputations partielles du pied* est bien disposé et renferme surtout des faits importants au point de vue de la rétraction du tendon d'Achille après l'amputation de Chopart; mais si la partie critique est judicieuse, l'auteur n'a point été aussi heureux dans son argumentation nécessairement insuffisante en faveur de la désarticulation tarso-médio-tarsienne, qui n'a jamais pu prendre rang parmi les opérations régulières et méthodiques.

Ces travaux n'étaient que des combats d'escarmouche auxquels prenait part un volontaire de la chirurgie. Il aspirait à entrer dans l'armée régulière. Il y réussit bientôt, mais en changeant d'arme. Le 16 février 1843, il était nommé chef de clinique de M. Paul Dubois, dont l'enseignement était alors dans tout son éclat. Il allait donc se livrer à l'étude des accouchements, et dut croire qu'il avait enfin trouvé sa voie, et que désormais sa carrière était tracée. Mais une prédilection première l'avait poussé dès ses débuts vers la chirurgie proprement dite, et malgré les apparences, il devait y revenir et y rester.

Cependant, à peine installé dans ses nouvelles fonctions, près d'un maître attrayant et persuasif qui a formé toute une génération d'accoucheurs distingués dont quelques-uns malheureusement ont déjà disparu, Laborie voulut mettre à profit les faits nombreux et remarquables qui se présentaient à son observation. En 1844, il publia dans les *Annales de la chirurgie* le récit ému d'un accident sans gravité, mais extrêmement pénible qui est arrivé à un grand nombre d'accoucheurs : *la persistance de la vie et même des cris de l'enfant après la céphalotripsie.* Dans le cas en question, les manifestations de la vie avaient duré une heure après l'extraction. Un pareil spectable est toujours douloureux et serait horrible dans la pratique privée. Il faut être logique, et lorsqu'on a été contraint de faire le sacrifice de l'enfant et qu'on n'amène plus à l'extérieur qu'une créature mutilée, je ne comprends guère qu'on ne fasse pas cesser, aussitôt qu'ils se produisent, ces derniers soubresauts d'une existence anéantie. Le doigt de l'opérateur détruisant le bulbe, achève ce que l'instrument n'a pas fait, ce qu'il fait chaque fois qu'il peut être régulièrement appliqué, ce qu'il fait sûrement dans certains procédés comme celui qui est dû à notre collègue, M. Guyon.

L'année suivante, une opération faite par M. Dubois donna occasion à Laborie d'étudier une des questions les plus controversées de la chirurgie. Le résultat de cette étude, publié dans le même recueil que la précédente, porte pour titre : *Hydro-rachis lombo-sacré ; nouveau procédé opératoire mis en pratique par M. Dubois. Examen des circonstances qui permettent de recourir aux opérations proposées pour obtenir la cure radicale de cette affection. Valeur relative des divers procédés opératoires.*

Sans accorder trop d'importance aux procédés, l'auteur s'attachait surtout à élucider le point capital du sujet, c'est-à-dire l'appréciation des indications opératoires. Sous ce rapport, il suivait une voie dans laquelle ont continué de marcher la plupart des chirurgiens prudents, et donnait les signes qui indiquent l'isolement de la tumeur et l'absence de tout élément nerveux dans son épaisseur; signes encore trompeurs malgré tous le soin qu'on apporte à les constater, et qui sont bien faits pour inspirer une extrême réserve dans l'emploi des moyens réputés curatifs.

Un nouveau mémoire, inséré dans la *Gazette médicale*, traitait du *Débridement du col de l'utérus dans le cas où l'état de contraction de cet organe devient un obstacle à l'accouchement.* Aujourd'hui ce sujet est bien connu, mais il ne faut point oublier qu'il n'en était pas ainsi il y a vingt-cinq ans. Alors M. Dubois enseignait, comme une chose nouvelle, que les raideurs de l'orifice utérin peuvent tenir à des causes variées parmi lesquelles il fallait placer au premier rang la rigidité spasmodique, qu'on pourrait plus justement nommer contracture du col.

En 1847, Laborie fut chargé de la partie obstétricale d'un journal récemment fondé, qui depuis lors a conservé une situation élevée dans la presse médicale. Dans l'espace de quelques années, il publiait dans l'*Union médicale* des articles plus ou moins développés sur la *grossesse gémellaire*, sur différents cas de *dystocie*, enfin sur un sujet qu'il aborda sous des formes diverses et à plusieurs reprises. Ayant eu le bonheur de faire naître par *l'accouchement prématuré artificiel* un enfant vivant et vivace, car il est devenu un homme, chez une femme mal conformée qui avait vu ses deux grossesses antérieures se terminer par des accouchements très-laborieux et la mort des enfants, il fit connaître ce fait qui servit de point de départ à un travail plus étendu sous ce titre : *Dans quelles circonstances, en faisant abstraction des vices de conformation du bassin, est-il indiqué de provoquer l'accouchement quelle que soit du reste l'époque de la grossesse?* Plus tard, devenu membre de la Société de chirurgie, il reprit encore ce même sujet, dans un rapport intéressant et détaillée, sur le *Traité pratique d'accouchement prématuré artificiel* de M. Silbert d'Aix. A voir le soin avec lequel il signale les lacunes ou les insuffisances du livre, on reconnait un auteur depuis longtemps au courant de la question dans toutes ses finesses.

Mais le grand évènement de février 1848 venait d'éclater. Bien rares alors étaient ceux qui, s'isolant des grands bruits du dehors, poursuivaient leurs travaux et leurs études. D'ailleurs la vie publique était exigeante, et si le titre de citoyen était de mode, il y avait des heures où il rappelait d'impérieux devoirs.

Aux douloureuses journées de juin, Laborie, qui était chirurgien du 8e bataillon de la 2e légion de la garde nationale, se trouvait à son poste, lorsque cette troupe courageuse essuya sans plier l'attaque violente qui eut lieu, le vendredi vers deux heures, à la porte Saint-Denis et qui marqua le début de l'émeute. Il ne quitta pas l'uniforme pendant ces tristes journées de deuil et de sang, et quelques jours après le ministère de la guerre, qui avait à faire face à de trop nombreux besoins, s'empressa de le nommer médecin des forts de Noisy-le-Sec et de Romainville, transformés en prisons provisoires.

Les services qu'il rendit dans ces circonstances appelèrent sur lui l'attention. L'administration de la guerre lui adressa des remerciements élogieux, et quand vers le mois d'octobre on songea à organiser des départs de colons pour l'Algérie, il fut appelé dans le sein de la commission chargée du choix des émigrants. J'ai retrouvé la lettre de mon vénéré père, alors président de la commission, relative à cette nomination soigneusement conservée par notre collègue.

Ces occupations où la chirurgie ne remplissait guère qu'un rôle nominal, eurent-elles quelque influence sur Laborie, ou bien suivit-il le courant qui portait les hommes jeunes vers notre société faible encore, mais déjà pleine d'activité? Ce serait difficile à dire. Toujours est-il, qu'à partir de la fin de 1848, il devint pendant quatre ans le *reporter* assidu de nos séances dans l'*Union médicale*, qui n'a cessé depuis cette époque de rendre compte de nos travaux avec un soin et une intelligence remarquables.

Il y a vingt ans, nous n'avions pas de publications régulières, pas d'organe officiel, aussi les procès-verbaux bénévoles des journaux avaient-ils une importance majeure pour l'avenir de la Société.

Celle-ci ne tarda pas à être reconnaissante envers le jeune confrère qui s'acquittait si bien de sa tâche délicate et nous prêtait un concours si constant. Elle le laissa entrevoir, et Laborie saisit la première occasion qui s'offrit à lui pour faire acte de candidature et solliciter les suffrages des membres de la Société de chirurgie.

Un fait remarquable, dont la relation est restée bien froide dans nos bulletins, excitait alors un vif intérêt parmi les chirurgiens et les accoucheurs. Une femme placée dans le service de M. Huguier semblait atteinte d'une grossesse extra-utérine. Les avis étaient partagés, et le diagnostic demeurait fort obscur malgré l'examen de nos maîtres les plus éminents. Déjà on étudiait les moyens de faire face aux diverses éventualités. C'est à ce moment, dans la séance du 12 mai 1852, que Laborie vint lire à notre tribune un travail ayant pour titre : *Des indications pratiques à suivre dans le cas de grossesse extra-utérine abdominale ayant dépassé le septième mois, avec persistance de la vie de l'enfant.*

Ce travail écrit de verve et plein de conviction chaleureuse, concluait hardiment à la nécessité immédiate de la gastrotomie. Heureusement cette déduction théorique, d'ailleurs très-discutable, comme le démontra M. Danyau dans un remarquable rapport resté jusqu'ici inédit, n'avait pas un caractère exécutoire, car, le 1er juillet, un accouchement naturel et à terme venait trancher toutes les incertitudes.

Quelques jours auparavant, la Société s'était prononcée. Laborie était élu membre titulaire le 16 juin, et vice-secrétaire dans la séance suivante. Il débutait en faisant partie du bureau pour deux années.

Jusqu'alors sa vie n'avait été traversée par aucun orage. Un travail calme et régulier, des occupations agréables, des amitiés dévouées et une sympathie générale en avaient été l'atmosphère. Mais il n'y a pas de jour sans nuit, et le bonheur ne serait qu'un vain mot sans la souffrance. Notre pauvre collègue allait être frappé dans sa tendresse et dans ses espérances.

Après avoir perdu un premier enfant en bas âge, il lui restait un petit enfant de neuf ans, entouré de toutes les affections et de tous les soins. La mort le prit comme son frère et laissa seul le père désolé.

Presqu'en même temps il voyait s'écrouler l'espoir de devenir chirurgien du Bureau central. Après trois concours et ayant été, dans l'un d'eux, sur le point de toucher la nomination, il entrevoyait une longue période sans nouveaux concours, et une pléiade de concurrents redoutables prêts à se disputer chaudement les rares places vacantes. Le temps était difficile ; quelques années plus tôt ou plus tard, il eût sans doute réussi ; il abandonna cette voie. Mais l'avenir lui ménageait une large et juste compensation.

D'ailleurs, il n'était pas homme à s'isoler dans la douleur et les regrets. Sa nature expansive avait besoin de se donner et de se dévouer. Il se rattacha davantage à ses occupations, à ses amis, à sa clientèle, à ses travaux, et devint l'un des membres les plus actifs et les plus utiles de la Société.

Son dévouement était toujours prêt. Après avoir été deux ans secrétaire, il accepta de nouveau ce poste laborieux dans l'année 1855-56, et, en 1858, notre éminent collègue M. Broca ayant été nommé secrétaire-général et M. Richet ne pouvant alors accepter pour cause de santé, d'être secrétaire des séances, la Société fut trop heureuse de trouver encore Laborie comme second secrétaire. Plus de trois volumes de nos bulletins ont été rédigés par lui.

Pendant les premières années de son séjour parmi nous, ses travaux, communications ou rapports, portèrent exclusivement sur l'obstétrique, dont il ne s'occupa plus dans la suite qu'à de rares intervalles.

Deux rapports figurent dans le tome IV de nos *Mémoires* : le premier sur une importante communication de M. Houzelot, intitulée : *De l'emploi du chloroforme dans l'accouchement naturel simple,* comporte des conclusions que le temps et l'expérience n'ont fait que confirmer ; le second donnait de larges développements à un court travail lu par Cazeaux sur *l'État du col de la matrice dans la seconde moitié de la grossesse.*

Mais il s'en faut que ee soient les seuls sujets qu'il ait abordés. A propos d'*Un cas d'infanticide prétendu*, il se prononçait après discussion complète pour l'innocence de l'accusé, et défendait sur le terrain de la science, cette belle maxime du droit que la loi doit être interprétée dans le sens le plus favorable à la défense, et que l'accusation doit réculer devant la plus légère incertitude.

Un peu plus tard, après le rapport sur le *Traité pratique de l'accouchement artificiel* de M. Silbert (d'Aix), que j'ai déjà signalé, il étudiait la *conduite que doit tenir l'accoucheur dans la procidence du bras, l'enfant étant encore vivant*, et dirigeait toute son argumentation contre cette pratique aussi barbare qu'inutile de la brachiotomie. Bientôt, c'était un nouveau rapport fort intéressant sur *l'opération césarienne*, et quelques mois après, la discussion d'un des faits les plus singuliers que puisse présenter la pratique obstétricale. Il s'agissait d'une femme ayant subi heureusement l'opération césarienne et qui, un an après étant devenue enceinte de nouveau, eût, vers le cinquième mois de la grossesse, une *rupture spontanée de l'utérus*. Cette rupture avait laissé passer l'œuf entier, constituant une sorte de grossesse extra-utérine traumatique, qui se termina au bout de quatre mois par l'ulcération du kyste et de la paroi abdominale, et, quelques jours après, par la mort de la malade. Ainsi résumé, le fait perd son caractère anormal et tout s'explique simplement. Mais les choses étaient beaucoup moins simples quand Laborie dût faire le rapport et rédiger une consultation au moment de l'accident, longtemps avant la fin de ce drame pathologique plein de péripéties bizarres.

Quoique la liste des communications faites par Laborie soit loin d'être épuisée pour cette période de 1852 à 1859, celles que j'ai mentionnées suffisent à montrer combien son zèle et son dévouement étaient actifs et constamment en éveil. Cela méritait une récompense. Aussi, lors du renouvellement du bureau, le 22 juin 1859, le nom de Laborie se présenta tout naturellement sous la plume de plusieurs de ses collègues pour la vice-présidence de l'année qui allait s'ouvrir.

Aucune nomination n'était mieux indiquée. Le candidat était parfaitement digne, il avait rendu des services exceptionnels; depuis peu il était, comme la plupart de ses collègues, attaché à un grand hôpital. Cependant, chose surprenante, mais moins rare qu'on pourrait le croire, le vote fut très-disputé. Il fallut faire trois tours et un scrutin de ballotage pour achever l'élection. Enfin, comme c'était justice, Laborie fut proclamé vice-président pour l'année 1859-60. Mais le règlement de la Société ayant été modifié à cette époque, et le renouvellement du bureau reporté à la fin de l'année solaire, cette vice-présidence dura dix-huit mois, et ce fut seulement le 26 décembre 1860 que le vice-président fut élu président pour l'année 1861, pendant laquelle il dirigea nos discussions.

C'est vers cette époque que Laborie lut successivement à l'Académie, et pour faire acte de candidature, deux mémoires importants; le premier intitulé ; *Histoire des thrombus de la vulve et du vagin spécialement après l'accouchement*, l'autre : *Du Rôle des symphises pendant l'accouchement*. Ce second travail est un exposé méthodique du sujet et conclut, suivant une doctrine généralement admise que le détroit inférieur seul subit des changements de dimensions par le jeu de certaines articulations, tandis que l'ouverture supérieure de l'excavation pelvienne ne peut être en aucune façon modifiée par ce même mécanisme dans un bassin normal.

Le premier mémoire présente une originalité plus marquée et fait faire un réel progrès à l'histoire des thrombus consécutifs à l'accouchement. L'auteur base la classification des tumeurs sanguines sur les données de l'anatomie et fournit ainsi une bonne explication des différences profondes qui distinguent à tous égards les diverses variétés des thrombus.

L'anatomie règne peut-être en souveraine trop absolue dans ce travail; de côté et d'autre elle prend un peu les devants sur les réalités de la pathologie et ne se plie pas toujours de bonne grâce devant le fait, cet argument aussi brutal que respectable. Néan-

moins le point de vue général était utile et juste et valait une exposition complète.

Ces mémoires joints aux autres publications obstetricales de Laborie ne le conduisirent cependant pas à l'Académie. Il était déjà trop complétement revenu à la chirurgie pour tourner de nouveau ses efforts vers l'obstétrique.

Depuis quelques années en effet, un événement de première importance était survenu dans sa carrière et en avait déterminé la dernière et la meilleure direction.

Beaucoup d'idées utiles et généreuses, écloses en 1848, n'eurent point le temps de mûrir. Au milieu de beaucoup d'autres, on parlait alors des invalides du travail et un concours avait été ouvert pour la construction d'un établissement destiné à les recueillir. C'est à Montrouge, là où se dessine aujourd'hui l'ébauche menacée du parc de Montsouris, que l'édifice devait être élevé. Mais le *sic vos, non vobis* est éternel. Les plans étaient faits, l'idée était lancée; d'autres devaient l'exécuter et en tirer gloire.

Un décret impérial, en date du 8 mars 1855, lui donnait une vie nouvelle en fixant un autre emplacement. L'asile allait s'élever à Vincennes, sur les hauteurs qui dominent Charenton, d'après les plans adoptés d'un architecte de talent, M. Laval. Les travaux commencèrent le 14 août de la même année. L'emplacement, les dispositions générales, les agencements des plans étaient vraiment remarquables; on sentait dans l'œuvre future un souffle de jeunesse et d'originalité dont nous sommes aujourd'hui bien déshabitués. Pas de murs, la vue des bois et des côteaux, de belles pelouses en pente, menant à des constructions basses tapies sous le soleil, de l'espace, beaucoup d'espace large et gai; au fond et comme un centre, les lieux de réunion, de causerie, de lecture, les réfectoires. Tel est resté, tel était alors le futur hôpital, hospice ou asile, car sa destination n'était pas parfaitement arrêtée au début des travaux. Mais les édifices comme les hommes obéissent à leur nature, en dépit de leur rôle et de leur but, si ce rôle et ce but n'ont pas été bien définis. Cette enceinte ouverte et lumineuse respirait la santé Ce fut l'asile de la convalescence.

Il y avait plus d'un siècle qu'on l'attendait, mais cette longue attente devrait être fructueuse. L'asile de Vincennes a rendu et rendra longtemps encore d'excellents services, parfaitement appréciés par tous ceux que la philantropie intéresse à un titre quelconque.

C'est Laborie qui fut l'organisateur, le créateur du service médical dans ce bel établissement, dont il avait été nommé médecin en chef le 1er septembre 1857, jour de l'inauguration, et auquel, pendant les dix dernières années de sa vie, il consacra les soins les plus vigilants, les plus efficaces et ses plus constantes préoccupations.

Ici tout était à créer; il n'y avait pas de précédents, rien à copier. Suivant la marche adoptée on pouvait faire bien, médiocrement ou mal. Aujourd'hui que Laborie a livré à ses successeurs une œuvre mise en train, il est incontestable que la marche était bonne. Comment se fait-il que l'asile sœur et sœur cadette, l'asile. du Vésinet destiné aux femmes, soit resté si inférieur à celui de Vincennes au point de vue de l'utilité finale? Question intéressante, mais hors de lieu.

Il fallait saisir la nuance juste dans la fixation du régime de ces convalescents si divers, les uns presque guéris et n'ayant besoin que d'un peu de repos et de bien-être; d'autres, faibles et hâves, vrais échappés de la tombe, qu'il fallait mener comme des enfants; d'autres encore, pauvres valétudinaires, jouissant d'une embellie entre deux assauts d'un mal inexorable. A tous il laissa une grande liberté, leurs gazons, leurs chambres, leurs lits; une vie de lazarone; autant de paresse et plus de bien-être.

Mais dès que la convalescence cessait de marcher régulièrement, ou dès que survenait un accident quelconque, le malade passait à l'infirmerie où il était soumis à une surveillance assidue et recevait des soins médicaux réguliers.

C'est cette infirmerie qui fut le champ d'observation de Laborie. C'est là qu'il recueillait de nombreux matériaux sur les résultats des traitements institués et suivis dans les hôpitaux de Paris, sur l'anatomie pathologique de certaines lésions à marche lente ou insidieuse qui nous échappent souvent dans nos services si rapidement renouvelés, sur la durée de la convalescence des maladies médicales.

Après avoir organisé le secours, il organisait chaque année, de mieux en mieux, la production scientifique de son hôpital. C'était une mine, mais il fallait un mineur. Il comprit vite qu'il avait entre les mains un instrument puissant qui avait manqué à ses prédécesseurs et à ses collègues, que ce n'était point assez d'avoir porté la lumière sur les résultats immédiats des opérations, qu'il fallait savoir ce que deviennent les survivants, et à quel prix ils achètent la guérison. Au lieu de ces enquêtes personnelles si lentes et si incomplètes, il n'avait qu'à recueillir les faits qui se rassemblaient sous ses yeux et qui le faisaient juge des méthodes, des procédés et des pratiques suivis.

Aussi les communications qu'il nous fit pendant les dix années de son exercice à Vincennes sont-elles nombreuses. Tantôt c'étaient dans des os de mort imprévue, résultant d'une maladie que rien n'annonçait: tumeurs cancéreuses, lésions des valvules du cœur; une infection purulente chez un amputé guéri dont la plaie cicatrisée cachait un petit séquestre. Tantôt des variétés rares de fractures anciennes ou récentes, des absences de consolidation osseuse avec toutes les apparences extérieures de la guérison la plus parfaite; de vieilles pseudarthroses avec leurs conséquences. Parfois, il nous fournissait la démonstration irréfutable des difficultés du diagnostic et nous montrait que bien souvent la prudence interdit de prendre la probabilité pour la certitude. Un jour il déposa sur cette tribune une tumeur que trois de nos collègues les plus distingués et les mieux rompus au diagnostic avaient déclaré être encéphaloïde; lui-même, Laborie avait adopté ce diagnostic et pratiqué l'ablation. C'était une tuberculose épididymaire ayant envahi toute la glande.

Mais il y a un sujet qu'il étudia avec prédilection; c'est le résultat des amputations à lambeaux et particulièrement des amputations de la partie inférieure de la jambe. Il y revint nombre de fois, nous apporta des moignons disséqués, des moules en plâtre, nous montra des opérés, nous fit connaître les résultats de sa propre pratique et de celle des autres chirurgiens. Il écrivit un grand nombre de notes retrouvées dans ses papiers, et inspira à ses élèves plusieurs thèses relatives à cette importante question. Ces efforts soutenus ont été fructueux. Mieux que personne, Laborie a prouvé que l'amputation sus-malléolaire, reconnue bonne au point de vue de la bénignité, est non moins bonne sous le rapport des fonctions du membre, à la condition toutefois que le moignon soit pourvu d'un lambeau épais et long venant se rattacher à une cicatrice antérieure; qu'alors l'amputé peut appuyer directement sur ce coussin solide et faire de longues marches avec un appareil prothétique convenable. Et comme surcroit de démonstration, il nous faisait savoir, dans sa dernière communication, qu'il avait obtenu vingt-quatre succès par cette méthode à grand lambeau postérieur, sur vingt-huit amputations.

Il ne se laissait cependant pas absorber par une seule question. Il étudiait les résultats de l'uréthrotomie interne, surtout au moment où quelques chirurgiens prétendaient ériger cette méthode en système exclusif de thérapeutique des coarctations uréthrales. Il signalait à l'attention des praticiens les fâcheux effets de l'application précoce des appareils inamovibles dans le traitement des fractures; des déplacements pouvant ainsi s'opérer à l'insu du chirurgien. Il recherchait encore les résultats que donnent les divers traitements institués pour combattre les déformations dans la fracture de cuisse. Ces résultats, méthodiquement recueillis par un de ses élèves, et consignés dans une thèse importante couronnée par la Faculté, nous montrent combien de progrès restent à faire dans cette voie, et quelle est, abstraction faite du danger de mort, la réelle gravité de la fracture de cuisse.

Préoccupé de ces recherches variées, Laborie consacrait de longues heures à son service, et n'y manquait jamais. Les malades, les observations à rédiger, la salle d'autopsie le prenaient tour à tour. Dans le courant de 1865, à la suite de dissections trop prolongées, il éprouva une sorte d'intoxication anatomique subaiguë qui le tint pendant plusieurs mois éloigné de nos séances. Cet accident n'eut pas d'autres suites, et la santé lui revint complétement.

Cependant, ses amis les plus intimes remarquaient chez lui un peu de fatigue, et lui conseillaient quelques ménagements. L'affection double la clairvoyance. Laborie se sentait bien portant et menait sa vie habituelle. A chacune de nos séances il occupait sa place, et terminait avec nous l'année 1867.

Le 6 janvier, il éprouva un peu de malaise en se mettant au lit, et le lendemain matin, un lundi, il était réveillé par un violent et long frisson, suivi bientôt d'une vive douleur à la poitrine. C'était le début d'un érysipèle gangréneux qui, malgré les soins les plus dévoués et les plus éclairés, ne laissait bientôt plus aucun espoir. Dès le jeudi, le pauvre malade était pris de délire. Son hôpital, la Société de chirurgie, des médecins, des veuves de médecins à aider ou à secourir; ses souvenirs et son bon cœur, voilà ce qu'on discernait dans ces phrases coupées, vides de sens et pleines encore de sentiment. Le dimanche matin de bonne heure il avait cessé de vivre. C'était comme aujourd'hui le 12 janvier! Il avait cinquante-quatre ans et quatre mois.

Laborie était membre de la Société anatomique, de la société medicale d'Émulation, membre et ancien président de la Société de Chirurgie de Paris, médecin en chef de l'Asile des Convalescents de Vincennes, médecin de l'Opéra depuis plus de vingt ans, membre de la Légion d'honneur depuis 1852 et officier de cet ordre depuis 1862, honoré de médailles pour son dévouement dans les deux épidémies de choléra de 1832 et de 1849, enfin et au dessus de ces titres et de ces honneurs, décoré de l'estime publique et entouré d'affections nombreuses et dévoués.

A peine sa veuve désolée eût-elle séché ses premières larmes qu'elle songea à donner une forme aux derniers et vagues désirs de celui qui n'était plus. Elle se souvint des étincelles qui avaient encore brillé dans son intelligence en cendre, et voulant élever à la mémoire de son mari un monument digne d'elle et de lui, elle s'entoura des meilleurs conseils et fonda pour notre Société le *Prix Edouard Laborie* que vous venez d'entendre décerner pour la première fois après une lutte énergique entre des compétiteurs qui honoraient à la fois par leurs importants travaux, les fondateurs du prix, la Société et eux-mêmes. Je suis assuré d'être ici l'interprète de sentiments unanimes en exprimant publiquement à Madame Veuve Laborie la gratitude de la Société de Chirurgie.

Il y a des hommes qui appellent plutôt les regrets que le jugement. Laborie est de ce nombre. Bien qu'il eût dépassé la jeunesse, les circonstances ne lui avaient permis d'entrer de plain-pied dans la carrière que depuis peu d'années. C'est seulement à Vincennes qu'il fut en pleine possession de lui-même et pût mettre à profit toutes ses qualités intellectuelles et morales. Son œuvre, lentement et doucement élaborée, reste inachevée; nous n'en avons que des lambeaux épars, et nul doute qu'il les eût rassemblés en un solide faisceau si le temps avait été moins sévère pour lui. Des matériaux considérables par leur nombre et par leur importance était mis en réserve, et le temps était proche où il eut été en mesure de résoudre magistralement la plupart des incertitudes qui pèsent encore sur la valeur fondamentale de nos méthodes thérapeutiques. Ce résultat, il y touchait pour ainsi dire à son insu; l'œuvre grandissait spontanément en vertu de sa puissance intrinsèque, et désormais s'imposait à l'ouvrier.

Celui-ci d'ailleurs était à la hauteur de cette mission. Vous vous en souvenez, messieurs, lorsque nous apprimes la nomination prochaine du successeur de Laborie, la Société de chirurgie prit une délibération, par suite de laquelle son président M. Legouest, adressa au ministre de l'intérieur une lettre respectueuse où il lui exprimait le désir de toute notre compagnie de voir le nouveau titulaire de l'asile de Vincennes, dont les fonctions sont si délicates vis-à-vis du corps médical des hôpitaux de Paris, suivre les errements si bien tracés par son prédécesseur.

Cette lettre était un hommage posthume, mais éloquent, adressé non-seulement au chirurgien, au confrère, à l'homme de science et de pratique, mais encore à l'homme privé.

Il le méritait sous tous les rapports. Une longue fréquentation nous a permis d'apprécier les belles qualités de notre regretté collègue. Plein de douceur dans les formes, de convenance dans le geste; aimable et presque souriant, il alliait à ce charme une franchise limpide, une dignité ferme et sans incertitude. Combien ces dons naturels, si remarquables par leur opposition, furent estimés pendant tout le temps où il occupa le fauteuil de la présidence!

Rien n'était caché dans cette nature, où la grâce de la jeunesse avait survécu au calme de la maturité. Le regard était transparent, et à travers le sourire du visage, on apercevait une conscience sans nuage et un cœur sans tourment. L'homme tout entier se résumait en trois mots: le travail comme devoir, l'aménité comme règle, la loyauté comme loi naturelle et inviolable.

La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

RAPPORT GÉNÉRAL

SUR LES PRIX DÉCERNÉS PAR L'ACADÉMIE

DANS LA SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE TENUE LE 11 JANVIER 1870

Par M. Frédéric DUBOIS (d'Amiens)
Secrétaire perpétuel de l'Académie impériale de médecine.

(Suite et fin)

Mais l'Académie, messieurs, dans le cours de cette année, ne s'en est point tenue à l'examen des rapports qui lui avaient été transmis sur ce qui venait de se passer en France. Par une sorte de retour sur le passé, elle s'est occupée, et plus sérieusement que jamais, de cette grande et sinistre épidémie dont le souvenir est encore présent à la mémoire de tous: on pense bien que nous voulons parler du choléra indien. Une grave discussion s'est élevée à ce sujet dans le sein de l'Académie. Dans un savant et consciencieux rapport, M. Barth nous a rappelé quelles ont été les dernières invasions de ce fléau parmi nous. Le temps ne nous permettrait pas d'entrer dans quelques détails à ce sujet; nous dirons seulement que c'est surtout le mode de propagation du mal qui a occupé M. Barth, et sur ce point il est entré dans de nombreux développements. Mais déjà un autre de nos collègues, M. Fauvel, avait abordé ces mêmes questions dans le sein de notre Académie, et à cette occasion, notre collègue s'était expliqué sur des problèmes qui ont excité le plus vif intérêt.

C'est ainsi, en effet, qu'il s'est trouvé conduit à examiner si, comme le veulent quelques-uns, nous serions encore aujourd'hui menacés d'une réapparition plus ou moins probable du mal. Mais, il faut le dire, grâce à M. Fauvel, ces craintes ont été singulièrement atténuées.

Après un séjour de près de vingt ans en Orient, M. Fauvel avait une grande autorité en ce qui concerne ces questions. Or, il est venu nous apprendre que la crainte du choléra a fait taire enfin le fanatisme musulman. Il nous a dit que le grand chérif de la Mecque lui-même, le patriarche de l'Islan, loin de faire opposition aux médecins, est devenu leur principal collaborateur dans cette œuvre civilisatrice, et qu'une surveillance plus complète que jamais a été organisée sur tous les points du littoral arabique.

Mais nous ne pouvons suivre plus loin notre collègue, nous devons vous parler d'un genre d'épidémie acclimatée, pour ainsi dire, parmi nous, et d'ailleurs beaucoup moins meurtrière: il s'agit des épidémies de variole ou plutôt des moyens de préservation annuellement pratiqués par l'Académie et sous ses auspices. Le grand moyen de préservation vous le connaissez, messieurs. C'est Jenner qui nous l'a révélé; il est aujourd'hui entre les mains de tous, de sorte que, pour arrêter les épidémies de variole, nous n'avons pas besoin de réclamer le concours du grand chérif de la Mecque.

Les bienfaits de la vaccine ne sont plus aujourd'hui contestés par personne, et les temps sont déjà loin de nous où deux ou trois enfants perdus de la science, inspirés et conduits par un homme de guerre, s'étaient mis en campagne contre la découverte de Jenner. Mais tout cela s'est réduit à un petit épisode que nous a rappelé tout récemment l'un de nos collègues, M. Bergeron, et d'une manière fort piquante. Laissons donc là ce hors-d'œuvre et voyons plutôt comment l'Académie a compris ses devoirs pour l'année qui vient de s'écouler.

M. Depaul, directeur général de nos vaccinations, nous a dit comment de nombreux et importants documents qui nous avaient été transmis étaient d'un augure plus favorable que jamais pour l'avenir de la vaccine, comment de toutes parts on multiplie les vaccinations et les revaccinations, comment enfin, loin de s'affaiblir, la confiance des médecins et des populations pour cette précieuse méthode prophylactique s'étend chaque jour. Mais ici encore, l'Académie ne s'est point bornée à accomplir son devoir annuel, c'est-à-dire à signaler à M. le ministre quels ont été les vaccinateurs les plus méritants; c'est l'étude du vaccin lui-même qui a particulièrement préoccupé notre directeur général. Déjà, en 1864, l'Académie avait cru devoir rendre compte à M. le ministre de quelques travaux relatifs à la vaccination dite animale. Mais tout en signalant certain avantages qui paraissent se rattacher à ce nouveau mode d'inoculation, l'Académie ne se dissimulait pas que la question était loin d'être complétement élucidée et qu'elle en appelait à de nouvelles expériences. C'est alors que M. le ministre se montra décidé lui-même à favoriser l'expérimentation dont on lui parlait. Une commission nombreuse et composée d'hommes compétents se mit à l'œuvre pour éclairer l'Académie sur la valeur réelle de ce genre de vaccination.

Ces expériences ont été plus récemment reprises, et elles ont été l'objet de vives discussions dans cette enceinte. Elles ont été résumées par des conclusions ou plutôt par des propositions, et on sait que celles-ci, finalement, ont été maintenues.

Maintenant, messieurs, il ne nous reste plus à vous dire que quelques mots sur le service des eaux minérales. Ce service, messieurs, est pris aujourd'hui, nous pouvons le dire, au sérieux; nous sommes plus éclairés et par cela même plus justes envers les eaux minérales qu'on ne l'était en d'autres temps. Il n'est pas de médecins qui ne reconnaissent hautement l'utilité de ces eaux dans le traitement de la plupart des maladies chroniques. Or, il n'en était pas de même dans les deux derniers siècles et même au commencement de celui-ci. Dans la première moitié du dix-septième, c'est-à-dire du grand siècle, les esprits forts, ou du moins ceux qui prétendaient l'être, et nous placerons en tête Guy Patin,

ne cessaient de tourner en dérision les bons effets des eaux minérales; d'autres, exagérant ironiquement leurs propriétés, supposaient que les médecins ne les prescrivaient guère que quand ils ne savaient plus que faire.

Dans le siècle dernier, on se montrait à peu près aussi incrédule: Voltaire, endoctriné par Tronchin, ne leur était rien moins que favorable. Il demandait dans sa correspondance de 1757 pourquoi Mme d'Argental cherchait ainsi son salut dans les eaux minérales. Tronchin, disait-il, prétend qu'elles ne valent rien et que la nature n'a point fait nos corps pour les inonder ainsi dans des eaux dites minérales.

Mais nous n'avons pas besoin de rappeler que Tronchin était un médecin de salon et de boudoir. Aujourd'hui on expérimente, et c'est à la suite de nombreuses expérimentations qu'on s'est assuré de l'efficacité de cette thérapeutique.

Les médecins de nos jours observent, expérimentent et arrivent ainsi à des conclusions qui méritent toute confiance. C'est ainsi que notre rapporteur de la commission des eaux minérales, M. Devergie, a crû devoir contrôler les faits qui lui avaient été transmis par MM. les inspecteurs des eaux minérales. Il n'a point borné sa mission à une simple énumération, il a eu la bonne idée d'introduire dans son rapport une innovation qui, si elle était réalisée ultérieurement sur une plus grande échelle et avec des éléments suffisamment exacts, pourrait conduire à des indications extrêmement utiles. Il y a même dans son rapport un commencement d'exécution.

Il a fait une statistique des maladies qui, dans le courant de 1867, ont été soumises à un traitement régulier dans quarante-six de nos stations thermales, et il en a donné un classement très-méthodique. Il est certain que ce mode d'investigations, s'il était poursuivi d'une manière exacte et judicieuse, serait de nature à bien faire connaître ce qu'on peut attendre de telle ou telle eau minérale au point de vue des guérisons et des améliorations.

Mais nous n'avons pas à insister sur l'intérêt que devraient inspirer des recherches ainsi conduites. Ici, comme pour les autres services publics, nous avons dû nous borner à quelques indications très-générales, et nous devons nous-mêmes, du reste, nous en rapporter à nos savants et laborieux rapporteurs pour mener à bonne fin ces sortes de travaux.

Nous avons hâte d'ailleurs, messieurs, de terminer cette esquisse, car, nous aussi, il nous tarde d'entendre encore une fois l'un des plus brillants maîtres de notre art, assurés que nous sommes de le voir dignement interprété par notre éloquent secrétaire annuel.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Dans notre article sur l'hommage rendu à M. Lasègue, nous avons désigné M. Alph. de Candolle comme l'heureux possesseur de l'herbier Delessert. Cet herbier a été légué à la ville de Genève; la bibliothèque a été léguée à l'Académie des sciences.

— La Société botanique de France vient de composer de la manière suivante son bureau et son conseil pour l'année 1870 :

Président : M. Germain de Saint-Pierre. — Vice-présidents : MM. Brongniart, Cordier, Guillard, E. Roze. — Secrétaire général : M. de Schœnefeld. — Secrétaires : MM. E. Cosson, Eug. Fournier. — Vice-secrétaires : MM. Bescherelle, Larcher. — Trésorier : M. A. Ramond. — Archiviste : M. Lasègue. — Membres du conseil : MM. Beautemps-Beaupré, Bureau, Decaisne, Duchartre, Fermond, A. Gris, Gubler, E. Lefranc, A. Passy, G. Planchon, Prillieux, J. de Seynes.

— La Société médicale du 1er arrondissement vient de constituer son bureau pour l'année 1870 de la manière suivante :

M. Empis, président. — M. Féréol, vice-président. — M. Vaucheret, secrétaire. — M. Lamouroux, vice-secrétaire. — M. Vautier, trésorier.

— M. le docteur Tillaux, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, a commencé ses conférences cliniques le jeudi 13 janvier, et les continuera les jeudis suivants. Opérations à neuf heures et demie, salle Saint-Barnabé.

— M. le docteur A. Regnard reprendra ses cours préparatoires au 2e de doctorat (3e de fin d'année) et au 4e, le jeudi 21 janvier courant.

On s'inscrit, 34, rue des Écoles, de midi à une heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets.)

—

De l'urine et des sédiments urinaires, propriétés et caractères chimiques et microscopiques des éléments normaux et anormaux de l'urine, analyse qualitative et quantitative de cette sécrétion, description et valeur séméiologique de ses altérations pathologiques, etc., par C. Neubauer, professeur de chimie et de pharmacie au laboratoire de Wiesbaden, et J. Vogel, directeur et professeur de médecine à l'Institut pathologique de Halle, précédé d'une introduction par Fresenius, professeur de chimie à l'Université de Wiesbaden, traduit sur la cinquième édition allemande, par le docteur L. Gautier. — Paris, 1870, 1 vol. grand in-8° de 500 pages, avec 31 gravures dans le texte et 4 planch. color. Prix : 10 fr.

Annuaire médical et pharmaceutique de la France, par le docteur Félix Roubaud. — Législation médicale. — Législation pharmaceutique. — Législation des établissements hospitaliers et sanitaires. — Législation des eaux minérales et artificielles. — Personnel des hôpitaux et des écoles. — Presse médicale. — Liste des docteurs, officiers de santé et pharmaciens de Paris et de toutes les communes de France. — Statistique médicale. — Liste des cantons et chefs-lieux dépourvus de médecins et de pharmaciens, etc. — Prix : 4 fr.

☞ **Pour les abonnés de la** ***Gazette des Hôpitaux*****, 2 fr.**

Le directeur, Dr E. Le Sourd

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 17 janvier 1870.

HOPITAL CIVIL DE STRASBOURG. — M. BŒCKEL.

Désarticulation de la cuisse.— Guérison. — Nouveau mode de réunion des plaies d'amputation par la suture profonde à étau.

L'opération dont je vais relater un exemple se présente assez rarement au chirurgien, mais ce n'est pas là le principal motif qui me la fait publier ; c'est plutôt que, nécessitée par une affection obscure et singulière, elle m'a permis d'employer avec succès un nouveau mode de pansement que j'ai préconisé il y a dix ans (*suture profonde à étau*), mais sans avoir eu l'occasion de l'appliquer souvent.

Marie A..., institutrice, âgée de 28 ans, a traversé une enfance maladive dont il lui reste des traces. Le petit doigt de l'une de ses mains est déformé et couvert de cicatrices adhérentes provenant d'une carie scrofuleuse qui a détruit une phalange.

A 12 ans, la malade fut atteinte d'une fièvre typhoïde grave avec gangrène d'une partie de la muqueuse buccale et des gencives; de là, des adhérences anormales de la joue. Cependant il n'y a jamais eu d'adénite suppurée.

Vers l'âge de la puberté, elle fut en proie à des accidents hystériques qui, sans atteindre un degré considérable, ne l'ont jamais entièrement quittée.

C'est à 22 ans qu'elle éprouva pour la première fois des douleurs dans la hanche droite qui la tourmentèrent longtemps sans cependant l'empêcher de marcher et de suivre ses occupations. Au bout de quatre ans seulement, elle fut forcée de s'aliter, et bientôt après le docteur François qui l'avait traitée depuis son enfance la fit entrer à la maison des diaconesses, où je l'ai prise en traitement en 1867.

A ce moment, l'embonpoint est encore conservé et le teint légèrement coloré, malgré des souffrances continues et un appétit tout à fait nul. La hanche droite est le siége de douleurs incessantes qui irradient dans toute la jambe sans trajet précis, et qui s'exaspèrent au moindre déplacement, au point d'arracher des cris. Du reste, il n'existe aucun gonflement, aucune déformation du membre; celui-ci a sa longueur et sa direction normales. Le sommeil n'est possible qu'à l'aide du sirop de morphine.

Pour pouvoir examiner l'articulation, je soumets la malade au chloroforme, dont les premières bouffées provoquent une crise hystérique très-violente qui ne se calme que par l'anesthésie complète. C'est un phénomène qui se répète plus tard à chaque narcotisation.

Pendant le sommeil anesthésique, le fémur droit se laisse diriger dans tous les sens, sans frottement articulaire ni résistance musculaire. Le diagnostic est en conséquence : *coxalgie hystérique*, sans lésion probable des surfaces articulaires. J'applique néanmoins un appareil inamovible, ouaté et amidonné, avec attelles de renforcement pour éviter les douleurs résulant des mouvements, et je fais suivre un traitement général par les amers, les toniques et les antispasmodiques de tout genre.

Pendant quelques jours les douleurs sont calmées par l'immobilité, mais bientôt, l'appareil n'exerçant plus une contention assez exacte, elles reviennent intolérables. Je replace successivement deux nouveaux appareils; puis j'essaye pendant six semaines l'extension continue avec un poids agissant par l'intermédiaire d'une poulie, le tout sans succès. L'état général se détériore de plus en plus, et les douleurs vont en augmentant, toujours sans apparence d'inflammation locale; il faut des injections sous-cutanées de morphine de 6 et de 8 centigrammes dans les vingt-quatre heures pour procurer quelques heures de repos.

Pendant l'été de 1868, je fais prendre à la malade une série de douches froides, traitement qui m'avait réussi antérieurement dans un cas d'arthropathie hystérique du coude-pied. Après les premières douches, il se produit une amélioration passagère, aussitôt neutralisée par les douleurs excessives causées par le transport. On continue néanmoins jusqu'à la 25e douche, sans amendement définitif.

Je fais alors trois injections substitutives profondes dans le voisinage de l'articulation coxo-fémorale et du nerf sciatique; résultat : trois abcès et vives douleurs surajoutées au mal existant. Des vésicatoires morphinés n'ont pas plus d'effet.

Pendant ce temps, le pied du côté malade s'est déjeté et a pris la forme d'un varus paralytique. Le bord externe de la poulie astragalienne soulève les téguments et menace de les percer; il y a déjà une petite plaque gangréneuse, provoquée par le poids des couvertures.

On redresse sans peine le pied pendant l'anesthésie, et on le maintient par une gouttière plâtrée; mais la malade ne la supporte pas longtemps, et l'on est obligé de laisser subsister la difformité, en protégeant le pied par un cerceau.

L'hiver de 1868-1869 se passe dans cette situation sans issue, qui laisse le chirurgien et la patiente dans un égal découragement, en prévision d'une issue funeste inévitable.

L'amaigrissement et la pâleur de la malade sont extrêmes.

Elle a horreur des aliments et n'en prend quelques-uns qu'à force de persuasion. Le genou est ankylosé par la longue immobilité, et le pied déformé, comme nous venons de le dire. La morphine doit être portée à la dose énorme de 10 centigrammes dans les vingt-quatre heures pour procurer quelques heures de répit.

Sur ces entrefaites, je pratiquai, dans la même chambre, une amputation de cuisse sur une enfant atteinte de périostite phlegmonaire avec perforation dans le genou. A partir du moment de l'opération, elle fut débarrassée de ses douleurs, et en quelques semaines on la vit passer d'un état de marasme très-avancé à une santé presque florissante.

Cette vue fait naître chez ma malheureuse coxalgique le désir de passer par la même épreuve. Je lui représente en vain que, chez elle, il ne s'agit plus d'amputer la cuisse, mais de la désarticuler; elle persiste dans sa résolution. Après plusieurs semaines d'hésitation de ma part, provoquée surtout par l'idée que cette grave mutilation n'est pas motivée par l'état local, mais seulement par l'état général et la certitude d'une fin misérable; je finis par accéder à son désir.

L'opération une fois décidée est pratiquée le 24 avril 1869, avec l'aide de mes excellents confrères, MM. les professeurs Herrgott et Gross, et les docteurs Schneiter, Münch et Edouard Bœckel. M. Elser administre le chloroforme.

L'anesthésie obtenue, je constate encore une fois l'absence de frottements dans la jointure coxo-fémorale; puis, je procède rapidement à la désarticulation. Un large lambeau antérieur, allant jusqu'au tiers supérieur de la cuisse, est taillé de dehors en dedans. Le couteau trace ensuite en arrière les contours d'un second lambeau un peu plus court; puis j'ouvre l'articulation, je la traverse et en sortant j'achève de couper les chairs postérieures. Le tout ne dure pas deux minutes. La fémorale parfaitement comprimée sur le pubis par M. Herrgott, ne fournit pas une goutte de sang; par contre, en arrière, les branches de l'ischiatique et de la fessière coulent abondamment; j'y place aussitôt quelques pinces presse-artère et je procède aux ligatures. Trois fils étreignent d'abord la fémorale superficielle et la profonde ainsi que la veine fémorale. Vingt-deux autres fils sont appliqués sur les divers points du lambeau postérieur qui fournissent du sang, pour éviter tout risque d'hémorrhagie. Enfin le nerf sciatique est réséqué aussi haut que possible.

La vaste plaie est alors sèche et les deux lambeaux s'affrontent parfaitement. Je les maintiens solidement appliqués par ma suture profonde à étau, qui sera décrite plus loin.

Des sutures entortillées réunissent les bords de la peau. Au centre de la plaie, un long rouleau de charpie imbibé d'eau de Pagliari, est enfoncé vers la cavité cotyloïde pour maintenir un canal destiné à l'écoulement des liquides. Enfin, les fils à la ligature sont répartis en trois paquets, sortant par les deux angles des lambeaux et par le canal central.

Malgré la rapidité de l'opération, la malade a perdu à peu près 300 grammes de sang et se trouve dans un état de prostration nerveuse. On la reporte dans un lit chauffé et on lui administre quelques cuillerées de malaga et de la glace.

Dès le soir, la réaction commence: pouls à 120, chaleur à la peau, peu de nausées. Injections sous-cutanées de morphine.

25 *avril.* Réaction bien prononcée. Douleurs vives dans le membre amputé. La plaie n'a fourni qu'un suintement séreux, rosé; les lambeaux commencent à se tuméfier; je desserre la suture profonde de 2 à 3 centimètres. La charpie est retirée, parce qu'on n'a plus d'hémorrhagie à craindre, et remplacée par un tube de caoutchouc de la grosseur du petit doigt, à travers lequel on fait une injection désinfectante avec une solution d'hyposulfite de soude au 1/10e. Le moignon est appuyé sur un coussinet, recouvert de toile cirée, et au-dessous de lui on place un bassin avec de la poudre d'hyposulfite pour recueillir les liquides. Pas d'autre pansement.

La malade continue l'usage de la glace et prend quelques cuillerées de bouillon froid et de lait. Évacuation de l'urine avec la sonde. Injections sous-cutanées de morphine.

26 *avril.* Même état. Il s'écoule à peu près 100 grammes de sérosité par quatre heures. Au bout de ce temps, on vide le bassin et l'on fait une injection d'hyposulfite dans le moignon, à travers le tube de caoutchouc.

27 *avril.* Le pouls est encore à 120, mais la température a diminué. La sérosité fournie par la plaie est louche et mêlée de pus. On relâche de nouveau la suture profonde en raison du gonflement. Les épingles de la suture entortillée sont enlevées. La malade se plaint moins de sa jambe. Potages, lait, vin de Bordeaux.

29 *avril.* Le matin, la température est normale, le pouls à 100. La malade est calme et ne se plaint pas; la suppuration est franche, épaisse, peu abondante, mais le moignon reste encore gonflé.

Vers le soir, la fièvre revient assez forte, ainsi que les douleurs; je suppose que cela tient à la rétention du pus; en conséquence, j'enlève la suture profonde et je passe le doigt dans le trajet central pour l'élargir et y placer un second tube. Injections répétées d'hyposulfite; fomentations chaudes de camomille sur le moignon.

30 *avril.* Après une nuit assez agitée, avec délire, je trouve ce matin la malade calme, apyrétique, avec une figure souriante. Le moignon est visiblement dégorgé et la suppuration assez abondante.

3 *mai.* Jusqu'à aujourd'hui, la malade a progressé favorablement; l'appétit commence à se montrer à midi. La fièvre a disparu dans la journée, mais revient tous les soirs, quoique à un moindre degré. Dans la journée, il revient quelquefois des douleurs, qui sont aussitôt apaisées par une injection d'hyposulfite, provoquant l'expulsion d'une certaine quantité de pus. Le moignon est flasque, cicatrisé, sauf les trajets maintenus par le tube central et par les fils à ligature. La malade commence à se soulever et à se déplacer dans son lit, ce qu'elle ne pouvait plus faire depuis deux ans. Suppression des fomentations; sulfate de quinine, 40 centigrammes. Alimentation roborante. (*A suivre.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

PRIX DE 1869

PRIX DE L'ACADÉMIE

L'Académie avait proposé la question suivante : « Des maladies du cervelet. »

Ce prix était de la valeur de 1,000 francs.

Deux mémoires ont été adressés pour ce concours.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde la somme entière, à titre de récompense, à M. Pierre-Louis Guerder, médecin aide-major de première classe, au 2e régiment du génie, à Montpellier (Hérault), auteur du mémoire inscrit sous le n° 1er, portant pour épigraphe : « *La contradiction n'existe pas dans les faits, mais dans la manière de les interpréter.* »

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL.

L'Académie avait proposé pour sujet de prix : « Des tumeurs de l'encéphale et de leurs symptômes. »

Ce prix était de la valeur de 600 francs.

L'Académie n'a reçu aucun mémoire pour ce concours.

PRIX FONDÉ PAR Mme BERNARD DE CIVRIEUX.

L'Académie avait proposé pour question : « Faire l'histoire clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs et l'étudier spécialement au point de vue thérapeutique. »

Ce prix était de la valeur de 1,000 francs.

Quatre mémoires ont concouru.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur A. Foville fils, médecin-adjoint de la maison de Charenton, auteur du mémoire n° 4, ayant pour épigraphe : *Quod potui, non quod voluerim...*

Elle accorde une mention honorable à M. J. Cornillon, interne à l'hôpital Saint-Antoine, auteur du mémoire inscrit sous le n° 3, portant pour épigraphe : *Nihil ex nihilo, nihil in nihilum reverti posse.*

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON BARBIER.

Ce prix, qui est annuel, devait être décerné à celui qui aurait découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc. (extrait du testament).

Des encouragements pouvaient être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seraient le plus rapprochés.

Ce prix était de la valeur de 3,000 francs.

Neuf ouvrages ou mémoires ont été envoyés pour ce concours.

L'Académie n'a jugé aucun de ces travaux digne du prix, mais elle accorde :

1° Une somme de 1,000 francs à titre de récompense à M. le docteur Pize, médecin à Montélimart (Drôme), pour son mémoire sur l'emploi du perchlorure de fer dans le purpura ;

2° Une récompense de 1,000 francs à M. le docteur Costallat, médecin à Bagnères-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées), pour son ouvrage intitulé : *Étiologie et prophylaxie de la pellagre* (2e édition).

2° Une somme de 500 francs, à titre d'encouragement, à M. le docteur Mauny, médecin à Mortagne-sur-Gironde (Charente-Inférieure), pour son travail sur la cautérisation du col utérin employée comme moyen de traitement des vomissements incoercibles pendant la grossesse.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR CAPURON.

L'Académie avait proposé la question suivante : « Du retour de l'utérus à l'état ordinaire après l'accouchement. »

Ce prix était de la valeur de 1,500 francs.

Deux mémoires ont concouru.

Aucun de ces mémoires n'a été jugé digne de récompense.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR ERNEST GODARD.

Ce prix devait être accordé au meilleur mémoire sur la pathologie externe.

Il était de la valeur de 1,000 francs.

Cinq ouvrages ou mémoires ont été transmis pour ce concours.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur J. Chauvel, médecin

aide-major à l'École de médecine militaire de Paris, pour son travail intitulé : *Recherches sur l'anatomie pathologique des moignons d'amputés*, inscrit sous le n° 1er.

Elle accorde une mention honorable à M. le docteur O. Larcher, de Paris, pour son mémoire sur la *rupture spontanée de l'utérus*, inscrit sous le n° 2.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR AMUSSAT.

Ce prix devait être décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Il était de la valeur de 1,000 francs.

Un seul mémoire a concouru.

L'Académie ne décerne pas le prix; mais elle accorde la somme entière, à titre de récompense, à l'auteur de ce travail, M. le docteur J. Baudon, aide major de 1re classe au 3e grenadiers de la garde.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR LEFÈVRE.

La question posée par le testateur était celle-ci : « De la mélancolie. »

Ce prix était de la valeur de 2,000 francs.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde :

1° Une récompense de 1,200 francs à M. le docteur Auguste Corlieu, médecin à Paris, auteur du mémoire n° 2, ayant pour épigraphe : « *La voie de la vérité, c'est l'observation des faits.* »

2° Une récompense de 800 francs à M. le docteur Péon, médecin de l'asile d'aliénés à Cadillac (Gironde), auteur du mémoire n° 1er, portant pour épigraphe : *Paulatim quæ et non evidenter, ab his quæ stulte dicuntur, ad meliora mens adducenda* (Celse).

3° Une mention honorable à M. le docteur Joseph Rhotta, médecin à Varallo-Sesie, chef-lieu de la Valsésie, province de Novarre (Italie), pour son mémoire inscrit sous le n° 3, ayant pour épigraphe: *La sensibilité outrée est source de bien des malheurs à l'humanité.*

PRIX FONDÉ PAR M. LE MARQUIS D'ARGENTEUIL.

Ce prix, qui est sexennal, devait être décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre, pendant cette cinquième période (1863 à 1868), ou subsidiairement à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté, durant ces six ans, au traitement des autres maladies des voies urinaires.

Ce prix était de la valeur 8,000 francs.

Neuf ouvrages ou mémoires ont été envoyés pour concourir.

Aucun d'eux n'a paru mériter le prix; mais l'Académie accorde :

1° Une récompense de 5,000 francs à M. le docteur Joseph Corradi, chef de clinique chirurgicale à l'Institut supérieur des études pratiques de Florence (Italie), pour ses *études cliniques sur les rétrécissements de l'urètre*, etc., portant le n° 6.

2° Une récompense de 2,000 francs à MM. F. Mallez et A. Tripier, docteurs en médecine à Paris, pour leur travail intitulé : *De la guérison durable des rétrécissements de l'urètre par la galvano-caustique*, inscrit sous le n° 8.

3° Enfin, un encouragement de 1,000 francs à M. le docteur Reliquet, de Paris, pour son *Traité des opérations des voies urinaires*, inscrit sous le n° 5.

MÉDAILLES ACCORDÉES A MM. LES MÉDECINS DES ÉPIDÉMIES.

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder, pour le service des épidémies en 1868 :

1° *Une médaille d'or à* M. Mignot (A.), docteur-médecin à Chantelle (Allier), pour son rapport sur la constitution médicale de l'arrondissement de Gannat, et pour ses précédents travaux.

2° *Des médailles d'argent à* MM. les docteur Béraud, à Carpentras (Vaucluse), pour sa relation sur les épidémies de l'arrondissement de Carpentras. — Carrière, à Saint-Dié (Vosges), pour son rapport sur l'épidémie de dysenterie de l'arrondissement de Saint-Dié.— Eysserie, à Pernes (Vaucluse), pour sa relation de l'épidémie de variole du canton de Pernes.—Legros, à Aubusson (Creuse), pour son rapport sur les épidémies d'Aubusson.—Loysel, à Cherbourg (Manche), pour son rapport sur l'état sanitaire de l'arrondissement de Cherbourg. — Molard, médecin-major de 1re classe à Metz (Moselle), pour sa relation de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi sur la garnison de Metz. — Raoult (A.), médecin-major, pour sa relation de l'épidémie de typhus qui a régné à Philippeville (Algérie).—Yvaren, à Avignon (Vaucluse), pour sa relation des épidémies de rougeole et de variole de l'arrondissement d'Avignon.

3° *Rappel de médailles d'argent à* MM. les docteurs Bazin, à Saint-Brice (Seine-et-Oise), pour son travail sur l'état sanitaire d'une partie de l'arrondissement de Pontoise. — Benoist, à Guingamp (Côtes-du-Nord), pour son rapport sur les épidémies de l'arrondissement de Guingamp. — Bocamy, à Perpignan (Pyrénées-Orientales), pour sa relation de l'épidémie de fièvre pernicieuse de l'arrondissement de Perpignan. — Lacaze (John), médecin des épidémies à Montauban (Tarn-et-Garonne), pour son rapport sur l'état sanitaire de l'arrondissement de Montauban. — Larivière, médecin en chef de l'hôpital militaire à Bordeaux (Gironde), pour sa relation de l'épidémie des fièvres rémittentes à Bordeaux. — Meilbeurat, à La Palisse (Allier), pour son rapport sur l'état sanitaire de l'arrondissement de La Palisse. — Monot, à Montsauche (Nièvre), pour sa relation de l'épidémie de variole des Planches.

4° *Des médailles de bronze à* : MM. les docteurs Cambassédès (B.), à Alleyras (Haute-Loire), pour sa relation de l'épidémie de variole de la Haute-Loire. — Cailliet, à Reims (Marne), pour son esquisse de l'épidémie de fièvre typhoïde de Reims. — Legrand, à Metz (Moselle), pour sa relation de l'épidémie de fièvre typhoïde de l'arrondissement de Metz. — Lenoel, à Amiens (Somme), pour son rapport sur les épidémies de l'arrondissement d'Amiens. — De Lonjon, à Tours (Indre-et-Loire), pour son mémoire sur l'épidémie de scarlatine et de suette de Savenières.— Pestei, à la Châtre (Indre), pour son rapport sur l'épidémie de dysenterie de Courtillet, arrondissement de la Châtre. — Thierry, élève interne à l'hôpital de Rennes (Ille-et-Vilaine), pour son mémoire sur l'épidémie de dysenterie de Saint-Gilles, arrondissement de Rennes. — Wimpeffen, à Colmar (Haut-Rhin), pour sa relation des épidémies du Haut-Rhin. — Verrier, médecin-vétérinaire à Provins (Seine-et-Marne), pour son travail sur les épidémies charbonneuses.

5° *Mentions honorables à* : MM. les docteurs Charvot, à Moulins (Allier), pour son rapport sur l'état sanitaire de l'arrondissement de Moulins. — Castex, médecin-major de deuxième classe à l'hôpital militaire de Tlemcen (Algérie), pour son travail sur la médecine arabe en 1867. — Daniel, médecin des épidémies à Brest (Finistère), pour son rapport sur l'état sanitaire de l'arrondissement de Brest. — Despré, médecin des épidémies à Saint-Julien (Haute-Savoie), pour son rapport sur l'épidémie de typhoïde de Machilly. — Lagardelle, médecin de l'asile d'aliénés de Niort (Deux-Sèvres), pour son travail sur l'épidémie de cholérine qui a sévi dans cet établissement. — Million, médecin des épidémies à Saint-Étienne (Loire), pour son mémoire sur l'épidémie de pneumonie catarrhale de Saint-Étienne. — Prieur, à Gray (Haute-Saône), pour son rapport sur l'épidémie de rougeole d'Arc.

MÉDAILLES ACCORDÉES A MM. LES MÉDECINS INSPECTEURS DES EAUX MINÉRALES

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder, pour le service des eaux minérales en 1868 :

1° *Des médailles d'argent à* : MM les médecins inspecteurs des eaux minérales : Caulet, de Forges (Seine-Inférieure), pour son excellent mémoire, tendant à élucider une question de physiologie pathologique non encore résolue jusqu'à ce jour, celle de savoir si le fer est absorbé et transporté dans la circulation générale. — Delacroix, de Luxeuil (Haute-Saône), pour son intéressant travail sur l'efficacité de ces eaux, dans certaine maladies. — De Finance, médecin principal, chef du service de l'hôpital militaire de Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne), pour ses recherches générales et ses excellentes observations consignées dans le mémoire annexé au rapport réglementaire sur l'usage des eaux. — Gay, de Saint-Alban (Loire), pour les nombreux travaux qu'il a adressés à l'Académie, sur le service médical de l'établissement thermal qu'il dirige depuis plus de vingt-cinq ans.

2° *Rappel de médailles d'argent à* : MM. les médecins inspecteurs des eaux minérales : Billouet, de Saint-Gervais (Haute-Savoie). — Caillat, de Contrexéville (Vosges). — Charmasson de Puylaval, de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées). — A. Dubois, de Vichy (Allier). — Durand de Lunel, médecin-chef de l'hôpital thermal militaire, à Vichy (Allier) ; — Le Bret, de Baréges (Hautes-Pyrénées). — De Puysaie, d'Enghien (Seine-et-Oise). — Vidal, d'Aix (Savoie) ;

Pour les excellents mémoires et observations scientifiques que ces messieurs adressent annuellement à l'Académie, sur l'emploi médical des eaux minérales confiées à leurs soins.

3° *Des médailles de bronze à* : MM. les médecins-inspecteurs des eaux minérales : Auphan d'Ax, (Ariége). — Logerais, de Pougues (Nièvre). — Montagnan, de Capvern (Hautes-Pyrénées). — Marbotin, de Saint-Amand (Nord). — Marturé (Charles), médecin-principal, chef de l'hôpital militaire de Baréges (Hautes-Pyrénées) ;

Pour les rapports bien faits et les observations que ces messieurs ont recueillies et a dressées à l'Académie.

4° *Des mentions honorables à* : MM. Faure, médecin-inspecteur adjoint à Néris (Allier), pour ses nouvelles études chimiques sur ces eaux. — Coulet, médecin-inspecteur des eaux de Saint-Laurent (Ardèche), pour son rapport sur les eaux confiées à ses soins — Piétra-Santa, médecin à Paris, pour ses observations météorologiques, recueillies aux Eaux-Bonnes.

PRIX ET MÉDAILLES ACCORDÉS A MM. LES MÉDECINS VACCINATEURS POUR LE SERVICE DE LA VACCINE EN 1868.

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder :

1° *Prix de 1500 fr. partagé entre* : Mlle Chamaillard, sage-femme à Vannes (Morbihan), qui a déjà obtenu les récompenses les plus élevées, mais qui, par une activité et un zèle qui ne se ralentissent pas, continue depuis un très-grand nombre d'années à répandre la vaccine sur une très-large échelle. Le chiffre de ses vaccinations s'était élevé en 1867 à 2,050. Il a été de 1,808 pour l'année 1868. — M. le docteur E. Simonin (de Nancy), qui depuis vingt-cinq ans a adressé chaque année à l'Académie un rapport sur le service de la vaccine, dont il est le directeur, et qui, cette année en particulier, nous a transmis les résultats d'expériences très-intéressantes faites avec le cowpox transmis de génisse à génisse et de celle-ci à l'enfant. — M. Verdié, docteur en médecine à Grenoble (Isère), qui a déjà obtenu plusieurs médailles d'argent, une médaille d'or pour les services rendus en 1863, un prix de 500 fr. pour l'année 1864, et qui a continué depuis cette époque à s'occuper avec la plus grande activité de tout ce qui se rattache à la propagation de la vaccine. Le chiffre de celles qu'il a pratiquées en 1868 s'élève à 1,327.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

COMPTE RENDU DES TRAVAUX

POUR L'ANNÉE 1869.

Messieurs,

Un usage consacré par le règlement impose à votre secrétaire le devoir de vous communiquer, à la séance de ce jour, un compte rendu sommaire des travaux de l'année. C'est ce devoir que je viens remplir.

Dans les sociétés savantes n'ayant pas pour conserver le souvenir de leurs séances la publication de leurs procès-verbaux, la lecture et la publication d'un pareil compte rendu sont d'une utilité incontestable, car il constitue presque le seul moyen de conserver la trace des efforts de tous, et de montrer par la mise en lumière des résultats obtenus la raison d'être de la société. Dans ces conditions ce compte rendu, sans cesser d'être un résumé, doit être assez longuement développé, car il ne doit pas seulement indiquer le point de départ et le résultat des discussions; il lui faut encore reproduire, analyser et parfois apprécier les différents arguments qui s'y sont produits.

Pour nous, rien de semblable; puisque grâce à la publication de nos procès-verbaux, et surtout à celle de nos bulletins, nos travaux et nos discussions sont entrés déjà ou entreront dans quelque jours intégralement et à tout jamais dans le domaine de l'histoire de la chirurgie. La tâche que je viens remplir n'a-t-elle donc aucune utilité, et dois-je sans profit pour personne réclamer de votre indulgence quelques instants de bienveillante attention? C'est une question qu'il ne m'appartient pas de résoudre; mais il a semblé, non sans raison peut être, aux maîtres qui ont fondé notre Société qu'un compte rendu annuel pouvait remplir un but utile; ils ont pensé qu'il était bon, après une année écoulée, de jeter un regard en arrière et d'étudier le chemin parcouru, moins pour se féliciter du travail accompli que pour y trouver des motifs de travailler davantage encore, en voyant combien il reste à faire pour atteindre le but que nous nous proposons.

Ce but, c'est d'arriver par la discussion des faits et des opinions, par la mise en commun de notre zèle et de nos efforts, à élucider, et, s'il se peut, à résoudre quelques-unes des questions si difficiles que l'art et la science imposent chaque jour à nos méditations.

C'est de cette manière et non par l'apport de nouvelles découvertes que les sociétés comme la notre rendent de véritables services. Découvrir des faits nouveaux, imaginer des théories nouvelles est du domaine de l'individualité; mais il appartient aux sociétés de soumettre les faits, les théories au contrôle collectif de ses membres, et, par un examen impartial, débarrassé des entraînements involontaires et des illusions de la paternité scientifique, de fixer leur valeur, de déterminer la place qui leur appartient dans la science ou dans la pratique de l'art. C'est cet esprit qui a guidé la Société dans les discussions auxquelles elle s'est livrée; et si dans plusieurs circonstances une solution nette, précise des questions controversées n'en a pas été la conséquence, loin d'y voir une regrettable hésitation et bien moins encore une fâcheuse incompétence, il faut y voir, au contraire, cette sage, cette prudente réserve qui garantit des entraînements et des enthousiasmes de la théorie ceux qui, placés à la tête de services hospitaliers, aux prises chaque jour avec les difficultés de la pratique, savent combien il y a loin des préceptes généraux et inflexibles aux indications si variables et si délicates de la clinique. C'est, en effet, sur des points divers de la thérapeutique chirurgicale ou obstétricale qu'ont porté les principales discussions qui, cette année, ont le plus attiré l'attention de la Société.

Une observation de tumeur fibreuse expulsée spontanément de l'utérus, le récit d'un accouchement heureusement terminé chez une malade atteinte d'une tumeur fibreuse qui obstruait l'excavation, ces deux faits communiqués, l'un par M. Depaul, l'autre par M. Gnéniot, dans le courant de l'année précédente, ont soulevé cette année d'importants débats auxquels ont pris part surtout ceux de nos savants collègues qui font de l'obstétrique leur principale étude. Les corps fibreux augmentent-ils de volume pendant la grossesse, et subissent-ils en même temps quelques modifications dans leur consistance? Faut-il, lorsqu'il existe de pareilles tumeurs chez une femme enceinte donner la préférence à la version sur le forceps, tels sont les trois points qui ont surtout été examinés. L'accord s'est fait sur les deux premiers points entre presque tous les orateurs, et sur le terrain de la physiologie pathologique; mais les dissidences ont persisté quand, dans le domaine de la thérapeutique obstétricale, il s'est agi de décider s'il fallait en pareille circonstance avoir recours à la version ou au forceps. Si la question est restée sans solution définitive, alors qu'elle était discutée entre des accoucheurs aussi éminents que MM. Depaul, Blot, Tarnier, Guéniot, c'est qu'elle n'en comporte pas encore dans l'état actuel de nos connaissances; mais la discussion, en faisant ressortir les avantages et les inconvénients de l'une et l'autre méthode, appellera de nouvelles observations et pourra, dès maintenant, servir de guide et de conseil à ceux qui se trouveraient en présence des difficultés qu'apporte à la terminaison de l'accouchement la présence de certaines tumeurs fibreuses de l'utérus.

L'efficacité du traitement mercuriel dans la thérapeutique des affections syphilitiques, malgré les débats qui ont eu lieu les années précédentes, a reparu plusieurs fois à l'ordre du jour de nos séances. Inaccessible au découragement, inébranlable dans ses convictions, animé d'une ardeur toujours nouvelle, notre collègue M. Després n'a pas renoncé à l'espoir de nous convaincre de l'inutilité ou plutôt des dangers de l'emploi du mercure et l'on peut dire de la supériorité de l'expectation, du moins pour les malades auxquels leur état social permet de trouver ailleurs qu'à l'hôpital de Lourcine une bonne table, des vins généreux, tout ce qui constitue en un mot un régime tonique capable de réparer les désordres causés par l'intoxication syphilitique. M. Liégeois au contraire nous a montré quels excellents résultats on pouvait obtenir par l'emploi de la méthode de Lewin, c'est-à-dire par l'injection sous-cutanée du bichlorure de mercure. Ces résultats, du domaine, de l'observation sont acquis à la science, mais s'il reste encore à déterminer dans quels cas l'introduction des mercuriaux par la méthode hypodermique doit être préférée à l'usage des frictions ou à l'administration de ces médicaments par la voie stomacale; à quelle dose, sous quelles formes, dans quelles conditions il faut avoir recours au mercure, tous ou presque tous nous continuons à le regarder comme le meilleur, sinon comme le seul remède entre les ravages de la syphilis secondaire.

M. Liégeois est allé plus loin encore et il a cru pouvoir regarder les mercuriaux comme un médicament tonique qui devrait à ce titre être accepté avec empressement par notre collègue M. Després. Il résulterait en effet de ses recherches patientes et consciencieuses que le sublimé introduit à petites doses sous la peau, loin d'affaiblir le malade, aurait au contraire pour effet d'augmenter son embonpoint d'une manière notable et si j'emploie en parlant de ces expériences une forme dubitative, ce n'est pas que je veuille contester un fait matériel constaté, attesté par un collègue sérieux et sévère observateur, c'est que les faits sur lesquels il s'appuie sont encore peu nombreux, c'est qu'ils sont trop en contradiction avec ceux dont nous avons été, dont nous sommes témoins, pour qu'il ne puisse

y avoir place pour un doute portant sur la possibilité de coïncidences et sur la véritable interprétation qu'il convient de donner à cette tendance si extraordinaire à l'obésité chez les malades affaiblis par la maladie et peut-être aussi par le traitement

Dans un ordre d'études qui se rapproche du même sujet, M. Liégeois s'est livré à de laborieuses recherches dont il a consigné les résultats dans un travail important que la publication de nos mémoires portera bientôt à la connaissance de tous, et dont le *Medical Times and Gazette* a donné déjà une analyse détaillée. Notre collègue, confirmant de faits nouveaux les idées avancées par Curling, a prouvé, par l'examen direct, la permanence des spermatozoïdes, depuis l'âge de la puberté jusqu'à la vieillesse la plus avancée; pourvu toutefois qu'aucune maladie des organes en rapport avec la fonction ne soit pas venu compromettre et détruire la possibilité de leur formation. C'est là un fait d'une importance considérable, non-seulement parce qu'il rectifie une erreur acceptée comme une vérité naturellement démontrée; mais parce qu'il nous permettra parfois de ramener le calme dans plus d'un esprit injustement, ou justement, inquiet de voir survivre aux années écoulées une faculté qu'à tort, ou à raison, il croyait à tout jamais perdue et parce qu'il laissera la vieillesse tantôt confiante à l'excès, tantôt douloureusement soupçonneuse goûter en paix avec les derniers jours de la vie, les dernières et tardives joies d'une paternité inespérée.

La question si délicate du parti à prendre, quand on se trouve en présence d'une fracture compliquée de la jambe au tiers inférieur avec issue du tibia au travers de la plaie, a tenu également une grande place à l'ordre du jour de nos séances. Faut-il amputer immédiatement, faut-il tenter la conservation? Tel est le problème qui s'impose aussitôt à la préoccupation du chirurgien.

Ici encore une solution applicable à la généralité des cas n'a pu réunir les opinions de nos collègues; c'est qu'ici encore on peut dire qu'une règle générale est difficile à poser. Pour les uns, M. Panas, M. Trélat, M. Alphonse Guérin, dans ce cas comme dans tous ou presque tous les cas de fracture compliquée, la conservation doit être la règle pour d'autres, et je suis de ceux-là, le principe de la conservation, doit être exceptionnellement abandonné, car le danger réside moins dans l'irradiation possible, probable même, de la fracture jusque dans l'articulation tibio-tarsienne que dans l'ouverture étendue du canal médullaire, et dans l'ostro-myélite qui en est la conséquence ordinaire.

L'attention est appelée sur ce point, le problème est posé; l'expérience, les observations nous en donneront plus tard la solution.

La thérapeutique des fractures a occupé plusieurs fois la Société. M. Dauvé, membre correspondant, vous a communiqué un fait de fracture compliquée du tiers supérieur du cubitus, qu'il est parvenu à maintenir réduite et à guérir par la suture directe des fragments; c'est à la même méthode que M. Rouge, de Lausanne, a dû la guérison d'une fracture du maxillaire inférieur dans un cas dont notre honorable collègue vous a adressé le récit.

La suture des os a été aussi employée par M. Guérin dans un cas de bec-de-lièvre double avec saillie de l'os intermaxillaire. Après avoir décollé la muqueuse de la cloison et en avoir réséqué un fragment triangulaire, M. Guérin fixa par des fils métalliques l'os intermaxillaire aux bords de la fente alvéolaire, et obtint une guérison remarquable de cette difformité si difficile à combattre.

La question de l'emploi de l'extension continue dans le traitement des fractures de la cuisse a fait l'objet de communications intéressantes de M. Désormeaux. Cette méthode, presque abandonnée en France, reprise depuis plusieurs années déjà en Angleterre et surtout en Amérique, reprendra, je l'espère, la place qui lui appartient dans la pratique de la chirurgie. On ne peut plus dire aujourd'hui que les fractures de la cuisse ne peuvent guérir sans laisser à leur suite un degré plus ou moins grand de raccourcissement, car M. Désormeaux vous a montré plusieurs malades traités par l'appareil de M. Hennequin, guéris sans raccourcissement, et l'un d'eux présentait même un certain allongement du membre fracturé.

J'ai pu moi-même vous montrer un malade guéri sans raccourcissement appréciable, et, dans tous les cas, sans aucune claudication, par l'application d'un appareil particulier à extension permanente; mais il est juste d'ajouter que ce résultat ne peut être obtenu qu'au prix de douleurs quelquefois assez vives ou se continuant pendant une bonne partie de la durée du traitement; c'est ce qui faisait dire il y a quelques jours à M. le professeur Gosselin, alors que nous visitions avec M. Legouest quelques malades de son service traités par l'appareil de M. Hennequin, que s'il ne pouvait plus douter de l'efficacité du traitement, le prix auquel était attachée la guérison était tel qu'il préférerait la claudication au supplice d'un mois d'emprisonnement dans un appareil à extension.

M. Dolbeau vous a montré un exemple d'une affection singulière du maxillaire supérieur caractérisée par la disparition du bord alvéolaire. M. Demarquay vous a communiqué un fait de tumeur hydatique de la cavité médullaire de l'humérus, prise d'abord pour une nécrose de cet os. M. Guéniot vous a signalé, dans un travail original, une déformation spéciale du crâne consistant en une obliquité par propulsion unilatérale observée chez certains enfants du premier âge, et que notre collègue croit pouvoir attribuer au décubitus trop longtemps prolongé ou trop fréquent sur un même côté.

Des communications sur les fractures de la clavicule par MM. Baizeau, Chassaignac, Labbé et Dolbeau; un rapport de votre secrétaire sur une observation de trépanation du crâne; une lecture de M. Van de Loo sur les appareils plâtrés amovo-inamovibles; un travail de M. Guéniot sur l'ostéite épiphysaire; une observation de nécrose de l'humérus avec dégagement spontané d'un séquestre invaginé, par M. Demarquay, tels sont les faits principaux ayant trait à l'histoire ou à la thérapeutique des affections des os.

Les maladies articulaires ont cette année moins fréquemment que d'ordinaire sollicité votre attention; cela certes, ne reconnaît d'autre cause que ce qui dans les travaux d'une société savante revient de droit au hasard des présentations. Je signalerai toutefois des faits de réduction de luxation de l'épaule, déjà un peu anciennes, par MM. Guyon et Demarquay; de luxation complète du premier métatarsien avec plaie; de luxation sous-astragalienne et d'extraction de l'astragale par M. Demarquay; de coxalgie par M. Guéniot.

Au contraire, les maladies des vaisseaux ont fait le sujet de nombreuses et importantes communications.

M. Legouest nous a entretenu de tentatives réitérées faites par lui pour guérir un anévrysme poplité. La compression digitale, continuée dix heures par jour, donna pendant quelques temps un espoir bientôt déçu de guérison définitive. La flexion, la compression avec un appareil n'avaient pu être tolérées. M. Legouest revint à la flexion forcée intermittente, employée une heure le matin une heure le soir; nouvelle guérison temporaire, puis définitive.

M. Trélat a guéri un semblable anévrysme en employant successivement la compression instrumentale, la flexion et enfin la compression digitale; cette dernière méthode procura une guérison complète et définitive qu'avait laissé espérer, et qu'avait très-vraissemblablement préparé, l'application préalable des deux autres moyens. M. Panas a guéri par la compression digitale seule un anévrysme poplité et dans un quatrième cas, que nous a fait connaître M. Liégeois, M. Richet n'ayant obtenu qu'un succès partiel de la compression et de la flexion, pratiqua la ligature. Le malade cette fois succomba. Ces faits si intéressants par leur rapprochement, par l'emploi successif des diverses méthodes, par l'analogie desphénomènes survenus sous l'influence des moyens thérapeutiques employés, contribuent à mettre en lumière ce fait important: que ces insuccès apparents ne sont que les degrés successifs d'un succès partiel, qu'une nouvelle tentative peut rendre et a rendu définitif, et que la réapparition des battements dans un anévrysme momentanément solidifié par l'emploi de la flexion ou de la compression, loin d'engager à renoncer au moyen employé, doit engager au contraire à y recourir de nouveau et avec plus de persévérance, pourvu toutefois que le retour du sang dans l'anévrysme se révèle par des symptômes tels, qu'il y ait lieu de croire que la première tentative a commencé quoi qu'incomplètement, la réplétion et l'oblitération du sac.

M. Broca nous a montré un cas remarquable d'anévrysme cirsoïde du cuir chevelu pour lequel il eut recours à la ligature multiple des vaisseaux principaux alimentant la tumeur, puis à l'injection de perchlorure de fer. La malade vous a été présentée; la suspension momentanée de nos séances, l'absence de notre collègue l'ont empêché, jusqu'à présent, de confirmer l'espoir fondé d'une guérison radicale.

M. Verneuil vous a communiqué une remarquable observation d'anévrysme arterio-veineux de la carotide dû à la pénétration dans la région sterno-mastoïdienne d'une balle de revolver, traité par le seul moyen consacré par les faits, c'est-à-dire par l'expectation et qui fut comme la plupart des cas existant antérieurement dans la science, suivi de guérison. M. Ciniselli vous a donné le résumé d'un mémoire sur l'emploi de la galvano-puncture dans le traitement des anévrysmes de l'aorte.

M. Demarquay vous a communiqué un exemple de tumeur fibro-plastique, naissant de la gaîne des vaisseaux, et rappelant les fibromes que Langenbeck a décrit comme provenant de la paroi des veines. La tumeur existait à la partie inférieure et interne de la cuisse, et notre collègue ne put en faire qu'une extirpation partielle, car elle était traversée par les vaisseaux fémoraux. L'examen de la pièce anatomique montra qu'il s'agissait bien d'une tumeur fibro-platisque, et M. Demarquay se demanda si, dans ces circonstances, il n'y aurait pas utilité à faire la ligature des deux bouts des vaisseaux et à les enlever avec la tumeur.

A l'appui de cette opinion, M. Verneuil après vous avoir donné une analyse des faits et des idées renfermés dans le travail de Langenbeck vous a rapporté l'observation d'un de ses malades chez lequel un sarcôme ganglionaire du pli de l'aine adhérent à la gaîne des vaisseaux l'obligea à réséquer la veine et à lier plus tard l'artère elle-même. Le malade succomba mais à une époque où l'on n'avait pu constater le rétablissement de la circulation veineuse malgré la résection d'une partie de la veine crurale.

M. Horteloup a soumis à votre attention un malade paraissant atteint d'une tumeur lymphatique du pli de l'aine et M. Verneuil a enrichi nos procès-verbaux de l'exposé d'un cas fort rare de varices lymphatiques intra-ganglionnaires chez une jeune fille de 15 ans.

Les tumeurs de diverses natures ont fait l'objet de nombreuses communications. M. Dolbeau a lu au nom de M. Magdelen (de Saint-Étienne) et Meilhac (d'Argentat) deux observations de fibromes du lobule de l'oreille; nous devons à M. Guyon un fait de tumeur fibro-plastique du cou; à M. Labbé un cas de tumeur probablement de même nature, ayant pris naissance du périoste du crâne, se prolongeant dans l'orbite, d'une vascularité assez grande et qui a paru à la plupart d'entre vous ne pas être susceptible d'une intervention chirurgicale active. Je dois pour ne pas trop abuser de votre indulgence fatiguer et votre attention par une longue et aride énumération, me borner à vous rappeler les cas de tumeurs de la région massétérine, de la région parotidienne, du maxillaire superieur, présentés par MM. Forget, Chassaignac, et Demarquay.

M. Depaul nous a montré un exemple fort rare de tumeur congénitale adhérente à la partie du coccyx opérée avec succès quarante-huit heures après la naissance. La tumeur qui, à l'extérieur, présentait, vers son sommet, un assez grand nombre de cheveux assez longs, renfermait à l'extérieur, des parties ossiformes, cartilagineuses, au milieu desquels on trouvait quatre petits os; deux paraissant être des os plats, deux présentant la conformation des os longs et munis d'une tête recouverte de cartilage.

M. Broca a appelé votre attention sur les tumeurs formées par des dépôts de tartre adhérents à la dent, tumeurs dues, suivant notre savant collègue, à la précipitation de matières salines dissoutes dans la salives. MM. Paulet et Panas vous ont communiqué deux observations de calculs de la glande sous-maxillaire, et M. Forget vous a lu, sur la grenouillette, un rapport important dans lequel il discute avec un grand soin l'étiologie et la pathogénie de la grenouillette aiguë.

Il est des affections dont l'histoire, chaque année, reparaît à l'ordre du jour de nos séances, non parce qu'elles sont fréquentes, mais parce que leur traitement, toujours difficile, entraîne des difficultés opératoires que l'on cherche à surmonter par des modifications qui rendent l'opération à la fois plus facile et plus sûre. Je veux parler des polypes naso-pharyngiens. M. Houel, dans son rapport sur l'observation de M. Bonnes, nous a fait connaître le moyen employé par le chirurgien de Nîmes, moyen qui se rapproche de la méthode employée par MM. Guérin et Legouest. M. Bonnes a détaché le polype par la rugination, et la rugine n'était autre que le doigtier tranchant de Récamier, heureusement modifié de manière à permettre au doigt armé, mais non recouvert par l'instrument, de se guider par le toucher. Ajoutons de suite que le polype, facilement accessible, permettait d'user d'un mode d'énucléation auquel on ne pourra que rarement avoir recours. M. Letenneur n'eût pu l'employer dans les observations si intéressantes qu'il vous a récemment communiquées; car, si lui aussi, il employa la rugine, il dut, pour atteindre les parties malades, enlever partiellement le maxillaire inférieur, le vomer, l'aile ptérigoïdienne, et porter l'instrument jusque dans les sinus sphénoïdaux.

Les affections du larynx ont été le sujet d'une communication très intéressante de M. Tréat sur la laryngite syphilitique, de M. Desprès sur la trachéotomie pratiquée par lui dans un cas où le malade était menacé de suffocation par suite de l'existence d'une laryngite œdémateuse due à la présence de plaques muqueuses de l'arrière-gorge.

M. Krisaber vous a lu un mémoire sur l'extirpation des polypes du larynx, par la laryngotomie, et notre collègue M. Prestat, de Pontoise, vous a rendu compte d'un fait de plaie du larynx dans une tentative de suicide, plaie qu'il crût pouvoir oblitérer par la section et qui guérit par première intention sans provoquer l'apparition des accidents qu'on est malheureusement fondé à redouter après l'emploi de ce moyen.

Une communication de M. Broca sous la forme modeste d'une présentation d'instrument, nous a montré que le rétrécissement spasmodique de l'œsophage pourrait être rapproché du spasme de l'ouverture anale dans les cas de fissure, tout au moins sous le rapport du traitement; car c'est par la dilatation forcée que notre collègue a pu, par une seule opération, obtenir une guérison qui persistait encore deux ans après, et que l'emploi d'autres moyens tels que la dilatation lente, n'avaient pu lui procurer.

Faut-il continuer cette énumération déjà longue et que je ne puis développer sans prolonger jusqu'à l'abus l'attention que vous voulez bien m'accorder? Faut-il vous rappeler: en oculistique, le mémoire de M. Giraud-Teulon sur le mode d'éclairage de la cornée dans les opérations qu'on pratique sur l'œil; les observations de cataracte capsulaire par M. Alph. Guérin. Faut-il m'étendre sur les faits nombreux d'affections ou d'opérations ayant trait aux organes abdominaux; les faits d'anus contre nature cités par MM. Panas et Louis Thomas; d'étranglement interne par notre zélé correspondant de Tours; de hernies étranglées par MM. Demarquay et Fleury (de Clermont); d'imperforation de l'anus par M. Marjolin; de dilatation du rectum par M. Tillaux; d'ovariotomie par M. Letenneur et Liégeois; la discussion non encore terminée sur la lithotritie périnéale.

Ce trop rapide compte rendu, que j'ai du trop souvent réduire à une simple énumération ne suffit-il pas à montrer la variété, la multiplicité de nos travaux, la nature et l'étendue des services que la Société de chirurgie continue à rendre à la science et à l'art de la chirurgie.

Ces services, la fondation du prix Laborie les étendra au delà de notre sphère personnelle d'activité, grâce à la pieuse générosité qui a voulu que notre si regretté collègue continuât en quelque sorte à siéger au milieu de nous.

Deux mémoires importants, en répondant au programme proposé pour le prix, contribueront à éclairer un point délicat et controversé de pratique chirurgicale, tous deux concourant au même but et se complétant l'un par l'autre. L'un, jugé digne de vos suffrages, a mis entre les mains de tous, en les appréciant avec talent, en les interprétant avec sagacité, des faits en partie rassemblés dans les travaux de Weber et d'Hancock; mais qui, publiés en allemand ou en anglais, sont par cela même trop peu connus en France; l'autre a puisé plus largement dans la pratique française, dans les statistiques de nos hôpitaux; tous deux, à des degrés qui vous ont paru divers, contribueront puissamment à élucider une importante question de pratique, la supériorité de l'amputation sus-malléolaire et surtout de l'amputation sous-astragalienne pratiquée presque exclusivement en France, sur l'amputation de Pirogoff, repoussée dans notre pays et fort pratiquée, au contraire, en Angleterre et en Allemagne.

La solution de ce problème, les auteurs des mémoires l'ont cherchée dans la statistique, non pas dans celle qui se borne à donner des chiffres çà et là recueillis, mais celle qui rassemble lentement, patiemment, après des recherches longues, laborieuses, pénibles, le plus grand nombre possible, sinon la totalité des observations que renferme la science et qui la constituent. Ces observations, la statistique ainsi faite les étudie, les analyse les compare, et, lorsqu'elle a effectué ce travail difficile, elle permet au clinicien de dire avec bien plus d'autorité et de raison que s'il n'avait consulté que ses souvenirs personnels si limités:

Cette opération est dans telle circonstance plus ou moins indiquée, car dans des circonstances analogues elle a donné tels ou tels résultats, et si la statistique emprunte le langage des chiffres pour dire la mortalité ou les insuccès sont, après tel mode de traitement, de 20, 40, 60 pour cent, elle n'a pas la prétention de donner une appréciation mathématiquement juste; mais elle emploie une forme bien autrement précise que les appréciations contenues dans les quatre ou cinq degrés d'une échelle de gravité que chacun construit arbitrairement, suivant ses idées ou son caractère.

Mais, sachons le reconnaître, si la statistique qui résume l'observation et l'expérience de tous nous donne incontestablement la meilleure base d'appréciation de la valeur des méthodes thérapeutiques, elle ne saurait suffire seule à prononcer un jugement définitif, car à côté de la constatation naturelle des faits il y a place pour leur interprétation.

Bien des causes peuvent venir infirmer ou augmenter la signification des succès ou des revers obtenus à la suite des diverses médications. Si l'âge du malade, la durée de la maladie, l'époque de l'intervention chirurgicale influent sur le résultat du traitement, la coïncidence de certains états généraux, tels que l'albuminurie, le diabète, l'alcoolisme, suffit, comme M. Verneuil nous l'a montré plusieurs fois cette année encore, pour donner une gravité extrême à des opérations qui, sans cette fâcheuse complication, eussent été probablement suivies de guérison.

Ce qui est vrai pour certains états morbides, l'est aussi pour certaines conditions constitutionnelles, naturelles ou acquises. L'homme dé-

bilité par la misère, anémié par une nourriture insuffisante, vieilli avant l'âge par le travail et les veilles et trop souvent aussi par les excès et la débauche, offrira une résistance insuffisante aux causes d'épuisement qu'entraîne presque toute opération grave; tandis qu'un individu du même âge, mais élevé au milieu de l'aisance, trouvera dans sa constitution plus énergique les forces nécessaires pour réagir et arriver à la guérison.

Que serait-ce si, à ces différences individuelles déjà si grandes, nous ajoutions encore la différence des circumfusa? L'un habite une chambre vaste, bien aérée, qui peut être, s'il le faut, bien close et bien chauffée; l'autre une mansarde étroite, ouverte à tous les vents, d'une chaleur torride en été, d'un froid glacial en hiver. L'un n'a auprès de lui que des personnes chargées de l'entourer de soins, de prévenir ses désirs; l'autre n'a pour reposer qu'un grabat autour duquel s'entassent, dans un réduit trop étroit, une femme et des enfants. Celui-ci se préoccupe de guérir pour retrouver les joies de la vie de famille, les plaisirs que donne la richesse; celui-là tremble de mourir, car il sait que sa mort laisserait sans pain ceux que sa maladie réduit déjà à la misère.

Ces différences, déjà si grandes, s'exagèrent encore si nous comparons la pratique civile à la pratique hospitalière. A l'hôpital, les souffrances morales augmentent la gravité des souffrances physiques.

Loin de sa famille, qu'il ne voit qu'à de rares intervalles et dont le sort le préoccupe, jeté au milieu d'étrangers, témoin de leurs douleurs qu'il partage, témoin de leur mort qu'il redoute, il est loin de se trouver dans les conditions favorables de l'opéré qu'entourent les soins de sa famille, auprès duquel tout s'égaye, même mensongèrement, s'il faut lui donner du courage ou lui laisser l'espérance, auprès duquel tout se tait si le repos lui est nécessaire. A l'hôpital, chaque malade est un danger pour son compagnon de souffrances, chacun d'eux vicie l'air trop parcimonieusement accordé à tous; chacun, par les émanations qui s'échappent de ses plaies, est, pour les autres, une menace permanente d'empoisonnement, et les ferments de l'erysipèle, de l'infection purulente, dégagés du corps d'un moribond, vont porter la mort au blessé qui eut guéri peut-être, même dans la misérable mansarde où du moins il eût été isolé.

Cette différence entre l'hôpital et la pratique civile, nous la retrouvons sous une autre forme lorsqu'il s'agit de comparer la chirurgie des grandes cités à celle des campagnes, la chirurgie des grands hôpitaux de Paris à celle des petits hôpitaux de la province. Ces différences, moins expliquées encore, nous les retrouvons quand il s'agit de comparer la chirurgie d'un pays avec celle d'un pays voisin.

Or, comment juger ces questions sans prendre pour base la statistique et comment éviter les erreurs qu'entraîne le manque de parité entre les faits rassemblés? Il n'y a à cela qu'un remède: il faut que les différences qui cliniquement séparent chaque fait s'atténuent, si elles ne peuvent disparaître, par la multiplicité des observations. C'est la loi des grands nombres; cette loi, vous avez voulu l'appliquer à la solution d'un important problème en faisant pour la France ce que M. Simpson a fait avec tant de succès pour l'Angleterre. Pour apprécier la différence des résultats dans les grands et dans les petits hôpitaux, dans les grandes villes et dans les campagnes, dans la clientèle civile et dans la pratique hospitalière, vous avez fait un appel pressant à tous nos confrères français, vous leur avez demandé de vous communiquer la statistique intégrale de leurs opérations; votre appel a déjà été entendu, quelques documents vous sont déjà parvenus, d'autres bien plus nombreux vous parviendront encore; je ne saurais en douter, car ce serait calomnier les chirurgiens français que de soupçonner seulement que la Société de chirurgie puisse échouer dans la mission qu'elle s'est donnée dans l'intérêt de tous, mais qu'elle ne peut aussi mener à bonne fin sans le zèle, sans le dévouement, sans le concours de tous.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 21 janvier 1870, à l'Hôtel de ville, à trois heures et demie précises.

Ordre du jour : 1° Discussion sur les contractures réflexes arthro-traumatiques, communication de M. Duchenne de Boulogne; 2° pleurésie purulente à droite, thoracentèses, injections iodées, hémiplégie ultime, mort, par M. le docteur Durozier.

— Un ancien interne des hôpitaux désire acheter une bonne clientèle à Paris. — S'adresser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets.)

De l'urine et des sédiments urinaires, propriétés et caractères chimiques et microscopiques des éléments normaux et anormaux de l'urine, analyse qualitative et quantitative de cette sécrétion, description et valeur séméiologique de ses altérations pathologiques, etc., par C. Neubauer, professeur de chimie et de pharmacie au laboratoire de Wiesbaden, et J. Vogel, directeur et professeur de médecine à l'Institut pathologique de Halle, précédé d'une introduction par Fresenius, professeur de chimie à l'Université de Wiesbaden, traduit sur la cinquième édition allemande, par le docteur L. Gautier.— Paris, 1870, 1 vol. grand in-8° de 500 pages, avec 31 gravures dans le texte et 4 planch. color. Prix : 10 fr.

De l'abus des boissons alcooliques. Dangers et inconvénients pour les individus, la famille et la société; moyens de modérer les ravages de l'ivrognerie, par L. F. E. Bergeret, médecin en chef de l'hôpital d'Aubois (Jura). — 1 vol. in-18 jésus de 400 pag. Prix : 3 fr.

Carnet. — *Cataracte, loucherie.* Leur traitement par les nouveaux procédés. — 1 vol. illustré : 5 fr., chez Adrien Delahaye.

Le directeur, Dr E. Le Sourd

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 19 janvier 1870.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La discussion sur la mortalité des nourrissons vient d'être reprise.

M. Briquet a prononcé un premier discours dont, malheureusement, l'argument principal n'était pas autre chose qu'une erreur de calcul.

Divisant en deux groupes les enfants qui naissent à Paris, il avait additionné les chiffres qui représentent la mortalité de ces deux groupes pour la première année de la vie, au lieu d'en prendre la moyenne et était ainsi arrivé à un total de 80 p. 100, chiffre évidemment excessif.

Mais si l'on procède régulièrement, d'après les mêmes données, on trouve une moyenne générale de 34 p. 100, à peu près : chiffre qui n'a rien d'inadmissible.

En effet, si nous supposons que sur 500 enfants qui naissent à Paris, une centaine soient mis en nourrice à la campagne et fournissent une mortalité de 51, tandis que les autres fournissent une mortalité de 29 p. pour 100 (soit 116 pour les 400), le chiffre total ne sera jamais que de 167 morts sur 500, et non pas 400 morts comme M. Briquet le suppose.

Ceci ne diminue en rien le mérite des réflexions de M. Briquet sur la négligence de certaines mères observées par lui.

Il est incontestable que la mortalité dans la première année de la vie serait moins forte si toutes les femmes avaient pour leurs enfants ce puissant amour maternel, si ingénieux et si dévoué.

Déjà M. Chauffard avait éloquemment signalé cette indifférence égoïste des parents, protecteurs naturels des êtres qu'ils ont procréés.

Le mal est profond dans la population ouvrière des grandes villes, non-seulement en France, mais en Angleterre, et bien plus encore en Amérique.

En Amérique, l'avortement et l'infanticide, ces deux crimes contre nature, se commettent si journellement dans toutes les classes de la société, qu'ils sont pour ainsi dire entrés dans les habitudes et dans les mœurs.

On y professe l'avortement ; on s'en fait une spécialité et on en parle en termes à peine couverts dans les annonces des grands journaux.

Aussi la presse scientifique y maintient-elle constamment cette question à l'ordre du jour : *Comment peut-on forcer les mères à ne pas se débarrasser de leurs enfants ?*

Si les observations et les statistiques que nous lisons à ce sujet dans les revues et journaux de médecine américains sont complétement exactes, elles sont de nature à éclairer sur les causes réelles d'un mal dont on se plaint également des deux côtés de l'Atlantique.

Dr VICTOR RÉVILLOUT.

CLINIQUE DE STRASBOURG. — M. BŒCKEL.

Désarticulation de la cuisse.— Guérison. — Nouveau mode de réunion des plaies d'amputation par la suture profonde à étau (1).

8 *mai*. Les deux premiers fils à ligature tombent aujourd'hui. État assez satisfaisant, quoique la malade, par ancienne habitude, réclame encore les injections sous-cutanées de morphine. Toujours point de pansement, si ce n'est les lavages à l'hyposulfite.

12 *mai*. Les fils placés sur les artères fémorales sont tombés sans accident, ainsi que plusieurs autres. Suppuration faible.

17 *mai*. Les derniers fils se détachent; au côté interne de la cicatrice, il s'est formé un petit abcès, qui s'ouvre sous l'influence de cataplasmes. On diminue la quantité de morphine.

19 *mai*. La malade se lève pour la première fois et fait quelques pas avec des béquilles. Il reste trois trajets fistuleux sur le moignon.

1er *juin*. L'opérée se promène dans le jardin et descend les escaliers avec ses béquilles. Elle ne prend plus que 8 milligrammes de morphine par jour, et l'on diminue tous les trois jours de 1 centigramme.

Pendant le mois de *juillet*, on reprend les douches froides pour fortifier le système nerveux de la malade. Le moignon est entièrement cicatrisé, mais il s'y forme de temps à autre de petits abcès.

Au commencement d'*août*, la malade se refroidit dans le jardin, à la suite d'une douche, et est prise d'une violente pleurodynie, avec fièvre et toux spasmodique (pleurite sèche). Vésicatoires volants, antispasmodiques.

La morphine aurait sans doute hâté la disparition de ces symptômes, mais on ne veut pas y revenir ; aussi se prolongent-ils jusqu'à la fin du mois.

Le 18 novembre 1869, l'opérée est présentée à la Société de médecine de Strasbourg. Elle a repris de la couleur et de l'embonpoint, et ne souffre plus de sa jambe qu'aux changements de temps. Elle s'occupe de travaux de ménage et balaye même sa chambre, quoiqu'elle n'ait pas encore d'appareil prothétique. On pourra y recourir maintenant, car la cicatrice est ferme, et le moignon parfaitement matelassé.

Examen du membre amputé.— Aussitôt après l'opération, le membre fut transporté à l'hôpital civil et soumis à un examen approfondi par M. Gross, professeur agrégé et chef des cliniques.

Les muscles sont pâles et présentent un commencement de dégénérescence granuleuse, surtout ceux de la partie externe de la jambe. Ceux de la cuisse sont plus colorés et se rapprochent davantage de l'état normal. Différentes portions de nerfs ont été examinées au microscope, sans montrer aucune altération.

Il n'en est pas de même des os et des cartilages; déjà, en séparant les parties molles du squelette, on s'aperçoit que le scalpel pénètre avec la plus grande facilité dans les condyles du fémur. A l'inspection extérieure, cet os n'offre cependant aucune apparence morbide; mais en le divisant selon sa longueur, on reconnait une atrophie graisseuse très-avancée de sa moitié inférieure. La couche corticale des condyles a à peine l'épaisseur d'une feuille de papier et se laisse déprimer avec le doigt.

Le tissu médullaire est jaune-paille, très-raréfié, montrant au microscope des gouttes de graisse et des leucocytes en grande quantité, ainsi qu'un certain nombre de cellules à noyaux multiples. Cet état se prolonge jusque vers le milieu de la diaphyse, où le tissu compact reprend son épaisseur normale; mais la moelle est fortement graisseuse jusqu'en haut. Le cartilage de la tête fémorale est également en état de dégénérescence graisseuse; la substance fondamentale est infiltrée de granulations; les cellules cartilagineuses sont en voie de prolifération; mais les jeunes cellules sont parsemées de gouttelettes graisseuses en grand nombre.

Les cartilages du genou présentent les mêmes lésions, à un degré plus avancé; la rotule est fortement raréfiée. L'articulation est d'ailleurs dans un état d'ankylose fibreuse, qui ne permet pas les plus légères tentatives de flexion, sans arrachement des ligaments latéraux. Le tibia et le péroné ont la résistance normale et ne paraissent pas altérés.

Cette atrophie graisseuse des os et des cartilages est évidemment l'effet et non la cause de l'affection douloureuse qui existait chez ma malade. Les lésions primitives étaient purement fonctionnelles et constituaient une de ces *arthropathies hystériques* décrites en premier lieu par Benjamin Broddie, et qui, jusqu'à lui, avaient souvent été prises pour des tumeurs blanches.

Quoique assez rare, cette affection ne pouvait guère être méconnue dans ce cas, et l'absence de suppuration, ainsi que le manque de frottements articulaires, constaté à chaque nouvelle anesthésie, ne permettait pas de doute à cet égard.

Si j'ai néanmoins consenti à intervenir chirurgicalement, c'est que, d'une part, la lésion fonctionnelle primitive avait amené des altérations organiques telles (pied-bot paralytique, ankylose du genou, raréfaction du fémur), que le membre se trouvait à tout jamais hors de service ; d'autre part, l'état de santé générale, rendant la mort imminente dans un délai très-rapproché, ne pouvait être modifié que par une détermination peut-être hardie, mais qui a tiré la malade d'une impasse dangereuse.

Mode de réunion de la plaie. — Il me reste à exposer plus en détail la manière dont j'ai réuni la plaie, et qui diffère des procédés ordinaires.

Les chirurgiens qui recherchent la guérison par première intention après les amputations se bornent généralement à suturer la peau, sauf à rapprocher les parties profondes par un bandage plus ou moins approprié.

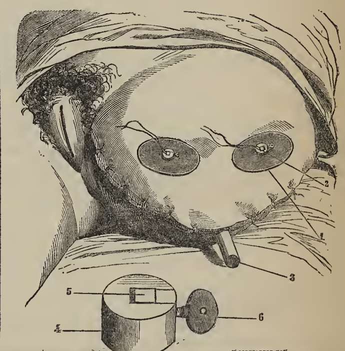
Par grande exception, il arrive de temps à autre que cette réunion réussit dans toute l'étendue de la plaie. Mais d'ordinaire la peau seule prend par première intention et la partie profonde du moignon suppure, à cause du manque de coaptation exacte.

Les liquides septiques, retenus dans les anfractuosités de la plaie, se frayent difficilement une issue au dehors et donnent lieu à des accidents fébriles sérieux, qui constituent même souvent des germes d'une pyohémie mortelle.

Si l'on veut éviter ces dangers, il faut ménager davance un canal au centre de la plaie pour l'écoulement des liquides.

Mais, en outre, on devrait se préoccuper d'avantage de la réunion des parties profondes et un peu moins de celle de la peau. M. Laugier a cherché à réaliser ce but par l'emploi de deux attelles, réunies en forme de pince et destinées à appliquer les deux lambeaux l'un contre l'autre ; M. Bouisson a proposé la suture en matelas ; enfin, de mon côté, je crois avoir rempli la même indication, d'une manière plus parfaite, par ma *suture profonde à étau*, que j'ai décrite, il y a plus de dix ans, dans un mémoire lu à la Société de médecine de Strasbourg. (Séance du 1er décembre 1859. — Voyez *Gazette médicale de Strasbourg*, janvier 1860).

Voici la manière d'appliquer cette suture dans le cas d'amputation à deux lambeaux, car cette dernière se prête le mieux à son application ; mais avec de petites modifications, elle m'a servi également dans des amputations circulaires, des périnéoraphies, des becs-de-lièvre, etc.



Suture profonde à étau, appliquée à une désarticulation de cuisse.

1. Plaque de plomb, légèrement convexe.
2. Petit étau destiné à arrêter les fils métalliques, sur la face postérieure du moignon; les fils traversent également une lame de plomb, mais sont simplement tordus d'un bout d'allumette ou d'une cheville quelconque.
3. Gros tube de caoutchouc, qui plonge jusque vers la cavité cotyloïde pour l'écoulement des liquides.
4. Étau, figuré trois fois plus grand que nature.
5. Lame mobile, destinée à pincer le fil, quand elle est poussée par :
6. La vis, dont la tête aplatie peut être tournée par une pince ou un petit crochet s'engageant dans le trou.

Les instruments nécesaires sont :

1° Une *longue aiguille* d'acier formée par une tige mince et munie d'un chas. Il la faut longue en raison de l'épaisseur des parties à traverser. On peut la remplacer par un trocart explorateur dont la canule sert au passage des fils.

2° Des *minces plaques de plomb*, légèrement convexes et percées d'un trou à leur centre pour le passage des fils. Je les prends d'ordinaire grandes, pour répartir la pression sur une large surface et diminuer le nombre des points. Dans le cas particulier, les plaques avaient 6 centimètres de long sur 4 de large, et 1 faible millimètre d'épaisseur. Je préfère le plomb à toute autre substance, parce qu'il se laisse modifier instantanément, selon les besoins, et qu'il n'irrite pas la peau. Il faut donc deux plaques par chaque point de suture.

3° Des *étaux* en nombre égal aux sutures qu'on veut appliquer. Ces étaux sont de petits cylindres de maillechort d'un demi centimètre de hauteur sur autant de diamètre. (Voy. fig. 4.) Leur centre est percé d'une ouverture qui reçoit le fil. On arrête ce dernier en tournant la vis (fig. 6), qui pousse une petite lame destinée à le pincer.

4° Du *fil métallique* fin de fer ou d'argent. Je le prends double pour avoir plus de facilité à le tordre sur des petites chevilles de bois.

Le mode d'application de la suture est maintenant facile à comprendre. Quand le sang est étanché et les lambeaux rapprochés, on les perce à deux ou trois travers de doigt de leur bord avec l'aiguille armée d'un fil double. Son bout postérieur est passé à travers une plaque de plomb, puis tordu avec une cheville. Le bout antérieur est également passé à travers une plaque, et, de plus, à travers un étau ; alors le fil est tendu avec les derniers doigts de la main gauche pendant que le pouce et l'index repoussent avec force l'étau et la plaque du côté des chairs. A ce moment, la vis est serrée au moyen de la main droite armée d'une pince, et la suture se trouve arrêtée. On peut alors appliquer la suture superficielle comme à l'ordinaire, si on le juge à propos, ou se contenter de la réunion des parties profondes si l'on craint la rétention des liquides.

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

Le nombre de sutures profondes qu'il convient de placer ne sera pas le même dans tous les cas. Jusqu'à présent, dans deux amputations de cuisse et dans cette désarticulation coxo-fémorale, je me suis toujours contenté de deux points profonds, en me servant de plaques très-larges; mais si l'on désirait une coaptation plus complète, il faudrait faire des sutures plus nombreuses, avec des plaques petites et rondes.

L'un des avantages de la suture profonde, que je compte démontrer par des faits cliniques ultérieurs, c'est de dispenser de la plupart des ligatures artérielles. La compression exacte des lambeaux, pendant les premières vingt-quatre heures, suffit à l'hémostasie. Grâce aux étaux, on peut employer à cet effet une construction suffisante, sans danger d'étranglement, puisque la suture peut et doit se relâcher le lendemain et les jours suivants, en proportion du gonflement inflammatoire. Vers le cinquième ou le sixième jour, on enlève définitivement les fils, mais en cas de besoin on pourrait les laisser séjourner sans inconvénient un temps beaucoup plus long.

Dans ma seconde amputation de cuisse, faite d'après ce procédé en 1863, sur une pensionnaire de l'hôpital, je ne mis qu'un seul fil sur l'artère fémorale, et la suture profonde arrêta parfaitement toute hémorrhagie. La malade guérit en peu de temps; malheureusement, je n'ai pu retrouver cette observation. Malgré cet heureux exemple, je n'osai pas encore me fier à ce procédé hémostatique chez ma malade actuelle, que je ne voulais pas exposer à la plus petite chance d'hémorrhagie; mais je suis persuadé qu'une expérience ultérieure montrera qu'on peut y avoir pleine confiance.

Après la suture profonde, je n'applique ni bandage, ni pansement. Le moignon est couché sur un coussin, garni de toile cirée. Pendant toute la durée du traitement, je n'ai pas employé un brin de charpie chez mon opérée, si ce n'est le petit rouleau placé dans le centre de la plaie pendant les premières 24 heures, et qui fut alors remplacé par un tube de caoutchouc. Un bassin, contenant une poudre désinfectante, recevait le pus, et trois ou quatre fois par jour on faisait une injection d'hyposulfite à travers le tube.

De cette façon, la plaie n'a jamais exhalé d'odeur, quoique ma patiente fût couchée dans une chambre assez petite, avec deux autres malades.

Point de ces pansements compliqués et douloureux, qui font perdre un temps précieux au chirurgien et sont l'effroi des opérés; point de danger d'infection par des pièces de pansement impures.

Ce traitement des plaies d'amputation n'est d'ailleurs ni nouveau, ni propre à la suture profonde, j'ai appris à l'apprécier dans la clinique de mon excellent maître le professeur Sédillot, mais il mériterait d'être plus répandu.

C'est à cet ensemble de précautions, et surtout à la suture profonde, que je crois devoir attribuer le succès de cette opération, entreprise cependant dans des conditions assez défavorables.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 18 janvier 1870. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret, en date du 5 janvier 1870, par lequel est approuvée l'élection de M. Giraldès comme membre titulaire dans la section de médecine opératoire, en remplacement de M. Lagneau, décédé.

Sur l'invitation de M. le président, M. Giraldès prend place parmi ses collègues.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport final de M. le docteur Gallard, médecin des épidémies de l'arrondissement de Neuchâteau, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Cincours (Vosges).

2° Un rapport final de M. le docteur Desfossés Lagravière, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Bouriac, sur une épidémie de variole qui a régné dans la commune de Genouillat en 1869. (Commission des épidémies.)

3° Un rapport de M. le docteur Montagnan, médecin-inspecteur des eaux minérales de Capvern (Hautes-Pyrénées), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1869. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Alexandre Mayer, secrétaire général de la Société protectrice de l'enfance, invitant l'Académie à assister à la séance générale annuelle de cette Société, qui aura lieu le dimanche 23 janvier, à trois heures précises de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre impérial des arts et métiers.

2° Une lettre de M. le docteur Berg, de l'île de la Réunion, accompagnant l'envoi d'un pli cacheté, dont l'envoi est accepté.

3° Des lettres de remercîments de MM. Mignot, Piza et Péon, lauréats de l'Académie.

Les ouvrages suivants sont présentés à l'Académie.

Par M. GAVARRET, au nom de M. le docteur Bergeon, une brochure intitulée : *Recherches sur la physiologie médicale de la respiration à l'aide de l'anapnographe.*

Par M. BOUCHARDAT, la 5e édition du *Traité de l'urine et des sédiments urinaires*, de MM. Meerbaner et Vogel; traduit par M. le docteur Gautrel.

Par M. LARREY : 1° un ouvrage sur les maladies simulées, par M. le docteur Boisseau ;

2° *Mémoire sur l'aphasie ou dysphasie traumatique*, par M. le docteur Martin;

3° Un guide médical et hygiénique des baigneurs aux plages de l'Ouest, par M. le docteur Drouineau.

M. LE PRÉSIDENT rend compte de la visite faite par le bureau de l'Académie à M. le ministre de l'instruction publique.

RAPPORTS

I. — DYSPEPSIES ET MALTINE

M. BOUCHARDAT, au nom d'une commission dont il fait partie avec M. Guéneau de Mussy et Marotte, donne lecture d'un rapport sur le travail de M. le docteur Contaret, de Roanne, intitulé : *Essai sur la maltine et les dyspepsies.* Prenant pour point de départ les recherches sur la digestion, que M. Bouchardat a exécutées en collaboration avec M. Sandras, l'auteur a proposé une classification des dyspepsies basée sur le rôle des organes digestifs, sur la nature de nos aliments et sur leur mode d'impressionner les divers organes qu'ils parcourent dans la digestion. Il admet la dyspepsie amylacée ou salivaire, la dyspepsie duodéno-intestinale et la dyspepsie gastrique ou sulfhydrique.

Les causes les plus diverses et les plus contradictoires peuvent amener ces dyspepsies : l'excès et l'insuffisance, les aliments grossiers ou trop raffinés y contribuent également, sans compter la goutte, le rhumatisme et mille autres affections bien connues. Enfin le manque de proportion suffisant des ferments normaux nécessaires à la digestion ou le développement dans l'appareil digestif de ferments anormaux deviennent autant de causes de gastralgies. M. Contaret a plus particulièrement étudié la dyspepsie liée à l'insuffisance du ferment amylacé, et il préconise contre cette affection le ferment extrait de l'orge germé, la diastase pure, qu'il désigne sous le nom de *maltine*. Cette médication paraît lui avoir donné de bons résultats dans les 35 observations qu'il cite. Nous proposons donc à l'Académie d'adresser une lettre de remercîments à M. le docteur Contaret, et de déposer son mémoire honorablement dans les archives. (Adopté.)

II. — EMPLOI DU BROMURE DE POTASSIUM CHEZ LES ENFANTS

M. BARTHÈS, au nom d'un commission dont il fait partie avec MM. Gubler et Roger, lit un rapport sur un travail de M. le docteur Moutard-Martin relatif aux applications du bromure de potassium à la médecine des petits enfants.

« Nous sommes souvent appelés, dit M. le rapporteur, pour donner nos soins a de jeunes enfants qui, sans avoir une maladie bien déterminée, ne sont cependant pas dans des conditions de santé parfaite et qui offrent une suite de phénomènes légers paraissant dépendre exclusivement de la surexcitation du système nerveux...

« M. Moutard-Martin a eu l'idée d'opposer à ces accidents le bromure de potassium. Il le donne aux plus jeunes enfants à la dose de 10 à 20 centigrammes, en deux ou trois fois, dissous dans de l'eau sucrée ou dans du sirop de fleurs d'oranger. L'enfant tette par dessus. Cette médication est très-bien supportée. Son action sédative apparaît dès la première ou la seconde nuit, s'établit, et persiste les jours suivants.... »

La réussite a été constante, complète et rapide dans les cas d'insomnie simple; elle a eu lieu aussi, mais moins constamment et moins rapidement dans les cas d'insomnie agitée.

Pendant les accidents du travail de la dentition, le bromure a rendu de véritables services en calmant les petits malades pour plusieurs jours. M. Moutard-Martin suppose même que l'on peut, par ce moyen, prévenir les convulsions en raison de l'action anesthésante du médicament.

Enfin l'action sédative du bromure de potassium sur les érections auxquelles les enfants sont sujets est suffisamment prouvée par une observation de M. Moutard-Martin par un autre cas que M. Barthez a observé avec le docteur F. Guyon.

Le travail de M. Moutard-Martin, dit en terminant M. le rapporteur est, comme tous les travaux de notre honorable confrère, l'œuvre d'un esprit judicieux et pratique. Nous avons pu d'ailleurs contrôler la vérité de ses conclusions, par les expériences que nous avons faites nous-mêmes.

« La commission propose en conséquence :

« 1° D'adresser des remercîments à M. le docteur Moutard-Martin;

« 2° De déposer très-honorablement son travail dans les archives de l'Académie. » (Adopté.)

III. — BACTERIDIES DANS L'ŒDÈME CHARBONNEUX.

M. DAVAINE lit un rapport sur un travail de M. Raimbert, intitulé : *Recherches sur la constitution et le diagnostic de l'œdème malin.*

La maladie charbonneuse chez l'homme, dit M. Davaine, se développe, dans la plupart des cas, sous la forme d'une pustule dont l'apparence particulière permet ordinairement de la reconnaître à son début. Mais cette maladie se développe parfois aussi comme une simple tuméfaction sans caractères spéciaux. C'est l'œdème malin ou charbonneux dont le docteur Bourgeois d'Etampes, le premier, en 1843, a fait connaître la nature. Depuis lors, en 1865, j'ai pu reconnaître l'existence de bactéridies dans le sang d'un homme chez lequel M. Debrou avait constaté l'existence d'un œdème malin charbonneux et qui était mort. Mais avant les dernières recherches de M. Raimbert, le diagnostic de cette affection était toujours difficile, le plus souvent on ne pouvait la reconnaître que trop tard pour s'opposer à ses progrès. M. Raimbert indique un moyen simple et pratique de ne plus s'y tromper.

Je n'ai pas besoin de rappeler qu'il existe dans le sang des animaux charbonneux des corps filiformes semblables aux bactéries, mais toujours immobiles, des bactéridies en un mot, et qu'il existe aussi de ces petits corps dans la pustule maligne dont ils peuvent devenir l'un des caractères diagnostiques les plus précis. Ce sont ces mêmes petits corps que M. le docteur Raimbert a trouvés dans la sérosité de l'œdème malin; or, comme ils existent exclusivement dans la maladie charbonneuse, ils déterminent immédiatement et certainement la nature de l'œdème dans lequel on les trouve.

Le malade observé par M. Raimbert était un marchand de peaux de mouton, chez lequel un œdème s'est développé à l'angle interne des paupières de l'œil gauche. Le lendemain l'œdème avait envahi la tempe, le frontal, la moitié supérieure de la joue du même côté. Au moment de l'examen, il n'existait point sur ces parties de véritables vésicules, mais seulement de petites saillies qui donnaient à la peau l'apparence chagrinée. La lance du bistouri, promenée sur cette surface rugueuse, fit sortir un peu de sérosité légèrement sanguinolente. Placé sous le microscope, ce liquide laisse voir des bactéridies bien caractérisées. La maladie continua de s'aggraver; les parties œdématiées se couvrirent de vésicules dont la sérosité renfermait un grand nombre de bactéridies. Enfin les phénomènes ultérieurs, l'issue funeste du mal, vinrent prouver que l'œdème était bien de nature charbonneuse et confirmèrent le diagnostic porté dès le début par l'examen de la sérosité sous-épidermique des parties affectées.

M. le rapporteur conclut en rappelant les autres travaux de M. Raimbert et en proposant au nom de la commission :

1° D'adresser des remercîments à M. le docteur Raimbert pour son importante observation ;

2° De publier cette observation dans les bulletins ;

3° De signaler l'auteur à l'attention de la commission chargée de présenter des candidats aux places vacantes de membres correspondants de l'Académie.

M. BOULEY. Une simple question. Je vois bien que ce travail indique un moyen pratique de diagnostiquer l'œdème malin; mais est-il question d'un traitement à y opposer?

M. DAVAINE. L'auteur n'indique pas de traitement.

M. GOSSELIN. Il m'a semblé que M. Davaine ne paraissait pas avoir une entière confiance dans la recherche des bactéridies pour faire reconnaître les vraies pustules malignes des fausses, qui leur ressemblent tant en apparence. Ne pourrait-on pas en cas pareil, à l'aide de l'ammoniaque par exemple, provoquer rapidement la production de vésicules dans lesquelles on rechercherait les bactéridies?

M. DAVAINE. Il existe toujours des vésicules dans la véritable pustule maligne, et ces vésicules m'ont toujours fourni des bactéridies. M. Raimbert a, comme moi, toujours obtenu des résultats positifs dans les vraies pustules malignes, soit par la recherche des bactéridies, soit par l'inoculation, qui a toujours été suivie de mort. Je ferai prochainement une communication sur ce sujet.

M. COLIN. Quand on inocule très-superficiellement les animaux, avec du sang charbonneux par exemple, on produit une tumeur charbonneuse, un charbon local qui s'accompagne d'un œdème très-étendu. Dans la sérosité extraite des tissus œdématiés, on trouve des bactéridies alors qu'il n'y en a pas encore dans le sang. Chez le cheval, ces bactéridies paraissent vingt-quatre ou trente-six heures après l'inoculation, et, pour constater leur preuve, il suffit de faire une légère piqûre avec une lancette ou même avec une aiguille et d'examiner au microscope le liquide extrait par ce moyen.

Au point de vue du traitement, je me demande si l'on ne pourrait pas extirper les tissus œdématiés comme en médecine vétérinaire on extirpe les charbons locaux, ou tout au moins y faire des incisions profondes et les cautériser.

M. DAVAINE. Le siége habituel de l'œdème malin ne permet guère de faire des incisions profondes.

IV. — GALE DU CHAT. — NOUVEAU PARASITE DU CHEVAL

M. DAVAINE, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Barth et Gubler, lit un second rapport sur les deux mémoires présentés par M. Mégnin, vétérinaire dans l'artillerie de la garde, et relatifs, l'un à la gale du chat, l'autre à un parasite nouveau du cheval. L'acare qui occasionne la gale du chat est un sarcopte; mais il est spécifiquement différent de celui de l'homme; on lui a donné le nom de *sarcopte notoèdre*. Plusieurs observations font présumer que la gale qu'il détermine peut se transmettre de l'homme au bœuf, et à quelques autres animaux, et qu'il détermine sur cet animal une gale des plus intenses.

M. Mégnin, après avoir fait de l'acare du chat une étude plus complète que ses devanciers, a cherché expérimentalement si cet acare ne se communique pas au cheval.

Une expérience faite au moyen d'un lambeau de la peau d'un chat, couvert d'un grand nombre d'acares, et maintenu en contact immédiat avec la peau du garot d'un cheval, a produit, au bout de dix jours, une gale tellement étendue et tellement grave, qu'on a jugé prudent d'arrêter l'expérimentation et de soumettre le cheval à un traitement antipsorique. Cette expérience prouve donc que le sarcopte du chat se transmet au cheval. En outre, elle donne une grande probabilité aux faits qui ont porté plusieurs observateurs à croire que cette gale est transmissible à l'homme et que le sarcopte notoèdre, semblable sous ce rapport au sarcopte de l'homme, peut se propager sur plusieurs mammifères.

Le second mémoire de M. Mégnin est relatif à un exode parasite du cheval, inconnu jusqu'à ce jour, et qui se distingue de tous les autres ixodides par l'habitude qu'il a de s'enfoncer profondément dans la peau, comme le fait la puce pénétrante observée particulièrement sur les chevaux de l'armée. Cette maladie qui tourmente violemment les chevaux, et peut même les faire mourir par épuisement, est déterminée par de nombreux acares qui se trouvent dans les fourrages altérés.

Les travaux de M. Mégnin ont déjà donné beaucoup et promettent plus encore. Aussi la commission propose à l'Académie de les encourager de sa haute approbation, et de déposer les deux mémoires de l'auteur honorablement dans ses archives. (Adopté.)

M. COLIN. Le sarcopte notoèdre avait été décrit une première fois, il y a quarante ans; il a été de nouveau décrit et en outre représenté par Delafond, il y a huit ans, dans des planches qui ne diffèrent pas notablement de celles qu'on vient de nous mettre sous les yeux. M. Méngin n'a donc rien fait de neuf à cet égard. Quant à son expérience, elle ne prouve rien, car les acares d'un animal pouvant se conserver vivants pendant des semaines, dans un lieu chaud, peuvent, à plus forte raison, subsister pendant le même temps sur la peau d'un autre animal. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce qu'on retrouve des acares de chat sur un cheval, après quelques jours. Mais, dit-on, ces acares ont déterminé des démangeaisons, une véritable gale. A ceci je répondrai que l'unique expérience de M. Mégnin a été trop écourtée et trop interrompue pour rien prouver. Il y a du reste d'autres expériences contradictoires, qui prouvent

que le notoèdre ne peut pas s'acclimater sur un autre animal que le chat, bien qu'il puisse y subsister pendant quelque temps, comme il le fait dans un fumier. Les démangeaisons ne prouvent absolument rien, car tous les acares en causent, bien que tous, à beaucoup près, ne causent pas une gale durable. Le sarcopte proprement dit, seul, peut s'acclimater sur l'homme, sur le lion, sur le dromadaire, sur le lama, etc., et y causer également la gale. Aussi le cheval sur lequel on a tenté l'expérience qu'on nous citait tout à l'heure n'a-t-il eu qu'une affection qui était aussi localisée qu'elle devait être temporaire si l'on avait prolongé l'expérience.

M. DAVAINE. M. Mégnin n'a pas la prétention de se dire le premier qui ait étudié le sarcope notoètre. Mais il l'a mieux étudié que ses devanciers. Quant à la gale du cheval, qui fait l'objet de l'expérience, les démangeaisons ne furent pas locales comme le prétend M. Colin, mais bien générales, comme je l'ai écrit dans mon rapport.

C'est ce qui a forcé M. Mégnin de traiter l'animal pour l'empêcher de mourir.

M. HARDY. Il m'est arrivé souvent des malades qui croyaient avoir pris la gale en noyant des chiens et des chats qui en étaient atteints. Mais leur gale était fort différente de la gale vraie, et s'en distinguait particulièrement par l'absence des sillons spécifiques de la gale. Au bout de quelques jours, ils étaient radicalement guéris, sans avoir eu besoin d'aucun traitement, ou du moins d'aucun traitement énergique. De simples bains suffisaient pour la plupart.

M. VULPIAN. Au jardin des Plantes, où l'on observe un certain nombre de chiens ou de chats galeux, j'ai eu souvent l'occasion d'observer des faits analogues à ceux que vient de citer M. Hardy. Les acares du chien transportés sur l'homme n'y creusaient jamais les sillons propres à la gale. Il est vrai que l'on n'attendait pas en général que les démangeaisons cessassent d'elles-mêmes. Nous les faisions disparaître en tuant les acares au moyen de la térébentine. Mais ce que je puis affirmer, c'est la différence radicale que M. Hardy vient d'expliquer entre les effets causés par les sarcoptes communs de l'homme et ceux du chien, bien que ces dernières fassent énormément souffrir, et finissent même par tuer souvent les chiens sur lesquels ils se fixent.

Les conclusions du rapport de M. Davaine sont de nouveau lues et adoptées.

Discussion sur la mortalité des nourrissons.

M. BRIQUET. Je viens défendre les conclusions de la commission contre les attaques des philanthropes utopistes, qui nous ont proposé des moyens inapplicables ou à peu près inefficaces.

D'abord, je tiens à faire remarquer que le chiffre de 51 p. 100 que l'on donne comme représentant la mortalité des enfants mis en nourrice à la campagne est exagéré, excessif. En effet, si l'on met par an 20 enfants pour 100 en nourrice à la campagne, et encore je crois que le nombre doit être plus considérable et s'élever à peu près à 22 p. 100, il faut bien admettre qu'il en reste au plus 78 p. 100 à Paris. Or, il est né dans cette capitale, de 1857 à 1866, un total de 486,970 enfants, il a donc dû en rester à peu près 266,970, sur lesquels 76,650 sont morts dans leur première année. Cela fait, à peu de chose près, 29 p. 100. En ajoutant ce chiffre à celui que la commission accepte comme vrai pour les nourrissons qui sont envoyés à la campagne, on trouverait une mortalité de 80 p. 100; or, il est impossible que les 8/10e des enfants nés à Paris succombent dans leur première année. Il faut donc admettre qu'on a dû exagérer un des deux chiffres. Ce n'est pas celui de Paris, constaté par l'état civil; c'est donc celui des nourrissons qui sont envoyés à la campagne, et comme il n'est pas admissible que le total dépasse 70 p. 100, à peine peut-on supposer que ce second chiffre égale 40 p. 100.

Ainsi la différence entre ces deux classes d'enfants est bien moins grande qu'on ne le croit, Et si l'on pense que des enfants, mis en nourrice à la campagne, sont ordinairement les enfants des pauvres, malingres, chétifs, débiles, cachectiques, voués à la mort dès leur enfance, on n'attribuera plus de si beaux résultats à l'allaitement maternel.

Chez les pauvres, quand la mère nourrit, la mortalité est au moins aussi élevée, et pourquoi donc ne le serait-elle pas ?

On a parlé de l'attachement maternel, des soins des mères et des autres parents, des secours qu'elles pourraient recevoir à domicile. Malheureusement on se fait à cet égard de grandes illusions.

L'attachement des mères est bien peu de chose dans la classe de celles dont les enfants sont envoyés à la campagne. Dans les salles d'accouchement des hôpitaux, dans les maternités, malgré tout le désir de l'administration, ses encouragements, ses excitations de toutes sortes, les petits soins, les petites douceurs, le régime exceptionnel qu'y reçoivent les mères nourrices, la plupart se refusent à nourrir leurs enfants, et les laisseraient mourir de faim sans la surveillance attentive des personnes du service. On en a vu qui ont asphyxié leurs enfants en les gorgeant de tisane, afin de se débarrasser d'eux. Dans les crèches, les femmes du peuple négligent de venir deux fois par jour, allaiter leurs enfants. Elles ne s'en inquiètent guère, et ne voudraient pas perdre quelque chose en se dérangeant pour eux de leur travail.

Il ne faut pas parler des soins intelligents donnés par les parents dans les familles pauvres. Dans les maternités, la négligence des mères est poussée à un point extrême. Elles ne remettent pas leurs enfants dans les berceaux après les avoir allaités; mais pour les faire taire et rester elles-mêmes plus tranquilles, elles les placent dans leurs lits, sous les couvertures, où ils respirent l'odeur des sueurs et des lochies, et trop souvent sont étouffés sous le poids du corps de la mère quand elle se retourne en dormant.

Les malheureux enfants, dans les familles pauvres des grandes villes, passent la journée entière sans être changés, dans leur ordures, excoriés, amaigris; ils restent exposés à tous les accidents qu'engendrent le défaut de surveillance et l'incurie ; ils ont mauvais air, mauvais lait, et ils gagneraient certainement à être envoyés en nourrice à la campagne.

Chez leurs parents, ils sont plus mal soignés encore qu'à l'hôpital. Or, à l'hôpital, la mortalité des enfants trouvés s'élève à 12 1/10e p. 0/0 pendant les quelques jours seulement qu'ils y passent avant d'être mis en nourrice, tandis qu'une fois en nourrice à la campagne, ils ne fournissent plus qu'une mortalité de 8 1/2 p. 0/0 pendant le reste de la première année.

A la campagne, en effet, le nourrisson respire un meilleur air et plus d'air ; il boit un lait sain au lieu du lait d'une femme malsaine ; il doit donc aller mieux.

Quant aux secours que les parents pourraient recevoir des sociétés de bienfaisance ou de toute autre source, ils seront toujours insuffisants dans une grande ville comme Paris. Ils profiteront d'ailleurs surtout à la fraude, comme on l'a bien vu lorsque l'assistance publique donnait 5 francs par mois à chaque mère qui présentait un enfant malade. Le même enfant passait de main en main, et revêtu d'autres langes, faisait chaque fois donner un secours de 5 francs à celle qui le portait. C'était devenu bientôt un commerce, dont les conditions se débattaient chez les marchands de vin.

Vu l'heure avancée, l'orateur remet la suite de son discours à la prochaine séance.

La séance est levée.

PRIX DE 1869

PRIX ET MÉDAILLES ACCORDÉS A MM. LES MÉDECINS VACCINATEURS POUR LE SERVICE DE LA VACCINE EN 1868.

2° *Quatre médailles d'or à* : M. Bernier (Alph.), médecin à Archiac (Charente-Inférieure), membre du conseil d'hygiène publique pour l'arrondissement de Jonzac depuis dix-neuf ans, médecin-vaccinateur du même canton depuis 1843, qui a déjà obtenu une médaille d'argent et qui n'a cessé depuis cette époque de faire de louables efforts pour répandre la vaccine dans un canton où les communications sont difficiles et qui comprend dix-sept communes. — Mme veuve Bories, sage-femme à Alban (Tarn), qui a montré beaucoup de zèle pour la propagation de la vaccine. Le chiffre de ses opérations pour 1868 s'est élevé à 716. — M. Godefroy, docteur en médecine à Rennes (Ille-et-Vilaine), qui, en sa qualité de conservateur du vaccin pour le département, en a fourni à 166 de ses confrères, et qui, deux fois par semaine, vaccine gratuitement toutes les personnes qui s'adressent à lui. — M. Mouret, docteur en médecine à Monistrol (Haute-Loire), qui a déjà été récompensé par une médaille d'argent l'année dernière, et qui se trouve encore cette année en tête des principaux vaccinateurs de son département.

3° Cent médailles d'argent aux vaccinateurs dont les noms suivent, et qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des observations et des mémoires qu'ils ont transmis à l'Académie :

Mmes Abrioux (Cl.), sage-femme à Massay (Cher). — Augé, sage-femme à Cette (Hérault). — Barrier, sage-femme à Bromont-Lamothe (Puy-de-Dôme), — Bats (femme Prade), sage-femme à Nérac (Lot-et-Garonne). — M. Beaupoil, docteur-médecin à Ingrandes (Indre-et-Loire). — Mme Béranger, directrice de la salle d'asile à Angers (Maine-et-Loire). — M. Berquet, docteur-médecin à Beaurepaire (Isère). — Mme Bonifait (femme Bergeau) sage-femme, à Saint-Varent (Deux-Sèvres). — MM. Bottini, docteur-médecin à Menton (Alpes-Maritimes). — Bouley, docteur-médecin à Épinac (Saône-et-Loire). — Brieude fils, officier de santé à Marcillac-lez-Croisil. (Corrèze). — Bruny, docteur-médecin à Saint-Étienne (Loire). — Cambriels, officier de santé à Saint-Laur-de-la-Salanq. (Pyrénées-Orientales). — Mlle Carmentran, sage-femme à Sore (Landes). — MM. Chabanne, docteur-médecin à Aubenas (Ardèche). — Chapon, docteur-médecin à Portes (Gard). — Mme Chateauvert, sage-femme à Aubusson (Creuse). — M. Cunisset, docteur-médecin à Pouilly-en-Auxois (Côte-d'Or). — Mme Dard-Braux, sage-femme à Troyes (Aube). — MM. Delagarde, médecin à Confolens (Charente). — Delannegrie, médecin à Morlaix (Finistère).

Mme Dougados, sage-femme à Castres (Tarn). —MM. Ducasse, officier de santé à Galan (Hautes-Pyrénées). — Dulac, docteur-médecin à Montbrison (Loire). — Mme Dumas, sage-femme à Langogne (Lozère). — MM. Durozier, docteur-médecin (1er arr.) à Paris (Seine). — Durrvvell, médecin cantonal à Guebwiller (Haut-Rhin). — Duverger (J.-B.), officier de santé à Aixe (Haute-Vienne). — Etchart, docteur médecin à Navarrenx (Basses-Pyrénées). — Eysserie, docteur-médecin à Pernes (Vaucluse). — Mme Farenc, sage-femme à Moissac (Tarn-et-Garonne). — M. Félix, docteur-médecin à L'Isle (Vaucluse), — Mme Ferret (femme Michaud), sage-femme à Bessuire (Deux-Sèvres). — MM. Fettu, docteur-médecin à Bellême (Orne).— Folacci, docteur-médecin à Bastelica (Corse). — Galy (J.-P.), chirurgien à Ustou (Ariége). — Gassiloud, médecin à Chambéry (Savoie).— Geneuil, docteur-médecin à Jonzac (Charente-Inférieure). — Mme Gilles, sage-femme à Givet (Ardennes). — MM. Goujon, officier de santé à Notre-Dame-de-Vaudreuil (Eure). — Guérin, médecin cantonal à Remollon (Hautes-Alpes). — Mme Guerrand, sage-femme à Cherbourg (Manche). — MM. Guezennec, docteur-médecin à Lannion (Côtes-du-Nord). — Guillotin, docteur-médecin à Manron (Morbihan). — Mme Hiérard, sage-femme à Chartres (Eure-et-Loir). — MM. Jacobi, médecin cantonal à Schiltigheim (Bas-Rhin). — Jalabert, docteur-médecin à Carcassonne (Aude). — Jean, docteur-médecin à Aups (Var). — Jeanbernat, docteur-médecin à Toulouse (Haute-Garonne). — Jeoffroy docteur-médecin à Thonon (Haute-Savoie).—Joseph, docteur-médecin (13e arr.) à Paris [Seine[. — Mmes Lasserre, sage-femme à Monpazier (Dordogne). — Lebrun, sage-femme à Saint-Quentin (Aisne). — Lemmet, sage-femme à Condat (Cantal). — M. Lepée, docteur-médecin à Caen (Calvados). — Mme veuve Lépine, sage-femme à Genrouet (Loire-Inférieure). — M. Loncle, officier de santé à Maule (Seine-et-Oise). — Mme Lubet, sage-femme à Bazas (Gironde). — M. Marty, docteur-médecin, à Dixmont (Yonne). — Mme Massartic (femme Rouzeyrol), sage-femme, à Nérac (Lot-et-Garonne). — M. Mathieu, docteur-médecin à Delme (Meurthe). — Mme Maureau, sage-femme à Arles (Bouches-du-Rhône). — M. Mayen, docteur-médecin à Arques (Lot). — Mmes Métayer, sage-femme à Moncoutant (Deux-Sèvres). — Monchaussée, sage-femme à Brie-Comte-Robert (Seine-et-Marne). — MM. Monnot, docteur-médecin à Besançon (Doubs). — Monot, docteur-médecin à Meaux (Nièvre).— Mme Morin, sage-femme à Verdun (Meuse), — MM. Moussu, médecin aide-major au 12e de ligne (Algérie). — Noël, médecin-major au 2e régiment de tirailleurs à Paris (Seine). — Pangaud, docteur-médecin à Montluçon (Allier). —MM. Pelot, médecin cantonal à Dompierre (Jura).— Pingault, docteur-médecin à Poitiers (Vienne). — Plonquet, officier de santé à Ay (Marne). — Mlle Pochon, sage-femme à Saint-Pierre-du-Chemin (Vendée). — M. Pouchain, docteur-médecin à Péronne (Somme). — Mme Pougnault-Mottu, sage-femme à Saint-Aignan (Loir-et-Cher). — M. Poulet, docteur-médecin, à Plancher-les-Mines (Haute-Saône). — Mmes Rabu, sage-femme à Saint-Mars-la-Jaille (Loire-Inférieure). — Veuve Renaud, sage-femme à Bourg (Ain). — Riban, sage-femme à Rennes (Ile-et-Vilaine). — MM. Richard, officier de santé à Yerville (Seine-Inférieure).— Roëlandts, docteur-médecin à Courbevoie (Seine), — Rohr, officier de santé à Saale (Vosges). — Mme Rousseau, sage-femme à Chateaurenard (Loiret). — MM. Salettes, docteur-médecin à Laguiole (Aveyron). — Sapin, officier de santé à Poule (Rhône). — Mme Saulnier, sage-femme à Melleray (Sarthe). — MM. Signoret, officier de santé à Saint-Paul (Basses-Alpes). — Souchier, médecin vaccinateur à Étoile (Drôme). — Sœur Stanislas, de la maternité, à Metz (Moselle). — M. Tabère, docteur-médecin à Caen (Calvados). —. Mme Thuillière, sage-femme à Auch (Gers).—MM. Thomas, docteur-médecin à Saint-Didier (Haute-Loire). — Toffart, officier de santé à Dillers (Pas-de-Calais). — Tourneux, officier de santé à Saint-Aignan (Mayenne). — Mme Trotignon, sage-femme à Châteauroux (Indre). — MM. Vannaque, docteur-médecin à Compiègne (Oise). — Vernet, docteur-médecin à Roujan (Hérault). — Mme Vuylteke-Vermandère, sage-femme à Roubaix (Nord).

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1870.

PRIX DE L'ACADÉMIE.

L'Académie propose pour question :

« Des épanchements traumatiques intra-crâniens. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL.

La question proposée est ainsi conçue :

« De l'état des os, notamment des vertèbres, dans le cancer des viscères. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR Mme BERNARD DE CIVRIEUX.

La question suivante est mise au concours :

« Les névroses peuvent-elles être diathésiques? S'il existe des névroses diathésiques, indiquer les caractères spéciaux que chaque diathèse imprime à chaque névrose. »

Ce prix sera de la valeur de 800 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON BARBIER.

(*Voyez dans notre dernier numéro les conditions du concours.*)

Ce prix sera de la valeur de 3,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR CAPURON.

L'Académie propose pour sujet de prix :

« Des phénomènes précurseurs et concomitants de la sécrétion lactée. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR ERNEST GODARD.

Ce prix sera accordé au meilleur travail sur la pathologie interne.

Il sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR ORFILA.

L'Académie met de nouveau au concours la question suivante :

« De la digitaline et de la digitale.

« Isoler la digitaline ; rechercher quels sont les caractères chimiques qui, dans les expertises médico-légales, peuvent servir à démontrer l'existence de la digitale et celle de la digitaline.

« Quelles sont les altérations pathologiques que ces substances peuvent laisser à leur suite dans les cas d'empoisonnement?

« Quels sont les symptômes auxquels elles peuvent donner lieu?

« *Jusqu'à quel point* et dans *quelle mesure* peut et doit être invoquée l'expérimentation des matières vomies sur les animaux, de celles trouvées dans l'économie, ou des produits de l'analyse, comme *indice* ou comme *preuve* de l'existence du poison et de l'empoisonnement? »

Ce prix sera de la valeur de 6,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR ITARD.

Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou thérapeutique appliquée.

Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Ce prix sera de la valeur de 2,700 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. DE DOCTEUR RUFZ DE LAVISON.

La question posée par le fondateur est ainsi conçue :

« Établir par des faits exacts et suffisamment nombreux, chez les hommes et chez les animaux qui passent d'un climat dans un autre, les modifications, les altérations de fonctions et les lésions organiques qui peuvent être attribuées à l'acclimatation. »

Ce prix pourra être décerné à la séance générale de 1870.

Comme pour les autres prix que décerne l'Académie, les médecins français et étrangers seront admis à ce concours.

Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE MARQUIS D'OURCHES.

(*Extrait du testament.*)

« Je veux qu'il soit prélevé sur les valeurs de ma succession une somme de 25,000 francs, destinée, dans les conditions ci-après énoncées, à la fondation de deux prix, savoir :

« 1° Un prix de 20,000 francs pour la découverte d'un moyen simple et vulgaire de reconnaître d'une manière certaine et indubitable les signes de la mort réelle; la condition expresse de ce prix est que le moyen puisse être mis en pratique, même par de pauvres villageois sans instruction.

« 2° Un prix de 5,000 francs pour la découverte d'un moyen de reconnaître, d'une manière certaine et indubitable, les signes de la mort réelle, à l'aide de l'électricité, du galvanisme, ou de tout autre procédé exigeant, soit l'intervention d'un homme de l'art, soit l'application de connaissances, l'usage d'instruments ou l'emploi de substances qui ne sont pas à la portée de tout le monde.

« Les sommes destinées à ces prix feront retour à ma succession dans le cas où, pendant cinq ans, à dater du jour de l'acceptation, l'un ou l'autre des prix, ou aucun d'eux, n'aurait pu être décerné. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. Husson, directeur général de l'administration de l'Assistance publique, vient d'être élu président honoraire de la Société des médecins des bureaux de bienfaisance de Paris.

— La Société de médecine légale vient de procéder au renouvellement de son bureau qui, pour l'année 1870, est composé comme il suit :

Président : M. le professeur Béhier. — Vice-présidents : M. Hémard, avocat général; M. Vernois, de l'Académie de médecine. — Secrétaire général : M. le docteur Gallard.— Secrétaires des séances : MM. les docteurs Legrand du Saulle et Tennesson. — Archiviste : M. le docteur Jules Falret. — Trésorier : M. Mayet, pharmacien.

Les membres qui composent la commission permanente chargée de répondre d'urgence aux demandes de consultation qui peuvent être adressées à bref délai à la Société dans l'intervalle des séances, sont :

MM. Béhier, président; Gallard, secrétaire général; Chaudé, Cornil, Devergie, Dolbeau, Ladreit de Lacharrière, Legrand du Saulle, Mialhe, Pénard, Vernois.

Dans la même séance, la Société a nommé :

Membre honoraire : M. le professeur Gavarret. — Membres titulaires : M. Mouton, ancien magistrat; M. le docteur Hemey. — Membre correspondant étranger : M. le docteur Loussedat, à Bruxelles.

Enfin, elle a déclaré la vacance de deux places de membres titulaires, et de dix places de membres correspondants nationaux.

— La Société protectrice de l'Enfance tiendra sa séance générale annuelle dans le grand amphithéâtre du Conservatoire impérial des arts et métiers (rue Saint-Martin), dimanche prochain, 23 janvier.

Ordre du jour : 1° Discours de M. Boudet, président. — 2° Compte rendu des travaux de l'année par M. le docteur Alex. Mayer, secrétaire général. — 3° Rapport de la commission du prix, par M. le docteur Linas. — 4° Rapport de la commission des médailles pour les médecins-inspecteurs, par M. le docteur L. Duchesne. — 5° Rapport de la commission des récompenses aux nourrices, par M. Ch. Thirion. — 6° Distribution des récompenses. — 7° Élections.

Les portes seront ouvertes à 2 heures 3/4. — On peut se procurer des billets d'entrée gratuitement, au bureau de la Société, rue Magnan, 5, près la place du Château-d'Eau.

— M. le docteur Perier, agrégé de la Faculté, commencera son cours public de pathologie externe le lundi 24 janvier, à cinq heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi, à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets.)

Botanique cryptogamique, ou Histoire naturelle des familles de plantes inférieures, par J.-B. PAYER, de l'Institut. — 2e édition, revue et augmentée de notes par Baillon, professeur de botanique à la Faculté de médecine de Paris. — 1 vol. gr. in-8° avec 1,110 figures dans le texte. Prix : 15 francs.

Des maladies simulées et des moyens de les reconnaître; leçons professées au Val-de-Grâce par le docteur Edm. BOISSEAU, médecin-major, professeur abrégé à l'École du Val-de-Grâce. — 1870, 1 vol. in-8° de 500 pages, avec 15 fig. Prix : 7 fr.

Principes de pathologie générale, par M. le docteur PÉCHOT, professeur de pathologie interne à l'École de médecine de Rennes. Un fort volume in-12. Prix : 4 francs.

Au moment de la rentrée de nos Écoles, nous ne saurions trop recommander ce livre. Ecrit avec concision et clarté, le livre de M. Péchot rendra de véritables services aux nouveaux élèves. Il servira d'introduction à des ouvrages plus considérables, en laissant au lecteur des idées saines, et, ce qui n'est pas à dédaigner, en leur épargnant bien des indécisions à ces premières heures si délicates de nos études.

Mal vertébral de Pott, scoliose. Nouveau traitement orthopédique, par le docteur Justin QUINTAA, de la Faculté de Paris. — In-8°, 47 pages avec figures intercalées dans le texte. Prix 1 fr. 50.

Le directeur, Dr E. LE SOURD

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 21 janvier 1870.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Fièvres typhoïdes.

On a vu dans les faits sommairement exposés dans la précédente Revue, des exemples propres à établir le danger que peuvent offrir, à de certains moments, des fièvres typhoïdes de formes simples et bénignes en apparence à leur début, et à indiquer la part qu'il faut toujours faire à l'imprévu. On a vu la mort subite par syncope, alors qu'il n'y avait que des lésions de médiocre intensité. Par une deuxième série de faits présentant, au contraire, dès leur début, toutes les apparences de la plus grande gravité et se terminant néanmoins d'une manière heureuse, M. Béhier s'est proposé de montrer qu'il ne faut jamais désespérer en présence même des phénomènes les plus graves.

Un premier exemple lui en a été fourni par un malade couché au n° 34 de la salle Sainte-Jeanne. Il s'agit d'un homme qui, avant d'être atteint par la fièvre typhoïde, avait eu une affection rhumatismale avec des phénomènes cardiaques; une première lésion de l'appareil circulatoire avait eu lieu déjà avec une première attaque de rhumatisme ; une deuxième attaque, plus vive que la première et accompagnée d'un état fébrile intense, avait donné lieu à une seconde poussée cardiaque, qui avait nécessité l'application d'un vésicatoire sur la région précordiale et l'emploi du sulfate de quinine. C'est dans ces conditions défavorables, qui avaient amené un état anémique, qu'eut lieu, le 27 novembre dernier, l'invasion d'une fièvre typhoïde, laquelle s'annonça dès son début avec des phénomènes très-graves : prostration profonde des forces et hémorrhagie intestinale considérable. Malgré ce concours de circonstances si graves, tout a bien tourné, et le malade est aujourd'hui en voie de guérison.

On avait eu affaire ici, comme on le voit, à un état anémique consécutif à une maladie fébrile qui avait duré un mois; et malgré cette condition fâcheuse, la maladie a eu une issue heureuse, et cela en présence d'un accident formidable, une hémorrhagie intestinale.

Nous reviendrons plus tard, avec M. Béhier, sur la valeur pronostique réelle de l'hémorrhagie intestinale dans la fièvre typhoïde. Poursuivons la revue des malades qui ont guéri, après avoir présenté des phénomènes graves et considérés souvent comme mortels.

On vient de voir, par l'exemple précédent, qu'un malade peut guérir après avoir eu une abondante hémorrhagie intestinale. L'adynamie, elle-même, quand elle n'est pas le résultat d'une durée prolongée de la maladie, et pourvu qu'elle ne se manifeste pas au début, dès le premier septenaire, n'est pas toujours suivie d'une issue fatale. A cette occasion, M. Béhier a cité plusieurs exemples empruntés à sa pratique hospitalière, dans lesquels la guérison a eu lieu malgré la manifestation de phénomènes d'adynamie les plus prononcés; entre autres, celui d'une jeune fille de la Salpêtrière qui a guéri après avoir présenté les symptômes d'adynamie les plus graves et des eschares multiples ; celui d'une malade de l'hôpital Beaujon, qui avait une fièvre typhoïde de forme adynamique peu intense, il est vrai, mais avec une eschare énorme, qui obligea à la faire coucher pendant plusieurs mois sur le ventre ; celui d'une malade de la Pitié qui eût, dans le cours d'une fièvre typhoïde, un engorgement parotidien énorme, suivi d'une vaste suppuration, et qui n'en guérit pas moins malgré ces phénomènes si souvent mortels.

Parmi les malades qui étaient encore dans les salles pendant que M. Béhier en entretenait ses élèves, on peut rapprocher de ces divers exemples celui d'un malade de la salle Sainte-Jeanne, entré le 7 septembre pour une fièvre d'intensité moyenne et qui a eu successivement deux récidives coup sur coup, en tout trois atteintes successives dans un intervalle de moins de trois mois, caractérisées chacune par les phénomènes initiaux habituels, en particulier par une éruption lenticulaire. Le malade n'en a pas moins guéri. Une jeune fille de la salle Saint-Antoine, qui était convalescente d'une fièvre typhoïde grave à laquelle on croyait d'un instant à l'autre la voir succomber, a été reprise, pendant sa convalescence, d'une atteinte grave de diarrhée, qui a inspiré de nouveau des craintes sérieuses pour sa vie. On est parvenu, avec beaucoup de peine, à arrêter la diarrhée, et cette jeune fille est guérie.

Le malade aux trois atteintes successives dont il vient d'être question, indépendamment de cette circonstance curieuse, a présenté des accidents particuliers qui ne sont pas non plus sans intérêt. C'était un état d'abattement profond et un état cérébral qui tenait de l'idiotie ; sa mémoire lui faisait complétement défaut. Il était dans un véritable état de démence passagère. Il n'est pas très-rare, on le sait, de voir cet état de démence momentanée, qui se manifeste vers la fin de la fièvre typhoïde, persister plus ou moins longtemps pendant la période de la convalescence, et même après le rétablissement complet de la santé à tous autres égards. M. Béhier a vu, dans des maisons de santé d'aliénés, des déments par suite de fièvre typhoïde, et qui étaient dans cet état depuis un an. Il a vu, dans sa pratique particulière, une jeune femme qui, à la suite d'une fièvre typhoïde, était restée un an entier dans un état de perte presque complète de la mémoire. Il n'est pas de praticien, du reste, qui n'ait été à même de constater des faits de ce genre, et nous pourrions nous-même en retrouver plus d'un exemple dans nos souvenirs.

Il se passe dans ce cas-là, ainsi que M. Béhier en a fait la remarque, une véritable dénutrition du système nerveux, absolument semblable à celle qui a lieu dans les muscles ; de même que les fibres musculaires subissent dans ces conditions une dégénérescence cireuse, les tubes nerveux perdent aussi leur matière active. De là une double indication capitale, celle d'apporter une grande réserve dans l'usage des médications spoliatrices et de restituer à l'économie, par une bonne nutrition, les éléments organiques dont elle a été partiellement dépouillée. Ces idées de saine pratique sont trop bien entrées aujourd'hui dans l'esprit et dans les habitudes de presque tous les médecins, surtout depuis la discussion de la Société médicale des hôpitaux sur l'usage de l'alimentation et des toniques dans la fièvre typhoïde, pour qu'il soit nécessaire d'y insister ici.

Passons à un autre fait qui soulève une autre question. Un malade âgé de 22 ans, entré le 17 octobre à l'Hôtel-Dieu, dans la salle Sainte-Jeanne, présentait un ensemble de symptômes, céphalalgie, fièvre, diarrhée, abattement des forces, douleurs abdominales, état saburral de la langue, et qui portait assez naturellement à penser à une fièvre typhoïde. Mais le malade prétendait l'avoir eue déjà à l'âge de 14 ans. Il était permis, il est vrai, d'avoir quelques doutes sur la nature de cette première affection; interrogé sur les principaux phénomènes qu'il avait éprouvés, le malade ne se rappelait avoir eu ni épistaxis ni diarrhée. D'un autre côté, ces mêmes symptômes manquaient également en ce moment. Le malade, le lendemain de son entrée, avait été pris de vomissements ; il éprouvait, en outre, comme nous venons de le dire, presque tous les symptômes de la fièvre typhoïde, à l'exception toutefois de l'épistaxis et des taches. Enfin ce jeune homme, qui a été pris des premiers symptômes le 16 et est entré à l'hôpital le 17, était guéri le 21. On n'avait donc pas eu affaire, dans ce cas, à une véritable fièvre typhoïde, mais à un embarras gastrique fébrile, état dont il faut se défier, parce qu'il n'est souvent autre chose que le prodrome de la fièvre typhoïde. C'était ici le cas de chercher à couper court à cet état saburral qui semblait incliner à l'état typhoïde. C'est ce qu'on a fait en administrant à ce malade l'ipécacuanha d'après la méthode brésilienne ; laquelle consiste à faire prendre, pendant plusieurs jours de suite, dans la matinée, d'une forte décoction d'ipécacuanha, dans la proportion de 8 grammes d'ipéca concassé pour 125 grammes d'eau bouillante. Un purgatif a été administré à la suite. Grâce à cette médication énergique, l'embarras gastrique a été enrayé, et peut-être a-t-on prévenu par là le développement d'une fièvre typhoïde imminente.

D'une espèce peu connue de contracture, siégeant sur les interosseux palmaires (1).

M. le Dr A. Dubrueil nous communique l'observation suivante d'un malade atteint d'une espèce particulière de contracture des interosseux, qu'il a vu pour la première fois au commencement du mois d'août 1869, et qui, depuis quelques jours, venait tous les matins à Lariboisière, consulter M. Verneuil.

Ce malade est âgé de 15 ans, assez peu développé physiquement, fort intelligent du reste. Il est affecté d'un strabisme interne de l'œil droit, survenu dans la première enfance. Le père et la mère sont parfaitement sains, et jusqu'à l'époque du début de la maladie actuelle, le malade a généralement joui d'une bonne santé ; il n'a jamais eu de convulsions, mais cependant, à deux reprises différentes, il a eu, il y a quelques années, les orteils spontanément renversés vers la face dorsale des pieds, ce qui, joint à son strabisme, indiquait déjà une tendance manifeste aux maladies du système nerveux.

Il est encore dans un pensionnat.

Vers le mois de juin, il tomba en courant, et le poids du corps porta sur le dos de sa main droite.

Il ne résulta tout d'abord de cette chute qu'une contusion dont la douleur, momentanément assez vive, ne tarda pas à se dissiper.

L'enfant n'y songeait plus, lorsque, trois ou quatre jours après, la main devint douloureuse, et les doigts s'étendirent et se rapprochèrent les uns des autres. Il survint en même temps quelques douleurs spontanées à la pression sur le rachis au niveau de la partie inférieure de la région cervicale. Un médecin appelé auprès du malade prescrivit un bain tiède et des ventouses scarifiées sur les côtés de la colonne vertébrale à la hauteur du point douloureux.

Sous l'influence de ces moyens, au bout de deux ou trois jours, les douleurs et la contracture avaient disparu.

A la fin de juillet, les accidents se reproduisirent, et le malade alla consulter M. Verneuil, qui le fit venir tous les jours dans ses salles.

Voici dans quel état il était alors : les doigts de la main droite étaient étendus et tous inclinés vers l'axe de la main, (représenté, comme on le sait, par le médius qui n'avait pas subi de déviation ; l'index et l'annulaire se croisaient au devant de lui. Le pouce était également porté en dedans, et sa phalange onguéale restait étendue sur la première.

En outre, la concavité de la paume de la main était notablement exagérée; les espaces interosseux étaient douloureux spontanément, plus douloureux encore à la pression. Le malade disait souffrir un peu au niveau de la partie postérieure et inférieure du cou, et en pressant les apophyses épineuses des dernières vertèbres cervicales, on augmentait la souffrance.

Il était facile, sans déployer une grande force, d'écarter les doigts les uns des autres et de l'axe de la main; mais, abandonnés à eux-mêmes, ils reprenaient rapidement leur position.

L'étrangeté et la rareté d'une pareille lésion étaient faites, au premier abord, pour rendre le diagnostic incertain; cependant, en remontant aux données physiologiques, on en arrivait à cette conclusion, qu'on ne pouvait avoir affaire qu'à une contracture des interrosseux palmaires, car la position dans laquelle étaient fixés les doigts était celle qui résulte de l'action de ces muscles.

Des douches d'éther pulvérisé données sur la main faisaient cesser la contracture, mais d'une façon toute momentanée. On voyait, sous l'influence du jet d'éther, les doigts s'écarter les uns des autres, sans toutefois que le malade pût les fléchir; cet état de résolution n'était que de courte durée.

Pendant cinq ou six jours, on administra tous les matins une de ces douches, et, la résolution obtenue, la main de la malade était assujétie sur une planchette digitée, de façon à maintenir les doigts écartés ; mais aussitôt détachés, ils se rapprochaient vivement.

Dans les premiers jours d'août, le membre supérieur droit tout entier devint le siége de douleurs très-vives se reproduisant surtout la nuit, et qui cédèrent à l'administration du sulfate de quinine, mais la contracture persistait toujours, ainsi que la douleur du rachis.

Le 8 août, on appliqua un vésicatoire sur la colonne vertébrale au niveau du point douloureux, et sous l'influence de cette médication, il survint une grande amélioration, qui cependant ne persista pas.

Le vésicatoire une fois sec, les accidents reparurent. Un nouveau vésicatoire, placé au même lieu, produisit encore une amélioration très-notable, mais toute aussi passagère que celle précédemment obtenue.

On eut alors recours à l'application de deux cautères au bas de la région cervicale, et il en résulta un mieux sensible. Les douleurs rachidiennes disparurent, la contracture, au lieu d'être permanente, devint intermittente et moins douloureuse; néanmoins la guérison n'étant pas complète, M. Verneuil fit entrer le malade dans son service vers la fin de septembre, et là, on lui mit deux nouveaux cautères au-dessous des précédents, qui, du reste, n'avaient pas été entretenus. Étant dans les salles, le malade y contracta la varioloïde, et, lorsque cette maladie fut terminée, il retourna chez lui.

Pendant quelque temps, après sa sortie de l'hôpital, il est resté

(1) Cette observation nous avait été remise avant la publication du travail de M. Duchenne (de Boulogne) sur un sujet semblable.

sujet à des crises nerveuses assez fréquentes, sur lesquelles il n'a pu donner que des renseignements assez incomplets.

Il perdait connaissance, et tous ses membres étaient le siége de convulsions telles, que l'on était obligé de le maintenir dans son lit. Il n'écumait pas et ne mordait pas sa langue.

Deux nouveaux cautères ont été appliqués sur les côtés de la colonne vertébrale, le bromure de potassium a été administré à la dose de 1 gr. 50 par jour, et les attaques ont disparu.

Aujourd'hui, la main de cet enfant ne présente plus trace de contracture; les doigts de la main gauche sont aussi libres dans leurs mouvements que ceux de la main droite, et il n'y a plus aucune douleur.

La guérison sera-t-elle durable? C'est ce que l'avenir nous apprendra.

Après avoir compulsé quelques-uns des auteurs qui ont traité des diverses espèces de contracture, et apres mûr examen, M. Dubrueil est arrivé à cette conclusion, que le fait qu'il avait eu sous les yeux ne pouvait être rattaché à aucune des descriptions qu'il avait lues.

Je n'ai pas besoin, je suppose, dit M. Dubrueil, d'insister pour faire voir combien la maladie en question diffère de la contracture idiopathique ou tétanie. Le mode, le siége de la contracture ne sont pas les mêmes; car, dans la tétanie, il se produit, dans les articulations métacarpo-phalangiennes, une flexion qui faisait ici complétement défaut. Un caractère différentiel plus important nous est en outre fourni par la symétrie qu'affecte la contracture idiopathique, tandis que chez notre malade, elle est demeurée bornée à une seule extrémité.

Serait-on plus en droit d'admettre une lésion primitive de la moelle? Mais si la lésion médullaire avait préexisté à la première manifestation de la contracture, on comprendrait difficilement que cette dernière se fût une première fois dissipée sous l'influence d'une médication en somme peu énergique.

Il n'en est malheureusement pas ainsi pour les contractures symptomatiques d'une maladie de la moelle.

Ces prémisses posées, restent d'autres questions à résoudre. Ainsi, privé des lumières que l'anatomie pathologique fournira sans doute plus tard, j'en suis réduit, sinon à émettre de pures hypothèses, au moins à avancer une théorie à laquelle un seul fait ne peut, je suis le premier à le reconnaître, fournir une base bien solide.

Et d'abord, quel rôle la chute sur le dos de la main a-t-elle joué vis-à-vis de la contracture? Que s'est-il produit dans cette chute?

Le dos de la main a porté assez violemment sur le sol, et il en est résulté une douleur qui, sans avoir une grande intensité, a cependant été assez vive.

Quelle partie de la face dorsale de la main a eu à subir le choc? Ici les renseignements du malade font défaut, mais il suffit de réfléchir un instant que c'est sur la portion cubitale qu'il a dû porter. En effet, pour que le dos de la main ait frappé le sol, il faut qu'elle ait été en supination. Or, à moins que la supination ne soit extrêmement exagérée, ce qu'on ne peut guère supposer avoir lieu au moment d'une chute, le bord cubital est en bas, le bord radial en haut, et c'est par conséquent du côté du premier que doit porter le traumatisme.

De plus, quel est le nerf qui distribue la sensibilité à la portion cubitale de la face dorsale de la main? C'est le nerf cubital, c'est-à-dire précisément celui qui innerve les interosseux palmaires et l'adducteur du pouce contracturés chez notre sujet.

C'est évidemment une action réflexe qui, agissant chez un individu très-prédisposé aux affections nerveuses, a déterminé la contracture, et jusqu'à présent le doute n'est guère permis; mais quant à la nature intime de cette action, à l'état du nerf, de la moelle, il faut en rester aux conjectures.

Il est cependant permis de supposer que la première attaque de contracture qui a rapidement cédé à l'application de quelques ventouses scarifiées sur les côtés de la colonne vertébrale n'était que l'effet d'une congestion de la moelle bornée sans doute à la portion où prennent leur origine les racines du nerf cubital. Mais plus tard, une altération plus profonde, peut-être la sclérose, a dû envahir cette portion de l'axe médullaire et rendre permanente la contracture.

DE LA CONTRACTURE RÉFLEXE ASCENDANTE

par traumatisme articulaire (1)

(Note communiquée à la société de médecine de Paris, dans sa séance du 17 décembre 1869, par M. Duchenne, de Boulogne.)

A l'occasion de l'observation précédente, je vais exposer quelques considérations cliniques sur la contracture réflexe ascendante par traumatisme articulaire; je les appuierai aussi sur les autres faits cliniques que j'ai observés.

Principaux symptômes. — Ce qui caractérise l'espèce de contracture dont je viens de relater l'observation, c'est principalement son extension à un grand nombre de muscles, en suivant une marche ascendante; c'est aussi la même extension ascendante des douleurs; c'est enfin la fixité de ces dernières qui persistent encore aujourd'hui, depuis deux années, au niveau de l'origine des nerfs du membre affecté, bien que les contractures aient disparu.

(1) Fin. — Voir le numéro du 11 janvier 1870.

On remarque, en effet, que chez Mlle X..., ce sont d'abord (en 1864), des extenseurs du poignet (les radiaux) et le rond pronateur qui se sont contracturés; que deux ans après (en 1866), la contracture a passé des extenseurs du poignet dans ses fléchisseurs (les palmaires); qu'un mois après environ, la contracture des fléchisseurs des doigts est venue s'y ajouter, et que plus tard encore (le 18 avril 1866), elle avait gagné le biceps et la plupart des muscles moteurs du bras sur l'épaule; que, d'autre part, la douleur a suivi la même progression; qu'en effet, limitée en 1861 au poignet pendant deux mois et apparaissant de temps à autre, elle y est revenue, deux ans après, vive et continue à la suite d'une violence exercée sur le poignet; qu'elle a gagné plus tard l'avant-bras, ensuite le bras, puis enfin le plexus brachial et la portion cervico-dorsale du rachis, où elle s'est fixée définitivement toujours très-vive, s'exaspérant la nuit, troublant le sommeil et persistant encore aujourd'hui, quoique les conctractures eussent disparu depuis deux ans.

Dans les autres faits cliniques analogues, que j'ai observés, les contractures et les douleurs ont suivi à peu près la même marche ascendante. Les contractures différaient un peu seulement par leur siége; chez l'un d'eux, elles régnaient primitivement dans les muscles animés par le nerf cubital et s'étaient étendues à quelques autres muscles; dans un cas, les contractures qui avaient atteint successivement les fléchisseurs des doigts, du poignet et de l'avant-bras sur le bras, avaient gagné le splénius du même côté. Enfin avec la persistance des douleurs spinales, les contractures ont une tendance à reparaître. Je les ai vues, en effet, revenir plusieurs fois sous l'influence d'émotions vives.

Diagnostic. — Un mot sur la question de diagnostic. On sait que des contractures réflexes sont également provoquées par d'autres affections articulaires: par exemple, dans la coxalgie, la tarsalgie, le valgus douloureux, pied plat par impotence du long péronier latéral ou pied creux par contracture du long péronier etc. Mais elles restent limitées à quelques muscles voisins des articulations douloureuses; je ne les ai pas vues alors s'étendre progressivement de la périphérie au centre; les douleurs se localisent dans certains points articulaires; elles ne vont pas se fixer vers l'origine des nerfs qui innervent le membre affecté et tourmenter les malades, surtout la nuit, lorsque par le repos ou par toute autre cause les douleurs articulaires ont disparu.

On sait qu'il existe des paralysies réflexes arthritiques, M. Brown-Sequart le premier les a signalées. Pour ma part, j'ai eu l'occasion d'en observer avec M. Nélaton deux cas parfaitement caractérisés; dans l'un de ces cas, par exemple, à la suite d'une arthrite du genou, les extenseurs de la jambe sur la cuisse s'étaient complétement paralysés.

Or, on se rappelle que chez Mlle X... la force et la sensibilité étaient notablement affaiblies dans le membre où siégeaient les contractures. Après la disparition de celles-ci, j'avais constaté, à l'aide de mon dynamomètre, cette diminution de la force, en d'autres termes, cette parésie. On pourrait donc, à la rigueur en conclure avec quelque apparence de raison, que la contracture réflexe ascendante et la paralysie réflexe arthritique sont une seule et même maladie.

Pour les différencier entre elles, il me suffira de faire remarquer que, dans la paralysie réflexe arthritique, la perte du mouvement arrive d'emblée sans être précédée de contractures ni de douleurs ascendantes, tandis que dans la contracture réflexe ascendante, le mouvement reste seulement affaibli après la disparition des contractures. Cet affaiblissement est de cause périphérique; il a été occasionné par la contracture elle-même. Dans l'autre cas, au contraire, la paralysie est occasionnée par un état pathologique (de cause réflexe) de la moelle.

Convenons toutefois qu'il existe une certaine parenté entre ces deux affections réflexes, dont l'une est caractérisée par la contracture, et l'autre par la paralysie. Peut-être aussi, la cause occasionnelle (l'arthrite) étant identique, l'action réflexe s'est-elle exercée sur deux points différents du même centre nerveux (sur les cordons antéro-latéraux pour la contracture réflexe ascendente, et sur les cornes antérieures pour la paralysie réflexe). Je signalerai encore un point de ressemblance entre ces deux affections: c'est leur tenacité.

Cause et nature. — Quelles sont la cause et la nature de cette contracture ascendante? Chez Mlle X..., la lésion traumatique de l'articulation du poignet a été évidemment, à deux reprises, la cause occasionnelle de la contracture réflexe, limitée d'abord à quelques muscles moteurs de cette articulation, qui s'est étendue à la longue à un plus grand nombre de muscles du membre supérieur; mais l'on est forcément conduit à admettre l'existence d'un état d'excitabilité spéciale de la moelle, de nature inconnue, qui prédisposait alors la jeune malade à ce développement de contractures réflexes, dont le stimulus a été l'irritation articulaire du poignet. Cette hypothèse repose sur la notion suivante, à savoir: que ces lésions traumatiques articulaires étant fréquentes, et les contractures réflexes consécutives dont il est question étant rares, celles-ci ne doivent apparaître que dans les conditions nerveuses que j'ai supposées. J'ai même vu ces conditions dynamiques suffire pour qu'une simple violence articulaire, une simple entorse du poignet ou du coude non suivie d'arthrite, fût la cause occasionnelle de contractures réflexes persistantes et graves.

Je n'ai rencontré la contracture réflexe arthro-traumatique que chez des adolescents (de 9 à 15 ans), quatre fois chez des jeunes filles, une fois chez un garçon, c'est-à-dire à un âge où l'excitabilité doit être la plus grande.

Primitivement, ces contractures réflexes sont donc symptomatiques d'un état d'excitabilité de la moelle, mise en jeu par l'irritation articulaire. Mais lorsqu'après un certain temps les contractures ont gagné en extension; que la douleur est devenue intense; qu'elle a remonté vers l'origine des nerfs du membre et qu'elle paraît siéger, à ce niveau, dans la moelle, où elle se fait sentir, d'une manière permanente, ce n'est plus seulement une simple excitabilité de la moelle; on peut craindre alors une irritation de cet organe qui produise une hyperémie quelconque et, à la longue, une sclérose d'un point des cordons antéro-latéraux.

Pronostic. — Des faits que j'ai recueillis, je crois pouvoir conclure que le pronostic de la contracture réflexe ascendante est quelquefois grave en apparence, et peut même devenir en réalité assez grave par sa ténacité.

Ainsi j'ai vu la contracture durer d'une manière continue d'un à deux ans. Chez Mlle X..., par exemple, la main était fermée depuis deux ans par la contracture des fléchisseurs des doigts, lorsque j'ai été appelé à la traiter. Cette contracture était extrêmement douloureuse, et comme il était impossible d'étendre les doigts, on était porté à croire à la rétraction de leurs fléchisseurs. Dans un autre cas analogue, pour lequel j'avais été consulté, un de nos chirurgiens les plus autorisés, mort depuis plusieurs années, avait proposé de pratiquer la myotomie. L'observation clinique m'avait heureusement appris déjà, que cette espèce de rétraction n'était qu'apparente, et qu'elle pouvait disparaître spontanément sous l'influence d'une médication appropriée; j'ai eu la satisfaction, après avoir déconseillé cette opération, de voir mes prévisions se réaliser. La gravité de cette contracture n'était donc qu'apparente.

Mais lorsque les douleurs ne sont plus limitées aux muscles contracturés, lorsqu'elles se sont étendues progressivement jusque vers l'origine du plexus brachial, et qu'elles sont restées assez longtemps fixes à ce niveau dans le rachis et s'étendent à la région dorsale, comme chez Mlle X..., qui en souffre encore aujourd'hui, après la disparition des contractures, alors, sans que le pronostic soit très-grave, ces douleurs spinales doivent préoccuper le médecin, car elles sont symptomatiques d'un état hyperémique de la moelle, avec ou sans lésion organique.

Traitement. — Jusqu'à ce jour, je n'ai été appelé à intervenir dans le traitement de la contracture réflexe ascendante par traumatisme articulaire, que lorsque la maladie existait depuis un an ou deux, et alors, que bien des médications avaient été vainement épuisées, il était urgent de combattre les contractures, et l'on désirait recourir à l'électrisation.

Bien qu'antérieurement j'eusse obtenu, en général, la guérison des contractures rhumatismales par la faradisation énergique et à intermittences rapides de leurs muscles antagonistes, on a vu cependant, dans le cas de *contracture réflexe ascendante* ci-dessus relaté, que j'ai donné la préférence à la galvanisation réflexe par courant continu, parce qu'elle me paraissait ici plus rationnelle. Il était en effet évident pour moi que ces contractures avaient été provoquées par l'irritation articulaire consécutive à la chute faite sur le poignet, et en conséquence qu'elles étaient réflexes. Croyant qu'elles étaient symptomatiques d'un état hyperémique d'un point de la région cervicale de la moelle correspondant à l'origine du plexus brachial, l'application, sur le membre supérieur, de la galvanisation réflexe par courant continu descendant, qui est considéré comme hyposthénisant, me parut parfaitement indiquée, et offrir, dans ce cas rebelle et déjà ancien, plus de chances de succès que la faradisation des antagonistes des muscles contracturés. Mais on a vu que j'ai été trompé dans mon attente; que ce traitement, longtemps et bien appliqué suivant les règles prescrites, s'est montré impuissant contre cette espèce de contracture. Avant, cependant, d'abandonner l'électrisation, je voulus essayer, quoique le succès ne me parût pas probable, la faradisation des muscles antagonistes. Alors — à ma grande surprise! — j'obtins la guérison de cette contracture avec une grande facilité. L'action de ce mode de faradisation des muscles antagonistes a été tellement héroïque, dans cette circonstance, que malgré la persistance des douleurs spinales, elle a triomphé rapidement, une seconde fois, de la contracture du court spinateur, qui était revenue quelques mois après, et avait duré plusieurs mois.

L'heureux résultat de cette méthode d'électrisation appliquée dans ce cas au traitement de la contracture réflexe ascendante, résultat qui a été suivi d'un nouveau succès que j'ai obtenu par le même moyen thérapeutique, dans un autre cas analogue, a contrasté avec l'insuccès, dans cette circonstance, des courants continus. Mais la persistance et l'intensité des douleurs spinales qui règnent, depuis plusieurs années déjà après la guérison des contractures par la faradisation des muscles antagonistes, prouve que ce moyen thérapeutique ne doit jouer qu'un rôle secondaire dans le traitement de cette maladie, dont le siége principal est localisé dans un point de la moelle. Arrivée à cette période, pourrait-on en triompher? Je n'en désespère pas.

De ce fait, et d'un autre analogue que j'ai observé, ressort un enseignement thérapeutique précieux; c'est que, dès le début de la contracture réflexe ascendante par traumatisme articulaire, un traitement, soit antiphlogistique, soit énergiquement révulsif (ventouses scarifiées ou sèches, ecchymotiques, vésicatoires, cautérisation ponctuée, etc.) doit être appliqué au niveau de la région spinale, qui innerve le membre affecté. Employé à temps, ce mode de traitement me paraît offrir des chances de succès.

Dans une période très-avancée, je l'ai vu échouer contre les douleurs spinales, comme chez Mlle X... Je dois reconnaître cependant qu'il a produit une amélioration légère momentanément, surtout lorsqu'il a été associé au bromure de potassium administré à l'intérieur.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 15 décembre 1869 (1). — Présidence de M. Verneuil.

M. TRÉLAT. M. Reverdin, dans son travail, et lors de la présentation du malade de M. Guyon, pensait qu'il fallait attribuer à la greffe la prolifération épidermique. Pour que cette expérience pût avoir une valeur tout à fait réelle, il faudrait qu'elle fût tentée un grand nombre de fois, et qu'elle réussît presque toujours. Il faut, en effet, user, sur ce point, d'une très-grande réserve. La formation spontanée d'îlots épidermiques sur la surface de plaies largement étendues et en voie de cicatrisation est un fait assez fréquemment observé, et l'on peut voir chez le malade que je vous présente un semblable îlot cicatriciel, développé spontanément à la surface de cette large plaie de l'avant-bras.

M. GUYON. Une seule expérience ne peut rien prouver, et si M. Reverdin a, sur mon conseil, présenté ce malade, c'était pour attirer l'attention et pour prendre date. La communication de M. Trélat prouve que le but a été atteint et que la question de la greffe épidermique est aujourd'hui posée.

M. TILLAUX. S'il était démontré qu'on pût, sur place, provoquer la formation d'îlots cicatriciels, M. Reverdin aurait rendu un grand service à la pratique. J'ai eu dans mon service une femme qui, à la suite de brûlures, portait à la fesse une plaie ayant quatre fois la largeur de la main.

M. DESPRÉS. Il faut éviter ici une confusion qui paraît pouvoir s'établir: il ne s'agit pas de greffer l'épiderme, mais de souder par autoplastie un lambeau comprenant une partie de la couche superficielle du derme; les cicatrices que porte le malade au point où la greffe soit-disant épidémique a été empruntée prouve que l'on a pris une portion notable du derme et le corps muqueux dans toute son épaisseur. La prolification de l'épiderme seule serait un phénomène si extraordinaire au point de vue histologique qu'il faut éviter toute confusion.

M. GUYON. Si la confusion existe en apparence dans le titre du travail, elle n'existe pas dans le travail lui-même. M. Reverdin indique bien qu'il s'agit de l'épiderme doublé du corps muqueux.

M. BLOT. Au point de vue de la pratique, la greffe épidermique ou celle du corps muqueux me paraît sans importance. Enlever un morceau de derme sur le bras ou ailleurs pour le souder à la surface d'une plaie qui suppure et qui se cicatrise peu à peu, c'est, en vue de gagner un peu de temps, exposer le malade, surtout dans nos hôpitaux, au danger d'un érysipèle.

M. LÉON LE FORT. Je partage complétement les opinions de MM. Blot et Després. Les plaies récentes que portait le malade au point où en avait emprunté l'épiderme étaient recouvertes d'une croûte rougeâtre montrant qu'il s'y était fait au moins un suintement sanguin. On n'a donc pas pris l'épiderme seul; on a pris un lambeau comprenant des capillaires et ouvert une porte à l'érysipèle. Quant à l'utilité du moyen, elle est sans importance, même en admettant qu'on puisse jeter çà et là une sorte de semence, qui, en germant sur place, donnera des îlots cicatriciels. Cette cicatrice aura, comme toutes les autres, de la tendance à se rétracter, et cette autoplastie ne peut remplacer celle à laquelle on a recours pour empêcher le retrait d'une cicatrice de la paupière ou de la face pouvant amener un ectropion ou une difformité.

M. SÉE. Si M. Reverdin ne prend que le corps muqueux et l'épiderme, l'expérience a, sous le rapport physiologique, plus d'importance que ne lui en donne M. Després, puisqu'il y aurait germination et prolifération d'un tissu qui n'est composé que de cellules, et il s'agirait alors, non pas seulement d'une greffe, mais d'une véritable inoculation.

Discussion sur la lithotritie périnéale.

M. TRÉLAT. J'ai écouté, dans notre dernière séance, avec le plus vif intérêt, la communication de M. Dolbeau sur la lithotritie périnéale, et j'eusse sûrement demandé de suite la parole sur cette importante question si la discussion ne s'était terminée pendant que j'étais occupé par mes fonctions de secrétaire général.

M. Dolbeau nous montrait une pièce pathologique qui permettait d'apprécier, sinon la marche, au moins la nature et le résultat de son opération, de constater la parfaite intégrité des organes, bulbe de l'urètre et col vésical, qu'il veut ménager. D'autre part, il nous annonçait qu'ayant pratiqué vingt-deux fois cette opération, il avait eu vingt et un succès. On pourrait vraiment dire vingt-deux, l'opération devant être complétement exonérée de la mort du dernier malade.

C'est là un remarquable résultat. Jamais, même des chirurgiens n'entendent froidement parler d'une opération qui ne compte pas de revers, et chaque fois qu'un semblable fait se présente à eux, il sont à la fois surpris et entraînés.

Quoique subissant cette influence naturelle, j'ai voulu rechercher ce qui constitue le caractère particulier de l'opération préconisée par M. Dolbeau, en quoi elle diffère d'opérations antérieurement exécutées, et à quoi elle doit ses heureux résultats.

Deux temps principaux composent l'acte opératoire de notre collègue : la création d'une voie en partie artificielle vers la vessie et une lithotritie exécutée par cette voie. Ces deux temps réagissent l'un sur l'autre. La voie artificielle est tracée en vue de la lithotritie; cette dernière s'exécute aisément par le chemin nouveau. Mais je vois que, sur ce point, notre collègue a eu des prédécesseurs, les uns d'intention, les autres de fait. Depuis le *frangens* ou cassepierre, que Marianus Sanctus redoutait d'employer, bien des projets, bien des tentatives ont été faits pour briser, pendant l'opération de la taille, des calculs trop volumineux. Dans la discussion qui eut lieu il y a deux ans à propos de la communication de M. Borelli, M. Larrey nous rappelait que Bégin avait, en sa présence, exécuté cette opération avec un lithotriteur d'Heurteloup. Dès 1849, M. Bouisson étudiait la possibilité de pratiquer la lithotritie par les fistules périnéales, et dans son remarquable mémoire sur la taille médiane, il publia, en 1858, deux faits où il a combiné la taille et la litbotritie.

Ce n'est donc point la combinaison de la lithotritie avec une taille particulière qui constitue le caractère propre de l'opération de M. Dolbeau.

Reste à examiner la création de la voie artificielle étendue du périnée au col vésical.

En la suivant pas à pas, on voit que notre collègue fait, juste en avant de l'anus, une incision verticale de 25 millimètres; qu'il continue à inciser les tissus, en passant entre le bulbe de l'urètre qu'il laisse en avant, et le rectum en arrière; qu'il arrive ainsi jusqu'à la portion membraneuse, la ponctionne et la coupe dans l'étendue de 1 centimètre.

Jusqu'ici, c'est une taille médiane, et je n'aperçois d'autre différence qu'une dimension moindre, de quelques millimètres, donnée à l'incision extérieure.

Mais à partir de là, les divergences s'accusent. La plupart des opérateurs agrandissent l'incision de la portion membraneuse jusqu'à la prostate, puis coupent le col vésical et la glande, suivant un de ses diamètres, soit avec un bistouri comme Vacca-Bellingbieri, soit avec le lithotome caché, comme le faisait M. Bouisson dans ses premières opérations. D'autres, comme M. Borelli et comme M. Bouisson, d'après sa dernière publication, se bornent à inciser la portion membraneuse, et comptent sur la dilatibilité normale du vol vésical pour l'extraction des calculs ou de leurs fragments. *Elle n'est réellement*, dit M. Bouisson, *que l'opération de la boutonnière prolongée jusqu'à la partie la plus antérieure du col vésical.*

M. Dolbeau reprenant, en la perfectionnant beaucoup, je m'empresse de le reconnaître, la pratique de Marianus Sanctus et de Fr. Collot, qui, l'un et l'autre, se servaient d'un dilatatoire, présente, à travers la boutonnière qu'il vient de faire à la portion membraneuse, la pointe mousse d'un instrument conique à six faces, qu'il glisse le long du cathéter jusque dans la vessie. En s'écartant parallèlement sous l'action d'un mécanisme simple, les six faces déchirent longitudinalement ce qui est resté intact de la portion membraneuse du canal, dilatent le col vésical et refoulent circulairement tous les organes ambiants, de manière à constituer une sorte de canal cylindrique de 25 millimètres de diamètre.

Si l'idée est ancienne, l'instrument est nouveau, au moins dans son application, et il est juste de penser que les effets du dilatateur de M. Dolbeau, doivent être beaucoup plus réguliers et mieux limités que ceux de l'ancien dilatatoire.

Quelles que soient les remarques que suggèrent les différents temps de cette opération, il ne faut point oublier que son résultat final est plus qu'encourageant, et la place au rang de celles qui méritent un examen approfondi.

Aussi me suis-je demandé, en y apportant toute l'attention possible, à quoi la lithotritie périnéale doit ses succès.

Je crois qu'elle les doit à ce qu'elle est un procédé de taille médiane, ou mieux, que son exécution intéresse et respecte les mêmes organes que la taille médiane (abstraction faite de l'incision du col, qui n'est pas constante). En effet, dans la discussion relative au travail de M. Borelli, M. Giraldès citant plusieurs relevés de tailles médianes, donnait les résulats suivants : à Bristol, 132 opérations donnaient 13 morts; Allarton ayant opéré 153 fois, ne comptait qu'un mort sur 11 opérés. Un autre relevé fait suivant les âges, indique, sur 119 opérations de 1 à 70 ans, 6 morts, ou 1 sur 20. Il est vrai que de 70 à 80 ans, la mortalité est de 1 sur 4. Sur 13 tailles, Clot-Bey a 13 succès. Sur 14, M. Bouisson aurait eu 14 guérisons, sans une attaque de choléra survenue le septième jour. Mettons, si vous le voulez, 1 mort sur 14 opérés.

Voilà, si je ne me trompe, d'excellents résultats. Dans leur ensemble, ils ne valent cependant pas ceux de la petite série de M. Dolbeau; mais j'ignore, quant à moi, quel est au juste le procédé suivi par les chirurgiens anglais, et quoique le pavillon couvre la marchandise, je ne voudrais point affirmer que la rubrique *taille médiane* convienne également à toutes ces opérations.

Il est possible que le second temps de l'opération de notre collègue, à savoir la déchirure de la portion membraneuse et la dilatation du col, vaille mieux que l'incision de ces mêmes parties. C'est là un sujet important d'étude, un point que la clinique et l'observation ultérieure pourront seules dégager, et que je formulerai de la manière que voici : vaut-il mieux, dans l'opération de la taille médiane, couper la portion membraneuse avec le bistouri, respecter le le col et compter, pour les manœuvres ultérieures, sur la dilatabilité naturelle de cet orifice, ou bien se servir de l'instrument de M. Dolbeau, dont nous connaissons les effets.

Telle est, messieurs, l'une des conséquences capitales du débat que nous poursuivons.

Mais, il en est une autre dont la valeur est non moins grande.

Beaucoup de chirurgiens, au sein de la Société et en dehors d'elle, ont fait et font des opérations de taille combinée à la lithotritie, ainsi que le montrent les discussions relatées dans nos bulletins de 1867 et la communication récente de M. Verneuil. Mais pour ces opérateurs, ce n'est qu'un moyen de résoudre une difficulté; ils essayent d'abord de l'extraction totale, puis, si la pierre est trop volumineuse, ils la brisent; et il s'en faut que des règles précises guident leur conduite relativement au volume des calculs.

Si je m'en réfère à la communication de M. Dolbeau, au volume présumable du calcul dont il nous a montré les débris, aux indications qu'il nous a fournies sur l'âge de quelques-uns de ses opérés, il me semble qu'enchérissant beaucoup sur les principes exposés dans son livre, il élargit la portée de son opération, et tend à l'employer dans tous les cas où la lithotritie urétrale étant contre-indiquée, la taille, quelle qu'elle soit, reste possible.

Dès lors, messieurs, ce serait une réforme complète de tous les anciens procédés de taille, et la lithotritie périnéale se présenterait seule pour satisfaire à toutes les indications de la taille. Mais ici encore, je ne saurais oublier ce qu'écrivait M. Bouisson en 1861 (*Tribut à la chirurgie*, t. II, pages 151 et 152) sur l'innocuité de la taille médiane, sur sa très-rapide guérison, sur la possibilité d'extraire avec la lithotritie des calculs volumineux, et enfin, sur sa généralisation, sans qu'on puisse toutefois *la substituer irrévocablement à tout autre mode cystotomique.* Je note ce mot : irrévocablement, qui semble bien indiquer que le jugement de l'auteur est établi, dans la presque totalité des cas, en faveur de la taille médiane restreinte aux étroites limites que j'ai tracées précédemment: respect du bulbe, respect du col, incision de toute la partie membraneuse.

Je me résume, et jetant un coup d'œil sur le passé et sur le présent, recherchant en quoi l'opération préconisée par notre collègue ressemble à des opérations plus anciennes, en quoi elle diffère, à quoi elle doit ses résultats incontestablement heureux, je trouve que deux questions subsistent qui appellent les recherches, le contrôle et l'examen des chirurgiens.

Quoique je les aie déjà indiquées, je les reproduis ici sous forme de conclusion.

1° Dans la taille médiane, est-il préférable, après avoir divisé les parties molles extérieures en ménageant le bulbe de l'urètre, de pénétrer dans la vessie par une incision de toute la partie membrane, ou bien par la déchirure de cette même portion et la dilatation du col et de tout le trajet par le dilatateur de M. Dolbeau?

2° La taille médiane avec lithotritie ou la lithotritie périnéale, doivent-elles être étendues à tous, ou du moins à la grande majorité des cas pour lesquels la taille est indiquée ?

Les travaux de M. Dolbeau sont évidemment très-favorables à la solution affirmative de cette dernière question, et je n'éprouve aucun embarras à le dire à son éloge. Qu'il ait suivi ou précédé le mouvement, ou que l'ayant suivi, il l'ait accéléré, j'abandonne ce détail pour constater que c'est dans ce sens que d'un pas plus ou moins délibéré, marchent la plupart des chirurgiens. Les noms de MM. Bouisson et Benoît (de Montpellier), Rizzoli (de Milan), Borelli (de Turin), Kelbourne (d'Edimbourg), et bien d'autres que je passe, témoignent que je ne me trompe pas. Parmi nous, M. Verneuil, M. Giraldès, suivent, à peu de chose près, la même conduite, et je n'hésite pas à me ranger près d'eux, en remerciant M. Dolbeau d'avoir affermi, par sa pratique, des opinions qui sont déjà anciennes chez moi, mais que je n'ai pas pu passer au crible d'une expérimentation aussi serrée que la sienne.

Quant à la première question, si elle est moins importante que la seconde, en revanche elle me semble plus litigieuse. Sa solution ne découle ni de l'évidence, ni des résultats définitifs de l'opération, mais il est certain que le procédé de notre collègue n'est ni dangereux, ni irrationnel; qu'il soutient la comparaison avec les meilleurs des autres, et qu'en conséquence, il y a lieu de l'étudier et de le mettre en pratique. C'est ce que je me propose de faire dès que l'occasion se présentera à moi.

M. DOLBEAU. Il est impossible de présenter les choses d'une manière plus séduisante. M. Trélat, dans son argumentation, a su donner un véritable attrait à la question qui nous occupe en ce moment.

M. Trélat voudrait m'entraîner sur le terrain de la clinique, et telle n'est pas mon intention. J'ai inventé, je crois, une opération nouvelle. On aurait pu douter de la réalité de son exécution, et j'ai trouvé l'occasion d'en faire une démonstration péremptoire. La pièce que j'ai présentée dans la dernière séance démontrait que, par mon opération, j'avais pu extraire un volumineux calcul, et que le bulbe et le col de la vessie étaient restés intacts. Le fait matériel est évident pour tout le monde, mon but a donc été atteint.

M. Trélat veut me contester la priorité; il m'acorde à peine, ainsi que le faisait jadis Malgaigne, l'invention d'un instrument dilatateur. C'est parce que M. Trélat ne comprend pas très-bien en quoi consiste mon opération qu'il s'efforce de la trouver pressentie, décrite ou exécutée par tous mes devanciers.

Je vais tâcher de bien vous faire comprendre en quoi consiste la manœuvre, et j'espère vous démontrer que l'opération est bien réellement mienne.

Quand on veut parvenir dans la vessie par le périnée, on est forcément obligé d'imiter un peu les autres. Il faut inciser les téguments, il faut rechercher l'urètre, etc; mais, en suivant une voie parcourue bien des fois, on peut encore le faire d'une façon originale.

Lorsqu'on envisage le périnée, on trouve sur la ligne médiane l'anus, puis le bulbe de l'urètre. Ces deux organes sont, en général, très-rapprochés l'un de l'autre; il y a même des auteurs qui déclarent que parfois le bulbe est accolé à la face antérieure de l'intestin. Lors donc qu'on fait, au-devant de l'anus, une incision médiane d'une certaine étendue, on coupe nécessairement le corps spongieux si le bistouri va plus profondément que l'aponévrose.

Préoccupé d'éviter le bulbe et en même temps le rectum, je faisais autrefois une incision de 4 centimètres, s'arrêtant à 5 millimètres de l'anus. J'incisais lentement, de manière à reconnaître le muscle bulbo-caverneux; puis, à l'intersection de ce muscle avec le sphincter de l'anus, c'est-à-dire en arrière du bulbe, je faisais la ponction de l'urètre à l'origine de la portion membraneuse. Depuis, j'ai pris l'habitude de la chose, j'ai cessé de redouter la blessure du rectum, et j'ai un peu modifié le manuel opératoire tout en arrivant toujours au même résultat; mon incision n'a plus que 2 centimètres, et elle commence immédiatement à l'union de la peau et de la muqueuse de l'anus; en déprimant les tissus dans l'angle postérieure de la petite plaie, je suis certain de rencontrer le cathéter et d'éviter le bulbe.

Lorsque les tissus, refoulés sur le cathéter, ont été simplement ponctionnés et non pas incisés, j'abandonne tout instrument tranchant et je me sers de mon dilatateur. Dès lors, pas d'ouverture de vaisseaux, la voie nouvelle va se faire par déchirure et surtout par refoulement des tissus. C'est ce qu'a bien compris M. Chassaignac lorsqu'il dit que c'est une plaie par écrasement, et c'est ce que M. Trélat n'a probablement pas bien compris lorsqu'il dit que je fais la taille médiane. Je me serai mal expliqué.

Lorsque le dilatateur a exécuté sa manœuvre toute mécanique et mathématiquement calculée, que résulte-t-il de l'action de cet instrument mousse? Messieurs, le résultat obtenu est toujours le même, identique; je l'ai constaté un grand nombre de fois, et ces jours derniers j'en faisais une nouvelle démonstration en présence

(1) Voir les numéros des 8 et 11 janvier 1870.

de notre collègue, M. Tillaux. Lorsque le dilatateur est enlevé, il y creusa, dans le périnée, un canal régulier, du volume du doigt indicateur. Ce canal, véritable voie prérectale, est formé par le refoulement des tissus ; il commence à la peau et finit au col de la vessie. Ce dernier est intact, mais dilaté à 2 centimètres de diamètre. L'instrument a déchiré linéairement la paroi inférieure de la région membraneuse ; mais il a respecté l'orifice urétro-vésical.

Je l'ai dit, le résultat de l'action du dilatateur est toujours le même ; il est certain, et c'est en cela que mon opération est nouvelle. On fait bien la taille médiane, mais on coupe souvent le bulbe ; de plus, en admettant la ponction faite en arrière du bulbe, je ne crois pas qu'on puisse faire, avec un bistouri ou un lithotome, une incision aussi précise, aussi régulière que celle que j'obtiens par le dilatateur. Ceux qui font la taille membraneuse coupent les tissus ; moi, je les refoule ; ils coupent le col de la vessie, moi, je le dilate. J'ai vu l'hémorrhagie suivre la taille médiane ; elle est impossible dans mon procédé.

J'ajoute que, le col de la vessie restant intact dans la lithotritie périnéale, mes malades conservent leurs urines et ne sont pas sans cesse mouillés, exposés aux eschares, comme le sont les taillés.

Je crois avoir établi que ma manière d'agir est toute nouvelle. Je vous ai démontré la réalité de mes assertions en vous soumettant les pièces anatomiques. C'est à l'avenir de montrer que mon opération vaut autant ou plus que ce qu'on appelle la taille médiane combinée à la lithotritie.

(*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

Nous sommes heureux de placer la lettre suivante sous les yeux de nos lecteurs :

Mon cher directeur,

Vous m'avez exprimé le désir d'accorder à vos abonnés, exceptionnellement, une remise sur le prix de l'ouvrage de M. le docteur Cordier : *Les Champignons de France*(1), que vous avez bien voulu leur désigner comme un livre de la plus grande utilité.

J'ai communiqué votre honorée lettre à l'auteur, et M. le docteur Cordier s'est empressé d'accéder à ma demande, afin de répandre de plus en plus la science mycologique parmi ses collègues.

Le prix du volume est actuellement de 30 francs ; je le mets uniquement pour vos abonnés à 24 francs, mais je désire que toutes les demandes me soient adressées directement avant le 1er mars 1870 (*à partir de ce jour l'ancien prix de 30 francs sera de nouveau maintenu*), accompagnées d'une bande de votre journal et du montant en un mandat-poste. Le volume sera envoyé *franco*, sans augmentation de frais, pour toute la France, la Belgique et la Suisse, et pour tous les autres pays étrangers, jusqu'aux frontières françaises.

Je serais heureux, mon cher directeur, si vous voulez bien porter cette diminution temporaire à la connaissance de vos abonnés, et je vous prie d'accepter l'expression de mes sentiments empressés.

Votre tout dévoué,

J. Rothschild,

Éditeur libraire de la Société botanique de France.

43, rue Saint-André-des-Arts.

(1) *Les Champignons de la France.* Histoire, description, cultures, usages des espèces comestibles, suspectes, vénéneuses et employées dans les arts, l'industrie, l'économie domestique et la médecine, par S. F. Cordier, docteur en médecine, membre de plusieurs sociétés savantes. Superbe volume grand in-8° jésus, orné de vignettes sur bois et de 60 chromolithographies repré entant les espèces les plus remarquables ; dessins d'après nature, par A.-E. Cordier. Prix, broché : 30 francs ; en demi-reliure chagrin, plats toile, tranches dorées : 35 francs.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société d'anthropologie de Paris renouvelle son bureau pour 1870 de la manière suivante :

Ont été élus présidents : M. Gaussin ; — vice-présidents : MM. Lagneau et Giraldès ; — secrétaire général adjoint : M. Dally ; — secrétaires annuels : MM. Prat et Hamy ; — conservateur des collections : M. Alix ; — archiviste : M. Morpain ; — trésorier : M. Bertillon ; — commission de publication : MM. Alix, Lagneau et de Ranse ; — secrétaire général : M. Broca.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 9 au 15 janvier, donne les chiffres suivants :

Variole, 27. — Scarlatine, 6. — Rougeole, 18. — Fièvre typhoïde, 20. Érysipèle, 5. — Bronchite, 72. — Pneumonie, 122. — Diarrhée, 7. — Dysenterie, 1. — Choléra, ». — Angine couenneuse, 4. — Croup, 9. — Affections puerpérales, 12. — Autres causes, 695. — Total : 998.

Celui de Londres donne les chiffres suivants, du 2 au 8 janvier :

Variole, 8. — Scarlatine, 134. — Rougeole, 30. — Fièvre typhoïde, 31. — Typhus, 4. — Érysipèle, 5. — Bronchite, 295. — Pneumonie, 102. — Diarrhée, 19. — Dysenterie, ». — Choléra, ». — Angine couenneuse, 5. — Croup, 12. — Affections puerpérales, 11. — Autres causes, 1,041. — Total : 1,697.

— La prochaine séance de la Société médicale d'observation aura lieu le 24 courant, à 8 heures du soir, à la Faculté de médecine, dans le cabinet du doyen.

— M. le professeur Marey ouvrira, samedi 22 janvier, à deux heures, son cours de physiologie au Collége de France.

Il traitera du mécanisme du vol chez les oiseaux.

— M. le docteur Auzoux, commencera le dimanche 23 janvier, à une heure, son cours de physiologie humaine et comparée, animale et végétale dans l'amphithéâtre de l'École de médecine.

Le cours sera continué les dimanches suivants, dans le même local.

La texture et les fonctions de chaque partie du cerveau seront l'objet d'une attention spéciale.

Le directeur, Dr E. Le Sourd

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PETER.

Les points de côté (1).

(ANGINE DE POITRINE)

4e LEÇON.

Vous avez pu voir récemment, couchée au n° 9 de la salle Saint-Charles, une femme atteinte de maladie du cœur. Elle entrait pour une grande dypsnée avec angoisses, palpitations violentes, fréquence excessive du pouls qui est très-petit, et *douleurs* vers la base du cœur, ou, plus exactement, au niveau du quatrième cartilage costal gauche et de la région sternale correspondante.

Une première fois déjà, l'année dernière, j'ai eu l'occasion de la soigner à la Pitié; c'était dans le service de mon collègue M. Bernutz que je remplaçais, et elle présentait les mêmes symptômes d'angoisse douloureuse. Elle réclamait à grands cris la médication que ce judicieux médecin avait une première fois déjà mise en œuvre pour elle et qui la soulageait aussitôt. Cette médication, c'était l'application de ventouses scarifiées à la région du cœur. J'imitai mon collègue, dont je partage parfaitement les idées thérapeutiques à cet égard, et la malade fut soulagée par deux applications successives de six ventouses scarifiées chaque fois.

Actuellement encore, j'ai suivi la même méthode de traitement et avec le même succès. J'ai d'ailleurs employé la digitaline pour ramener son pouls à un rhythme plus régulier et à une moindre fréquence; la scille et le calomel pour exciter la diurèse et la cholépoièse, et j'ai fait tous mes efforts enfin pour combattre les symptômes dyspnéiques, dont la double raison se trouvait au cœur et dans les poumons. J'ai réussi; quant à l'émission sanguine locale, elle allait le plus vite au plus pressé, qui était la douleur.

Qu'était donc cette douceur? Comment survenait-elle? Et n'y a-t-il pas contradiction ici avec ce que je vous ai dit des maladies du cœur qu'elles étaient le plus souvent indolentes quant au cœur?

Et d'abord, relativement à ce dernier point, je vous ferai remarquer que sur plus de trente malades atteints d'affections organiques du cœur que vous avez déjà vus dans nos salles, celle-ci est la seule qui ait souffert, ou tout au moins dit souffrir à la région cardiaque. Voilà pour la fréquence.

Maintenant, quelle est cette douleur? Elle a son maximum à la région du cœur, vers la base de l'organe et rayonne de là en haut vers le cou et l'épaule gauche, en bas vers les insertions gauches du diaphragme, et la pression l'augmente en tous ces points. De sorte que, s'il n'est pas douteux que cette malade souffre de son cœur, il ne l'est pas davantage qu'elle souffre aussi de son nerf phrénique gauche.

D'ailleurs ces douleurs associées sont au maximum et apparaissent quand la malade se livre à des efforts un peu énergiques, ou qu'elle est vivement émue (ce qui n'est point difficile, la malade étant assez impressionnable), ou qu'enfin, comme actuellement, il y a congestion des poumons et des principaux viscères, en même temps que de l'œdème commençant aux extrémité inférieures, c'est-à-dire quand apparaît ou s'accroît à la périphérie l'obstacle à l'impulsion cardiaque et quand, par suite, le travail du cœur malade est augmenté d'autant.

La lésion du cœur est un rétrécissement de l'orifice aortique, caractérisé par un bruit de souffle rude à la base de l'organe et au premier temps, souffle qui se propage avec ce caractère de rudesse sur le trajet de l'aorte ascendante. Le pouls est petit et, au sphygmographe, vous voyez que la ligne d'ascension est très-courte (ce qui correspond à la petitesse du pouls) et suivie d'une ligne oblique ascendante ou plateau (qui vous indique la résistance *athéromateuse* de l'artère), puis d'une longue ligne de descente (indice de la *faible élasticité* du vaisseau), de sorte que cette femme n'a pas seulement une maladie du cœur, mais encore une lésion athéromateuse ou calcaire des vaisseaux artériels et surtout de l'aorte.

Enfin à la lésion primitive de l'orifice cardiaque s'est ajoutée une hypertrophie notable de l'organe, dont la pointe atteint le septième espace intercostal en dehors du mamelon.

Mais quels sont de tout ceci la raison d'être et le mécanisme pathogénique.

Mon collègue, M. le docteur Bucquoy, a très-habilement essayé d'interpréter ces phénomènes. Les douleurs du cœur, il les attribue à une névrose douloureuse du plexus cardiaque. Elles ne se rencontreraient dit-il, que dans les lésions qui intéressent l'orifice aortique ou l'aorte à son origine (dilatation, anévrysme), et résulteraient du voisinage de la lésion et des intimes connexions de l'organe lésé avec le plexus cardiaque. Au contraire, elles manqueraient nécessairement dans les lésions mitrales.

Déjà, quatre ans auparavant, en 1864, mon collègue M. Lancereaux avait publié les résultats de l'autopsie d'un homme sujet à des accès d'angine de poitrine, et qui succomba subitement à une de ces attaques. Il y avait lésion de l'aorte. Entre les deux orifices des artères coronaires, rétrécies au point de permettre à peine l'introduction d'un stylet, se trouvait une plaque saillante de plusieurs centimètres d'étendue, composée en grande partie de tissu conjonctif de nouvelle formation. La tunique externe de l'aorte était, au niveau de son adhérence à l'artère pulmonaire, le siége d'une vascularisation anomale extrêmement riche. Le plexus cardiaque, qui, comme on sait, repose sur cette partie du vaisseau artériel, participait à cette vascularisation, et quelques-uns de ses filets se trouvaient compris dans une sorte de gangue ou plasma appliquée à la tunique artérielle épaissie.

L'examen microscopique des filets nerveux et des ganglions aurait prouvé, assure M. Lancereaux, que de nombreux noyaux ronds se trouvaient interposés en forme d'amas, entre les éléments tubuleux, qu'ils paraissaient comprimer plus ou moins; la portion médullaire de ces éléments était d'ailleurs légèrement grisâtre et grenue.

Ainsi, à la lésion de l'aorte s'ajoutait une lésion de voisinage du plexus cardiaque, et dans la paroi du vaisseau comme au sein du plexus nerveux, il y avait une vascularisation exagérée avec hyperplasie des éléments de substance conjonctive.

Rapprochant ce fait de deux autres cas d'angine de poitrine où la mort fut également subite, M. Lancereaux incline à penser que cette affection pourrait bien, dans quelques cas au moins, reconnaître pour cause une altération du plexus cardiaque. Car, dans ces deux derniers cas, si la lésion du plexus n'a pas été recherchée, au moins M. Lancereaux avait-il constaté une lésion aortique analogue, c'est-à-dire une inflammation de la première partie de l'aorte, avec épaississement des tuniques de ce vaisseau et rétrécissement de l'orifice des artères coronaires.

Ces observations de M. Lancereaux sont très-intéressantes, surtout la première, où le plexus cardiaque a été examiné; il est seulement à regretter que l'état du *cœur* ne soit pas mentionné; avec une telle altération de l'aorte, il ne pouvait pas ne pas être hypertrophié et dilaté, et avec une telle lésion de ses artères nourricières, ses fibres musculaires ne pouvaient pas ne pas être en voie de dégénérescence granulo-graisseuse plus ou moins avancée.

Si le fait de notre malade du n° 9 de la salle Saint-Charles est d'accord avec la manière de voir de M. Lancereaux et de M. Bucquoy, j'en sais, et entre autres un que je vais vous citer tout à l'heure, qui sont au contraire en désaccord complet.

Si donc, je pense qu'il peut y avoir dans ces attaques d'angine de poitrine symptomatiques d'une affection du cœur, une névrose douloureuse du plexus cardiaque, je crois cependant que le point de départ peut en être dans le cœur lui-même, et non point toujours à l'origine de l'aorte, attendu qu'il est possible d'observer cette angine douloureuse avec une lésion de la *valvule mitrale* exclusivement.

Il y a là bien souvent des phénomènes plus *personnels* qu'on ne le croirait d'abord; je veux dire qu'un nerveux, par exemple, peut avoir la même lésion qu'un apathique, sans avoir pour cela la même maladie; les symptômes seront apathiques chez celui-ci et nerveux chez celui-là, incidentés par des troubles étrangers à l'affection première, ou hors de proportion avec elle.

C'est ce que j'ai eu l'occasion d'observer chez une jeune dame, Mme G.., atteinte d'une insuffisance mitrale très-nettement caractérisée par ses signes physiques habituels (bruit de souffle au premier temps et vers la pointe). Quatre fois, et toujours à l'approche d'époques menstruelles pénibles ou pendant les règles, qui étaient alors peu abondantes, elle fut prise de violente *sternalgie*, avec angoisse respiratoire, petitesse du pouls, douleur à l'épaule gauche, ainsi qu'au coude, et sensation de mort prochaine; elle avait, en un mot, tous les symptômes de l'angine de poitrine. Or, cette jeune dame est très-nerveuse, timorée et impressionnable à un haut degré. Et la lésion est ailleurs qu'à l'orifice aortique, où elle devrait être dans la doctrine dont je viens de parler.

Remarquez, je vous prie, ce fait de la coïncidence des attaques d'angine de poitrine avec la venue des époques menstruelles et leur trouble, c'est-à-dire en un moment où s'effectuent si facilement des congestions, lesquelles se déterminent le plus volontiers vers un organe actuellement lésé. Dans l'espèce, il y a la lésion que j'ai dite et un trouble fonctionnel habituel, des palpitations. Or, il n'est pas possible, tenant compte du siége de la lésion qui est centrale, du moment physiologique spécial où le trouble nerveux se produit, et de l'idiosyncrasie de celle qui l'éprouve, de ne pas croire que le point de départ n'en soit central et non superficiel, viscéral avant d'être nerveux; qu'il n'y ait là peut-être quelque hypérémie du cœur même; irritation d'un rameau nerveux sensitif intra-cardiaque ou d'un ganglion également intra-cardiaque, et finalement, les irradiations douloureuses habituelles de l'angine de poitrine; irradiations surtout prononcées sur le nerf phrénique gauche : le tout chez une femme nerveuse, et non point parce qu'elle a une lésion aortique, puisque celle-ci n'existe pas.

D'ailleurs, depuis deux ans que cette dame, dont la santé avait été éprouvée fortement par une maternité trop active et par d'assez violents chagrins, a repris des forces et de l'embonpoint sous l'influence d'un séjour prolongé à la mer ou à la campagne; elle n'a pas eu une seule attaque d'angine de poitrine, bien que sa lésion mitrale ait persisté.

Ce que je vous dis de l'état personnel du malade, se trouve vérifié par l'observation d'autrui : ainsi Stokes, sans en tirer d'autres conclusions, cite à la page 440 de son *Traité des maladies du cœur* (traduction du docteur Sénac), l'observation d'un homme de 29 ans « d'une constitution délicate, » qui, pendant dix ans, éprouva des symptômes graves d'angine de poitrine.

« Les accès, dit-il, étaient *précédés* d'un malaise nerveux *général;* les palpitations augmentaient jusqu'à devenir tumultueuses; » puis l'accès survenait parfois au bout de deux à trois heures de cet état général. Et cet homme était nerveux à ce point que, « pendant longtemps, il ne put voir aucun de ses amis; il descendait dîner à cinq heures, et si quelqu'un remarquait son arrivée, ou lui demandait de ses nouvelles, il survenait un accès.... La plus petite émotion morale avait le même effet. » Vit-on jamais individu plus excitable? Et peut-on nier ici l'idiosyncrasie nerveuse?

Quant à cette localisation exclusive des lésions à la base du cœur, je suis encore heureux de me rencontrer ici avec Stokes, qui, lui aussi, ne croit pas que la douleur cardiaque, quand elle se manifeste, « appartienne à l'affection valvulaire simple,» sans désignation de valvule; et se demande si elle ne tiendrait pas « à la complication d'une hypertrophie de formes diverses. Il est certain, ajoute-t-il (p. 178 de son Traité), qu'elle se rencontre plus souvent avec cette complication; et je ne me rappelle pas l'avoir jamais observée dans les cas où l'affection du cœur ne se révélait qu'à l'auscultation, où l'organe était *tranquille dans son action*, le pouls régulier, et lorsqu'il n'y avait aucun signe d'hypertrophie. » Nous voilà bien loin, comme on voit, d'une lésion valvulaire quelconque, et *à fortiori* d'une lésion spéciale des valvules aortiques ou de l'aorte.

(*A suivre.*)

(1) Voir les numéros des 20, 25 et 30 novembre 1869.

DES MOYENS PRATIQUES D'OBVIER A LA MORTALITÉ DES ENFANTS NOUVEAU-NÉS

Par M. le docteur P. CHALVET (1).

II

Première proposition. — L'enfant nouveau-né doit toujours puiser sa nourriture dans l'allaitement. — La principale source des troubles digestifs qui amènent la mort d'un si grand nombre d'enfants et préparent la mauvaise constitution doit être cherchée dans l'alimentation prématurée.

Avant de développer cette première proposition, d'après les résultats fournis par l'anatomie, la physiologie et la pathologie expérimentale, nous devons répondre à une objection. Vous prêchez à des convertis, nous dira-t-on; tout le monde blâme l'alimentation prématurée. S'il en est ainsi, tout le monde ne comprend pas de la même manière la valeur de cette expression. On alimente prématu-

(1) Voir les nos des 19 octobre et 2 décembre 1869.

rément toutes les fois qu'avant l'éruption complète des *huit premières dents* on fait absorber toute autre substance alimentaire que du lait non *mélangé*, non bouilli et d'une richesse caséeuse proportionnée à l'âge du nouveau-né. Comment se fait-il alors que l'on trouve dans les livres classiques, où les élèves puisent leur instruction sur l'éducation physique des nouveau-nés, le conseil de donner des bouillies, des panades, des émulsions d'œufs, etc., à des enfants de quatre mois? Comment se fait-il que des hommes éminents qui, dans l'esprit public, passent pour tenir le gouvernail de la science en pareille matière conseillent l'usage des bouillons et du suc de la *viande crue* dès les premiers mois de la naissance? Puisqu'il en est ainsi, cette croisade contre l'alimentation prématurée a son opportunité; cependant je serai bref sur des faits généralement acceptés.

On sait qu'à la naissance, la plupart des appareils du nouveau-né sont encore à l'état d'évolution. Deux de ces appareils seulement sont assez développés pour entrer en fonctions, comme à un âge plus avancé, tels sont l'appareil respiratoire et l'appareil complexe, qui constitue le tégument externe. Les poumons et la peau sont munis de tous leurs éléments constituants assez développés pour entrer en fonction régulière de suite après la naissance.

Il n'en est pas de même des autres appareils, même de l'appareil digestif, qui seul nous intéresse en ce moment. Plusieurs de ses parties constituantes ne sont bien développées que longtemps après la naissance.

Si nous examinons la bouche du nouveau-né, nous constatons qu'elle ne peut exercer convenablement ni la préhension, ni la mastication. La langue, quoique bien développée, n'exécute avec précision que des mouvements de *succion*.

La mâchoire inférieure, encore peu résistante, se meut sans énergie. En effet, l'angle très-ouvert que ses branches forment avec le corps de l'os, présentent aux muscles, qui seront plus tard masticateurs, une insertion très-oblique. Cette condition suffirait pour neutraliser une partie de leur action, si déjà la faiblesse de leurs fibres contractiles ne rendait pas leurs contractions inefficaces. Les muscles buccinateurs ont seuls assez de force pour remplir une fonction, et l'acte buccal de l'enfant nouveau-né est accompli par le concours de la langue et de ces derniers muscles.

Si nous joignons à ces faits l'absence de dents, l'état rudimentaire des véritables glandes salivaires, nous aurons la preuve *anatomique* que le nouveau-né n'est pas encore organisé pour mâcher des aliments et rouler dans la bouche un bol alimentaire quelconque. Aussi, lorsqu'on impose l'alimentation prématurée à ces petits êtres, c'est mécaniquement que l'on fait arriver les aliments à l'isthme du gosier, comme si l'on avait affaire à une paralysie *glosso-labiale*. Par cette disposition, on dirait que cette nature, si souvent attaquée par certains esprits qui n'ont jamais compris la filiation de ses lois parce qu'ils ont mal observé, a voulu mettre obstacle à tout autre mode d'alimentation que celle qui s'effectue par succion.

Les animaux respectent cette situation du premier âge. Les carnivores surtout éloignent tout aliment de la portée de leurs petits avant l'évolution suffisante des dents : ce n'est que lorsque les mamelles sont mordillées par les dents du jeune animal, que les chiennes et les louves abandonnent des aliments à côté de leurs petits, assez forts pour partager sans danger l'alimentation des parents.

Les Arabes, qui ont reçu de Mahomet la prescription d'allaiter au sein pendant deux années révolues (1), n'offrent pas de nourriture au nourrisson; ils attendent qu'il vienne lui-même participer au repas de la famille, ce qu'il ne fait à coup sûr qu'au moment où il commence à exécuter des mouvements avec quelque précision. C'est l'imitation pure et simple de la nature, le petit animal se dirigeant vers ses aliments. Aussi, comparez cette race à la nôtre, et si vous tenez compte de toutes les causes de destruction qu'une civilisation imprévoyante mêle à la destinée de ces peuplades, vous serez forcé d'admettre que c'est chez nous qu'il faut chercher la dégénérescence de l'homme, bien que la durée moyenne de la vie soit à notre avantage (2).

Dans l'élevage des nouveau-nés nous ne tenons aucun compte de ces enseignements, nous nous obstinons à imposer l'alimentation prématurée avant que le système buccal soit assez développé pour que la préhension, la mastication et l'insalivation puissent régulièrement s'accomplir. Nous avons tous assisté à cette étrange lutte de la nourrice au petit pot, imposant de la bouillie, des panades, etc., à la bouche rebelle du nourrisson. A force de reprendre et de refouler avec une cuiller, ces aliments tombent sous le domaine des actions réflexes, et sont avalés indépendamment de la volonté.

On croit avoir fait une chose utile en forçant ce petit être à faire de la mastication et de la déglutition malgré lui, on n'a commis qu'une violence irréfléchie. Nous, médecins, nous voyons tout cela sans nous révolter parce que ce triste spectacle s'est toujours passé sous nos yeux, et que, pour la plupart, nous avons subi le même supplice. Nous savons que pendant les premiers mois de la vie, l'enfant n'a pas assez de salive pour faire subir aux féculents la catalyse glucosique; mais nous n'y songeons plus dans la pratique, et nous laissons administrer sans trop de récrimination un aliment indigeste, dont nous signalerons bientôt les inconvénients.

On peut le demander aux détracteurs de la nature, si c'est là pour eux un des triomphes de l'initiative de l'homme sur l'instinct; l'exemple paraît mal choisi.

Si de la cavité buccale nous passons à l'estomac et aux intestins, nous trouvons encore là une démonstration anatomique, établissant que le nouveau-né n'est pas apte à digérer certains aliments trop communément imposés par les nourrices. Ces organes, à l'état d'ébauche pour ainsi dire au moment de la naissance, ne paraissent pouvoir absorber sans danger que des principes préparés à l'absorption par un travail préalable auquel l'enfant est presque complétement étranger.

L'estomac est très-petit, sans forme bien arrêtée. Sa membrane muqueuse est mince, lisse. Les replis et les glandes qui la rendront apte à remplir plus tard certains actes digestifs sont encore à l'état tout à fait rudimentaire, surtout les glandes à suc gastrique, qui ne contiennent, à cette époque, qu'un petit nombre de cellules, dites à *pepsine*.

(1) Voir Coran, t. I, c. 2, v. 32, p. 40.

(2) Je tiens ces renseignements de mon ami L. Teilhard de Laterrisse, que des fonctions administratives tiennent depuis huit ans en contact avec les tribus arabes, dont il a parfaitement étudié les mœurs et les coutumes.

Ces cellules, chez l'adulte, et même chez l'enfant pourvu de ses dents de lait, sont volumineuses, arrondies; elles ont un noyau évident et un contenu granuleux; elles remplissent les glandes. Chez le nouveau-né, ces glandes sont presque vides.

La membrane musculeuse ne présente que des fibres contractiles pâles et peu développées. Cette membrane est mince, transparente et incapable d'agir efficacement, par ses contractions, sur le contenu de ce viscère. Aussi, lorsqu'il se fait un caillot de lait dans l'estomac, cette masse ne peut être convenablement roulée sur les parois gastriques pour subir l'action dissolvante de sucs encore peu abondants; d'où l'indigestion, le rejet par vomissement ou la lienterie.

Nous trouvons les mêmes conditions anatomiques à signaler du côté des intestins. Partout nous constatons la faiblesse des membranes contractiles et l'évolution incomplète des organes sécréteurs.

(*A suivre.*)

NOTE

Sur la bronchite chronique et son traitement

Par le docteur A. Charrier, secrétaire général de la Société de médecine de Paris, etc.

Chaque année, à la fin de l'automne, nous voyons dans notre climat, si sujet aux variations brusques de l'atmosphère, les affections de l'appareil respiratoire reparaître et frapper un grand nombre d'individus. Notre intention n'est pas de faire ici l'histoire de ces maladies; nous voulons seulement dire ce que l'expérience nous a appris sur la plus fréquente de toutes les affections thoraciques, celle qui fait trop souvent le désespoir des malades et des médecins, la bronchite chronique.

La thérapeutique de cette affection serait presque nulle ou tout au moins inefficace, suivant la plupart des auteurs; aussi voit-on conseiller une profusion de remèdes, signe certain de notre embarras et du peu de confiance que nous avons dans les ressources de notre art. Ce scepticisme qui, pour beaucoup de médecins, aboutit à une expectation complète ou à une médication insignifiante, ne fait pas le compte de ceux qui souffrent, et nous croyons utile de dire ce que nous en avons observé.

Si la médecine ou plutôt les médecins ont eu jusqu'à présent si peu de succès dans le traitement de cette affection, c'est qu'ils ont trop regardé la maladie elle-même, sans faire attention au terrain dans lequel elle a pris racine, et sans mettre à profit les moments de répit pour s'efforcer d'empêcher les rechutes.

La bronchite chronique n'est jamais identique à elle-même, elle varie dans ses manifestations suivant que le sujet atteint est scrofuleux, dartreux, goutteux, rhumatisant ou diabétique (1). La durée surtout est plus ou moins longue, les récidives plus ou moins fréquentes, suivant l'idiosyncrasie du malade.

Le traitement doit donc varier aussi, principalement dans sa partie prophylactique. Le but que le médecin doit s'efforcer d'atteindre, c'est d'empêcher le retour presque périodique de la maladie.

La bronchite chronique ne débute jamais d'emblée, ce n'est qu'à la suite d'une ou de plusieurs bronchites aiguës qu'elle tâche de prendre droit de cité chez le malade. Si elle réussit à s'implanter dans l'organisme, à chaque changement brusque de l'atmosphère, elle causera des rechutes, et de récidive en récidive, elle finira par se changer en catarrhe chronique accompagné d'emphysème et de bronchorrhée.

Alors, le mal est grave, surtout si l'individu est faible ou âgé; mais, fût-il dans ces conditions défavorables, nous croyons qu'on peut venir encore à son aide, et sinon le guérir radicalement, du moins améliorer considérablement son état. Souvent aussi des médicaments efficaces sont ordonnés intempestivement, ou trop tôt ou trop tard; pour arriver à un résultat heureux, il faut surtout tenir compte, dans les premières atteintes du mal, de trois choses : 1° du début de la maladie, de sa durée; 2° de la longueur de la période d'état et de la période de résolution; 3° de la constitution du malade, surtout pour la prophylaxie. C'est là le point capital.

1° *Du début.* Au commencement de la maladie, la bronchite chronique est ordinairement la suite d'une attaque de bronchite aiguë qui s'est accompagnée d'un appareil symptomatique intense : fièvre, élévation de température, oppression, toux sèche et fatigante; puis l'état pyrétique tombe au bout de plus ou moins de temps, et la bronchite chronique apparaît. Les quintes de toux sont moins fréquentes, elles sont suivies d'une expectoration moins pénible, variable quant à la quantité et à sa nature; l'oppression persiste et s'accompagne de sifflement laryngo-trachéal au moindre effort que fait le malade, et même pendant le sommeil. L'auscultation ne donne que quelques râles disséminés, gros, bruyants, et surtout causés par les mucosités soulevées par la colonne d'air dans la trachée. La quantité du liquide expectoré est plus ou moins considérable; quelquefois ce n'est que le matin et le soir que le malade tousse, pour rejeter des crachats épais, jaunâtres, à la suite d'efforts de vomissements qui surviennent à la fin de la quinte. Dans les premiers temps de la maladie, cet état dure d'un à deux mois, compliqué de petites recrudescences, puis après quelques rechutes, la bronchite chronique dure tout l'hiver, et enfin existe en permanence.

Dans les premières atteintes de la bronchite chronique, il y a toujours fièvre au début, ne serait-ce que pendant vingt-quatre à quarante-huit heures; dans une période plus avancée, la fièvre manque, et il suffit du plus léger refroidissement pour que la bronchite repasse de l'état chronique à l'état subaigu. Alors la toux redevient sèche, l'oppression plus grande, et l'expectoration est supprimée; après deux ou trois jours de l'acuité nouvelle, l'expectoration reparaît facile, blanchâtre, aérée, pour reprendre bientôt les caractères de la chronicité.

Si cet état persiste, le malade maigrit, perd ses forces, et souvent il est obligé de suspendre ses occupations en attendant le retour de la belle saison.

2° *Période d'état.* La bronchite chronique peut rester indéfiniment dans cet état, qui n'est ni la maladie ni la santé; il est rare alors que les forces du malade n'aillent pas en s'alanguissant; la peau devient terreuse, ne fonctionne plus, et plus d'une fois, de prime abord, la bronchite chronique a pu être prise pour une phthisie pulmonaire.

3° Enfin, avons nous dit, la constitution du sujet doit être l'objet d'une minutieuse attention de la part du médecin; car, de son étude approfondie, découle tout naturellement le traitement, mais principalement le traitement prophylactique.

Traitement. Nous le diviserons en deux : 1° traitement curatif du début et de la période d'état; 2° traitement préventif des rechutes, ou, qu'on nous passe cette expression, traitement constitutionnel ou diathésique.

1° Si les récidives de la bronchite chronique sont accompagnées d'un peu de chaleur à la peau, que cette chaleur soit sèche, que le pouls se soit élevé, et surtout s'il y a de l'oppression, de l'anxiété, à moins qu'il n'y ait des contre-indications, telles que hernies considérables ou maladies de cœur, ce qui est encore assez fréquent, nous conseillons le vomitif comme dans le cas de bronchite franchement inflammatoire. Il a souvent pour effet de soulager immédiatement le malade et de diminuer la longueur de la première période.

Voici les deux formules que nous avons adoptées; si l'on veut seulement obtenir des vomissements abondants, l'on donnera en quatre fois, à quinze minutes d'intervalle, la potion suivante :

Pr.	Eau de tilleul	125 grammes.
	Sirop simple	20 —
	Poudre d'ipéca	2 —
	Emétique	2 centigr.

Si l'on croit nécessaire d'obtenir les deux effets simultanés de l'éméto-cathartique, employez la formule suivante :

Pr.	Poudre d'ipéca	1gr,50
	Tartre stibié	5 centigr.

Divisez en deux paquets.

A prendre à dix minutes d'intervalle dans une tasse d'eau tiède. Aussitôt la deuxième prise avalée, donnez coup sur coup et le plus possible des tasses d'eau tiède. Les vomissements sont alors faciles, abondants et accompagnés presque toujours, soit le jour même, soit le lendemain de gardes-robes copieuses.

Le jour même, après l'effet produit, commencez l'usage des préparations calmantes et opiacées. Celle à laquelle nous donnons la préférence est la suivante :

Sirop de morphine .... 125 grammes.

Le sirop de morphine sera pris le soir, trois heures après le dernier repas, à la dose de deux, trois cuillerées à café dans une demi-tasse d'infusion chaude.

Si la toux était très-fréquente, avec chatouillement dans l'arrière-gorge, nous conseillons le mélange suivant :

Sirop de morphine	125 grammes.
Alcoolature d'aconit	10 —

De deux à trois cuillerées à café (*ut supra*) (1).

Sous l'influence de cette médication, huit fois sur dix, la maladie est enrayée; mais si l'oppression continuait, il faudrait avoir recours aux révulsifs, aux rubéfiants, quelquefois même aux vésicants appliqués sur la région sternale.

Quand le début de la maladie est apyrétique, il faut débuter par les opiacés, et ne pas employer les vomitifs.

Souvent, chez les malades qui ont eu déjà plusieurs rechutes, la maladie passe en ce moment à l'état chronique et l'expectoration, cause d'affaiblissement, continue et même va en augmentant. Alors il faut se servir des agents modificateurs des sécrétions catarrhales des membranes muqueuses, et il en est un qui rend souvent de grands services et qui n'est pas assez employé dans ce cas particulier, nous voulons parler de l'essence de térébenthine.

Préconisée par nos maîtres Trousseau, Gendrin, Pidoux dans les cas de catharres chroniques de la vessie, mise en usage par Trousseau dans la bronchorrhée, elle est cependant presque oubliée dans le traitement de la bronchite chronique. Nos confrères la conseillent avec succès dans le traitement du catharre vésical, de coliques hépatiques, de sciatiques; pourquoi ne la conseilleraient-ils pas dans la maladie qui nous occupe? Ils se priveraient, et bien à tort, d'un puissant auxiliaire. L'essence de térébenthine fait merveille dans le catharre vésical; pourquoi ne réussirait-elle pas aussi dans le catharre bronchique?

L'essence de térébenthine répugne généralement au goût des malades, aussi doit-on renoncer à la donner en potion; et si elle n'est pas supportée, c'est qu'elle est mal donnée et donnée intempestivement. Faites-la prendre sous forme de perles, au milieu du repas, et les malades la supporteront très-facilement; presque jamais ils ne seront incommodés par des renvois térébenthinés, qu'ils auront infailliblement si l'essence est administrée en dehors du repas. Je n'ai jamais dépassé la dose de huit à dix perles par jour, la moitié au repas du matin, l'autre au repas du soir. Chaque perle contient de 24 à 25 centigrammes d'essence; or, en en donnant de huit à dix, on administre 2 grammes à 2 gr. 50 par jour aux malades. Cette dose m'a toujours paru suffisante pour arriver au résultat désiré. Au bout de trois ou quatre jours le mieux se fait sentir, la nature du liquide expectoré est modifiée : d'épais, de jaunâtre qu'il était, il devient blanc, aéré; la quantité diminue — dans les cas de bronchorrhée, la quantité est aussi diminuée dans le même sens — l'appétit renaît et les fonctions digestives sont ranimées.

Il ne faut pas continuer trop longtemps l'emploi de la térébenthine; généralement au bout de dix jours il faut suspendre, quitte à en reprendre l'emploi une semaine après. Au reste, la manière dont le malade supportera le médicament indiquera la marche à suivre. S'il y a saturation de l'économie par le médicament, l'anorexie et le pyrosis surviennent, ce qui doit être évité.

Cependant, il est des malades qui ne peuvent tolérer la térébenthine, il en est d'autres qui n'en retirent aucun avantage; nous conseillons alors d'avoir recours aux préparations solubles du goudron, la solution titrée de Guyot, par exemple; elle est au reste la seule que nous ayons employée; elle nous a paru la plus commode,

(1) C'est la diathèse qui imprime son cachet indélébile à la maladie.

(1) L'usage de la morphine doit être continué pendant huit ou dix jours.

elle a ce grand avantage qu'avec elle l'on obtient de l'eau goudronnée instantanément. Le goudron est pour nous le succédané par excellence de la térébenthine; le malade devra en faire usage à tous les repas, et le continuer longtemps. Mais son action est moins rapide que celle de l'essence : tandis que celle-ci agit au bout de trois à quatre jours, il faut au moins une semaine au goudron pour qu'il modifie avantageusement le catarrhe des bronches. Il est rare qu'au bout d'un mois la maladie ne soit pas enrayée et améliorée d'une manière notable. Alors commence l'état de santé complète, c'est à ce moment-là qu'il faut indiquer le traitement qui préviendra les rechutes, le traitement constitutionnel, comme nous l'avons appelé.

Traitement de la diathèse. — Nous voici arrivé à la partie la plus difficile de notre tâche, et ce chapitre demanderait de longs développements pour être traité à fond et avec l'importance qu'il comporte. Ce chapitre n'est autre, en un mot, que l'histoire des indications tirées du tempérament du malade, c'est l'histoire des diathèses. Nous sommes donc forcé d'être fort incomplet, nous indiquerons seulement d'une façon sommaire la voie à suivre.

Lorsque le médecin aura bien étudié son malade, qu'il l'aura interrogé sur ses maladies antérieures, celles de ses parents, de sa famille, qu'il aura fait la part de l'hérédité, de son tempérament propre, de ses tendances diathésiques, il pourra seulement formuler un traitement préventif rationnel. Il conseillera alors les modificateurs puissants, le changement d'air, les eaux thermales, les cures de lait, le séjour l'hiver dans les pays chauds, il tâchera de faire fonctionner la peau par des frictions tièdes alcoolisées, l'exercice modéré, les frictions sèches, etc. S'il a affaire à un scrofuleux, l'air de la mer, les préparations toniques, le soufre, etc. Mais s'il a affaire à un dartreux ou à un goutteux, tout le contraire doit être ordonné : les alcalins, sous toutes les formes, carbonate de lithine, etc. Mais jamais de soufre : le soufre exaspère et provoque les accès de goutte.

En suivant la voie que nous avons tracée, nous avons obtenu des succès en petit nombre, c'est-à-dire la guérison complète, mais nous avons à enregistrer une quantité considérable d'améliorations notables; nous croyons que c'est à l'usage de la térébenthine dans la période chronique, alors que tout phénomène inflammatoire s'est éteint, que nous pouvons attribuer cette atténuation de la maladie dans son élément le plus dangereux et le plus pénible, l'élément catarrhal, qui est heureusement modifié par l'action de ce médicament injustement oublié et ensuite au traitement de la diathèse pour prévenir les rechutes. Aussi en publiant cette note, ne nous sommes-nous proposé qu'un but : mettre en relief une médication utile tout en indiquant la méthode qui nous a paru la meilleure et la plus sûre. (*Bull. de thérap.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 14 janvier. — Présidence de M. Bergeron.

(Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.)

M. Bergeron, en prenant place au fauteuil de la présidence, exprime le regret de ne pouvoir être présenté à la Société par son prédécesseur, M. Moutard-Martin, retenu en ce moment à Cannes. Il donne lecture de la lettre par laquelle M. Moutard-Martin s'excuse de manquer à cette séance.

M. Bergeron remercie ses collègues par une courte allocution, accueillie par les applaudissements de la Société, puis il donne lecture du discours qu'il avait préparé pour être prononcé sur la tombe de M. Boucher de la Ville-Jossy. Ce discours est suivi de nombreuses marques d'approbation.

M. le secrétaire général s'excuse de ne pouvoir donner le compte rendu annuel des travaux de la Société, et invite les membres de la Société à entrer plus avant dans l'étude de toutes les questions relatives à l'hospitalité.

CORRESPONDANCE

Parmi les pièces de la correspondance, M. le secrétaire général signale : 1° un ouvrage volumineux intitulé : *Documents statistiques des hôpitaux*, envoyé par M. le ministre de l'intérieur. — 2° une lettre de M. le docteur Arnould, médecin-major à l'École militaire de Saint-Cyr, ayant trait à la discussion sur la fièvre typhoïde. Voici un résumé de cette lettre :

Dans différentes circonstances de ma carrière, j'avais déjà remarqué quelques cas à rechute. En étudiant plus soigneusement cette maladie sur le sol africain, dans ces dernières années, j'ai pu me convaincre que les rechutes plus ou moins accentuées n'étaient nullement une chose rare dans le typhus abdominal. Des raisons directes m'empêchaient déjà d'attribuer cette particularité à l'influence spéciale du sol paludéen sur lequel j'observais ; le hasard me soumit en même temps de nombreux cas d'affections, relevant au moins autant que la fièvre typhoïde du miasme animal et humain; je veux parler du typhus pétéchial et de cet autre typhus qui est le type des fièvres à rechutes le *relapsing fever*, dans le typhus pétéchial lui-même, il y aurait des rechutes?

Qu'en conclure? Sinon que la rechute est le propre des affections typhiques, sans être nécessairement liée à toutes leurs formes, puisqu'elle ne l'est même pas à tous les cas de *relaphing fever*; qu'elle décèle une propriété particulière du miasme animal humain; qu'elle est un phénomène naturel et propre, quoique non obligé, de la fièvre typhoïde comme des autres typhus; qu'enfin elle est un des meilleurs traits extérieurs de l'étroite parenté qui unit fes affections typhiques entre elles.

Rapport sur les maternités

M. Bourdon, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Moissenet, Lorain, Hervieux er Chauffard, lit un rapport sur la question des maternités.

M. Bourdon étudie d'abord l'étiologie de la fièvre puerpérale (qui peut naître spontanément). Il fait jouer le rôle principal à l'infection. Il admet l'épidémicité comme elle a été comprise de tout temps.

Il admet aussi la contagion, mais avec quelques réserves.

Il discute ensuite les différents systèmes d'assistance à donner aux femmes en couches.

L'accouchement à domicile par le bureau de bienfaisance serait incomparablement le meilleur système (en 1862 il s'était fait 6,422 accouchements par ce mode). Malheureusement, plus de 8,000 femmes grosses n'ont pas de domicile, ou au moins un logement où elles puissent faire leurs couches. En 1868, 8,467 accouchement ont été faits dans les hôpitaux.

L'administration fait l'essai du placement des femmes chez les sages-femmes. Ce moyen a donné jusqu'à présent de très-bons résultats (0,70 de mortalité sur 100 accouchements). On suppose qu'il pourra se faire 1,500 à 2,000 accouchements par année, suivant ce mode (chez les sages-femmes).

Il restera encore environ 6,000 accouchements à la charge des établissements hospitaliers.

Plusieurs modes d'installation : 1° répartition de *toutes* les accouchées dans *les services de médecins*. Ce moyen est impraticable. (Objections connues).

Il doit être réservé pour les cas d'épidémie : 2° *Maisons spéciales ou maternités* : quand elles sont grandes, ce sont des foyers permanents d'infection; il y a une grande mortalité.

3° *Salles spéciales dans les hôpitaux* : ordinairement, il y a encore une mortalité considérable (plus de 4 p. 100).

Cependant cette mortalité a beaucoup diminué dans certains hôpitaux, où on a mis en usage plusieurs mesures, et particulièrement le passage immédiat dans les services de médecine des accouchées qui sont prises d'accidents puerpéraux, et en ne faisant pas occuper tous les lits de la salle des femmes en couches.

4° *Chambres particulières* : mais les hôpitaux n'en renferment qu'un très-petit nombre.

5° La commission est arrivée ainsi à recommander la construction de *petites maisons d'accouchement* placées près des grands hôpitaux, et composées de chambres séparées; installation qui ressemble le plus à l'accouchement à domicile.

Le système de *maternité* de M. Tarnier paraissant réunir les conditions les plus importantes de l'hygiène des femmes en couches; en faire l'essai.

Enseignement obstétrical : Pour les élèves de l'École de médecine rien ne serait changé.

Pour les élèves sages-femmes, comme la destruction de la Maternité entraînera la suppression de l'École d'accouchement, la commission propose que les élèves fassent leurs études dans des petites écoles d'accouchements de provinces, analogues à celles qui existent déjà dans un certain nombre de départements, et qui reçoivent des allocations spéciales pour leurs cours. On en augmenterait le nombre.

Sur 87 élèves qui ont fait leurs études à la Maternité de Paris dans l'année 1868-1869, 9 seulement étaient du département de la Seine. Celles-ci fréquenteraient les petites maisons d'accouchement en qualité d'externes, comme cela se pratique à l'hôpital des Cliniques.

Ces établissements suffiraient pour l'instruction des sages-femmes nécessaires au département de la Seine.

CONCLUSIONS

1° Étendre autant que possible l'assistance à domicile, en fournissant aux femmes enceintes et accouchées des secours de toute nature.

2° Remplacer les grandes maternités par de petites maisons d'accouchement, en les plaçant, en général, à côté des grands hôpitaux, pour des raisons administratives et médicales.

Malgré les objections qu'on peut lui adresser, surtout au point de vue pratique, essayer le système de maternité de M. Tarnier, qui paraît répondre aux conditions les plus importantes de l'hygiène des femmes en couches.

3° Étendre à tous les services d'accouchement des hôpitaux l'application des mesures déjà mises en vigueur dans quelques-uns d'entre-eux, et qui consistent à laisser toujours vacants un certain nombre de lits et à faire passer immédiatement dans les salles de médecine les accouchées qui sont prises d'accidents puerpéraux.

4° Donner au système du placement des femmes en couches chez les sages-femmes toute l'extension dont il est susceptible.

5° Si ce moyen devenait insuffisant et en cas d'épidémie, disséminer les femmes en couches dans les salles communes, et le faire, autant que possible, dans les hôpitaux dont la salle d'accouchement ne serait pas envahie par la fièvre puerpérale.

6° Pour l'enseignement obstétrical des élèves des hôpitaux, demander que les chirurgiens attachés aux services des femmes en couches, fassent au commencement de l'année, dans chaque hôpital, un cours pratique d'accouchement aux élèves internes et externes.

Dans le même but, la commission propose que dans les concours de l'internat, des questions soient posées sur les accouchements comme sur la médecine et sur la chirurgie.

L'heure étant trop avancée, M. le président propose de remettre la discussion à la prochaine séance et après impression du rapport.

La séance est levée à cinq heures et quart.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 15 décembre 1869 (1). — Présidence de M. Verneuil.

M. Demarquay. Je considère l'opération de M. Dolbeau comme lui appartenant, mais je voudrais savoir dans quelles circonstances il la croit applicable; si elle s'applique au cas où il n'existe que de petits calculs, elle semblerait vouloir remplacer la lithotritie. Or, quand il n'existe pas de complication, la guérison après la lithotritie est la règle.

Quand on rencontre un calcul de plus de 4 centimètres, il faut faire la taille. Avec l'opération telle que la pratique M. Dolbeau, on peut extraire facilement et sans dangers de pareils calculs. Ayant eu cinq ou six fois affaire à des gros calculs, je me suis servi de tenettes à segmentation pour les broyer sur place avant de les extraire : je n'ai pas été heureux; et si M. Dolbeau nous donne la possibilité de fragmenter des calculs volumineux dans l'intérieur de la vessie, il nous aura rendu un sensible service. S'il ne s'agit que de petits calculs, la lithotritie périnéale est alors inférieure à la lithotritie.

M. Dolbeau. Je n'ai pas dit qu'il fallait abandonner la lithotritie par les voies naturelles pour lui substituer la lithotritie périnéale. Ce n'est pas moi qui soutiendrais une pareille thèse, puisque sur 112 lithotrities, je n'ai perdu que 2 malades; ce n'est que dans les cas où la lithotritie eût été inapplicable, que j'applique mon procédé. J'ajouterai cependant que dans certains cas où le calcul était petit, j'ai obtenu des succès si rapides, si complets, qu'on pourrait être tenté d'établir le parallèle avec la lithotritie. Ainsi, un malade âgé de 68 ans a été guéri le lendemain, la plaie s'étant réunie par première intention. Un autre, âgé de 65 ans, était guéri après cinq jours.

M. Guyon. M. Trélat s'est demandé s'il était préférable de dilater le col plutôt que de l'inciser. L'opération, telle que la fait M. Dolbeau, est la taille médiane telle que la faisait M. Buisson, avec cette différence que la dilatation est faite avec lenteur et de grands ménagements. Ledran montre bien la différence entre la dilatation faite lentement et la dilatation faite brusquement. La taille, telle que la pratique M. Dolbeau, est une dilatation lente, elle ne cause pas de lésion, et je suis, quant à moi, partisan de la dilatation lente.

M. Giraldès. J'ai pris autrefois la défense de la taille médiane, à laquelle je donnais la préférence, à la condition toutefois qu'on employât les tenettes à écrasement pour sectionner les gros calculs. Le procédé de M. Dolbeau diffère de la taille de Marianus Sanctus. Celle-ci consiste à faire une incision, dont la longueur ne dépasse pas la largeur de l'ongle du pouce, de plonger un bistouri dans le cathéter canelé, puis d'introduire son conducteur et ses deux dilatateurs.

Douglas employa plus tard l'éponge préparée et la gentiane. On lui reproche de déchirer le col. La question de savoir s'il vaut mieux déchirer que couper est une question dont la solution est du domaine de la clinique et de l'expérience.

M. Dolbeau présente 22 observations; c'est beaucoup, mais ce n'est pas assez; car il y eut des séries heureuses plus longues que la sienne. Martineau opéra 70 malades sans en perdre un seul. Allarton ajoute à son opération de taille l'usage d'un dilatateur muni d'une chemise, qu'on dilatait par l'air ou par l'injection d'un liquide. L'idée de longer la partie antérieure du rectum a été exposée ici par M. Dolbeau d'une façon qui n'avait encore été établie par personne. Il a donc imaginé un procédé nouveau, mais non pas une méthode nouvelle.

Y a-t-il avantage à opérer sur la ligne médiane? Je réponds affirmativement, car on arrive plus facilement sur le cathéter. Je crois la lithotritie péritonéale préférable quand on a affaire à de gros calculs, mais j'ignore encore si la dilatation est préférable à l'incision ou aux petites incisions multiples.

M. Trélat. Je me suis borné à exposer avec une réserve préméditée les remarques qui me semblaient découler de la communication de M. Dolbeau. Sans quitter cette réserve, je réponds que j'ai attentivement suivi, et que je crois bien avoir compris les explications de notre collègue.

J'ai dit que l'incision de M. Dolbeau ressemblait beaucoup à celle de M. Bouisson. Ce dernier fait une section de la peau, longue de 2 à 3 centimètres, et s'arrête à 1 centimètre de l'anus. M. Dolbeau fait une incision de 2 centimètres et demi, et s'arrête à 5 millimètres de l'anus.

M. Dolbeau prétend pénétrer jusqu'à la vessie sans rien couper. J'en suis supris, puisqu'il se sert du bistouri pour arriver jusqu'à la portion membraneuse, et lui faire une incision d'un centimètre.

Notre collègue nous expose qu'il faut des précautions toutes particulières pour ménager le bulbe. Mais depuis longtemps M. Guérin a enseigné un procédé simple pour obtenir ce résultat. Et d'ailleurs, qu'il soit facile ou difficile à atteindre, je ne le mets point en doute quand l'affirmation catégorique et réitérée vient d'un chirurgien honorable; et comme j'ajoute foi à la parole de M. Dolbeau, j'ai la même mesure pour celle de M. Bouisson.

C'est après ces différents temps que les dissemblances s'accusent, et j'ai suffisamment insisté sur le dilatateur de M. Dolbeau pour n'avoir point à y revenir.

M. Dolbeau évoque au bénéfice de son opération l'absence d'hémorrhagie, la rapidité de la cicatrisation, le prompt rétablissement du cours normal des urines. Il trace un tableau saisissant des malades opérés par des procédés différents du sien. Il nous les montre baignant dans l'urine qui s'écoule de leur plaie, infects, et bientôt atteints de ces larges et redoutables eschares, dernier supplice de l'agonie.

Mais qu'il veuille bien relire les observations et le mémoire de M. Bouisson, et il retrouvera cette même absence d'hémorrhagie. Il verra que ce ne sont pas seulement des petits calculs, mais des pierres de 6 centimètres de diamètre, qui ont été enlevés par ce chirurgien; que, dans beaucoup de faits, l'urine a commencé à couler par le canal trois ou quatre jours après l'opération; que la guérison est presque toujours facile et prompte ; que les eschares du sacrum ne sont pas plus fréquentes à Montpellier qu'à Paris, et même il trouvera une observation où le cours des urines était rétabli le lendemain, la plaie sèche le surlendemain, et la guérison complète avant la fin de la semaine. Comme le fait aujourd'hui M. Dolbeau, M. Bouisson s'émerveillait alors et demandait quel procédé de taille pourrait donner un si surprenant résultat!

Notre collègue me dit encore que M. Bouisson n'a opéré que des enfants, tandis qu'il a opéré, lui, des malades de tout âge. La critique n'est point rigoureusement exacte. Mais le fût-elle, ai-je jamais dit ou même insinué que M. Dolbeau n'ait ni perfectionné, ni élargi le cadre de son opération? N'ai-je donc pas reconnu sa part dans le mouvement de ce côté de la chirurgie? N'est-il pas bien naturel qu'il soit allé plus loin que ses dévanciers, et qu'il ait fait mieux qu'eux? Je ne l'ai pas contesté et ne le conteste pas.

Quand on parle sur des sujets controversés et qu'on cherche à faire la part de chacun, la justice est une rigoureuse nécessité. Dans la question que nous discutons, le souvenir de ce principe tutélaire était pour moi un devoir impérieux.

M. Verneuil. J'ai lu le mémoire de M. Bouisson; j'ai écouté la description du procédé de M. Dolbeau. Les idées fondamentales, nous les trouvons dans les auteurs anciens et dans M. Bouisson; mais il y a quelques perfectionnements véritablement dus à notre

(1) Fin. — Voir les numéros des 8, 11 et 22 janvier 1870.

collègue. M. Dolbeau pense que presque tous les chirurgiens blessent le bulbe. Je ne sais sur quoi il base son affirmation. Quant à moi, j'ai la persuasion de ne pas blesser le bulbe, et cela n'est pas si difficile qu'on paraît le croire, et j'ai pu, dans deux cas, m'assurer directement qu'il avait été respecté. Il y a douze ans, j'opérais, à l'Hôtel-Dieu, un jeune homme ayant un calcul d'oxalate de chaux. Cette taille fut d'une simplicité extraordinaire, et au quatrième ou cinquième jour, le malade paraissait guéri, lorsqu'il fut pris de phlébite et d'infection purulente. La plaie faite au col de la vessie était extrêmement petite. Le second fait se passe également à l'Hôtel-Dieu. Le malade avait un calcul engagé dans le col de la vessie. Je le brisai en deux ou trois fragments. Il resta un petit trajet fistuleux. L'opéré mourut cinq ou six mois après de tubercules pulmonaires, et j'eus beaucoup de peine à retrouver, sur le col de la vessie, une trace de l'incision.

La dilatation est-elle supérieure à l'incision? Il est difficile de se prononcer à cet égard, et les statistiques tendent à prouver qu'il n'y a pas grande différence. Le progrès réalisé est dans le retour à la médiane et la pratique de la lithotritie périnéale. C'est en propageant cette méthode que M. Bouisson, et après lui M. Dolbeau, ont rendu des services. J'ai rapporté dernièrement ici un cas dans lequel j'avais pu extraire un gros calcul en pratiquant un débridement sur la ligne médiane et deux petits débridements latéraux. J'ai pu faire sortir ainsi un calcul qui avait 6 centimètres; le malade a guéri sans accidents, et je suis un peu effrayé à l'idée de l'introduction répétée des tenettes, et qui ont été indispensables dans ce cas.

J'ai fait dernièrement à Lille une opération de taille. Le malade avait été soumis antérieurement à des tentatives infructueuses de lithotritie qui l'avaient mis dans un état très-grave. Lorsque j'eus saisi le calcul, il se brisa de telle sorte que je fis malgré moi une lithotritie périnéale. J'ai dû m'arrêter après avoir retiré un grand nombre de fragments, et cependant le malade en rendit encore ultérieurement vingt-cinq. Ainsi que je l'ai dit, il y a un an, la lithotritie périnéale a fait une révolution dans la pratique de la taille, et je crois qu'en la pratiquant on peut combiner l'incision avec la dilatation par le doigt et le gorgeret.

M. GUYON. M. Trélat a eu pour but de poser la question et de chercher ce qu'il y a de nouveau dans l'opération de M. Dolbeau. Il me paraît que l'histoire même de la question suffit pour la poser. La taille médiane, telle qu'elle était anciennement faite, a été abandonnée et même réprouvée en raison des dilacérations produites sur le col de la vessie par le mode de dilatation adopté.

Ledran, dans son parallèle, a bien fait voir, par ses observations et ses expériences, quelle était la différence de la dilatation douce et graduelle et de la dilatation violente telle qu'on la faisait à cette époque.

La taille médiane avait été abandonnée, et M. Bouisson a eu le mérite de la réhabiliter. Nous connaissons tous son remarquable travail. M. Bouisson substitue à la dilatation l'incision méthodique du col de la vessie; il fait d'ailleurs l'incision médiane. M. Dolbeau, en revenant à la dilatation graduelle et douce, fait une manœuvre importante et nouvelle quant à son mode d'exécution. J'ai été très-frappé de voir que, sur la pièce qu'il nous a présentée, le col de la vessie était intact. C'est là un fait important qui m'impressionne vivement, et qui, à mon avis, doit surtout fixer l'attention.

PRÉSENTATION DE MALADES

Luxation récente de la mâchoire inférieure, survenue chez une femme de 85 ans, par suite de la contraction musculaire. — M. PANAS fait voir que ce qui retenait l'os dans sa position anormale, c'était l'enclavement de la mâchoire dans l'espèce de mortaise formée en avant par l'os molaire et en arrière par la racine transverse de l'apophyse zygomatique du temporal. Le ménisque interarticulaire se trouvait attiré, il est vrai, en avant, et en partie interposé entre la face postérieure du condyle et le devant de la racine transverse; mais cette disposition était loin de rendre compte de la fixité de l'os luxé, attendu qu'une fois l'os molaire enlevé, la mâchoire cessait d'être fixe.

M. Nélaton, en insistant sur le rôle du pilier molaire, avait indiqué l'un des éléments de la luxation. MM. Demarquay et Mathieu, en appelant l'attention sur l'interposition du ménisque, ont fait connaître l'autre élément. Pour M. Panas, les deux sont à la fois nécessaires, à l'effet de produire *l'enclavement* du maxillaire.

M. Panas fait observer, du reste, que les capsules et les muscles étaient intactes, comme c'est la règle en pareil cas.

M. GUYON présente deux malades : l'un guéri d'une large plaie pénétrante du genou, l'autre d'une luxation de l'épaule réduite après deux mois.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Strasbourg.— Le 15 novembre 1870, il sera ouvert, devant ladite Faculté, un concours pour une place d'agrégé stagiaire (section de médecine proprement dite).

— Pharmacie ayant une excellente clientèle à Maignelay (Oise), à céder de suite pour cause de décès.

S'adresser ou écrire à M. Fénis à la pharmacie, ou à M. Coustier, greffier à Maignelay.

Essai sur l'aplasie lamineuse progressive (atrophie du tissu connectif), celle de la face en particulier (trophonévrose de Romberg), par le Dr Louis LANDE, ex-prosecteur, aide des cliniques médicale, chirurgicale et obstétricale, lauréat (*ter*) de l'Ecole de médecine de Bordeaux, ex-interne et premier interne de l'hôpital Saint-André, chef suppléant des travaux de physique et de chimie à la Faculté des Sciences, etc. 1 vol. in-8, avec 3 pl. lith. — Prix : 4 fr.

Le directeur, Dr E. LE SOURD

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 26 janvier 1870.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Un nouveau choc vient d'ébranler en même temps la théorie de M. Robin et celle de M. Virchow sur l'origine des globules du pus.

Les idées de Conheim et de Valler viennent d'être pleinement confirmées par les expériences de M. Hayem ; et M. Vulpian, s'appuyant en outre sur des recherches personnelles encore plus probantes, ne veut plus voir dans les globules du pus que des leucocytes sanguins extravasés sans rupture vasculaire.

Les conséquences médicales et pratiques de ces données expérimentales sont considérables. Nous les avons déjà longuement développées dans plusieurs articles, et notamment il y a deux ans (*Gazette des Hôpitaux*, année 1868, pages 273, 274). Nous ne ferons donc aujourd'hui que les rappeler sommairement.

La résorption du pus en nature était niée par M. Virchow. Il n'admettait pas que dans un abcès qui disparaît par délitescence les globules pussent être intacts. S'ils n'étaient pas préalablement transformés en graisse et détruits, ils devaient rester au fond de la poche, y constituant un *caput mortuum*, un résidu irritant et solide, éliminable par ulcération.

Maintenant il est naturel de supposer que, sous certaines influences, les leucocytes pourront rentrer dans les vaisseaux dont ils étaient sortis ; et s'ils sont jeunes et pleins de vie, ils n'y causeront aucun trouble, puisque les leucocytes du sang et ceux du pus, inaltérés, seraient les mêmes. M. Virchow du reste admettait déjà leur idendité de forme et d'apparence, sinon de nature.

Mais, dans le pus, les leucocytes ne trouvent plus des conditions de vie aussi favorables que dans les vaisseaux. D'une part, c'est un liquide qui se renouvelle et circule ; d'autre part un liquide immobile et stagnant ; sans compter toutes ces influences mal étudiées et peu connues des membranes vasculaires, des cellules nerveuses, des éléments de diverses natures, avec lesquels le globule circulant vient successivement se mettre en contact ; sans compter aussi les germes morbides, les causes de mort, de destruction ou même de putréfaction que le globule peut trouver hors des vaisseaux.

Si donc on admet la vie réelle et les mouvements actifs des leucocytes, capables de *faire pointe* et de s'insinuer, de se glisser au travers des membranes, il faut s'attendre à voir ces leucocytes bientôt affaiblis et malades, parfois même immobiles et morts lorsqu'ils ne sont plus dans les vaisseaux. Or il paraît que c'est précisément ce qu'on observe ; car, après la communication de M. Vulpian, nous avons entendu M. Colin dire à demi-voix, en guise d'objection, que, pris sur l'animal vivant, les leucocytes du sang se distinguent de ceux du pus par des changements de forme et des mouvements plus actifs.

Il ne faut donc pas s'étonner si l'injection du pus dans les veines a causé des accès de fièvre entre les mains des physiologistes qui l'ont tentée. Il n'en pouvait être autrement lorsqu'ils introduisaient ainsi des éléments morts ou malades dans le torrent circulatoire.

Maintenant, quel est le rôle des globules eux-mêmes dans cette affection qu'on a nommée résorption purulente ou fièvre purulente ?

Au point de vue purement mécanique, ce rôle est peu de chose si le leucocyte est bien vivant, puisque les globules du pus, identiques à ceux du sang et de la lymphe, pourront circuler avec eux sans causer nulle part d'arrêt ou d'embolie. Tel sera le cas lorsqu'un abcès, sans s'être ouvert, disparaîtra par délitescence peu après son apparition. Les globules du pus, qui rentrent activement dans les vaisseaux par un mouvement amœboïde, sont nécessairement pleins de vie.

Mais à la surface de plaies anciennes, si, par l'orifice de vaisseaux ouverts, des globules de pus sans mouvements actifs, déjà morts, entrent passivement dans la masse du sang, alors ils n'y circulent plus dans les conditions ordinaires : ils ont perdu la faculté de s'effiler en s'allongeant, et de se glisser ainsi à travers les obstacles ; ils sont devenus vraiment des corpuscules solides et peuvent causer mécaniquement des embolies.

Ce n'est pas tout. Les germes morbides qu'ils portent avec eux s'ils sont malades, peuvent irriter et affecter de diverses manières les éléments normaux du sang et des tissus avec lesquels ils se trouveront en contact. Mais il n'y a pas lieu d'insister sur ce sujet, car il est probable que les liquides mêmes du pus, indépendamment des leucocytes, peuvent offrir un pareil danger.

On voit quel compte il faudra tenir des faits avancés par M. Vulpian, lorsqu'on reprendra la discussion sur la résorption purulente ce qui ne peut plus tarder longtemps.

La discussion sur la mortalité des nourrissons touche à son terme.

M. Briquet a repris l'argument qui consiste à dire : « Sur 500 enfants, nés à Paris, si 400 y sont restés, tandis que 100 autres étaient mis en nourrice à la campagne ; et si les premiers ont fourni une mortalité de 29 p. 100 (soit 116 pour les 400), taudis que les autres donnaient une mortalité de 51, le total sera de 80 p. 100 ou 400 morts pour les 500. »

L'oubli de deux mots dans notre article de jeudi dernier, en changeant le sens, nous oblige à dire de nouveau que, d'après les données du problème, le total devrait être de 167 morts pour les 500 nouveau-nés en question, et non pas de 400 morts, comme M. Briquet le suppose.

L'honorable académicien a terminé, du reste, son discours de la manière la plus heureuse, par une peinture saisissante de la situation et du vrai rôle du médecin auprès des nouvelles accouchées.

Dr VICTOR RÉVILLOUT.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PETER.

Les points de côté (1).

(ANGINE DE POITRINE)

4e LEÇON.

Qu'est-ce donc après tout cela que l'angine de poitrine ? Elle est caractérisée, vous le savez, par une douleur sous-sternale, véritable point de côté antérieur, siégeant à la partie moyenne du sternum, et d'autres fois à la jonction du tiers supérieur avec le tiers moyen de cet os, et un peu à sa gauche ; d'autres fois plus bas ; puis rayonnant de là dans diverses directions : à l'épigastre, à l'hypochondre, et très-fréquemment à l'épaule gauche, à la partie interne du bras, au coude et quelquefois jusqu'au petit doigt de ce côté ; exceptionnellement, ce rayonnement a lieu au membre supérieur droit ou à tous les deux. Enfin elle se propage non moins fréquemment qu'à l'épaule gauche, au cou et à la mâchoire inférieure de ce côté. Beaucoup plus exceptionnellement, le rayonnement a lieu aux membres inférieurs.

Cette douleur sous-sternale ou sternalgie, consiste en une sensation de constriction telle, que la paroi thoracique antérieure semble au malade se rapprocher de la colonne vertébrale. (Vous avez entendu quelques-uns de nos malades atteints de pleurésie diaphragmatique se plaindre de cette constriction.)

Quant aux douleurs du cou, de l'épaule ou du bras gauche, elles sont bien moins cruelles que la sternalgie. (Ces rayonnements douloureux, vous les avez observés aussi dans nos cas de névralgie ou de pleurésie diaphragmatiques, et en particulier chez la femme du n° 12 et chez celle du n° 17 de la salle Saint-Charles. Cette dernière malade, chez laquelle la pleurésie diaphragmatique était si nette, avait éprouvé dans la région maxillaire inférieure, et jusque dans la région temporale, une douleur assez vive pour s'opposer à la mastication des aliments.)

La sternalgie à son maximum est accompagnée de la plus vive angoisse : c'est une sensation d'oppression accablante, de suffocation, de « pause universelle des opérations de la nature ; » il semble au malade qu'il va mourir.

Telle est à peu près la description classique, abstraite, idéale, de l'attaque d'angine de poitrine ; mais si vous lisez attentivement les descriptions des auteurs, ou si vous analysez leurs observations, vous constaterez les plus grandes discordances. Les uns affirment que le pouls n'est pas modifié, d'autres qu'il l'est. Les uns que la respiration n'est nullement gênée, d'autres qu'elle l'est jusqu'à la suffocation.

C'est qu'en réalité l'angine de poitrine est un assemblage très-complexe de phénomènes morbides plutôt qu'une maladie à contours nettement arrêtés ; elle est même le plus souvent un épiphénomène plutôt qu'une affection protopathique, et elle est aussi variable dans son type anatomique que dans son type symptomatique. Je veux dire qu'elle peut survenir par le fait de lésions chroniques du cœur et des gros vaisseaux, comme par celui de maladies très-aiguës du péricarde et peut-être de la plèvre diaphragmatique ; et cette variété dans la cause matérielle explique la variété dans la description qu'en ont donnée les auteurs. Ce n'est pas qu'ils aient mal observé, c'est qu'ils étaient en présence de cas où les symptômes étaient tels qu'ils ont dit qu'ils étaient ; et si les uns ont écrit que le pouls était troublé et d'autres qu'il ne l'était pas, c'est que les phénomènes qu'ils observaient étaient de nature différente et que l'angine de poitrine ne se ressemble pas à elle-même.

Ainsi, Schmidt rapporte que le pouls est alors très-troublé, souvent concentré, petit et inégal, parfois intermittent et que le malade a des palpitations. Parry mentionne également l'irrégularité du pouls chez quelques malades. Au contraire Wichmann et Jurine disent n'avoir point constaté d'irrégularités ni d'intermittence dans le pouls.

Vous avez vu tout à l'heure que Stokes signale les palpitations tumultueuses de son malade, et vous avez pu vous-mêmes observer l'excessive fréquence et la grande irrégularité du pouls, non moins que les palpitations douloureuses de notre malade du n° 9.

Vous saurez plus tard pourquoi j'insiste sur ce fait des palpitations et de la fréquence du pouls dans certains cas d'angine de poitrine et au début même de celles-ci.

Et si d'autres, comme Wall, comme Schmidt, ont dit que la respiration était troublée ou compromise dans l'angine de poitrine, ce n'est pas qu'ils l'aient inventé, c'est qu'elle l'était bien réellement dans les cas qu'ils observaient.

Et cela est tellement vrai que c'est le malade qui fait souvent la narration de ses souffrances, et qu'il n'est pas dans son récit dominé par le désir de faire concorder ses symptômes avec les exigences d'une conception physiologique *a priori*. Ainsi un des malades d'Heberden lui écrivait : « La douleur m'occasionne ou une légère défaillance ou de la gène dans la respiration. » Wall disait que son malade éprouvait une violente dyspnée, ou plutôt une sensation de suffocation ; et Schmidt définissait même l'angine de poitrine *dolor cum constrictione pectoris et summo gradu dyspnœæ conjunctus*.

En vain objecterait-on que l'angine n'était pas simple en de pareils cas, qu'elle était compliquée ; l'angine simple, prise comme type de description, étant une abstraction idéale dont on serait fort embarrassé de présenter des exemples copiés d'après nature.

En conséquence, reprocher aux auteurs leur discordance dans l'exposé symptomatique serait en réalité reprocher à la maladie de n'être pas simple ; il est en effet fâcheux que la matière vivante, essentiellement complexe dans ses phénomènes, ne se prête pas facilement aux besoins de l'analyse, et que les types morbides ne soient pas tellement simples et univoques qu'on puisse aisément les cataloguer, pour les ranger ensuite sur les rayons invariables d'une étagère nosologique inflexible.

Mais que voulez-vous ? cela est ainsi. Le plus sage serait de s'y conformer.

Comment, après cela, doit-on comprendre l'angine de poitrine ?

Ici les théories n'ont pas manqué, et le moindre reproche qu'on leur puisse faire est peut-être d'avoir trop simplifié la compréhension physiologique des phénomènes.

Mais d'abord, disons de quelles lésions l'angine de poitrine peut être l'expression plus ou moins directe.

Il n'est guère douteux que le plus souvent l'angine de poitrine ne soit symptomatique de lésions chroniques du cœur, des gros vaisseaux et surtout des vaisseaux propres du cœur, les artères coronaires. Il n'est pas douteux davantage qu'on ne l'ait observée dans quelques cas de maladies aiguës intéressant par voisinage le centre circulatoire, par exemple, dans la péricardite.

Les lésions chroniques signalées par les auteurs sont par ordre de fréquence :

1° La dégénérescence athéromateuse et surtout calcaire (ossification) des artères coronaires, trouvée 18 fois sur 33 cas analysés par Lartigue ;

2° Des lésions analogues de l'aorte, à sa tunique interne, avec vascularisation possible de la tunique externe ; et rayonnement de l'hypérémie jusqu'au plexus cardiaque (phénomène signalé par Lancereaux) ;

3° Des lésions du cœur, siégeant aux valvules sigmoïdes de l'aorte ou à la valvule mitrale, ou des altérations de texture et surtout la dégénérescence granulo-graisseuse, et enfin, phénomène connexe, l'hypertrophie des parois et la dilatation des cavités.

(1) Voir les numéros des 20, 25, 30 novembre 1869 et 25 janvier 1870.

Revenons un instant sur l'ossification des artères coronaires découverte par Jenner, et sur laquelle Parry et Kreysig ont si justement insisté. Cette lésion n'est pas isolée; elle fait partie d'une dégénérescence générale du système aortique et l'implique; et, dans cette dégénérescence générale, celle des artères coronaires est une des plus profondes pour des raisons toutes physiques que je vous ai exposées en vous parlant de l'endartérite (loi des *courbures* des artères et de la *quantité de mouvement* de l'ondée sanguine). Par conséquent, les auteurs ont eu raison de signaler la lésion des artères coronaires dans l'angine de poitrine, mais ils ont eu tort de ne point rechercher toujours les lésions simultanées et de même nature de l'aorte et du cœur.

Il serait d'ailleurs bien peu sensé de croire la lésion des artères coronaires capable en soi de produire l'angine de poitrine: supposer une telle chose serait aussi peu rationnel que d'attribuer cette angine à l'ossification des cartilages costaux, comme l'avait fait Rougnon, cette ossification des cartilages n'étant le plus souvent, comme celle de l'aorte et des artères coronaires, qu'un fait de sénilité.

Au fond, on n'a fait que constater une coïncidence. L'enchaînement pathogénique est bien autrement complexe.

La lésion des artères coronaires implique, ai-je dit, celle du système aortique. La plupart des sujets sont âgés; la vieillesse est une cause de dégénérescence athéromateuse ou calcaire, non-seulement des vaisseaux, mais du cœur, ou mieux de l'endartère et de l'endocarde, ou mieux encore de certaines parties de celui-ci, c'est-à-dire des valvules; de sorte qu'il y a dans ces cas non plus seulement maladie des artères coronaires, mais maladie semblable de l'aorte et du cœur. Par conséquent, le cœur est infiniment plus intéressé dans la question qu'on ne le supposait d'abord: il n'est pas seulement troublé dans son fonctionnement par ses lésions valvulaires (aortiques ou mitrales) et par la lésion simultanée de l'aorte, qui a perdu une partie plus ou moins considérable de son élasticité, il est troublé dans sa nutrition par la gêne qu'apporte à sa propre circulation la lésion parfois si profonde de ses artères nourricières. Et dans quelles conditions est-il ainsi moins bien nourri? C'est alors que, gêné mécaniquement dans son fonctionnement, il doit déployer plus de force, et réclame par suite une alimentation plus abondante et plus réparatrice. Or vous savez que les affections du cœur entraînent forcément à la longue une altération du sang. De sorte que, en dernière analyse, c'est du cœur lui-même et non de ses artères coronaires, et non de l'aorte, que provient l'angine de poitrine.

C'est parce qu'il est malade, parce qu'il tombe en dégénérescence granulo-graisseuse, parce qu'il souffre dans ses fonctions, et par suite dans ses nerfs, comme un estomac malade souffre dans les siens, que l'attaque peut survenir, et non point seulement parce que ces nerfs sont, dans leur plexus, à la base de l'aorte, en rapport de voisinage avec une lésion de ce vaisseau.

Mais que de malades ont les mêmes altérations cardiaques et vasculaires, et de plus avancées, sans avoir jamais éprouvé d'attaques d'angine de poitrine! De sorte qu'il faut, de toute nécessité, admettre, à côté ou au-dessus des lésions, l'idiosyncrasie.

Mais que de malades condamnés à leurs lésions cardiaques à perpétuité, et ayant l'idiosyncrasie nécessairement permanente aussi dont je parle, n'ont cependant que des attaques intermittentes d'angine de poitrine! De sorte qu'il faut encore, à côté de la lésion matérielle, à côté de la prédisposition individuelle, admettre une cause occasionnelle, matérielle ou morale: l'ascension d'un lieu élevé ou une vive émotion, par exemple.

Nous voici bien loin de la syncope par pure névrose du pneumo-gastrique violemment irrité, ou par névrose des nerfs cardiaques mêmes; théorie que nous allons avoir à examiner tout à l'heure.

(*A suivre.*)

DES MOYENS PRATIQUES D'OBVIER A LA MORTALITÉ DES ENFANTS NOUVEAU-NÉS

Par M. le docteur P. Chalvet (1).

A défaut d'expérimentation, l'examen attentif de l'appareil digestif permettrait de pressentir le travail physiologique. On pourrait affirmer déjà, d'après l'état anatomique, que l'enfant nouveau-né est incapable de faire subir convenablement aux aliments ordinaires les métamorphoses si complexes de la digestion. Le travail physiologique est ici parfaitement éclairé par la disposition anatomique de tout l'appareil digestif.

La naissance, en effet, n'émancipe pas le nouvel être. Il continue à vivre en quelque sorte par l'intermédiaire de la mère, tant que l'évolution de ses organes d'assimilation indépendante est inachevée; seulement, après la naissance, au lieu de donner du sang tout préparé par le cordon ombilical, la mère fournit au nouveau-né un liquide nutritif élaboré spécialement par les glandes mammaires.

Ce liquide, d'une composition variable, toujours en rapport avec l'âge de l'enfant, arrive dans sa frêle économie en passant par le tube digestif, dont le rôle est pour ainsi dire limité, durant les premiers jours, à un simple phénomène d'absorption.

Le premier lait sécrété par les mamelles n'est qu'une émulsion naturelle, essentiellement composée de matières grasses, sucrées, et de sels minéraux qui font partie constituante de l'organisme. Cette émulsion n'exige pour ainsi dire qu'une ébauche de digestion pour être absorbée. Elle diffère totalement, quoi qu'on en dise, des émulsions artificielles préparées avec du jaune d'œuf additionné des principes correspondants que l'analyse chimique a permis de découvrir dans le lait.

(1) Voir les n[os] des 19 octobre, 2 décembre 1869 et 25 janvier 1870.

Ces préparations artificielles diffèrent autant du *colostrum*, au point de vue de l'effet utile, que l'engrais artificiel diffère de l'engrais naturel. Pulvérisez une roche calcaire et mêlez la poudre à une terre ingrate, vous n'obtiendrez un effet fertilisant qu'au moyen de doses relativement considérables si vous le comparez à l'effet produit par un engrais naturel où même aux principes fertilisants retirés de la mousse ou de toute autre plante qui a déjà végété sur la même roche.

Cela revient à dire que tout ce qui a passé par la vie rentre facilement dans l'organisation. Les sels puisés dans les végétaux sont mieux absorbés que ceux que nous obtenons par des combinaisons de laboratoire. Un verre d'eau ferrugineuse *minéralisée* par la nature fournit à l'organisme plus de fer assimilable qu'une dose beaucoup plus considérable de ce même métal préparé dans une officine. C'est là le secret des résultats obtenus dans les stations minérales, ces officines des maladies chroniques.

Ces faits sont incontestables; ils sont basés sur l'observation et démontrés exacts par l'analyse chimique. Aussi, les affirmations contraires, de quelque hauteur qu'elles nous tombent, ne changeront pas nos convictions, et nous sommes sûr d'avoir avec nous tous les vrais observateurs.

Pour en revenir au colostrum, qui, a une certaine époque, avait inspiré tant de dégoût à quelques physiologistes de cabinet, qu'ils croyaient devoir en priver le nouveau-né, nous le croyons presque indispensable, non pas parce qu'il purge l'enfant, comme on l'affirme encore dans certains ouvrages, mais parce qu'il est un chyle fourni par la mère. Généralement le *méconium* est expulsé quand le *colostrum* est ingéré en quantité suffisante. Le lait non coupé et les divers aliments liquides que l'on fait ingérer purgent bien autrement que le colostrum par les indigestions qu'ils provoquent. Aussi, nous tenons essentiellement à ce que l'enfant absorbe le colostrum, moins comme purgatif que comme aliment plastique et de calorification; peut-être même n'est-il pas sans utilité d'en débarrasser la mère, comme nous le dirons bientôt.

Beaucoup d'animaux non mammifères, suppléent à cette première indication de l'allaitement, en avalant d'abord eux-mêmes les aliments destinés à leurs petits; puis ils régurgitent ces aliments après un commencement de digestion ou dès qu'il sont fortement imprégnés de sucs digestifs. Cette sollicitude permet au jeune animal de digérer les aliments ordinaires avant le développement complet des organes qui concourent à une bonne digestion.

L'homme a su, par l'observation, découvrir toutes ces intéressantes particularités des mœurs des animaux, et cependant il transgresse à chaque instant ces lois de la nature dès qu'il s'agit de l'éducation physique des enfants nouveau-nés. Il sait que pour conserver et perfectionner les races domestiques, il est indispensable d'allaiter longtemps les jeunes animaux; qu'il est dangereux de leur donner prématurément l'alimentatation ordinaire des parents. Il sait qu'un jeune veau, par exemple, fût-il né d'une race inférieure, prend une partie des qualités d'une race choisie lorsqu'on exagère l'abondance et la durée de l'allaitement. Il sait encore que la descendance d'une race perfectionnée dégénère d'un *seul trait* par le fait de l'alimentation prématurée ou de l'allaitement insuffisant. Malgré ces convictions, fondées sur l'observation zootechnique, l'homme ne réfléchit pas et s'obstine, tant la routine a de l'influence sur ses actions, à élever l'enfant à l'inverse de l'animal; il semble croire qu'il peut, dès les premiers mois, donner au nouveau-né les aliments dont il se nourrit lui-même.

Avons-nous besoin de citer des faits pour prouver les inconvénients de l'alimentation prématurée associée, ou non à l'allaitement? Tous les médecins de Paris ne savent-ils pas dans quel triste état la plupart des enfants échappés à l'affreuse mortalité que l'on connaît reviennent chez leurs parents, même ceux dont ils avaient constaté les bonnes conditions de *venue* à leur départ chez la nourrice, cette désolante conscription du premier âge, comme l'a dit Boys-de-Loury:

Lorsqu'on peut remonter aux informations directes, on apprend *toujours* que ces malheureux enfants, qui sont rendus aux parents avec *le gros ventre*, une dentition en retard, qui sont en proie à une fièvre chronique plus ou moins rémittente, ont été alimentés, dès les premiers mois de la vie, parfois dès les premiers jours, et que *très-rarement* ils ont été concurremment allaités au sein, malgré les plus belles promesses des bureaux et les meilleures nouvelles des *meneuses*, ces complices de cette meurtrière industrie. On arrive toujours enfin à constater l'insuffisance de l'allaitement au sein et la mauvaise application de l'allaitement artificiel.

Toutes ces observations sont les mêmes dans les cas les plus simples, preuve qu'elles sont liées par un vice commun. Je ne parle pas de ces enfants cachectiques qui ne reviennent que pour mourir. Ceux-là ont souffert plus que la faim: ils ont enduré le froid et tous les mauvais traitements.

La preuve que ces enfants souffrent de la misère chez leur nourrice et qu'on ne saurait accuser la faiblesse originelle (1), comme on l'affirme à tort et à travers, sans faits démontratifs et en présence de faits contradictoires, c'est que l'on parvient à refaire assez généralement ces chétives constitutions par ce que j'appelle *l'allaitement rétrospectif*.

(1) Il est impossible d'admettre que l'homme naisse *plus mortel* que les autres animaux. Je veux bien partager l'opinion de Pline le Naturaliste au sujet de la faiblesse native de l'enfant et de la lenteur de son développement; mais ces conditions d'inactivité musculaire et de *nudité* ne sont pas une cause directe de mort.

Cette faiblesse n'est relative qu'à la locomotion, car l'enfant qui vient de naître offre une résistance plus grande, toute chose égale d'ailleurs, que la très-grande majorité des jeunes animaux, comme le prouvent de nombreuses observations dans les annales des infanticides.

L'animal libre doit sa conservation et sa bonne constitution invariable à l'exacte observance des lois naturelles.

Lorsque l'homme les rend captifs, lorsqu'il intervient pour contrarier ces lois, les animaux subissent le même sort que lui; la mortalité de leur progéniture augmente, leur constitution s'affaiblit, comme on peut le constater chaque jour chez les éleveurs inintelligents, ou à propos des animaux tenus en captivité ou encore non acclimatés. Dans ces cas, les parents, privés de leurs moyens naturels, ne peuvent remplir les indications que leur suggère l'instinct.

Ces faits sont tellement vulgaires en zootechnie qu'il suffit de les citer à l'usage de ceux qu'un excès de civilisation a toujours tenus loin des merveilleux phénomènes de la nature, circonstance qui obscurcit parfois leur jugement quand il s'agit d'apprécier les questions les plus élémentaires de la biologie.

Il m'arrive, plusieurs fois par mois, d'assister à ces pitoyables retour de nourrice; je m'empresse, en pareil cas, de mettre ces enfants au régime lacté *absolu*, *lait de la même vache*, tiède et non bouilli, donné à discrétion jusqu'à l'évolution complète des huit premières dents. Après quinze jours de ce régime, l'enfant a déjà *profité*, et quelques mois suffisent pour que le *gros ventre* disparaisse et que la dentition en retard s'effectue; mais il reste toujours une mauvaise impulsion, et l'on peut affirmer que les enfants qui ont ainsi souffert, durant *toute la première année* au moins, seront frappés d'une faiblesse de constitution pour le reste de leur existence. C'est là le mécanisme de la détérioration progressive des générations des grandes villes, comme nous le démontrerons ailleurs.

En présence de ces faits, qui se répètent avec une désespérante uniformité depuis des siècles, antérieurement aux ordonnances du roi Jean (1450), mettez en vigueur tous les règlements qui se sont succédés, multipliez les rouages administratifs jusqu'à la cinquième puissance et vous ne changerez rien ou presque rien à cet état de choses. Aussi toutes les discussions théoriques me paraissent inutiles. Les auteurs des meilleurs discours sont à côté du mal; une action réflexe les trompe; ils n'entrevoient pas la pathogénie de cette affreuse calamité publique.

Si nous sortons des faits relatifs à l'anatomie et à la physiologie, il nous suffira, pour appuyer notre thèse sur des faits fournis par la pathologie expérimentale, de relater les expériences suivantes, presque sans commentaires.

En 1867, dans le but d'étudier l'influence de l'alimentation prématurée sur les jeunes mammifères, nous avons répété, mais dans un autre ordre d'idées, les expériences de M. J. Guérin.

Une chienne nourrissait quatre petits. Après dix jours d'allaitement, nous avons éloigné trois de ces jeunes chiens de la mamelle. Ils ont été nourris avec du lait de vache pris chez une crémière, c'est-à-dire avec du lait mélangé et probablement bouilli (c'était au mois de juillet).

Nous avons eu soin de délayer dans ce lait de la farine cuite. Ces jeunes chiens, placés dans de bonnes conditions hygiéniques, buvaient ce mélange selon leur appétit. Cependant, dès le second jour de l'expérience, ils avaient la fièvre. Les yeux déjà ouverts avaient perdu leur limpidité, ils étaient chassieux. Le poil était moins lisse, et des cris incessants trahissaient un état de souffrance, probablement des coliques intestinales. L'un de ces animaux fut sacrifié ce même jour. Il présentait déjà une rougeur assez vive de la muqueuse gastrio-intestinale (menace de gastro-entérite), et une tuméfaction non douteuse des ganglions mésentériques. De plus, le sang renfermait un excès de matières dites extractives (17 p. 1000, au lieu de 8.66 chez un chien nourri par la mère. Voir: *Note sur les matières extractives*, Société de biologie, 1867), comme on l'observe dans tous les cas de fièvre, et comme nous supposons devoir exister d'après ces expériences, à la suite de toute mauvaise digestion avec fièvre (véritable fièvre gastrique ou de digestion imparfaite). Ces mêmes faits nous mettent sur la voie de la pathogénie de l'adénopathie mésentérique chez les enfants prématurément nourris ou mal allaités.

Après trois jours de cette misère physiologique, l'un de ces chiens fut rendu aux soins de la mère, et il ne fallut pas moins d'une dizaine de jours pour effacer les traces de cet écart de régime, encore cet animal resta-t-il quelque temps en *retard* sur son frère, qui n'avait pas cessé d'être allaité. Il est bon de remarquer que cet animal avait subi un commencement d'allaitement, qu'il avait absorbé le *colostrum*; qu'après dix jours d'allaitement, il représentait un enfant de plus d'un mois sous le rapport des aptitudes digestives; il était apte, en effet, à digérer parfaitement un lait déjà caséeux. Aussi, il est certain, d'après de nouvelles expériences, que nous poursuivons en ce moment, que si nous avions fait usage du lait de la même vache, non bouilli, sans mélange de fécule, les accidents que nous avons constatés ne se seraient pas produits.

Que l'on juge maintenant ce que doivent fatalement souffrir les nouveau-nés qui ne prennent nullement le sein, qui sont nourris de suite avec un lait sur lequel nous reviendrons, et qui parcourent une série d'étapes dont le moindre inconvénient est de les refroidir au delà de toute expression, en hiver surtout. Ceux de ces nouveau-nés qui résistent, et c'est la minorité pour les enfants abandonnés, deviennent ce qu'est devenu notre troisième chien séquestré.

Ce troisième chien fut nourri avec le même lait mélangé et de la bouillie pendant un mois encore. Il nous a présenté la série des accidents que voici: le *gros ventre*, le gonflement des jointures, l'amaigrissement général, tout l'aspect si déplorable, en un mot, de la très-grande majorité des enfants au retour de chez la nourrice.

Cette expérience ne laisse pour nous aucun doute sur la manière dont sont élevés la plupart des enfants confiés aux nourrices, disséminés dans les départements, et même beaucoup de ceux qui sont élevés par leur propre mère, quand on leur fait subir, et il en est trop souvent ainsi, ce système invétéré d'élevage, qui consiste dans l'alimentation prématurée ou *l'allaitement mal conduit* ce qui revient au même.

Nous ne pouvons insister davantage sur cette proposition, cela doit suffire; passons à la seconde.

(*A suivre*).

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 25 janvier 1870. — Présidence de M. Denonvilliers.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet:

Une note de M. Brachet, concernant ses observations solido-fluides, basées sur la liqueur à diffusion épipolique du professeur Stoks. (Commissaire: M. Rognolt.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

La correspondance non officielle comprend:

1° Des lettres de remerciment de MM. les docteurs Mauny (de

Mortagne), Ivaraine (d'Avignon), La Rivière (de Bordeaux), et Simonin (de Nancy), lauréats des derniers concours.

2° Un instrument destiné à sectionner les tissus à l'aide d'une lame-scie, fabriquée par M. Mathieu sur les indications de M. le docteur Péan.

M. POGGIALE offre en hommage, au nom des amis de feu Millon, un ouvrage renfermant la biographie de ce savant, ses travaux de chimie et ses études économiques et agricoles sur l'Algérie.

M. DEVERGIE présente une brochure sur la cure des eaux de Carlsbad (Bohême), par M. le docteur Caulet.

M. BÉCLARD offre en hommage, au nom de l'auteur, un opuscule intitulé : *L'allaitement maternel*, par M. le docteur Brochart. Édition populaire couronnée par la Société protectrice de l'enfance.

M. VULPIAN dépose sur le bureau un travail manuscrit de M. le docteur G. Hayem, sur le mécanisme de la suppuration.

Les expériences de M. Hayem, dit l'honorable académicien, ont été faites sous nos yeux, et je puis me porter garant de leur parfaite exactitude. Elles renversent les théories de la suppuration formulées soit par M. Virchow, soit par M. Robin ; en prouvant que les globules du pus ne naissent ni au dépens du tissu connectif, ni au dépens d'un blastème formateur ; mais qu'ils viennent du sang, dont ils constituent les leucocytes.

Les expériences de M. Hayem ont été faites sur des grenouilles; mais déjà sur l'homme j'avais montré, et après moi MM. Volkmann et Stradener, ont constaté que dans l'érysipèle il y avait une extravasion considérable de globules blancs autour des vaisseaux; il est extrêmement facile de le voir, en faisant des coupes de la peau malade. D'ailleurs, un physiologiste hollandais, M. Costa a rendu plus évidente encore cette extravasion de globules blancs sur les points enflammés. Il a produit chez le lapin des abcès artificiels; puis, à l'aide d'injections colorantes, il a montré que, jusqu'à une certaine distance de la poche, tous les vaisseaux qui s'y rendaient étaient entourées de globules blancs. J'aurais bien autre chose à dire si je voulais faire une communication personnelle, mais je termine en concluant que la théorie de Conheim est aujourd'hui la seule qui ait en sa faveur des faits nets, précis, bien vérifiés.

RAPPORTS

M. BOUCHARDAT présente un rapport sur un travail de M. le docteur Fontaine, intitulé : *Mémoire pour servir de base à une nouvelle méthode du traitement de la goutte.* (Commissaires : MM. Béclard, Vulpian et Bouchardat.)

Comme on peut déjà le pressentir par le titre de ce mémoire, dit M. le rapporteur, c'est dans le chapitre consacré au traitement qu'il faut chercher les parties originales du travail.

D'accord en cela avec tous les bons observateurs, M. Fontaine reconnaît une grande efficacité au colchique pour combattre les accès de goutte; c'est à la teinture de semences qu'il accorde la préférence. Il admet, avec le rapporteur, que l'administration du colchique doit être souvent interrompue; mais il pousse plus loin la prudence, en disant que l'on doit éviter d'en prolonger l'usage au delà de deux ou trois jours. Des expériences qu'il a exécutées sur des chiens, conjointement avec M. Roustau, professeur à l'École de médecine de Marseille, ne lui laissent aucun doute à ce sujet; du reste, il n'administre pas le colchique par l'estomac; dans le but de sauvegarder cet organe déjà si éprouvé par la maladie elle-même, il ne prescrit le colchique qu'en lavement.

Pour combattre la diathèse, ou plutôt d'après les idées nouvelles adoptées par l'auteur pour entraver la formation, favoriser la destruction ou l'élimination de l'acide urique de l'économie, il a recours à trois moyens pharmacologiques : 1° l'arséniate de potasse, 2° le chlorate de potasse, 3° le benzoate de chaux.

M. Fontaine administre l'arséniate de potasse d'une manière continue, mais à doses très-faibles; il attribue à ce sel arsenical un rôle réparateur, reconstituant des globules, une action régulatrice des fonctions de combustion. Il conseille le chlorate de potasse pour oxyder l'acide nitrique ; il admet, avec notre collègue, M. Gubler, qu'une portion de ce sel peut être décomposée dans l'économie. Il assure avoir ingéré, pendant plusieurs jours, jusqu'à 5 grammes de chlorate de potasse par vingt-quatre heures, et avoir constaté la disparition d'une certaine quantité de chlorate en même temps que l'augmentation de la proportion des chlorures normaux de l'urine.

Il faut avouer que ces expériences sont très-délicates et difficiles à conduire pour les mettre à l'abri de toute objection. Le rapporteur a souvent jadis employé le chlorate de potasse pour la glycosurie, pour favoriser aussi la combustion de la glycose, mais il avoue que les résultats qu'il a obtenus manquent de netteté. A l'exemple de Ure et du rapporteur, M. Fontaine prescrit le benzoate de chaux, non dans le but poursuivi jusqu'ici de transformer l'urate de soude en hippurate de soude plus soluble, mais en invoquant son action dissolvante sur les composés uriques, et son effet légèrement diurétique.

M. le rapporteur conclut en proposant à l'Académie d'adresser des remerciments à M. le docteur Fontaine pour l'envoi de son mémoire. Les conclusions du mémoire son adoptées.

COMMUNICATION

M. MAROTTE communique une observation d'accidents toxiques produits par l'éther phosphoré. Il s'agit d'un malade atteint d'ataxie locomotrice, et qui, étant en proie à un accès de douleurs fulgurantes, avait pris sur le conseil de son médecin, par cuillerée à soupe, d'heure en heure, une potion ainsi composée : éther phosphoré, 4 grammes; eau de menthe et sirop de gomme àâ 64 grammes. Les douleurs fulgurantes avaient disparu : mais la dernière cuillerée de la potion avait été suivie de vomissements répétés et opiniâtres, d'angoisses énormes, d'une soif ardente. Les premières matières vomies avaient une odeur franchement alliacée. Le surlendemain le malade avait la peau froide; le pouls petit, inégal, concentré ; la figure anxieuse ; la langue rouge, humide ; muqueuse, nulle douleur à la pression, ni à l'épigastre ni dans la région hépatique. Pas de garde-robe. Légère teinte ictérique de la peau et des conjonctives. Peu d'urine. Sous l'influence du chlorydrate de morphine (10 centigrammes à doses fractionnées), de la crème de bismuth et de la glace, les vomissements s'arrêtèrent ; le malade put supporter de l'eau de Vichy, puis du bouillon froid, de légers potages et enfin des aliments solides ; néanmoins l'ictère augmenta notablement encore pendant quelques jours, et ne diminue enfin que depuis hier.

Lorsque je demandai à notre jeune confrère, ajoute M. Marotte, ce qui l'avait induit à donner une dose aussi élevée de phosphore, il me montra le *Formulaire* de M. Bouchardat, contenant la formule ci-dessus indiquée, que celui-ci avait emprunté à Soubeyran. Or, en admettant comme exacte la proportion du phosphore donnée par ce si consciencieux savant, savoir : 70 centigrammes pour 100 grammes d'éther, la potion contenait 28 milligrammes de phosphore, lorsque la dose de 5 à 10 gouttes, indiquée par M. Gubler, aurait été suffisante. Le nouveau *codex* proscrit l'éther phosphoré par son silence.

« Les mêmes réflexions s'appliquent à l'huile phosphorée. D'après les expériences récentes de M. Méhu, l'huile phosphorée du *Codex* renferme 1 gr. 20 pour 100 grammes d'huile, c'est-à-dire environ 1 décigramme pour 8 grammes. Or le *Formulaire* de Bouchardat, *l'officine* de Dorvault, le *Formulaire raisonné* de Réveil, donnent le spécimen d'une potion à prendre par cuillerées toutes les heures contenant cette dose exorbitante d'huile phosphorée. Je sais bien que Soubeyran (4e édition) a soin d'ajouter qu'il n'a nullement voulu indiquer les doses, qu'il laisse à l'appréciation du médecin, mais simplement le mode d'administration. Mais ce commentaire est passé sous silence dans les formulaires ; beaucoup de gens ne lisent pas ; ou, sans réflexion, sans calcul de rédaction, on copie une formule toute faite, comme cela a lieu pour mon malade, et l'on est la cause innocente d'accidents toxiques.

M. DEVERGIE. Il faudrait proscrire entièrement de la pratique l'éther phosphoré qui se concentre par l'évaporation dans une proportion inconnue.

ÉLECTION

L'Académie procède par la voie du scrutin à la nomination d'une commission chargée de présenter une liste de candidats à la place vacante dans la section des associés libres.

Sont élus : MM. Littré, Coste, Husson, Gosselin, Pidoux, Bouley, Regnault.

Discussion sur la mortalité des nourrissons.

M. BRIQUET. Dans la dernière séance, j'ai critiqué les chiffres que la commission avait admis comme représentant la mortalité des enfants de Paris mis en nourrice à la campagne. Je reproduis dans ses données mon argumentation, qui me semble probante.

La mortalité des enfants restés à Paris est de 29 pour 100 dans la première année de leur vie.

Celle des enfants mis en nourrice à la campagne serait de 51 pour 100 durant cette même première année, si les chiffres admis par la commission était exacts.

Le total serait donc une mortalité de 80 pour 100, chiffre impossible. Il ne meurt pas les quatre cinquièmes des Parisiens avant l'âge d'un an.

Je complète aujourd'hui mon raisonnement, et je pose en fait que la mortalité des enfants durant la première année de leur vie ne peut pas dépasser 50 pour 100 pour la ville de Paris, puisqu'elle est de 21 pour 100 dans le département de la Seine.

Il faut donc soustraire de ce total les 29 pour 100 qui meurent à Paris d'après les registres de l'état civil, et on ne trouvera plus que 21 pour 100 mourant à la campagne chez les nourrices. Moins qu'à Paris ! Ce résultat étonne ; mais on devait le prévoir d'après les considérations dans lesquelles je suis entré pendant la dernière séance. Il ne faut pas l'oublier d'ailleurs, les 52,230 enfants que l'administration hospitalière a assistés dans un laps de vingt ans n'ont fourni qu'une mortalité de 12 pour 100 à Paris, et de 8 pour 100 à la campagne, entre l'âge d'un jour et celui d'un an.

Pourquoi donc chercher à faire rentrer les nourrissons chez leurs parents, où il en mourra davantage, et comment les y faire rentrer?

Les secours donnés aux parents pauvres seraient toujours insuffisants; et, dans les classes aisées, si la mère ne nourrit pas, c'est qu'elle ne peut pas le faire. Dans le petit commerce, la place est étroite, l'air fait défaut; la mère souvent n'a pas de lait; il vaut mieux envoyer l'enfant à la campagne. Ce ne sont pas les nourrices qui manquent, on en trouve toujours plus qu'on en veut ; pourquoi donc tenter de nourrir au biberon un enfant chétif quand on sait qu'un enfant chétif, mis au biberon, est un enfant mort ? Quant aux familles très-aisées, qui peuvent prendre des nourrices dans leur appartement, les objections deviennent encore plus faibles, car la surveillance est facile. On dit que les mères devraient nourrir, et qu'elles ne le font pas par la faute d'un médecin trop complaisant. C'est le contraire qui est vrai. A Paris, dans les hautes classes, les mères font plus que d'aimer leurs enfants, elles les adorent. Elles les nourissent toujours quand on le leur permet. Mais les médecins savent les inconvénients de ces tentatives infructueuses de nourrissage. Ils ont vu des abcès du sein en resulter pour les mères et amener leur dépérissement, sinon leur mort; ils ont vu les enfants dépérissant eux-mêmes, être pris de diarrhée, et parfois mourir en quelques heures de choléra infantile.

La mère de l'accouchée a vu des faits semblables, et elle les invoque. Si le médecin veut passer outre, pour le plaisir philanthropique de ne pas faire mettre au biberon l'enfant d'une nourrice, il assume la plus grave responsabilité. Et supposez qu'en définitive, le lait ne montant pas ou montant mal, il faille renoncer à cette tentative malheureuse, le médecin peut-il proposer, comme on vous l'a dit, dans l'intérêt d'un enfant de nourrice, inconnu qui pourrait souffrir du biberon, peut-il proposer à la mère de mettre au biberon son propre enfant ? Il serait remercié de suite, et à bon droit. D'ailleurs cet enfant de nourrice, dont on fait parade, serait-il pour autant allaité par sa mère ? non, elle se placerait ailleurs sans doute, et lui n'en profiterait pas. Peut-être du reste est-il d'âge à être sevré sans inconvénient, tandis que l'enfant qu'il faut sauver ne peut se passer d'une nourrice.

J'approuve donc de toutes mes forces la commission de n'avoir mis l'allaitement artificiel qu'au dernier plan. Cherchons d'abord à nous procurer de bonnes nourrices : c'est le point essentiel.

Note sur l'absorption cutanée.

M. le docteur Brémond, médecin de l'Asile de Vincennes, lit sur ce sujet une note dont voici le résumé :

L'absorption cutanée, admise par quelques médecins, niée par le plus grand nombre, a été l'objet d'une lecture dans la dernière séance de l'Académie de médecine.

M. le docteur Brémond a fait, pendant huit mois, une série d'expériences au moyen d'un appareil balnéaire à vapeur (1), qui prouvent d'une manière irréfutable l'absorption par la peau d'une substance médicinale, même non volatile, telle que l'iodure de potassium.

Dans une première série d'expériences, il s'oppose à l'introduction de la vapeur d'eau chargée du médicament par les voies naturelles du corps. Le bain de vapeur arrive progressivement à la température de 45 degrés, et est prolongée pendant 30 minutes. Deux heures après le bain, on trouve dans les urines du malade des traces d'iodure de potassium, preuve évidente de son absorption par la peau, seule voie par laquelle il ait pu pénétrer dans l'organisme.

Dans une deuxième série d'expériences, ne prenant aucune précaution contre l'absorption par les voies pulmonaires et autres, il prouve que l'absorption du sel potassique n'a point lieu à la température de 30, 34, 36 et même 37 degrés, et qu'il faut atteindre 38 degrés pendant 20 à 30 secondes, c'est-à-dire une température supérieure d'un degré au moins à celle du corps, pour obtenir un commencement d'absorption cutanée.

Dans une troisième série d'expériences, il démontre que l'absorption par la peau est possible même à une température inférieure à celle du corps, c'est-à-dire à 34 et à 36 degrés, mais à la condition de préparer la peau du sujet à expériences par l'emploi préalable d'un bain de vapeur suivi d'un savonnage et de frictions énergiques, qui débarrassent la peau de l'enduit sébacé.

D'après les trois séries d'expériences, il est maintenant facile de comprendre que de savants expérimentateurs ont pu, les uns admettre, et les autres nier l'absorption cutanée; cela tient à ce que ces derniers n'ont pas tenu compte des diverses conditions du problème, telles que l'état de la peau, la température et la durée du bain.

Le docteur Brémond demande à l'Académie la permission de lui soumettre, dans une seconde lecture, les résultats thérapeutiques obtenus, et de lui présenter quelques malades dont la guérison lui paru remarquable.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 22 décembre 1869. — Présidence de M. Alp. GUÉRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — Le *Bulletin de thérapeutique*. — Le *Journal de médecine de l'Ouest*.

— M. Mourlon, médecin militaire à la Calle, adresse le relevé statistique des opérations pratiquées par lui à l'hôpital de la Calle.

— *Prophylexie du choléra en Orient*, par le docteur Tholozan, membre correspondant.

— *Chronologie des maladies de la ville de Saint-Pierre, depuis* 1837 *jusqu'en* 1856, par le docteur Rufz de Lavdson.

— *De l'Allaitement artificiel*, par le docteur Dumont (de Caen).

— M. Le Fort dépose sur le bureau deux brochures : *Des Hôpitaux sous tente — La Campagne d'Italie en* 1859. — Remerciments.

— M. le docteur Rouge, chirurgien de l'hôpital de Lauzanne, adresse un travail manuscrit sur l'*Uranoplasie appliquée aux divisions congénitales*, avec trois photographies. (Renvoyé à une commission composée de MM. Després, Saint-Germain et Perrin.)

— M. le docteur Saintovel adresse une lettre dans laquelle il signale la fréquence et la facilité du développement des *kéloïdes chez les individus de la race nègre*.

ÉLECTIONS

M. Guérin est nommé à l'unanimité, moins deux voix, *président* de la Société pour 1870,

Vice-président :

M. Blot	17 voix.
M. Demarquay	6 —
M. Dolbeau	1 —
M. Trélat	1 —
Bulletin blanc	1 —

M. Blot est nommé *vice-président* pour 1870.

Secrétaire :

M. Panas	26 voix.
M. Tillaux	1 —
M. Després	2 —

M. Panas est nommé *secrétaire* pour 1870.

M. Tarnier	17 voix.
M. Tillaux	8 —
M. Després	1 —
M. Sée (Marc)	1 —

M. Tarnier est nommé secrétaire pour 1870.

PRIX DUVAL

M. GUYON, au nom d'une commission composée de MM. Marjolin, Tarnier, Panas, Després et Guyon, lit le rapport suivant sur le prix Duval :

Messieurs, votre commission chargée d'examiner les travaux envoyés à la Société pour le prix Duval a dû prendre connaissance de cinq thèses toutes soutenues à Paris dans le cours de l'année

(1) Appareil Encausse.

1869 par des internes des hôpitaux. Ces travaux étaient dans les conditions réclamées par le testateur.

Nous sommes tout d'abord heureux de déclarer que les travaux qui nous ont été soumis sont tous dignes d'attention et se recommandent à la fois par le choix du sujet et la manière dont il a été traité.

M. le docteur Delthil a étudié le traitement des fractures de cuisse et les accidents consécutifs à ce traitement; M. le docteur Lafaurie a fait une étude sur les luxations anciennes; M. le docteur Bourdillat a écrit un volumineux travail sur les calculs de l'urètre et des régions circonvoisines; M. le docteur Bézard a fait des recherches importantes sur l'emphysème traumatique consécutif aux fractures des côtes; enfin, M. le docteur Gadaud écrit l'histoire d'une affection jusque-là bien peu étudiée: *le Nystagmus.*

Tout en reconnaissant le mérite de ces divers travaux et en aimant à leur rendre publiquement la justice qu'ils méritent, votre commission a dû, dans une première réunion, rechercher quels étaient ceux qui devaient surtout fixer son attention. Après examen de chacune des thèses ci-dessus mentionnées, les recherches de M. Bézard sur l'emphysème traumatique, et l'étude de M. Gadaud sur le nystagmus durent être plus particulièrement réservés à une nouvelle discussion.

Ces deux thèses se distinguent en effet par de sérieuses qualités. M. le docteur Bézard, en étudiant l'emphysème traumatique consécutif aux fractures de côtes, a non-seulement exposé ce qui déjà a été fait sur ce sujet, mais il a institué des expériences qui, de l'avis de votre commission, ont contribué à en éclairer l'histoire.

On sait en effet que des théories contradictoires ou tout au moins un peu exclusives ont été proposées pour expliquer la formation de l'emphysème traumatique qui complique les plaies ou déchirures, intéressant à la fois la plèvre pariétale et le poumon. Je n'ai pas à rappeler à la Société de chirurgie le rôle que Roux et M. le professeur Richet font jouer aux adhérences pleurales pour expliquer la formation de l'emphysème et combien leur théorie s'éloigne de celle de J.-L. Petit, où le rôle des adhérences n'est même pas indiqué.

M. Bézard, en reprenant l'étude de cette question, s'est surtout attaché à bien démontrer que le pneumo-thorax et l'emphysème pouvaient parfaitement coïncider, et que ce dernier accident se montrait alors même que le poumon n'était retenu par aucune adhérence. Dans les cas où l'on rencontre de l'emphysème sans pneumo-thorax sans qu'il y ait cependant d'adhérence, M. Bézard, en reproduisant les expériences de Hewson sur les plaies du poumon, a montré que la rapide cicatrisation de ces plaies permettrait fort bien de comprendre que la source de l'épanchement gazeux intra-pleural étant tarie, et que l'air étant poussé dans le tissu cellulaire, le pneumo-thorax n'ait qu'une durée souvent éphémère. M. Bézard, moins exclusif que les partisans de la théorie de J.-L. Petit, est bien loin de nier l'influence des adhérences dans la production de l'emphysème, et leur rôle si efficace et souvent si heureux dans la limitation du pneumo-thorax, qu'elles peuvent même complétement empêcher de se produire.

C'est à l'aide d'expériences bien conduites, ingénieuses et habilement exécutées, que M. Bézard est arrivé à mettre en lumière les faits importants que nous venons de rappeler.

M. Gadaud, contrairement à M. Bézard, n'a pas abordé un sujet souvent étudié et dans lequel il fallait, en présence d'opinions contradictoires, en appeler surtout à l'expérimentation. Il a fait preuve d'une vaillance scientifique certainement plus rare, car il aborde de front un sujet des moins étudiés, une question véritablement ardue.

Le nystagmus n'est guère pour le plus grand nombre qu'une certaine affection étrange sur laquelle s'est quelquefois porté, à propos d'un fait particulier, l'observation de ceux que séduisent volontiers les curiosités pathologiques. Cela est si vrai que la question du nystagmus n'a pas suivi jusqu'à présent les progrès si marqués que les connaissances ophtalmologiques ont réalisés dans ces derniers temps.

Un semblable état de choses n'a cependant pas arrêté M. Gadaud, qui a entrepris l'étude du nystagmus; il a eu le bon esprit de l'aborder, non, en spécialiste, mais en pathologiste désireux de compléter un des cadres inachevés de la pathologie.

Le nystagmus, cette affection bizarre, est en effet un des sujets qui exige cette association indispensable des connaissances que fournit l'étude générale de la médecine, et les recherches spéciales nécessaires à l'entière compréhension d'un point particulier — association toujours féconde et vraiment capable de fonder le progrès.

Le nystagmus en effet peut être symptomatique; il peut aussi être simple ou idiopathique. Dans la première partie de son travail, M. Gadaud traite du nystagmus symptomatique.

(A suivre.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret du 22 janvier 1870, M. Frillet, médecin-major de 2e classe, en mission au Monténégro, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— M. le docteur Alfred Guillon vient d'être promu au grade de commandeur de l'ordre du Christ (de Portugal).

— M. Léon Labbé, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, agrégé de la Faculté de médecine, commencera des conférences de clinique chirurgicale, à l'hôpital Saint-Antoine, le samedi 29 janvier 1870, et les continuera les samedis suivants.

Visite des malades, salles Sainte-Madeleine et Saint-Christophe, à huit heures et demie du matin; leçons et opérations à neuf heures et demie.

AVIS

Le prix de chaque numéro de la *Gazette* est de vingt centimes.

Toute demande de numéros qui n'est pas accompagnée de la valeur en mandat ou timbres-poste, est considérée comme non avenue.

Le directeur, Dr E. Le Sourd

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Des hémorrhagies intestinales dans la fièvre typhoïde.

En signalant, dans les deux dernières Revues, quelques-unes des particularités des fièvres typhoïdes régnantes, sur lesquelles M. le professeur Béhier a appelé l'attention de son auditoire, nous avons réservé un point, celui qui est relatif aux hémorrhagies intestinales. C'est de ce point que nous allons nous occuper aujourd'hui.

On a vu, dans l'exposé rapide des principaux faits signalés par M. Béhier, un cas de fièvre typhoïde grave, avec hémorrhagie intestinale, et qui, néanmoins, s'est terminé par la guérison. C'est un fait qui est loin d'être sans exemple, sans doute. Mais malgré les faits connus, assez nombreux, de guérison à la suite d'une hémorrhagie intestinale, il n'en reste pas moins cette idée générale que l'hémorrhagie intestinale entraîne toujours une grande gravité. Cependant, si l'on examine de près les faits, et si l'on scrute les opinions des médecins qui ont été à même d'observer la maladie sur la plus grande échelle, on arrive à des résultats fort divers et souvent contradictoires. On sait quelle était l'opinion de M. Louis et de son école sur ce point. Cependant, tout en considérant ce phénomène pathologique comme très-grave, M. Louis n'en rapporte pas moins lui-même trois cas de guérison. M. Andral dit aussi en avoir vu plusieurs. Mais malgré ces cas heureux, presque tous les auteurs de pathologie n'en persistent pas moins à considérer l'hémorrhagie comme toujours grave. Voici ce qu'on lit, à ce sujet, dans l'un des plus récents d'entre eux, Griesinger (1), d'abord sur la fréquence relative de cet accident, et en second lieu, sur son degré de gravité.

Sur 600 fièvres typhoïdes, que M. Griesinger a traitées à l'hôpital, il a eu 32 cas d'hémorrhagie intestinale intense (5,3 p. 100).

Voici comment l'hémorrhagie intestinale a procédé dans ces 32 cas. Elle ne parut jamais dans la 1re semaine; dans la 2e semaine elle s'est montrée 10 fois, le plus souvent à la fin, et au plus tôt 2 fois au 11e jour. Dans la 3e et la 4e semaine, elle a eu lieu 8 fois; dans la 5e 2 fois; dans la 6e 3 fois. Une fois on n'a pu fixer l'époque d'une manière certaine. De ces 32 cas, 10 furent suivis de mort, ce qui donne la proportion de 31,2 p. 100. Beaucoup de ces cas de mort, ajoute M. Griesinger, survenaient aussitôt après l'hémorrhagie, 7 sur 10 dans l'espace de quatre jours, les 3 autres des semaines après, de sorte qu'on ne saurait attribuer alors à l'hémorrhagie une influence directe sur la mort. Quatre fois dans ces 10 cas, on trouva des lésions intenses dans le gros intestin. Enfin M. Griesinger nous apprend que Jenner eut 7 cas de mort sur 21, Gietl 7 sur 14, et qu'il a observé lui-même dans sa pratique civile 3 cas d'hémorrhagie intestinale, tous 3 terminés par la mort.

D'un autre côté, nous voyons une opinion toute différente sur la valeur pronostique des hémorrhagies intestinales, émise par les plus éminents cliniciens. Pour Graves, par exemple, les hémorrhagies intestinales qui surviennent dans le cours d'une affection typhoïde sont plutôt l'indice d'une crise favorable qu'un accident redoutable. De même, dit-il, qu'un individu atteint de fièvre peut avoir une épistaxis qui l'amène à une crise favorable, de même il peut avoir comme phénomène critique des selles sanglantes. Dans l'un comme dans l'autre cas, il faut bien se garder d'intervenir activement et de prescrire aucun médicament qui puisse amener de l'irritation ou arrêter subitement ce travail salutaire, à moins toutefois que l'hémorrhagie soit assez abondante pour constituer un danger par cette abondance même.

Cette manière de voir sur les hémorrhagies intestinales était aussi celle de Trousseau, qui, après avoir longtemps partagé l'opinion commune sur ce point, en était venu à professer que ces hémorrhagies, loin d'avoir la gravité qu'on leur accorde, constituent le plus souvent un phénomène de favorable augure.

Trousseau ne rapporte, il est vrai, dans la *Clinique médicale*, que deux observations à l'appui de cette proposition; mais il assure en avoir d'autres devers lui tout aussi favorables que ceux-là à sa manière de voir, et il s'étaye, en outre, sur des témoignages d'observateurs recommandables, entre autres sur les faits observés par M. le docteur Ragaine (de Mortagne), qui rapporte que sur 400 malades qu'il a vus pendant une épidémie de fièvre typhoïde, 11 ont eu des hémorrhagies intestinales, et que ces 11 malades ont guéri; et plus récemment, par M. le docteur Juteau (de Chartres), qui, dans une épidémie semblable, a vu 5 malades atteints d'hémorrhagie intestinale, tous les cinq également guéris.

S'il nous était permis d'ajouter notre humble témoignage à celui de ces praticiens, nous ajouterions que nos souvenirs nous rappellent plusieurs cas de ce genre où des hémorrhagies intestinales, modérées il est vrai, ont annoncé à nos yeux et précédé en réalité l'issue heureuse de la maladie.

Revenons aux dires de M. Béhier.

M. Béhier partage, à cet égard, l'avis de Trousseau. Il a observé lui-même, dans l'épidémie de la Salpêtrière, et depuis, dans sa pratique hospitalière, des faits analogues à ceux qui sont rapportés dans sa *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*.

Les faits et les opinions favorables ou contraires à l'opinion de la gravité des hémorrhagies se balanceraient à peu près et laisseraient l'opinion dans le doute et l'indécision, s'il n'était un moyen de sortir de cette difficulté, en établissant des catégories de faits et en les distinguant surtout les uns des autres au point de vue de la période de la maladie dans laquelle se produit l'hémorrhagie et des phénomènes concomitants. C'est ce que M. Béhier s'est attaché, avec beaucoup de raison, à faire ressortir. En effet, l'hémorrhagie est loin d'être un phénomène toujours identique. Indépendamment des époques de la maladie où elle a lieu, et qui en changent beaucoup le caractère au point de vue de sa valeur séméiologique et de son pronostic, sa valeur symptomatique varie suivant l'ensemble des conditions pathologiques au milieu desquelles elle se manifeste. Elle tire sa gravité et de l'abondance de l'écoulement et de l'état général du malade, beaucoup plus encore de cette dernière circonstance que de la première. Ces deux circonstances agissent, l'une, l'abondance de l'écoulement du sang, en produisant l'anémie par diminution des globules sanguins; l'autre, l'état adynamique, par la défibrination du sang. Ces deux altérations ne diffèrent pas moins dans leur origine que dans leurs conséquences.

Somme toute, l'hémorrhagie est toujours un symptôme sérieux, mais le pronostic qu'on en déduit est beaucoup moins grave lorsqu'elle n'a eu d'autre résultat que d'amener un état anémique par l'abondance de la perte du sang, que lorsqu'elle est liée à l'état adynamique. C'est donc, en résumé, beaucoup moins le phénomène en lui-même qu'il faut considérer que l'état même du malade; c'est ce dernier, c'est-à-dire la condition morbide déjà fâcheuse dans laquelle se produit l'hémorrhagie, que l'hémorrhagie par elle-même qui constitue le danger. Tout bien considéré, l'hémorrhagie dans la fièvre typhoïde est moins grave qu'on ne l'a dit et qu'on est même généralement disposé à le croire. Ajoutons qu'elle a même, dans quelques circonstances, une valeur critique, dont il serait utile de chercher à y bien déterminer les signes.

Traitement du rhumatisme articulaire aigu par l'association du colchique et du bromure de potassium.

Dans une communication à la Société de thérapeutique, M. Guéneau de Mussy a exposé les résultats qu'il a obtenus de l'emploi combiné de la teinture de colchique et du bromure de potassium. Depuis un certain temps, il employait, contre le rhumatisme articulaire, la teinture de semence de colchique, qui fait généralement disparaître la fièvre au bout de quelques jours. Mais il a eu l'idée, depuis, d'adjoindre à cette préparation le bromure de potassium, et, à dater de ce moment, il a remarqué que, non-seulement il y avait apaisement des phénomènes fébriles, mais encore que le sommeil s'était produit plus facilement et sans être accompagné de ces cauchemars qui troublent si souvent le sommeil provoqué par l'opium. Le sommeil obtenu par le bromure de potassium était, au contraire, calme.

La teinture de semence de colchique a été administrée aux doses de 1 gramme à 1 gramme 50 et 2 grammes au plus, de manière à éviter qu'elle exerce une action trop énergique sur l'intestin; M. Guéneau de Mussy est d'avis, avec beaucoup d'autres médecins d'ailleurs, que non-seulement les diarrhées opiniâtres qui surviennent quelquefois sous l'influence de ce médicament ne sont pas nécessaires pour obtenir l'amendement de la maladie, mais encore qu'elles sont nuisibles et parfois même dangereuses, témoin le fait suivant, qui renferme à cet égard un enseignement triste, mais utile. M. Guéneau de Mussy avait obtenu, il y a une dixaine d'années, un apaisement de la fièvre chez un rhumatisant à l'aide du colchique, lorsque, de la diarrhée étant survenue, il recommanda de suspendre l'usage du médicament. On ne tint pas compte de cette prescription. Des accidents dysentériques aigus survinrent, qui ne tardèrent pas à entraîner la mort du malade. A l'autopsie, on constata la présence, dans le gros intestin, d'une abondante éruption psorentérique, qui dut naturellement être attribuée à l'usage trop prolongé et exagéré du colchique; d'autant qu'une lésion semblable avait déjà été constatée plusieurs fois dans des conditions identiquement les mêmes.

Nous avons dit que M. Guéneau de Mussy prescrivait la teinture de colchique à la dose de 1 à 2 grammes, au maximum; qu'il ne dépassait pas cette dose, et qu'il s'arrêtait dès qu'il voyait survenir les premiers signes d'irritation intestinale, afin de prévenir les dangers dont il vient d'être question; mais que cette dose était nécessaire pour arriver à modifier et à faire tomber l'état fébrile. Il résulte, en effet, du témoignage de plusieurs praticiens, qui, par la crainte des accidents en question, n'ont pas osé administrer cet agent au delà de 10 à 12 ou 15 gouttes, comme l'ont prescrit plusieurs auteurs, qu'à ces doses minimes ce médicament est resté sans effet.

Ajoutons, enfin, que M. Guéneau de Mussy applique cette médication aux cas de rhumatisme articulaire aigu. Pour les cas de rhumatisme subaigu, qui paraissent être plus communs en ce moment, et particulièrement ceux qui sont plus ou moins liés à un état constitutionnel, anémique ou scrofuleux, il modifie cette médication en associant ou en faisant succéder aux antipyrétiques l'iodure de potassium uni à l'extrait de quinquina, qu'il fait suivre à leur tour de bains arsénicaux, lorsque l'acuité est complétement éteinte et qu'il se manifeste une tendance à la localisation vers certaines articulations.

Le colchique agit-il, dans ces circonstances, autrement que le sulfate de quinine, c'est-à-dire comme antipyrétique, en tant qu'exerçant une action dépressive sur la circulation ? Oui, sans doute. Le colchique joint à cette propriété, qu'il partage avec le sulfate de quinine, une autre action qui lui est commune avec le veratrum viride, le tartre stibié et quelques autres agents, celle qu'il exerce sur les voies digestives et qui, à la condition d'être modérée, n'est probablement pas étrangère aux résultats que donne son administration. Dans cette pensée, M. Gubler a essayé, comme terme de comparaison, de débuter, dans le traitement du rhumatisme, par l'usage de la limonade tartrique additionnée de tartre stibié; puis, lorsque les évacuations lui ont paru suffisantes, il donne le sulfate de quinine, qui lui paraît agir beaucoup plus efficacement après cette spoliation préalable qu'avant; le bromure de potassium vient à la suite à titre de calmant et de diurétique.

Ces deux méthodes, comme on le voit, ont entre elles une grande analogie et tendent à s'éclairer en quelque sorte l'une l'autre, l'action combinée des évacuants et du sulfate de quinine donnant jusqu'à un certain point l'explication du mode d'action du colchique.

DE LA FIÈVRE BILIEUSE DES PAYS CHAUDS

Par H. DE MEYRIGNAC,
Docteur en médecine de la Faculté de Paris et de l'Université de la Havane.

I

La fièvre bilieuse est la plus obscure de toutes les maladies des pays chauds, elle n'est pas extrêmement commune à Cuba; nous en avons vu un certain nombre, et ce que nous avons à dire à ce propos se rapporte principalement à la distinction à faire au sujet de l'origine paludéenne ou non paludéenne de la maladie; cette fièvre, en un mot, est-elle rémittente légitime, curable par la quinine, ou seulement pseudo-rémittente, comme nous l'avons prétendu dans notre article sur la pseudo-intermittence dans la typhoïde, publié dans le *Courrier médical* du 13 octobre 1866. Constatons ici l'opinion de quelques auteurs.

M. Félix Jacquot, cité par M. Dutroulau, page 238, dit à ce sujet : « Comprenez-vous qu'une affection toujours identique de nature se montre quelquefois continue avec les exaspérations vespériennes banales, et quelquefois soit précédée, accompagnée, suivie d'accès très-nets, cède tantôt au sulfate de quinine, lui résiste dans d'autres cas, ou encore se simplifie sous son influence sans disparaître; qu'elle puisse entraîner après elle la cachexie palustre ou ne pas avoir ce cortége; que certaines de ses formes n'attaquent guère que les nouveaux venus, tandis que d'autres n'épargnent ni les indigènes ni les acclimatés; que revêtant les phénomènes du *causus* de la fièvre ar-

(1) *Traité des maladies infectieuses* (maladies des marais, fièvre jaune, maladies typhoïdes, etc.), par W. Griesinger, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Berlin, traduit d'après la 2e édition et annoté par le docteur G. Lemattre. — In-8°. Paris, 1868.

dente, rapide dans ses allures, chargée de graves accidents du côté de l'encéphale, du foie, du tube digestif, elle se montre particulièrement dans la saison sèche, alors qu'il ne règne pas de fièvres intermittentes, et que, sous la forme adynamique et avec le type rémittent ou intermittent, elle se mêle aux fièvres périodiques de la saison pluvieuse, etc. »

Ce morceau est la fidèle image de toutes les contradictions qui existent dans l'esprit de l'auteur, surtout quand il dit que cette maladie tantôt résiste à la quinine, tantôt lui cède, tandis que parfois elle est modifiée par celle-ci, mais sans disparaître; tantôt apparaît dans la saison des miasmes et des fièvres paludéennes, tantôt dans la saison opposée, parfois bénigne, parfois grave. Ces contradictions proviennent de ce que l'auteur a confondu diverses maladies : la pernicieuse, de forme bilieuse, qui cède à la quinine; la bilieuse endémique, qui lui résiste, cette même bilieuse compliquée d'une paludéenne, laquelle disparaît sous l'influence quinique, tandis que la bilieuse persiste, et enfin les fièvres légères à type bilieux et l'embarras gastrique fébrile qui n'ont aucune gravité, tandis que les autres sont graves.

Quant à M. Dutroulau, il dit que cette fièvre, sans considération de types, peut les revêtir tous. Voilà une proposition qu'admettra difficilement la pathologie générale? Cette fièvre, qui, d'après cet auteur, revêt tous les types, n'est autre que diverses fièvres de types distincts qu'il a confondues en une seule; c'est la même erreur que M. Jacquot.

M. Lebeau dit qu'il commence par appliquer les antiphlogistiques, puis la quinine plus tard. Il croit la maladie paludéenne, et cependant, loin d'administrer au plus vite la quinine, il perd le temps aux antiphlogistiques; s'il avait affaire à une vraie pernicieuse, il ne se conduirait point ainsi, il s'empresserait d'administrer la quinine, et s'il ne le fait pas dans le cas présent, c'est que sa conviction n'est pas très-assurée. On nous objectera peut-être que, même dans les intermittentes légitimes, on fait précéder quelquefois la quinine par la saignée ou les évacuants, et qu'elle agit alors avec plus d'efficacité. Nous répondrons à cela que ceci se fait sans nul doute, et que nous l'avons fait nous-même parfois avec succès, mais seulement dans les fièvres qui donnent le temps de s'arrêter à de semblables moyens, et non dans une fièvre aussi grave et aussi rapide que la bilieuse dont nous parlons ici.

M. Guilasse la donne au contraire tout de suite; il traite quatre malades par la quinine, et dans les quatre cas, il obtient un résultat malheureux.

Tous ces auteurs font les plus grands efforts pour faire voir dans cette maladie des rémittences, des accès, tandis qu'en réalité il n'y a point d'accès, mais seulement une fièvre continue ou pseudo-rémittente à exacerbations quotidiennes multiples. Ils torturent leur imagination et leur plume sous l'empire de l'idée préconçue de la cause paludéenne, et en somme ne peuvent arriver à une conclusion certaine.

L'incertitude de la conviction éclate, du reste, dans les concessions, les replâtrages qu'il faut faire à chaque instant. Ainsi M. Dutroulau, partisan du paludéisme, dit : « La dénomination de fièvre paludéenne ne peut pas plus s'appliquer *seule* à la fièvre bilieuse que celle de rémittente. » Ainsi voilà donc une maladie qui ne peut avoir un *seul* nom, et en effet, M. Dutroulau, *dans de vagues descriptions*, suivant l'expression de Grisolle (tome Ier, page 73), essaye de décrire une sorte de dualisme existant entre la cause bilieuse et la cause paludéenne, comme si celle-ci, partout où elle existe, ne dominait pas toute la scène, n'effaçait pas tout ce qui l'avoisine, et ne suffisait pas à caractériser toute la maladie. Ces contradictions, du reste, reparaissent à l'article *Traitement*, où il avoue lui-même que plus la forme est grave, moins la quinine est efficace; argument peu probant en faveur de sa thèse.

Mindererus nie l'origine paludéenne en s'appuyant sur l'inefficacité du quinquina.

Wood, de Philadelphie, dit que la fièvre est continue et que la quinine est dangereuse.

Ces médecins, comme on le voit, s'appuient avec raison sur le fameux axiome que nous avons entendu si souvent prôner par Trousseau à l'Hôtel-Dieu de Paris : *Naturam morborum curationes ostendunt.*

Les médecins qui exercent dans l'Inde anglaise ou autres pays chauds, tels que Bayle à Sierra-Leone, Peter-Roe dans la Gambie, Martin au Bengale, sont du même avis; donc, le quinquina étant la pierre de touche des fièvres palustres, la fièvre bilieuse n'est, à notre avis, qu'une fièvre continue ou pseudo-rémittente à exacerbations quotidiennes multiples et non périodiques, comme nous aurons soin de le faire ressortir plus loin.

II

La lésion caractéristique est celle du foie, comme dans la fièvre jaune; d'après Stewardson, sa couleur est bronzée; d'après Dutroulau, elle est brune, à reflets jaunes, avec engorgement sanguin différant en ceci du foie de la fièvre ictérode, qui est jaune uni ou moucheté, et de plus exsangue et anémique; de même que dans celle-ci, il y a dégénérescence graisseuse.

Le cerveau est imbibé de jaune, membranes, pulpe et liquides, il en est de même de tous les tissus blancs.

Les reins sont hyperémiés, la vessie ecchymosée; ces taches, qui coïncident avec l'hématurie, sont produites par l'hémorrhagie passive qui a imbibé les tuniques, et nullement par l'inflammation.

La rate offre souvent le ramollissement brun ou noirâtre, lequel n'a rien de pathognomonique au point de vue de l'origine palustre, mais existe, au contraire, fréquemment dans les maladies avec liquéfaction du sang.

III

La maladie est au commencement intermittente, rémittente ou continue; mais quelle que soit sa forme, elle est rebelle à la quinine; il s'agit là d'une pseudo-intermittence dans une maladie continue, et non d'une pseudo-continuité dans une affection intermittente. C'est absolument comme dans la fièvre typhoïde. Nous avons décrit avec celle-ci la pseudo-périodicité des premiers jours. Dans ces premiers jours ont lieu des accès intermittents, et cependant la fièvre typhoïde est bien déjà commencée, puisqu'au bout de sept jours, occupés les trois ou quatre premiers par des accès intermittents, et les derniers par une fièvre continue, apparaissent les taches typhoïdes. La fièvre typhoïde existait donc déjà dès les premiers jours; il est inexact de dire, par conséquent, comme M. Dutroulau, que la bilieuse est précédée d'accès intermittents, après quoi elle commence son cours; il n'en est rien; les accès intermittents ne la précèdent pas; ils en font partie intégrante, ils sont la bilieuse elle-même à l'état pseudo-périodique, qu'il ne faut point confondre avec l'intermittente légitime compliquant la bilieuse, ce qui peut arriver ici comme partout ailleurs, cas dans lequel il y a deux maladies et non une seule. Il semble, dans ces cas pseudo-périodiques, que le mal rétrocède par moments pour revenir ensuite à la charge, comme si la résistance de l'organisme s'opposait à son invasion; mais celle-ci devient bientôt complète, et la continuité ou pseudo-rémittence ne tarde pas à apparaître.

Là où M. Dutroulau a vraiment raison, c'est quand il dit que plus cette continuité vient vite, plus la fièvre est grave, étant plus légère quand l'accès est intermittent au début; cela se comprend, parce que de l'intermittence ou de la continuité ressort ici la mesure de la résistance organique. L'intermittence du commencement a lieu quand l'organisme réagit, la continuité quand il ne réagit pas. Le pouls est dur, fréquent, à 120; la chaleur est intense, ainsi que la soif; la langue est d'abord blanche, puis bilieuse et sèche, marquée plus tard sur le milieu d'une sorte de ligne noire, formée là comme par les matières colorantes de la bile. L'ictère survient très-promptement, mais non un ictère léger et timide, non une simple suffusion de la sclérotique, comme il arrive souvent dans la fièvre jaune, mais un ictère franc, général, très-prononcé, très-visible, d'un jaune à reflets rougeâtres; plus il est prononcé, plus le pronostic est favorable, dit M. Lebeau; plus il est incomplet, plus le pronostic est fâcheux, comme si l'expansion de la bile au dehors vers le tégument externe, ou sa concentration au dedans vers les viscères, étaient la mesure de la gravité du mal.

Les vomissements sont quelquefois jaunes en commençant, mais plus généralement ils sont d'un vert très-prononcé, couleur d'arséniate de cuivre, comme on l'a dit, et suivis de nombreuses évacuations de même nature. L'on voit là la grande différence d'avec la fièvre jaune, où les vomissements, rares au début, aqueux ou à peine bilieux, et presque jamais accompagnés d'évacuations, ne présentent point cette grande abondance et cette couleur verte caractéristique de ceux-ci.

L'hématurie est le symptôme principal et presque pathognomonique de cette maladie. Elle se compose quelquefois de sang pur, mais généralement celui-ci est plus ou moins décomposé et mêlé aux urines, dont on a comparé alors la couleur aux teintes diverses de vin de Madère ou de Malaga, d'encre ou de café. Ce sont là ces urines noires qui épouvantent tant les malades ou les familles, et qui doivent surtout attirer l'attention au point de vue du diagnostic. Nous sommes persuadés que l'examen des urines ne doit jamais être négligé par les médecins dans le diagnostic des fièvres des pays chauds. Dans la fièvre bilieuse, il a, comme on le voit, la plus grande importance, de même que dans la fièvre jaune, à cause de l'albumine.

L'albumine se trouve aussi dans les urines de la fièvre bilieuse, mais elle n'est autre que celle du sang mêlé avec le liquide urinaire. Aussi a-t-elle là une origine et une signification bien différentes de celles qu'elle a dans la fièvre jaune. On le comprend tout de suite : dans l'une, elle est extraite du sang par les reins et forme ainsi un des éléments de l'urine au moment même de la sécrétion; dans l'autre, au contraire, les reins sécrètent d'abord l'urine, puis laissent suinter du sang dont l'albumine se mêle avec l'urine dans la vessie; ce sont là deux phénomènes pathologiques différents. Le premier a lieu dans les reins, le second dans la cavité vésicale; le premier est une combinaison, le second un simple mélange. Du reste, il est facile de distinguer l'urine de la fièvre jaune de celle de la bilieuse : dans l'une il n'y a que de l'albumine; dans l'autre, il y a de l'albumine et tous les autres éléments du sang.

Le malade présente de l'anxiété épigastrique, de l'agitation, de l'inquiétude, de l'insomnie, des sueurs, de la tension des hypocondres, et parfois de la douleur.

La respiration est fréquente; mais ce qu'il faut surtout remarquer, c'est qu'au moment des exacerbations, qui ont lieu deux ou trois fois par jour à des heures irrégulières, la respiration devient plus pénible et s'accompagne d'étouffements, comme si le sang se portait à la poitrine et la remplissait, suivant l'expression d'un de nos malades. Tous les jours, à certaines heures, celui-ci étouffait, la respiration devenait suspirieuse et comme plaintive. Il portait la main à la poitrine et à la gorge, puis il tombait dans une grande défaillance. Ces sortes d'exacerbations rebelles à la quinine, et combattues sans elle avec avantage, comme nous le dirons plus bas, constituent ces pseudo-rémittences dont nous avons parlé, et qu'il faut bien se garder de confondre avec la rémittente légitime.

Si la terminaison doit être fatale, ces symptômes s'accroissent, la langue devient noire, les vomissements continuent sans cesse et s'accompagnent d'une extrême anxiété, et ne tardent pas à être remplacés par un hoquet qui épuise le malade. Surviennent des sueurs froides et visqueuses; le délire ou le coma ne tardent pas à apparaître, et le malade meurt après diverses alternatives de l'un et de l'autre, comme dans toutes les maladies avec liquéfaction du sang.

Si au contraire la guérison doit survenir, les symptômes s'amendent peu à peu, après avoir duré au moins une semaine. Quant à ces accès bilieux qui guérissent après un ou deux stades de fièvre intermittente, ce n'est point là la fièvre bilieuse; celle-ci est toujours une maladie d'une certaine gravité, pour légère qu'elle soit, relativement, elle n'est jamais si légère que cela; on a affaire dans ces cas-là à toute autre chose que la fièvre qui nous occupe, c'est-à-dire à l'intermittente ou à l'éphémère bilieuse, ou à un simple embarras gastrique fébrile.

Enfin, quant aux exacerbations quotidiennes multiples, elles diffèrent de la rémittente légitime par leur irrégularité et leur multiplicité même, allant quelquefois jusqu'à trois par jour, tandis que dans la rémittente, il n'y en a jamais plus de deux, qui se répètent du reste à des heures régulières; en outre, ces exacerbations résistent à la quinine et se guérissent parfaitement sans elle.

Nous avons dit que leur apparition était très-irrégulière, elles se présentent aux heures les plus différentes. C'est ainsi que dans la maladie du nommé A. R., que l'on verra ci-dessous, les accès les plus violents survinrent tantôt la nuit, tantôt le jour. On nous envoyait chercher précipitamment, une fois à une heure du matin, une autre fois à quatre heures, d'autres fois à midi, d'autres fois le soir. Jamais la quinine ne fut employée, mais seulement les révulsifs et les antispasmodiques.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 22 décembre 1869 (1). — Présidence de M. VERNEUIL.

M. GUYON termine ainsi :

Les rapports du nystagmus avec diverses lésions des centres nerveux n'avaient pas échappé à quelques observateurs; mais M. Gadaud, en profitant des observations publiées, dès travaux nombreux que suscite aujourd'hui l'étude expérimentale de chacune de ces lésions, en faisant lui-même des expériences, a donné à cette partie de son sujet des développements inattendus et qui permettent de dire que la question a été traitée d'une façon véritablement nouvelle.

Sans entrer dans l'analyse du travail dont nous parlons, nous devons vous faire remarquer que, cédant à la tendance qui ramène vers la localisation des fonctions cérébrales, à l'aide d'observations véritablement scientifiques, et qui a déjà produit les remarquables travaux que chacun de nous a présents à l'esprit, M. Gadaud a cherché à bien faire ressortir toute la valeur séméiologique du tremblement oculaire dans les lésions de la partie intermédiaire au bulbe rachidien et à la protubérance annulaire. Le nystagmus symptomatique, bien qu'il n'ait par lui-même aucun caractère spécial de gravité, indique cependant que le centre des fonctions indispensables à la vie est menacée; son pronostic est des plus graves.

Nous sommes bien loin, on le voit, de la simple curiosité pathologique, et le pathologiste ne saurait trop prendre en considération le nystagmus dans certaines conditions déterminées et d'ailleurs bien indiquées par M. Gadaud.

L'étude du nystagmus simple ou idiopathique, plus particulièrement du ressort de l'ophthalmologie nous a semblé non moins largement et complétement traitée. Elle l'a été surtout dans cet esprit scientifique que notre époque contribuera sans doute à fonder définitivement, et qui veut faire concourir vers un même but les observations fournies par l'observation directe des malades, les renseignements demandés à l'investigation anatomique et physiologique, et à l'expérimentation.

Dans aucun point de son travail, l'auteur n'a en effet négligé de fournir l'ensemble des preuves qui peuvent être puisées à ces différentes sources.

Ces qualités maîtresses ne manquent certainement pas aux thèses de MM. Delthil, Labarre et Bourdillat. Ces deux derniers travaux sont en particulier très-instructifs et faits avec le plus grand soin. Nulle part encore n'avaient été réunis un ensemble de faits aussi nombreux que ceux que M. Bourdillat a accumulés dans son mémoire sur les calculs de l'urètre et des régions circonvoisines.

Cependant, ces travaux si recommandables ne présentaient pas le cachet de nouveauté que donnent à MM. Bézard et Gadaux des expériences probantes et le mérite d'avoir écrit un chapitre de pathologie encore très-impafaitement étudié.

Ce sont ces considérations qui fixèrent définitivement l'attention de vos commissaires sur les recherches relatives à l'emphysème et sur l'étude du nystagmus.

Nous devons, pour rester le fidèle rapporteur du travail de la commission, dire que jusqu'au dernier moment l'hésitation a été grande, et que les suffrages se partageaient à peu près également entre les deux travaux que nous vous signalons. Le caractère plus exclusivement chirurgical du mémoire de M. Bézard, le mérite d'avoir bien fait comprendre la cause des divergences d'opinions des auteurs, d'avoir fourni la preuve expérimentale des opinions qu'il soutient, attiraient quelques votes vers le travail sur l'emphysème. Mais si M. Gadaud n'avait pas eu la bonne fortune de faire un travail qui sollicite surtout l'attention des chirurgiens, il avait du moins résolûment abordé et brillamment traité un sujet que nous pourrons désormais étudier dans son ensemble, grâce à ses louables efforts. Il l'avait de plus traité dans toutes ses parties, et ainsi que nous l'avons dit, de la manière la plus scientifique.

Ces dernières considérations ont en définitive fixé le choix de votre commission. Mais en vous proposant de donner le prix Duval à M. Gadaud, nous ne saurions perdre de vue la bonne impression que nous a laissée le travail de M. Bézard; c'est pour exprimer ce sentiment que nous vous proposons d'accorder à M. Bézard une mention honorable.

PRIX LABORIE

M. LIÉGEOIS donne lecture des rapports de la commission sur le prix Laborie.

M. TRÉLAT est d'avis qu'on accorde une partie de la somme au mémoire n° 2.

M. DEMARQUAY appuie la motion.

MM. GUÉRIN, LEGOUEST, LARREY et DOLBEAU sont d'un avis contraire. Comme membre de la commisssion, M. Dolbeau soutient qu'il y a une énorme différence, comme valeur, entre le mémoire n° 2 et le n° 1.

La Société partage l'avis de la commission et accorde par conséquent le prix intégral à l'auteur du mémoire n° 2.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. LABBÉ présente un jeune homme qui offre un développement glandulaire de l'une des mamelles depuis son enfance.

Le nommé T... (Vincent), scieur à la mécanique, âgé de 22 ans, entre le 20 novembre 1869, au n° 35 de la salle Saint-Christophe, pour plusieurs contusions sans gravité, particulièrement à l'épaule droite et au côté droit de la poitrine.

L'examen de cette dernière région fait découvrir, à la place normale du sein, une tumeur arrondie présentant les caractères de volume, de forme et de consistance d'une mamelle de femme. Sa

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

partie inférieure, qui a participé à la contusion, est légèrement excoriée et présente du gonflement.

Les contusions disparaissent rapidement. La tumeur mammaire conserve cependant, dans sa partie déclive, un gonflement qui, d'après le dire du malade, augmenterait d'un quart environ son volume primitif.

Voici les renseignements que nous a donnés le malade sur l'apparition et le développement de sa tumeur, ainsi que sur les divers phénomènes qui les ont accompagnés :

« La tumeur est congénitale ; elle a présenté le volume d'une fève jusqu'à l'âge de 5 ans, époque à laquelle elle acquit celui d'un œuf de poule. Elle devint alors ovoïde, bien circonscrite, résistante, légèrement inclinée en bas par son propre poids ; située exactement au niveau du mamelon. Celui-ci, jusque-là parfaitement normal et semblable à celui du côté opposé, s'était alors effacé, élargi et entouré d'un cercle brunâtre de 2 centimètres de diamètre environ simulant l'auréole.

« Pas de changement notable jusqu'à l'âge de 15 ans. A partir de cette époque, accroissement progressif de la tumeur jusqu'à l'époque actuelle, et avec l'augmentation de volume, élargissement de l'auréole.

« Le malade se rappelle que depuis l'âge de 12 ou 13 ans, il s'écoulait de temps en temps, sur son mamelon, un peu de liquide qui tachait en jaune et empesait sa chemise. Cet écoulement, qui s'accrut beaucoup vers l'âge de 15 ans (il revenait alors toutes les semaines), s'accompagnait d'un prurit très-vif dans toute la région mammaire.

« Depuis l'âge de 17 ans, l'écoulement diminue graduellement et se reproduit à intervalles de plus en plus éloignés, d'abord quinze jours, puis un mois. »

Depuis six mois que ce jeune homme habite Paris, il n'a constaté que deux fois une tache large comme une pièce de 50 centimes.

Aujourd'hui, la tumeur est irrégulièrement élastique et résistante, parfaitement circonscrite, proéminante, du volume d'une mamelle ordinaire, séparée de la poitrine dans la partie déclive par un sillon profond. L'auréole a environ 4 centimètres de diamètre ; à son pourtour, on remarque de petits tubercules blanchâtres qui tranchent sur sa coloration brune. Elle est régulièrement arrondie, et, à son centre, un ensemble de petits tubercules très-peu saillants simulent un mamelon aplati qui est creusé d'un petit orifice central.

Ce mamelon est relié profondément à plusieurs masses résistantes, irrégulières, confondues entre elles qui forment la masse solide de la tumeur et donnent au toucher la sensation exacte des lobes mammaires. Cette masse est tout à fait indépendante des parois pectorales sur lesquelles elle glisse très-largement, et dont on peut l'écarter par la traction.

Les organes génitaux, bien développés depuis l'âge de 15 ans, fonctionnent normalement.

RAPPORT

M. TRÉLAT fait un rapport verbal sur un travail de M. Ribell, intitulé : *Note sur quelques variétés rares de division congénitale des lèvres et sur les procédés opératoires employés pour y remédier.* Ce travail se compose de trois observations ; la première est relative à une *division congénitale médiane de la lèvre inférieure* observée par M. Ribell, à Barcelone, sur un petit garçon de sept ans. Les parents étaient sains ; un frère de l'enfant, mort en bas âge, était né avec un bec-de-lièvre simple de la lèvre supérieure. Ses deux autres frères étaient bien constitués.

La lèvre inférieure est divisée jusqu'à la houppe du menton. Les bords de la division sont épais et renversés en dehors ; le côté droit du V est un peu plus vertical que le côté gauche. Le maxillaire est normal. L'allaitement a été difficile et l'écoulement de la salive est presque continuel.

L'opération faite par M. Ribell a été suivie d'une complète guérison.

C'est un fait rare de plus à ajouter aux cas rassemblés par M. Bouisson dans son mémoire sur les variétés du bec-de-lièvre.

La seconde observation est celle d'un individu de 23 ans qui avait conservé jusqu'à cet âge une *division de la joue du côté droit.* Cette division s'étendait obliquement en haut et en dehors, vers l'os maxillaire, et offrait, à partir du point où aurait dû se trouver la commissure, une longueur de 4 centimètres environ. Ici encore l'opération réussit, et, malgré quelques entraves, la réunion fut obtenue d'une manière régulière. Cependant la joue resta toujours un peu raide et la lèvre inférieure tirée en haut.

La Société ayant approuvé les conclusions du rapporteur, nous donnons la troisième observation *in extenso.*

Bec-de-lièvre double compliqué. — Opération avec suture osseuse du tubercule intermaxillaire ou incisif. — Paul F..., âgé de 1 mois 1/2, m'est amené par sa mère qui habite Saint-Girons. Je constate : 1° division totale de la voûte palatine ; 2° des os maxillaires supérieurs ; 3° au milieu un tubercule osseux très-prononcé, et suspendu au nez comme une petite trompe de tapir ; 4° division double des lèvres à droite et à gauche ; 5° nez complétement aplati.

Le 16 mai 1868, je pratiquai l'opération par la méthode exposée à la Société de chirurgie de Paris. (Séance du 22 avril 1868), par M. le professeur P. Broca. Il me semble inutile de décrire le procédé, préférant renvoyer le lecteur au travail de l'auteur (*Gazette des Hôpitaux*, 5 mai 1868) ; je n'ai rien à noter ici de particulier ni pendant l'opération ni après, je ferai remarquer cependant que l'enfant a perdu assez de sang.

Le 17 mai, l'enfant a dormi trois heures et avale bien le lait ; presque pas de fièvre.

18, 19, 20, 21. État très-satisfaisant.

22. J'enlève les épingles du côté droit, de ce côté la suture est complète ; mais, celle du côté gauche n'a pas tenu, les chairs ont été déchirées par les épingles. La suture des os n'a pas bougé.

Le 27, pour me rendre au désir de la mère, bien plutôt que par conviction, je place deux nouveaux points de suture du côté gauche. J'aurais préféré attendre plusieurs jours, car il est rare de les voir tenir lorsqu'on ne laisse pas écouler un temps plus considérable de la première à la deuxième tentative. Mais je n'ai pas le choix, la mère veut repartir. Les deux points, contre mon espoir, tiennent parfaitement ; j'enlève les épingles le 30 mai, la suture a réussi de ce côté aussi ; l'enfant part guéri. La suture osseuse n'a pas bougé, je laisse les fils métalliques en place.

Le 10 juin, on me ramène l'enfant, j'enlève les fils de la mâchoire. Je constate que le tubercule est immobilisé. Du côté droit, la suture des os est complète ; du côté gauche, il existe une petite portion d'os nécrosé du côté du maxillaire ; mais, du côté du tubercule, il y a développement de bourgeons charnus, et j'espère qu'à ce point il se formera une suture muqueuse. Je n'ai pas voulu enlever la portion d'os nécrosé, l'élimination se fera naturellement.

Il y a aujourd'hui un an que l'enfant a été opéré et j'ai attendu tout ce temps pour juger du résultat obtenu ; il est très-remarquable. Voici l'état actuel de l'enfant : 1° réunion complète du tubercule incisif du côté droit par une suture réellement osseuse ; 2° du côté gauche, réunion par un tissu dur qui n'est pas osseux ; 3° tubercule intermaxillaire immobile ; 4° suture complète du bec-de-lièvre cutané avec l'existence d'une petite encoche du côté gauche. L'aspect général de la physionomie est agréable, je dirai même gracieux, quand l'enfant sourit. Voilà donc un nouveau cas d'opération de bec-de-lièvre par suture osseuse, qui peut être considéré comme un succès, quoique la suture osseuse n'ait réussi que d'un seul côté.

M. Broca a communiqué son premier cas le 22 avril 1868, M. Guérin le 7 avril 1869. J'avais prévenu M. Broca de ma tentative, peu de jours après l'opération, l'année passée. Celui que je rapporte ici est donc le deuxième cas heureux. Qu'il me soit permis maintenant quelques réflexions sur le Manuel opératoire. M. le professeur Broca, à la fin de son travail, se posait cette question : « Ne serait-ce pas préférable de séparer les deux temps de l'opération par quelques semaines d'intervalle ? » Je n'hésite pas pour mon compte à répondre affirmativement, et voici mes raisons : l'opération, quelle que soit l'habileté du chirurgien, est longue quand elle se fait complétement ; et comme je suis d'avis qu'il faut opérer les enfants le plutôt possible après la naissance, la fatigue de ces pauvres petits êtres est très-grande et pour peu que la quantité de sang perdu soit un peu considérable, il y a à craindre une syncope qui peut n'être pas exempte de danger. Il y a en outre, selon moi, un très-grand avantage à opérer en deux fois, parce qu'alors, on assiste jour par jour au travail qui se fait entre les os maxillaires et le tubercule incisif, et s'il survient un dérangement dans le point de suture, on peut y remédier sans être obligé de soulever la lèvre, ce qui n'est pas sans inconvénient pour la suture cutanée. Ici, tout se passe à découvert ; la surveillance est plus directe.

Enfin, au point de vue des divers temps de l'opération, je crois utile de les résumer ainsi :

1° Passage des fils métalliques à travers le tubercule et les maxillaires.

2° Excision d'une partie de la cloison nasale, en arrière du tubercule médian et cautérisation immédiate de l'artère de la cloison.

3° Avivement avec un fort bistouri des parties à réunir.

4° Réduire et fixer le tubercule médian par la torsion des fils métalliques.

Ce n'est que lorsque plusieurs jours se sont écoulés qu'il faudrait passer à la suture des divisions de la peau des lèvres.

Quant à l'époque à laquelle il faut opérer l'enfant porteur d'un bec-de-lièvre, je crois qu'il faut agir le plus tôt possible ; pour mon compte, je n'ai égard qu'à une seule chose c'est que l'allaitement soit parfaitement établi, ce qui comporte habituellement quinze jours à trois semaines ; ce temps expiré il faut remédier au vice de conformation.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. E. CRUVEILHIER présente à la Société un instrument destiné à faciliter la pratique de la trachéotomie.

La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

Séance du 29 décembre 1869. — Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La corespondance comprend :

— Les journaux de la semaine, — *Le Sud médical.*

— Dr Letiévant : *Phénomènes physiologiques et pathologiques consécutifs à la section des nerfs du bras.* Broch. in-8°. Lyon, 1869.

— Dr Rouge (de Lausanne) : *Nouveau procédé pour le traitement des fractures du maxillaire inférieur. — Anévrysme de l'aorte ascendante ; application de la galvano-puncture et des injections sous-cutanées d'ergotine. — Anévrysme de la carotide primitive droite. — Guérison.*

STATISTIQUE DES OPÉRATIONS

M. le docteur Mourlon, médecin en chef de l'hôpital de la Calle (Algérie), et M. le docteur Cheneviez, professeur de clinique chirurgicale à l'École de Besançon, adressent la statistique de leurs opérations.

PRIX LABORIE

La Société décide, après discussion, que le fascicule des mémoires dans lequel sera publié le mémoire couronné sera livré de suite à l'impression, et renvoie au comité de publication la question de savoir si elle publiera également le travail de M. Flamaint, classé le second.

ÉLECTIONS

M. Guéniot est élu trésorier pour 1870.

M. Giraud-Teulon est élu bibliothécaire-archiviste.

COMITÉ SECRET

A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret, pour la lecture des rapports sur la candidature de membres associés étrangers et de membres correspondants nationaux.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 5 novembre 1869. — Présidence de M. LAGNEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance imprimée comprend :

1° Le *Marseille médical*, 6e année, n° 9, 20 septembre 1669.

2° *De la résection de la tête du fémur, à la suite de blessures par armes à feu*, par George A. Ortis, chirurgien assistant dans l'armée des États-Unis. (Janvier 1869.)

3° Brochure sur les aliénés dangereux, par M. Lunier.

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. le préfet de la Seine demandant que l'on veuille bien examiner plusieurs de ses employés qui sollicitent leur mise à la retraite.

A l'occasion du procès-verbal :

M. PERRIN. Je crois devoir rappeler que les émanations qui s'échappent des bouches d'égoût sont surtout produites par la décomposition, sous l'influence des circonstances atmosphériques, des matières organiques végéto-animales qui adhèrent aux parois de ces mêmes bouches. Tant qu'aux égouts en eux-mêmes, qui ne reçoivent que les eaux ménagères de nos habitations mélangées à une très-faible quantité d'urine provenant, soit de la voie publique, soit de quelques maisons pourvues de *tinettes-filtres*, tous ceux qui, comme nous, ont eu l'occasion de les visiter, savent combien leur entretien de salubrité est parfait, quelle large ventilation y existe et avec quelle rapidité s'écoulent vers la Seine les eaux qui la parcourent. Il n'en est pas de même à Londres où les égoûts reçoivent les immondices provenant du drainage de toutes les maisons, c'est-à-dire les produits non-seulement des eaux ménagères, mais encore ceux des cabinets d'aisance, liquides et solides. Aussi l'infection de ces canaux, contrairement à ce qui existe chez nous, n'est-elle que trop réelle, et par cela même, pour les habitants, l'occasion de plaintes incessantes, qu'aucun moyen pratique d'assainissement n'a pu encore conjurer jusqu'à présent.

M. DE RANSE. J'aurais une simple observation à faire à propos de cette cause des fièvres palustres que nous a signalées M. Boinet, et sur laquelle revient aujourd'hui M. Perrin. En général, ce qui produit les effluves miasmatiques palustres, provient de la décomposition de matières végétales. Or, dans les égoûts de Paris, ce qui domine ce sont les détritus des matières animales, plus susceptibles de produire les fièvres typhoïdes que les fièvres intermittentes palustres. Aussi les premières sont-elles endémiques dans les grandes villes et notamment dans la nôtre, tandis que les secondes ne le sont pas, et n'apparaissent que passagèrement, coïncidemment avec les mouvements de terrains nécessités, soit par la démolition et la reconstruction, soit par les travaux de canalisation, comme plusieurs de mes collègues l'ont, à juste raison, rappelé.

L'ordre du jour appelle l'élection de deux membres titulaires.

ÉLECTIONS

Pour la première place, M. Tissier obtient 21 voix sur 24 votants ; M. Delpeuch, 3.

Pour la seconde place, M. Delpeuch obtient 21 voix sur 23 votants.

En conséquence, MM. les docteurs Tissier et Delpeuch sont nommés membres titulaires de la Société.

LECTURE

M. LE Dr DUROZIEZ lit un travail manuscrit sur les lésions des valvules du cœur d'origine palustre.

Des lésions des valvules du cœur d'origine palustre. — Nous avons depuis longtemps été frappé de la fréquence de la fièvre intermittente dans les antécédents des individus que nous soignions pour des rhumatismes articulaires aigus, et nous avons pensé que peut-être il y avait un rapport entre ces deux maladies ; que peut-être les rhumatisants étaient plus sujets que d'autres à prendre la fièvre intermittente ; que le froid pouvait suffire à la produire ; enfin que le miasme palustre pouvait créer de toutes pièces un rhumatisme articulaire aigu comme il paraît créer la dysentérie.

Refroidissement et miasme palustre se combinent tellement et si souvent dans la production de la fièvre intermittente, que nous n'étions pas étonné de rencontrer sur le chemin du miasme paludéen le rhumatisme articulaire aigu ; mais en même temps nous étions embarrassé pour décider du rôle absolu que peut jouer le miasme dans le rhumatisme. Nous cherchions s'il y avait une fièvre intermittente rhumatismale et un rhumatisme articulaire d'origine palustre. Nous n'étions pas loin des maladies du cœur.

Nous laissâmes de côté la partie théorique, la question du rôle de refroidissement dans la fièvre intermittente, et nous examinâmes si les individus qui ont des fièvres intermittentes graves sont plus sujets que d'autres aux maladies du cœur.

Nous pensons qu'il en est ainsi, nous appuyant sur les observations que nous avons pu recueillir, très-éloigné toutefois de vouloir trancher la question, désirant surtout appeler une fois de plus l'attention et le contrôle de nos confrères sur le point de la pathologie du cœur.

Dès le début de nos recherches, nous trouvâmes un mécompte. Tandis que dans nos observations nous rencontrions souvent l'alliance du rhumatisme articulaire aigu et de la fièvre intermittente, les médecins algériens proclamaient que le rhumatisme articulaire aigu est rare chez eux, résultat fort imprévu qui ne ferait, du reste, que donner plus de chance à l'influence de la fièvre intermittente sur la production des maladies du cœur, si celles-ci étaient réellement fréquentes dans les pays chauds. Nous nous rappelions avoir lu autrefois qu'aux Indes les maladies du cœur sont graves et nombreuses ; et en vérité, il ne me paraît pas extraordinaire que des lésions des valvules se manifestent à la suite de la fièvre intermittente, dans laquelle l'élément inflammatoire vient se mêler si souvent à l'élément intermittent, et qui, parfois, imite si bien en tout la fièvre continue, de l'avis même de Sydenham, qu'à moins d'y apporter le

plus scrupuleux examen, il est impossible de l'en distinguer, au grand détriment du malade.

Je ne reproduirai pas ici les idées de Sydenham, que tout le monde connaît. Pour lui, c'est la même cause qui produit la fièvre intermittente et la continue; il ne connaît pas les miasmes palustres, il ne connaît que les influences telluriques. L'élimination peut se faire d'une façon continue ou par intermittence; l'élimination au au lieu de se faire au debors, peut se porter sur des organes intérieurs, de là la pneumonie, etc.

Huxbam, dans son *Traité des fièvres*, 1764, attribue les mêmes causes aux fièvres intermittentes et aux inflammations qui peuvent se succéder ou vivre côte à côte : c'est la saison qui décide, c'est la constitution du malade. La fièvre quotidienne est entre la fièvre tierce et l'inflammation. La fièvre tierce est entre la quotidienne et la fièvre lente nerveuse. Le traitement est le même : saignée, vomitifs, purgatifs, quinquina, émollients, toniques, suivant la saison, suivant la constitution de l'individu.

Pour nous, en lisant les relations des fièvres intermittentes pernicieuses et rémittentes, nous ne serions étonné que d'une chose, c'est que l'endocarde ne fût pas altéré, sinon dans toutes les formes, au moins dans un certain nombre. On admet un rapport intime entre ces fièvres et l'hépatite, la dysentérie, la pneumonie, la méningite, et on n'ajoutera pas l'endocardite, je ne puis le comprendre. On expliquera certains faits d'anasarque, suite de fièvre intermittente, par une maladie de Brigbt, et on oubliera sinon les régions cardiaques, du moins les lésions valvulaires. Nous demandons à être éclairé; nous sollicitons une nouvelle enquête. La fièvre intermittente produit-elle des lésions des valvules?

Qu'on n'oublie pas, toutefois, que ces lésions peuvent ne se manifester d'une façon évidente et sérieuse que longtemps après la maladie aiguë qui les a préparées. Quant aux lésions aiguës des valvules, sont-elles négligées? Nous verrons qu'elles ont été constatées par quelques médecins; aucun ne semble pourtant avoir signalé la péricardite qui aurait certainement attiré l'attention des observateurs par ses bruits spéciaux, plus sûrement que ne peut le faire un bruit de souffle de la pointe, qui peut être regardé comme dépendant de l'état général, d'une congestion passagère ou d'une dilatation.

De tous les temps, les médecins des pays chauds ont signalé des lésions du cœur, mais uniquement des hypertrophies, des atrophies, des congestions, des ramollissements. On trouve cette indication nettement formulée dans le magnifique ouvrage d'Annesley, intitulé : *Recherches sur les causes, la nature et le traitement des maladies prédominantes des Indes et généralement des climats chauds*, 1828.

Maillot, en 1835, a constaté dans les 13 autopsies qu'il a pu praquer, tantôt la dilatation, tantôt l'hypertrophie du cœur.

Faure a rencontré également dans ses recherches nécroscopiques (1833, 1837), le cœur flasque, dilaté et hypertrophié, lésions qu'il explique par un défaut de tonicité cardiaque, dépendant du miasme qui produit la fièvre intermittente.

En 1846, le docteur Kalther publie, dans l'*Abeille médicale*, la note suivante : « Les affections du cœur sont fréquentes dans les pyrexies intermittentes graves, et c'est même en grande partie aux lésions cardiaques que ces fièvres doivent leur gravité. Dans tous les cas où les malades ont succombé, soit à un accès pernicieux, soit à un état typhoïde, suite de congestions viscérales répétées, j'ai rencontré à l'autopsie des lésions du cœur, telles que hypertrophie d'une cavité, flaccidité du tissu musculaire, *épaississement des valvules*, compression polypiforme. » L'état de l'endocarde commence à être noté.

(A suivre.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Dimanche prochain 30 janvier, à deux heures très-précises, aura lieu, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, l'assemblée générale annuelle de l'Association des médecins du département de la Seine.

— M. le docteur Prat, médecin de l'Asile des sourdes-muettes, fera, à partir du 2 février, à l'École pratique, amphithéâtre n° 1, un cours sur les maladies des oreilles les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Éléments de pathologie chirurgicale spéciale et de médecine opératoire, par Roser, professeur de chirurgie à l'université de Marbourg, ouvrage traduit de l'allemand sur la cinquième édition, par les docteurs Culmann et Sengel (de Forbach). 1 vol. in-18 de 930 pages, avec 91 figures dessinées par Lévcillé, et gravées par Badoureau. — Prix : 12 fr.

Ouvrage terminé.

Traité clinique des maladies de la poitrine, par Walter H. Walshe, membre du collége royal des médecins de Londres, professeur de pathologie interne et de clinique à London University College, médecin de University College Hospital, médecin consultant à l'hôpital des phthisiques de Brompton, etc. — Traduit sur la 3e édit. et annoté par J.-B. Fonssagrives, professeur à la Faculté de médecine de Paris, officier de la Légion d'honneur, etc. 1 fort vol. grand in-8, avec figures dans le texte. — Prix : 10 francs.

L'Assistance médicale chez les Romains, par le Dr René Briau, bibliothécaire de l'Académie impériale de médecine, 1 vol. in-8. — Prix : 3 fr. 50.

Étude pratique sur les frictions et le massage, ou *Guide du médecin masseur*, par le docteur Phélippeaux (de Saint-Savinien). 1 vol. in-8° de près de 200 pages. — Prix : 3 francs.

Des fractures du bassin, par Amédée Tardieu, Dr en médecine interne en médecine et chirurgie des hôpitaux de Paris. 1 vol., in-8. — Prix : 2 fr. 25.

Le directeur, Dr E. Le Sourd

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 13. — MARDI 1er FÉVRIER 1870. 43e ANNÉE. MARDI 1er FÉVRIER 1870. — N° 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — HÔPITAL DE LA PITIÉ (M. Peter). Des points de côté (Angine de poitrine). — De la fièvre bilieuse des pays chauds (M. Meyrignac). — De quelques difformités du gros orteil (M. Dubrueil). — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Nouvelles.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PETER.

Les points de côté (1).

(ANGINE DE POITRINE)

4e LEÇON.

Nous avons vu les faits symptomatiques et anatomiques ; voici maintenant la théorie. Elle consiste à ramener les phénomènes si variables et si complexes de l'angine de poitrine à une névrose douloureuse du pneumo-gastrique.

Comme cette théorie est professée en Allemagne et en France par des hommes de grand mérite, qu'elle a pour elle cette séduisante simplicité qui plaît tant à l'esprit et le satisfait volontiers, lui demandant peu d'efforts, je dois vous l'exposer succinctement avant de vous en faire voir l'insuffisance.

Dans un des plus consciencieux travaux sur ce sujet, Jurine (de Genève) émit, par voie d'exclusion, l'idée que c'étaient les *plexus nerveux de la poitrine* qui étaient le siége de la sternalgie et l'occasion des accidents de l'angine de poitrine ; et cette opinion a pris une nouvelle force, au moins en France, par l'application à ce cas pathologique des expériences de Weber sur le pneumo-gastrique.

Ce physiologiste a démontré que l'excitation du tronc de ces nerfs diminuait, puis arrêtait les battements du cœur, tandis qu'au contraire leur excision était suivie d'une accélération remarquable des contractions cardiaques. Or, quand les pneumo-gastriques sont excisés, il est bien évident que le cœur n'est plus animé que par les rameaux cardiaques du grand sympathique ; et si ses battements s'accélèrent dans ces conditions nouvelles, c'est que le sympathique serait le nerf *accélérateur* du cœur, tandis que le pneumo-gastrique en serait le *retardateur* ou *régulateur*, puisque son excitation, lorsqu'elle est modérée, diminue les contractions de l'organe et les fait cesser lorsqu'elle est forte.

D'après cela, rien de plus simple en vérité ; l'angine de poitrine ne serait autre chose que l'expression symptomatique d'une irritation du plexus cardiaque, entraînant l'hyperesthésie de ce plexus, et comme l'excitation du nerf vague détermine le ralentissement et même l'arrêt des contractions du cœur, ce serait l'excitation morbide et spontanée des filets cardiaques du nerf vague qui déterminerait ces deux derniers effets, comme on les voit se réaliser sous l'influence d'une excitation expérimentale du tronc même du nerf à la région cervicale.

Quant aux irradiations douloureuses aux plexus cervical et brachial, ainsi qu'à certains nerfs intercostaux, ou bien elles pourraient tenir à ce que l'excitation, devenue centripète, atteindrait dans la profondeur de la moelle les filets radiculaires de ces plexus ou de ces nerfs pour retentir de là dans les membres supérieurs ou dans les parois de la poitrine, ou bien elle pourrait résulter d'une propagation directe de l'excitation, se transmettant de proche en proche, par l'intermédiaire des anastomoses, des rameaux cardiaques du pneumo-gastrique au plexus brachial, au plexus cervical et aux nerfs intercostaux, pour y faire naître les sensations douloureuses périphériques. Cette seconde interprétation concorderait mieux avec certains faits morbides, ainsi qu'avec l'expérimentation physiologique, puisque l'excitation du bulbe produit l'arrêt de la respiration dans la phase inspiratrice, que le pneumo-gastrique naît du bulbe, et que si l'excitation se transmettait du pneumo-gastrique à la moelle, c'est au bulbe qu'elle se transmettrait, et qu'enfin on n'observe pas dans l'angine de poitrine l'arrêt de la respiration dans une inspiration.

Quoi qu'il en soit de ces divergences quant au mode de transmission des irradiations douloureuses, le fond de la doctrine c'est que le pneumo-gastrique est fortement intéressé dans l'angine de poitrine et que, ce nerf étant comme le serre-frein du cœur, ce serait son excitation anomale qui, dans l'affection qui nous occupe, produirait la parésie, puis finalement la paralysie du cœur ; — d'où la syncope et la mort.

Cette théorie simplifie considérablement la compréhension pathogénique de l'*angor pectoris ;* malheureusement les faits ne s'y prêtent pas complaisamment.

Et d'abord, on remarquera la différence entre la cause occasionnelle de l'angine de poitrine et l'expérience de Weber : dans l'attaque d'angine, le point de départ est également cardiaque, en ce sens que la cause agit nécessairement sur le cœur ; ainsi l'ascension, la marche contre le vent, un effort, sont autant d'actes qui exigent une action plus énergique du cœur, et tendent à en exagérer les contractions.

Quant aux émotions, si le point de départ en est central, elles retentissent néanmoins sur le cœur, par l'intermédiaire des actes reflexes, et le font battre avec plus d'énergie comme de fréquence. C'est alors que la douleur survient, et à sa suite que se montrent les accidents propres à l'angine. Et ce qui est vrai des émotions l'est également de la douleur.

Ainsi, directement ou indirectement, il ne saurait y avoir doute quant au point de départ cardiaque de l'angine de poitrine ; et si l'on veut dans ce cas invoquer une intervention nerveuse, au moins doit-on convenir que l'origine en est périphérique et non centrale.

Ainsi, le cœur même est intéressé dans l'angine de poitrine ; c'est là un premier point qui ressort de l'analyse des faits. Or nous avons vu déjà que le cœur est ordinairement *malade*, et nous verrons plus loin ce qui en doit résulter.

Il me reste à vous dire maintenant comment la théorie physiologique du pneumo-gastrique est insuffisante. Elle est insuffisante, en effet, parce qu'elle ne tient compte ni du *grand sympathique*, ni de la *sensibilité propre* du cœur, ni de son *autonomie* si remarquable et si spéciale, ni de l'*état matériel* du cœur lui-même, ni des nerfs *phréniques*, ni enfin de l'*idiosyncrasie* du sujet. On avouera que tout cela est bien quelque chose. En raison même de ces omissions, cette théorie s'est ainsi involontairement placée en dehors d'un grand nombre de faits cliniques. Aussi a-t-elle besoin d'être modifiée et complétée. C'est ce que je vais essayer de faire en portant tout à la fois le débat sur le terrain de la physiologie et sur celui de la clinique.

Il semblerait d'abord que le *grand sympathique* contribuant pour une plus forte part que le pneumo-gastrique à la composition du plexus cardiaque, et l'excitation isolée des nerfs cardiaques du grand sympathique produisant l'accélération des battements du cœur, dans l'irritation du plexus cardiaque l'action du sympathique devrait neutraliser celle du pneumo-gastrique, et peut-être même prédominer sur cette dernière ; il n'en est rien. Dans l'excitation simultanée des nerfs cardiaques sympathiques et pneumo-gastriques, c'est l'influence du pneumo-gastrique qui l'emporte, et les contractions du cœur se ralentissent, puis s'arrêtent. Voilà qui est en faveur de la théorie pathogénique que je combats. Et vous voyez que je ne veux pas plus omettre ce qui lui est favorable que ce qui lui est contradictoire.

Mais il est des cas, et ce sont peut-être les plus nombreux, où l'angine de poitrine *débute* par des palpitations, lesquelles persistent pendant la plus grande partie de l'accès. Comment concilier de tels faits, qui sont incontestables avec l'excitation du pneumo-gastrique, qui devrait au contraire ralentir ou arrêter les battements du cœur.

On a dit, pour expliquer les palpitations observées au début de certaines attaques d'*angor pectoris* comme pendant leur durée, et qui sont inexplicables par la théorie d'une simple névrose du pneumo-gastrique, que, dans ce cas, il y avait épuisement de l'action nerveuse. Le malheur est, pour cette explication *in extremis*, que les palpitations se montrent dès le début de l'accès, ce qui revient à dire que l'épuisement aurait lieu avant l'acte.

Et, d'ailleurs, l'expérience a démontré que si l'on prolonge un trop long temps l'excitation du pneumo-gastrique, l'animal meurt par l'arrêt trop prolongé du cœur : ce qui prouve qu'il n'y a pas le moins du monde épuisement de l'excitabilité de son pneumo-gastrique. Ici encore, la doctrine exclusive que je critique est en désaccord, non-seulement avec les faits cliniques, mais encore avec les faits physiologiques.

En réalité, on ne peut donc nier qu'il existe des palpitations au début d'un certain nombre d'attaques d'angine de poitrine, sinon du plus grand nombre d'entre elles, et qu'elles sont inexplicables avec la névrose pure et simple du pneumo-gastrique. Je vous les ai signalées chez le malade de Stokes que je vous ai cité, et vous avez pu les observer chez notre malade du n° 9. Si l'on voulait, à la riguenr, proposer une explication physiologique en rapport avec les faits comme avec l'anatomie, on pourrait dire que les filets sympathiques étant plus nombreux, leur excitation provoque d'abord des palpitations, puis que, l'épuisement nerveux se produisant pour eux, les filets du pneumo-gastrique ralentissent alors et même arrêtent les battements du cœur. Théorie pour théorie, celle-ci est déjà plus complète, bien qu'elle soit également insuffisante, ainsi qu'on va voir.

En effet, le cœur est sensible par lui-même, et nous arrivons ainsi à examiner le rôle possible des *nerfs sensitifs* du cœur.

Si l'on irrite le bout central des nerfs décrits par Cyon, et qui viennent du pneumo-gastrique, on produit immédiatement une diminution de la pression du sang dans les vaisseaux, c'est-à-dire une diminution de la tension artérielle. De sorte qu'une irritation du cœur lui-même pourrait produire le même résultat, et qu'ainsi s'expliquerait la petitesse du pouls signalée dans l'angine de poitrine.

Et l'on conçoit à la rigueur que ces nerfs, qui sont sensitifs, puissent rendre compte de la douleur éprouvée par certains sujets qui, comme Mme G..., n'ont qu'une lésion centrale, et que cette souffrance du cœur soit le point de départ d'une angine de poitrine, tout comme la douleur du plexus cardiaque.

Mais il n'est pas même nécessaire que la douleur siége au cœur pour produire la brusque suspension des battements de cet organe ; il suffit qu'elle soit *excessive*, pour que l'arrêt du cœur ait lieu, et nous nous éloignons toujours davantage de la théorie physiologique de l'angine.

Nous allons entrer ici dans une analyse approfondie des phénomènes.

La douleur peut entraîner deux résultats très-différents : l'exagération et le tumulte des battements cardiaques ou leur brusque suspension.

La douleur même du cœur pourrait bien y provoquer ces mouvements sur place, *loco dolenti*, qu'on voit s'effectuer, par exemple, dans la totalité du tube digestif, à l'occasion d'une douleur en un point de la continuité de ce tube ; de part et d'autre, ce sont des mouvemonts tumultueux et désordonnés, palpitations dans le premier cas, mouvements péristaltiques et antipéristaltiques dans le second.

Mais la douleur, quand elle est excessive, peut entraîner la suspension brusque, immédiate, des battements du cœur. Il y a dans ce cas sidération par une sorte d'*énervation* momentanée. C'est alors qu'on peut véritablement dire qu'il y a épuisement de l'action nerveuse. Or, en pareille circonstance, si l'organisme est vigoureux et le cœur valide, l'énervation ne sera que momentanée, et la suspension des battements du cœur que temporaire ; mais si l'organisme est débilité ou le cœur malade, l'arrêt du cœur pourra être définitif, et la mort par syncope en sera la conséquence. Maintenant, que le pneumo-gastrique soit l'intermédiaire matériel et direct des phénomènes de cette énervation quant au cœur et à la respiration, la chose est possible, mais c'est là le petit côté de la question. L'énervation générale est le fait principal, et la douleur en est la cause primitive. Ainsi la *douleur* est ici le fait primordial, et l'importance en est considérable, non-seulement au point de vue de la pathogénie, mais, comme vous le verrez plus tard, au point de vue de la thérapeutique.

Et ce qui démontre bien que c'est la douleur en général et son *intensité*, mais non point son siége spécial au cœur qui arrête la fonction de cet organe, c'est que ce dernier phénomène est produit par une excessive douleur d'un point quelconque de l'organisme.

C'est ici qu'il me faut vous faire connaître le rôle immense de la douleur sur un cœur sain, et, *à fortiori*, ses effets possibles et définitifs sur un cœur malade.

Dans ses recherches relatives à l'influence des nerfs sensitifs sur les mouvements du cœur, M. Cl. Bernard a constaté qu'une *vive douleur* peut déterminer un *arrêt brusque* des mouvements de cet organe. « Cette influence de la sensibilité sur les mouvements du cœur est un fait important à connaître, ajoute-t-il. Il est telles circonstances dans lesquelles elle peut être une *cause de mort*. Qu'on prenne par exemple un animal affaibli par l'abstinence, par une perte de sang, par une cause quelconque. L'arrêt du cœur, conséquence d'une sensation douloureuse, peut être chez lui *définitif*. C'est ainsi que peut se produire la syncope, sous l'influence d'une douleur vive, peut-être d'une émotion morale. »

N'est-il pas évident que ce qui est possible à la suite de la douleur chez un animal affaibli dans tout son être, l'est également chez un individu dont le cœur est débilité par des lésions de texture et entravé par des lésions d'orifice ?

Mais une douleur très-vive n'arrête pas seulement, chez certains animaux, les mouvements du cœur, elle suspend aussi les *mouvements respiratoires*. Le fait est démontré par une expérience de M. Krishaber, qu'il a répétée devant moi. Cet habile

(1) Voir les numéros des 20, 25, 30 novembre 1869, 25 et 27 janvier 1870.

physiologiste enfonce d'abord une aiguille dans le cœur et une autre dans le diaphragme d'un lapin, ces aiguilles indiquant le rhythme de la circulation et de la respiration. Cela fait, il touche avec une goutte de chloroforme la pituitaire de ce lapin, et aussitôt, instantanément, les deux aiguilles s'arrêtent, la circulation et la respiration sont également suspendues, et elles l'ont été pendant une demi-minute dans une première expérience avec une goutte de chloroforme. Au bout de ce temps, le cœur a recommencé à battre, et le diaphragme à se mouvoir, lentement d'abord et irrégulièrement ; le cœur, par exemple, donnant quatre à cinq pulsations au quart de minute ; puis tout s'est régularisé, et les deux muscles ont repris leur rhythme habituel. L'arrêt du cœur et du diaphragme a été obtenu de nouveau, par l'application, sur la pituitaire, de deux à trois gouttes de perchlorure de fer, et a duré cette fois une minute entière. Ce qui prouve bien, pour le dire en passant, que le phénomène n'est pas dû à une action spéciale du chloroforme sur le système nerveux.

Dans ces expériences, le résultat est tellement instantané qu'on ne peut le comparer qu'aux effets de la foudre.

Il n'y a point là d'absorption possible à invoquer, la chose est trop brusque ; ce qui est évident, c'est une sidération immédiate; ce qui est certain, c'est une douleur excessive ; ce qui est infiniment probable et découle nécessairement de ces prémisses, c'est un épuisement momentané du système nerveux par l'intensité de la douleur.

Cette expérience de M. Krishaber offre l'image de la mort dans ce qu'elle a de plus matériellement saisissant : la cessation de la circulation et de la respiration.

Considérez, je vous prie, dans ce cas, la duplicité du phénomène ; le cœur n'a pas seulement cessé de battre ; le diaphragme a cessé de se mouvoir, et ces deux muscles sont dans le relâchement.

Vous remarquerez d'ailleurs que ces expériences sur la pituitaire sont analogues à celles de M. Paul Bert sur le nerf nasal, lesquelles démontrent que l'excitation d'une branche du trijumeau peut produire l'arrêt du cœur comme le fait l'excitation du pneumo-gastrique, et qu'il ne faut pas trop se hâter de conclure à la spécialité d'action du nerf vague.

Ainsi une douleur éprouvée bien loin du cœur a eu dans ces expériences les mêmes conséquences qu'une douleur ressentie au niveau du plexus cardiaque ou du cœur, et a retenti sur cet organe comme sur le diaphragme. C'est donc la douleur et son intensité, bien plus que son siége, qui ont de l'importance.

(A suivre.)

DE LA FIÈVRE BILIEUSE DES PAYS CHAUDS (1)

Par H. de Meyrignac,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris et de l'Université de la Havane.

IV

Cette maladie ne peut être confondue qu'avec l'hépatite ou les maladies à type bilieux, telles que la fièvre pernicieuse subintrante ou rémittente, de forme bilieuse, et la fièvre jaune.

Elle se distingue de l'hépatite, en ce que celle-ci ne commence pas aussi subitement, ne s'accompagne pas d'une fièvre aussi vive, d'un ictère aussi prononcé, et qu'en outre, comme le dit fort bien M. Dutroulau, il est facile de distinguer la lésion organique siégeant dans l'hypocondre droit de la lésion de fonction de la fièvre bilieuse.

Dans la fièvre jaune, l'ictère se présente différemment, il ne suit pas aussi immédiatement le début ; il n'a pas la même nuance, étant simplement jaune, tandis que l'autre est jaune à reflets rouges, comme safrané ; en outre, il n'y a pas d'hématurie, ni d'abondantes évacuations vertes, avec vomissements de même couleur dès le principe.

Quant à la pernicieuse rémittente de forme bilieuse, les accès périodiques, généralement réguliers, diffèrent des exacerbations quotidiennes multiples, et cèdent à la quinine ; elle diffère en outre de la bilieuse par l'ensemble des symptômes énumérés ci-dessus.

Une maladie qui nous paraît avoir infiniment d'analogie avec la pseudo-rémittente bilieuse, c'est l'ictère grave. Nous n'avons jamais eu l'occasion de l'observer dans l'île de Cuba. M. Dutroulau dit qu'il n'existe point aux Antilles; Grisolle l'affirme également. Nous avons bien entendu souvent parler, par les gens du peuple, d'une certaine *ictericia negra*, qu'ils prétendent d'une grande gravité, mais nous ne l'avons jamais vue.

Nous avons eu au contraire l'occasion d'observer l'ictère grave en Europe, à Neuilly, près Paris, sur la personne d'un sergent d'infanterie revenu du Mexique, où il avait subi de grandes fatigues et s'était adonné à la boisson. L'ictère général, les vomissements, les évacuations vertes, les urines noires, la fièvre avec exacerbations quotidiennes multiples, la respiration ataxique, rien ne manquait au tableau de la bilieuse grave des pays chauds, avec la différence que celle-ci avait été contractée en France, et non rapportée du Mexique, car plusieurs mois de bonne santé séparèrent son départ du Mexique du jour où il tomba malade pour ne plus se relever.

Cette maladie présente donc, à notre avis, une telle analogie avec la fièvre bilieuse, que nous n'hésiterons pas à la considérer comme la bilieuse grave d'Europe. Grisolle n'est pas tout à fait de cet avis : il prétend que c'est avec la fièvre jaune qu'existe cette analogie ; mais nous ferons observer ici que la marche, l'absence de rémission et de vomissements noirs, la violence de l'ictère et des évacuations bilieuses vertes, et les recrudescences quotidiennes multiples, ressemblent bien plus à la fièvre bilieuse qu'à la fièvre jaune.

Quant à confondre cette affection avec la dyssenterie bilieuse fébrile ou la pernicieuse dysentérique bilieuse, il faudrait vraiment de la bonne volonté, car les évacuations sanglantes avec coliques et ténesme caractérisent clairement ces deux maladies. Cette affection a reçu une foule de noms qui proviennent de la grande confusion qui règne à son sujet dans l'esprit des auteurs. Hippocrate la connut dans l'archipel grec, et lui donna le nom de kausos. Elle y a été retrouvée par les médecins français de l'armée de Morée, en 1828, ainsi que les rémittentes légitimes. Griesenger l'appela bilieuse typhoïde; elle fut nommée hémitrite par les médecins des provinces danubiennes, grande endémique par les Anglais, fièvre méditerranéenne par Burnet. Elle a aussi reçu le nom de fièvre jaune des créoles, parce qu'elle attaque principalement ceux-ci, surtout aux moments où la fièvre jaune sévit sur les Européens. Elle porte aussi le nom de bilieuse hématurique, à cause de l'hémorrhagie qui lui est spéciale.

V

Nous ne connaissons point la cause première de cette maladie, sa cause spécifique. Parmi les causes secondes, celle que nous pouvons le mieux apprécier est l'empoisonnement du sang par la bile, procédant d'un principe inconnu. Ce que nous savons au sujet de ce principe, c'est que ce n'est pas le miasme paludéen; la médecine en est réduite, quant à présent, à cette notion toute négative; il en est de même quant au remède spécifique, il ne saurait évidemment se déduire d'un principe inconnu ; le hasard non plus ne l'a point fait découvrir ; de sorte que, comme pour la fièvre jaune, nous devons nous borner à la médecine des symptômes, qui est ici cependant un peu moins complexe et difficile que dans le typhus ictérode.

Parmi ces symptômes, les plus significatifs au point de vue du pronostic sont : l'absence d'ictère, qui est très-grave, la continuité dès le début dans le mouvement fébrile, les urines noires et bourbeuses, la respiration ataxique, la violence et la fréquence des paroxysmes.

VI

Le traitement s'adresse surtout à l'état bilieux et ataxique, et aux phénomènes d'apparence congestive.

Contre l'état bilieux, ipéca, émétique, calomel, très-employé par les Anglais, dont quelques-uns le regardent à tort comme spécifique; purgatifs huileux et salins, en un mot, système évacuant accompagné de boissons acides, limonade, orangeade, crème de tartre, tamarin. L'orange elle-même est excellente, elle rafraîchit la bouche du malade, la parfume et lui évite de boire à longs traits, ce qu'il désire vivement pour calmer sa soif ardente, mais ce qu'il doit éviter, de peur de provoquer les vomissements.

Contre la tension des hypocondres, l'orthopnée, l'état congestif du cerveau, saignée, sangsues, cataplasmes, ventouses scarifiées, large vésicatoire.

La saignée générale ne doit être employée qu'avec beaucoup de ménagement. La saignée locale est moins dangereuse.

Contre les phénomènes ataxiques, orthopnée, défaillances accompagnant les exacerbations, révulsifs aux extrémités, antispasmodiques. Jamais le sulfate de quinine, parfois la poudre de quinquina ou l'extrait, lesquels n'agissent pas comme hyposthénisants, ainsi que le ferait la quinine, mais bien comme toniques.

Observation. — Le nommé A. R., Catalan, gros et court, de tempérament athlétique, acclimaté, ayant eu la fièvre jaune longues années auparavant, nous fait appeler au bout de trois ou quatre jours d'une maladie qui, d'abord intermittente, était devenue continue ou pseudo-rémittente. Il a des vomissements et des évacuations bilieuses, et se plaint d'un sentiment de réplétion de l'estomac et de l'abdomen. Langue saburrale, pouls à 120, chaleur sèche, agitation, insomnie, subdelirium la nuit, dans les paroxysmes, faiblesse, ictère, urines brunes, couleur malaga. Ipéca, purgatifs huileux, émétique ; avec celui-ci, nombreux vomissements et évacuations d'une bile abondante, après lesquels diminution du sentiment de réplétion.

Comme nous l'avons dit, le malade est sanguin, athlétique. L'hypocondre continuant à être tendu et la respiration gênée au moment des exacerbations, avec face vultueuse et congestionnée, 25 sangsues à l'hypocondre droit, large vésicatoire, saignée de 300 grammes. La tension diminue.

Les paroxysmes s'accompagnant toujours d'orthopnée et d'agitation suivie de faiblesse, potion avec infusion de menthe, teinture de castoréum, vin de Malaga, huile essentielle de camomille. Le malade prend cette potion avec plaisir : celle-ci est une vraie polypharmacie, et, sous ce point de vue, nous sommes loin de la considérer comme parfaite ; de plus, nous ne la présentons nullement comme spécifique, vu que toute autre potion tonique et antispasmodique pourrait parfaitement la remplacer ; notre seule prétention est de préconiser les antispasmodiques; dans ce cas ils furent efficaces. A partir du moment où cette potion fut ordonnée, le malade la demandait au moment des paroxysmes, et ne nous envoyait plus chercher en grande hâte comme auparavant; il sentait, quand il la prenait, la concentration disparaître, ainsi que l'orthopnée. Jamais la quinine ne fut employée. La maladie dura douze à quinze jours, et le malade, qui en sortit très-affaibli, au point de ne pouvoir descendre de son lit, se rétablit peu à peu par un régime analeptique progressif. Il avait consommé pendant sa maladie plusieurs paniers d'oranges, que nous lui laissions manger à volonté.

Nous venons de dire que la quinine ne fut jamais employée. C'est à cette ferme résistance à l'apparente indication des prétendus accès, que nous avons dû de sauver le malade. Avec la quinine, il eût péri infailliblement, car dans des états semblables, où le patient, placé sur la ligne de faîte de la vie et de la mort, peut être précipité d'un côté ou de l'autre par la moindre fausse manœuvre, l'application d'un remède aussi héroïque que la quinine ne saurait être indifférente; du reste, les auteurs qui l'emploient sont si peu sûrs de leur fait, qu'ils le font d'une manière hésitante et timide. On trouve à ce sujet dans M. Dutroulau un passage précieux : « Je m'empresse de dire cependant que l'expérience m'a appris, comme à la plupart des médecins qui pratiquent depuis longtemps dans les climats palustres de la zone torride, que la fièvre bilieuse est peut-être, de toutes les formes de fièvre grave, celle où le sulfate de quinine doit être le moins longtemps administré : deux à trois jours de traitement, et 4 à 6 grammes du médicament en tout, m'ont toujours paru suffisants pour conjurer les dangers de la complication paludéenne; continué plus longtemps, le traitement quinique peut constituer un danger, et l'on n'est pas éloigné, à la Pointe-à-Pitre, d'attribuer à l'abus qu'on en faisait autrefois les accidents hémorrhagiques, plus fréquents alors qu'aujourd'hui. Je me plais à citer à l'appui de cette opinion l'autorité de M. L'Herminier, qui a remarqué que dans le temps où l'on bourrait littéralement les malades de quinine, ils ne s'en trouvaient pas mieux, et que les fièvres qui résistaient à cette médication cèdent aujourd'hui aux purgatifs. M. Laure, à Cayenne, dit aussi que le sulfate de quinine ne convient plus à une époque avancée, et il emploie les purgatifs. »

Est-il rien au monde de plus probant contre la quinine que le passage cité, et est-il assez facile de voir que, chez M. Dutroulau comme chez MM. Laure et L'Herminier, l'expérience, qui prohibe la quinine, contredit l'idée préconçue du paludéisme, qui la recommande.

Or, de deux choses l'une : ou l'axiome : *Naturam morborum curationes ostendunt* est une assertion fausse et sans valeur, ou le paludéisme n'existe pas, puisque, de l'aveu même des auteurs qui le préconisent, la quinine est sans effet, qu'elle est dangereuse, qu'il a fallu la remplacer par les purgatifs, lesquels ne sauraient guérir la fièvre des marais. Les auteurs que nous venons de citer concluent de l'inutilité et du danger de la quinine à l'origine paludéenne; nous concluons de ces mêmes propriétés à l'origine non paludéenne: qui est dans la logique et dans la vérité? Le simple bon sens suffit à le faire comprendre. S'ils se trouvaient réellement en face d'une affection palustre, loin de dire tout ce qu'ils disent au sujet de la quinine, loin de la manier avec cette crainte et cette indécision, ils l'appliqueraient sans retard et avec la plus grande énergie, laquelle serait couronnée de succès.

Mais ce succès par la quinine, qui a lieu dans toutes les autres fièvres palustres, comment n'a-t-il plus lieu dans celle-ci? Comment se fait-il que de deux fièvres de même origine, l'une bilieuse et l'autre dysentérique, pernicieuses toutes les deux, l'une cède à la quinine et l'autre résiste, la nature des deux et la cause étant les mêmes.

Il suffit de poser cette question pour la résoudre. La différence dans l'action de la quinine provient de la différence de cause et d'origine; donc la fièvre bilieuse n'est pas une fièvre palustre.

Il y a quelques années, mourut à la Havane un jeune homme d'une des principales familles, atteint de cette maladie. On lui administra la quinine; nous ne prétendons certes point que ce résultat funeste arriva *par celle-ci*, mais ce que l'on ne saurait nous disputer, c'est qu'il arriva *malgré celle-ci*. Elle est donc au moins inutile.

Comme nous l'avons déjà dit, nous ne croyons point au dualisme de la cause bilieuse et de la cause paludéenne ; et en effet, que peut-il signifier? De deux choses l'une : ou une maladie est continue ou elle est périodique; elle ne saurait être les deux en même temps. Si parfois la quinine a pu modifier les exacerbations, cela a dû arriver quand une fièvre paludéenne intercurrente s'était ajoutée à la bilieuse. Il y avait là complication d'une maladie par une autre; il y avait là une fièvre bilieuse plus une fièvre paludéenne, ce qui fait deux fièvres; en un mot, il n'y avait point deux causes dans une même maladie, mais deux maladies distinctes.

Dans ce cas-là, la quinine a pu être véritablement utile, en écartant l'élément paludéen. Habituellement, elle ne saurait avoir, dans cette maladie, d'autre efficacité que cette vague action antipériodique qu'elle a contre certains états intermittents non palustres, tels que la fièvre à périodes des phthisiques. C'est à ces accès fébriles de la phthisie que peuvent se comparer, sous certains rapports, ceux de la fièvre bilieuse. Ni les uns ni les autres n'ont le miasme pour origine.

Si l'on veut employer un antipériodique dans la bilieuse, il vaut mieux employer, comme nous l'avons déjà dit, la poudre ou l'extrait de quinquina, moins hyposthénisants que la quinine elle-même. Mais si ces agents peuvent parfois être utiles, ils ne sauraient ici guérir, pas plus qu'ils ne guérissent la phthisie, dont ils suppriment parfois, pour un moment, les manifestations fébriles périodiques. Ils ont en outre l'inconvénient d'irriter la muqueuse gastro-intestinale, qui est assez excitée sans cela.

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

DE QUELQUES DIFFORMITÉS DU GROS ORTEIL

Par M. le docteur A. Dubrueil.

Les déviations isolées du gros orteil sont assez fréquentes, et de toutes, la plus commune est sans contredit celle où cet orteil a éprouvé un mouvement de déplacement qui a porté en dehors son extrémité unguéale; déplacement plus ou moins prononcé, se bornant quelquefois à une simple inclinaison, et allant dans certains cas presque jusqu'à l'angle droit.

C'est à une action purement mécanique, à la pression des chaussures, que la plupart des auteurs, et parmi eux Broca, dont l'opinion se trouve reproduite dans la thèse de M. Légées (*Des difformités des orteils*. Paris, 1869), attribuent cette réflexion latérale de la première phalange sur le métacarpien.

D'autres cependant, au nombre desquels il faut compter Malgaigne, invoquent des causes différentes, et entre autres, la rétraction musculaire.

Il semble, de prime abord, que si une cause mécanique telle que la pression d'une chaussure étroite était la cause efficiente de cette difformité, on devrait la rencontrer plus fréquemment chez les personnes des classes riches ou aisées que chez les ouvriers, car ces derniers se préoccupent beaucoup moins en général de se chausser de façon à donner à leur pied de petites dimensions; ils préfèrent des chaussures larges et non gênantes. Mais, au contraire, une statistique bien faite établirait certainement que la déviation latérale du gros orteil est, toute proportion gardée, beaucoup plus commune chez les pauvres et les ouvriers que chez les bourgeois et les riches. J'ai fait une

sorte d'enquête à ce sujet, m'adressant à des cordonniers, à des marchands de chaussures, et leurs réponses m'ont confirmé dans l'opinion que je viens d'énoncer.

Voilà donc un premier ordre de faits tendant à infirmer l'idée de la pression mécanique comme cause de la déviation latérale du gros orteil; en voici maintenant un second : si on recherche quelle doit être la résultante de l'action des muscles qui agissent sur le premier orteil, et que l'on compare les adducteurs aux abducteurs (1) ou constate la prédominance évidente de ces derniers. D'abord, les deux muscles qui, de la jambe vont au gros orteil, c'est-à-dire, le long extenseur propre et le long fléchisseur propre sont tous deux abducteurs.

Le faisceau interne du pédieux qui s'insère sur la première phalange du gros orteil a une action analogue.

A la plante du pied, comme congénères des muscles précédents au point de vue de l'abduction, nous rencontrons l'abducteur oblique et l'abducteur transverse.

Pour produire le mouvement d'adduction, quels muscles trouvons-nous? Deux seulement, situés à la plante du pied et de peu de volume, l'adducteur et le long fléchisseur. Encore les anatomistes font-ils observer qu'ils sont fléchisseurs bien plus qu'adducteurs.

A l'état statique, en vertu de la seule tonicité musculaire et de la prépondérance d'action des abducteurs sur les adducteurs, le gros orteil a une certaine tendance à s'incliner en dehors. Son axe ne continue pas celui du premier métatarsien, mais forme avec lui un angle très-obtus à sinus externe.

Plus les muscles de la jambe et du pied agissent, plus les mouvements seront étendus, les excitations, les contractions seront fréquentes, plus aussi s'accroîtra la prédominance des abducteurs sur les adducteurs, et plus l'inclinaison du métacarpien en dehors deviendra manifeste.

Or, les contractions des muscles des membres inférieurs, comme celles de tous les muscles du corps, sont sans contredit plus fréquentes et plus étendues chez les individus des classes inférieures de la société que chez ceux qui appartiennent aux classes élevées, et cela pourrait servir à expliquer la plus grande fréquence chez les premiers de la déformation qui nous occupe.

Voilà, si je ne me trompe, des raisons qui militent en faveur de l'origine musculaire de la lésion en question. Mais j'ai hâte d'en venir à d'autres difformités du gros orteil qui ont manifestement pour cause une rétraction musculaire, la rétraction d'un des muscles qui, de la jambe vont au gros orteil, c'est-à-dire, le fléchisseur ou l'extenseur propre.

Ces difformités sont au nombre de trois :

1° Renversement du gros orteil sur la face dorsale du pied produit par la rétraction de l'extenseur;

2° Abaissement de ce même orteil vers la face plantaire dû à la rétraction du fléchisseur;

3° Enfin, une troisième et dernière anomalie est constituée par un état morbide qui, chose singulière, est, jusqu'à un certain point, le résultat de la combinaison des deux précédents, c'est-à-dire dans lequel, avec une rétraction assez prononcée de l'extenseur coïncide une rétraction moindre du fléchisseur.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 5 novembre 1869 (2). — Présidence de M. Lagneau.

M. Duroziez continue ainsi :

En 1849, Hamernjk dit : « que le caractère spécial de *l'endocardite liée à l'impaludisme* est de se traduire le plus souvent par une *lésion de la valvule mitrale*. Dans les deux observations citées par cet auteur les accidents, développés du côté de la membrane interne du cœur, survinrent à la suite d'une fièvre intermittente; dans le premier de ces cas, il y eut autopsie et constatation d'une *lésion mitrale;* dans le second, la maladie céda au sulfate de quinine; mais guéri de sa fièvre, le malade fut à partir de ce jour soumis à des battements de cœur et à des accès de dyspnée. » Nous trouvons ici quelques indices de la thèse que nous soutenons, c'est-à-dire que les valvulves sont atteintes; mais une seule autopsie est rapportée.

Dutroulau, dans son *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds* (1861), dit avoir rencontré des lésions du cœur dans la moitié des autopsies de fièvre intermittente qu'il a faites. Il parle d'altération du muscle, d'épanchement de sérosité dans le péricarde, d'hypertrophie, d'atrophie; mais il s'occupe de l'état du cœur, au milieu même de la maladie; il ne cherche pas si de même que pour le rhumatisme et la pneumonie, il ne peut pas se former à la la suite des fièvres intermittentes graves, à une époque plus ou moins reculée, des rétrécissements et des insuffisances des valvules.

Enfin Griesinger (*Traité des maladies infectieuses*, 1864, traduction de Lemattre), observe quelquefois au début de la fièvre, mais plus souvent quelques semaines après son invasion, des soufles qui se produisent dans les vaisseaux du cou, et fréquemment au cœur lui-même, surtout chez les jeunes gens. Les souffles cardiaques sont systoliques, ont leur maximum d'intensité à l'origine des vaisseaux et ont un timbre plus élevé pendant l'accès. Il y a même des cas dans lesquels on les perçoit seulement au milieu du paroxysme. Les bruits que l'on perçoit au cœur et dans les vaisseaux ont en général les caractères des bruits anémiques et ils sont ordinairement accompagnés de tous les signes de l'anémie constitutionnelle; cependant on observe des cas dans le cours d'une véritable *fièvre intermittente*, des accidents se manifestent du côté de *l'endocarde* et l'on peut alors rapporter à la fièvre intermittente le début de quelque affection chronique spéciale. Il y a d'autres cas où l'on voit *l'endocardite* se développer au milieu d'une série de phénomènes assez réguliers de fièvre intermittente. L'apparition d'un souffle au cœur doit porter notre attention sur le développement de ces états morbides. Dans la grande majorité des cas, ils ont trait à l'anémie.

Après ces citations d'Hamernjk et de Griesinger, on voit que nous n'avons pas le mérite de la priorité. Ils ont pensé que la fièvre intermittente, soit simple, soit compliquée, peut produire l'endocardite et les lésions du cœur consécutives. Toutefois, notre point de départ était différent, et depuis plusieurs années déjà nous interrogeons nos malades, atteints de lésions du cœur, au point de vue de la fièvre intermittente, ne connaissant nullement les travaux d'Hamernjk et de Griesinger.

Dans une première série, nous rapportons les observations dans lesquelles nous n'avons pas trouvé dans ces antécédents d'autre maladie grave que des fièvres intermittentes pour expliquer la lésion du cœur.

D..., 38 ans, a été soldat, et a contracté en Afrique des fièvres tieroes et quartes qui ne l'ont pas quitté depuis qu'il est au service. Il retrouve les fièvres en Turquie; rentré en France depuis dix ans, il a encore les fièvres qui reparaissent irrégulièrement tous les trois ou quatre jours. Il n'a pas fait d'autre maladie qu'une fièvre typhoïde il y a dix ans; nous constatons les signes d'un rétrécissement mitral et d'une insuffisance aortique.

V..., 38 ans, soldat pendant 14 ans, comme zouave et comme voltigeur de la garde, n'accuse pas d'autre maladie qu'une fièvre tierce qui a duré trois mois, à l'âge de 30 ans. Les palpitations datent de cinq ans. Aujourd'hui, mars 1866, il est atteint d'insuffisance mitrale et d'insuffisance aortique, avec anasarque et albuminurie abondante.

Nous sommes obligé par le défaut d'espace de laisser de côté les autres observations.

Nous avons pu rassembler dans notre seule pratique 20 cas de lésion grave des valvules du cœur, qu'il nous est loisible de rapporter à des fièvres intermittentes, puisque nous ne trouvons nulle autre maladie dans les antécédents. Dans 7 cas, la lésion observée est le rétrécissement mitral simple ou compliqué d'insuffisance aortique. Dans 3 cas, l'insuffisance mitrale est ajoutée à l'insuffisance aortique. Dans 5 cas, l'insuffisance aortique est pure. Dans 1 cas, nous trouvons l'insuffisance mitrale simple. Dans 3 cas, c'est une insuffisance de la tricuspide ou un rétrécissement de l'orifice aortique. Sans doute, il y a de nombreuses causes d'erreur. Les malades ont pu nous donner des renseignements incomplets et oublier des maladies, qui donneraient la raison d'une maladie grave du cœur.

Sans doute l'âge, la sénilité suffisent parfaitement à produire des insuffisances et des rétrécissements aortiques; mais il y a là un ensemble de faits qui, pour ne pas entraîner la conviction, s'impose cependant à notre esprit. 11 sur 20 de nos malades n'atteignent pas 40 ans, et nous pouvons déjà mettre de côté pour eux la sénilité; puis les lésions de l'orifice mitral dépendent rarement de l'alcoolisme et de la sénilité. Notons que 5 d'entre eux ont été soldats et ont contracté la fièvre intermittente en Afrique, dans la Dobrutscha, et en Crimée.

Griesinger attribue à l'anémie un grand nombre de souffles qu'il entend; mais qui ne sait combien il est difficile de séparer les souffles purement sanguins des souffles valvulaires, et combien de souffles jugés chlorotiques ont été déclarés plus tard organiques?

Dans une seconde catégorie, la difficulté est plus grande encore que dans la précédente, et insoluble au point de vue des maladies du cœur, puisque nous trouvons dans les antécédents le rhumatisme articulaire aigu avec la fièvre intermittente.

Nous ne pouvons citer les observations, au nombre de 21; dans tous les cas, sauf 2, nous constatons des lésions du cœur avec altération des valvules.

La fièvre intermittente et le rhumatisme sont assez rapprochés l'un de l'autre, parfois séparés par de longs intervalles. La fièvre intermittente se montre dès l'enfance à cinq, six, huit ans, et le rhumatisme à vingt-cinq, trente ans.

Parfois, les accès de fièvre intermittente et les attaques de rhumatisme s'enchevêtrent, comme dans le cas suivant.

R..., 34 ans, journalier, a été soldat au Sénégal; il a contracté une fièvre intermittente tierce. Le frisson apparaissait de six heures à dix heures du soir, suivi de chaleur et de sueurs. Les récidives furent nombreuses. La fièvre reparut en France pendant huit mois, tierce. Puis vint un rhumatisme articulaire aigu, qui dura cinq mois, suivi de plusieurs autres. En 1852, il eut une attaque de paralysie. Nous le voyons à la Charité en 1858; il entre pour des douleurs dans les genoux et pour des accès de fièvre.

Dans 20 cas la fièvre intermittente a précédé le rhumatisme. Nous notons le fait sans en tirer de conclusion. Cela voudrait-il dire que c'est la fièvre intermittente qui domine et produit le rhumatisme articulaire? Celui-ci serait une fièvre larvée, sinon dans tous les cas, du moins dans un certain nombre?

Plus rarement, dans 4 cas, le rhumatisme articulaire aigu se manifeste avant la fièvre intermittente.

L..., journalière, âgée de 42 ans, après avoir eu un rhumatisme à l'âge de 16 ans, est atteinte de fièvre quotidienne pendant deux mois à 40 ans : elle a une insuffisance mitrale et une insuffisance aortique. Septembre 1865.

B..., commissionnaire, âgé de 43 ans, a eu deux attaques de rhumatisme avant d'avoir deux séries d'accès de fièvre intermittente tierce. Il présente une lésion multiple du cœur. Nous avons autrefois publié son observation dans la *Gazette médicale*.

Thill. G..., âgé de 51 ans, a eu successivement des douleurs rhumatismales, une fluxion de poitrine et une fièvre intermittente. Nous notons chez lui un rétrécissement mitral.

Dans le cas suivant, le rhumatisme se montre le premier, mais ensuite il s'enchevêtre avec les accès de fièvre intermittente, et on est vraiment entraîné à penser qu'une même cause a produit l'un et l'autre.

T..., 26 ans, matelot, depuis l'âge de 12 ans est réformé pour une maladie de cœur. A 15 ans, il a un rhumatisme articulaire aigu à la Martinique, comme beaucoup d'autres camarades; il est resté 45 jours à l'hôpital. A 18 ans, au Sénégal, fièvres quotidiennes pendant cinq mois (céphalalgie, vomissements, sueurs). Début dans la journée. A 24 ans, au Mexique, nouveau rhumatisme articulaire aigu de trente-cinq jours, qui ne le quitte plus complétement du reste. Il n'est gêné que depuis 7 mois, dans son service de matelot au mois de janvier dernier, il a eu de nouveaux accès de fièvre pendant un mois : céphalalgie violente, frisson intense, sueurs abondantes; durée de deux heures. Il a eu un accès dernièrement. Il porte un rétrécissement mitral.

Nous rapportons plusieurs cas, dans lesquels la lésion du cœur a été précédée d'une fièvre intermittente et d'une maladie autre que le rhumatisme articulaire.

Dans 3 cas, nous notons la pneumonie.

M..., 63 ans, raffineur, dit avoir eu à 19 ans une fièvre quotidienne, et plus tard, des fluxions de poitrine répétées. Nous constatons un rétrécissement et une insuffisance aortique. 1865.

N..., 59 ans, palefrenier, a des lésions athéromateuses; il accuse une fièvre intermittente et une fluxion de poitrine.

G..., journalier, 56 ans, présente les signes d'une insuffisance aortique et d'une insuffisance mitrale; il a eu une fièvre intermittente et une fluxion de poitrine.

Dans ces cas, la lésion du cœur peut être facilement expliquée par la sénilité et par les fluxions de poitrine.

Dans 1 cas, nous notons la pleurésie.

E..., âgée de 48 ans, journalière, a une insuffisance mitrale et une pleurésie au moment où nous l'observons. Elle a eu dans sa jeunesse une fièvre intermittente, qui a duré deux mois.

Dans 1 cas, nous trouvons la variole en concurrence avec la fièvre intermittente, et il faut le dire avec la sénilité, pour expliquer une insuffisance aortique avec insuffisance mitrale, chez un porteur d'eau de 67 ans.

Enfin, chez un homme de 39 ans, tisseur, nous trouvons la fièvre jaune comme cause possible d'une insuffisance aortique et d'une insuffisance mitrale. Nous avons rencontré ce cas sur notre chemin, et nous avons voulu le citer, bien que nous sortions ici un peu de la fièvre intermittente, mais non tout à fait.

Dans plusieurs cas, enfin, des accès de fièvre intermittente viennent se mêler au rhumatisme articulaire aigu pendant le séjour des malades à l'hôpital.

L..., 34 ans, gendarme, à la suite d'un rhumatisme poly-articulaire aigu, est retenu à l'hôpital par une arthrite du genou gauche, le cœur étant intact. Pendant son séjour dans les salles il a, à plusieurs reprises, des accès de fièvre intermittente quotidienne. 1856.

Une jeune fleuriste, âgée de 16 ans, avait eu un rhumatisme articulaire aigu. Elle entre à la Charité pour une lésion cardiaque grave. Trois jours de suite elle a, vers midi, un accès de fièvre d'une heure; le frisson dure dix minutes, et est suivi de chaleur et de sueurs froides.

Quelques semaines plus tard, elle est prise d'angine; les amygdales sont couvertes de fausses membranes; puis, vient une bronchite capillaire généralisée, et la malade meurt.

La rate est couverte de petites papilles, comme le foie et le péricarde. La lésion rhumatismale est aussi généralisée que possible. 1856.

Après cette observation, nous pourrions citer celle du nommé A..., âgé de 16 ans, fleuriste, chez lequel, à la suite d'un rhumatisme articulaire aigu, nous constatons des accès de fièvre intermittente. Toutes ses séreuses furent atteintes l'une après l'autre, retentissant sur les organes qu'elles recouvraient : endocarde, péricarde, méninges, plèvre, péritoine, furent successivement touchées; et semblerait-il, quand ce fut le tour de la rate, la fièvre intermittente se manifesta.

La fièvre intermittente pourrait donc être produite en dehors du miasme paludéen, par le fait de la phlegmasie rhumatismale de la rate.

Un nommé R..., entre à la Charité pour des douleurs dans les genoux et pour des accès de fièvre que l'on traite avec le sulfate de quinine.

N'y a-t-il pas un rapprochement de plus à faire entre les deux maladies, fièvre intermittente et rhumatisme articulaire aigu, qui sont l'une guérie, l'autre très-améliorée par le sulfate de quinine?

Nous avons dès l'abord été frappé de ce fait, bien qu'il nous soit difficile de démontrer que le rhumatisme articulaire aigu ne soit, comme certaines névralgies, qu'une fièvre larvée.

Nous ne pourrions toutefois défendre cette thèse que pour un certain nombre de cas; mais la fièvre intermittente elle-même n'est pas toujours produite par le miasme palustre. Dans le rhumatisme articulaire, nous trouvons les mêmes sueurs profuses que dans la fièvre intermittente.

Enfin, ce sont les lieux froids et humides, les pays maritimes sur lesquels les brises de mer apportent chaque soir la fraîcheur; ce sont les terres parcourues par des canaux ou trempées par des marais, qui sont le séjour favori du rhumatisme comme de la fièvre intermittente.

CONCLUSIONS

Les lésions des valvules du cœur (insuffisances et rétrécissements) peuvent dépendre des fièvres intermittentes.

On note souvent la fièvre intermittente dans les antécédents des malades atteints de rhumatisme articulaire aigu.

On observe quelquefois des accès de fièvre intermittente dans le cours du rhumatisme articulaire aigu.

Le miasme palustre peut produire le rhumatisme articulaire aigu, comme il produit la dysentérie.

Le rhumatisme de la rate paraît produire la fièvre intermittente.

La séance est levée.

Le secrétaire : A. Charrier.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 28 janvier 1870, ont été nommés :

Médecins-majors de 1re classe : MM. Hanse, Guiches, Cavaroz et Alezais.

Médecins-majors de 2e classe : MM. Bourrcif, Pasquet, Poirée, Delange et Bergé.

Pharmacien principal de 2e classe : M. Latour.

Pharmacien-major de 1re classe : M. Fégueux.

Pharmaciens-majors de 2e classe : MM. Cesson et Galimard.

(1) Je considère l'adduction et l'abduction par rapport à l'axe du corps.
(2) Fin. — Voir le dernier numéro.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. le docteur Masse (Ernest-Alexandre), agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé chef des travaux anatomiques de ladite Faculté, en remplacement de M. Sabatier, dont la délégation est expirée.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Plantard est nommé aide d'anatomie de ladite École, en remplacement de M. Franco-Bido, dont la démission est acceptée.

— La Société de médecine d'Anvers vient de couronner le mémoire de M. Legros (d'Aubusson) sur la question proposée : *Examen des principales médications de la phthisie pulmonaire.*

C'est la huitième fois que notre ami et collaborateur est proclamé lauréat par l'Académie ou les sociétés savantes.

— La *Société protectrice de l'Enfance* a tenu sa séance annuelle le 23 janvier, dans le grand amphithéâtre du Conservatoire des arts et métiers, en présence d'un nombreux et sympathique auditoire.

M. Boudet, président, dans une chaleureuse allocution qui a été couverte d'applaudissements, a rappelé les progrès de l'Œuvre, les services qu'elle a déjà rendus, et la part qui lui revient dans la mise à l'étude, par les pouvoirs publics, de la grande question de la mortalité des nourrissons.

M. le docteur Alexandre Mayer, secrétaire général, dans son compte rendu des travaux de la Société et de sa situation prospère, s'est livré à un examen approfondi des causes qui éloignent des devoirs maternels les femmes de notre génération, et parmi ces causes, il a signalé surtout le culte des intérêts matériels, la propension au luxe et l'attrait des plaisirs mondains; enfin, dans les classes ouvrières, le dénûment qui empêche les mères de consacrer aux soins de leur progéniture un temps que réclame le travail qui les fait vivre. M. Mayer ne s'est pas borné à la critique d'un état social coupable de tant de désordres, il a indiqué les moyens qui lui semblent propres à y remédier et fait appel à tous les cœurs généreux pour fournir à la Société dont il est l'organe les ressources nécessaires à la haute mission qu'elle poursuit.

M. le docteur Linas, dans un savant rapport sur la question mise au concours en 1869, « *Guide des mères et des nourrices,* » se livre à de judicieuses considérations sur le rôle maternel, et fait voir combien il est nécessaire d'éclairer le cœur des femmes pour les rendre aptes à la fonction sublime que la nature leur a dévolue. Puis il fait ressortir le mérite de chacun des travaux jugés dignes d'une récompense.

Le prix de 500 fr. a été décerné à M. le docteur Anner, à Brest; médaille d'argent à M. le docteur Alfred Gilbert, à Givet, et à un anonyme; mention honorable, médaille de bronze, à M. le docteur Carassus, à Milly.

M. le docteur Léon Duchesne, rapporteur de la Commission des médecins inspecteurs, rend hommage au zèle et au dévouement des honorables praticiens qui prêtent à l'Œuvre leur concours désintéressé, et signale ceux qui se sont distingués par des services exceptionnels.

Voici les récompenses que la Société leur décerne :

Rappel de médaille d'or. — M. le docteur Bessières, à Egreville (Seine-et-Marne).

Médaille d'or. — M. le docteur Durand, à Nemours (Seine-et-Marne).

Rappel de médailles d'argent. — MM. les docteurs Monot, à Montsauche (Nièvre); Boncourt, à Saint-Aignan (Loir-et-Cher).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Flain, à Aubigny-Ville (Cher); Rochoux, à Puiseaux (Loiret); Lefèvre, à Dun-le-Roy (Cher); Lorquin, à Cambrai (Nord); Carassus, à Milly (Seine-et-Oise); Aubrion, au Gault (Marne); Daguerre, à Tigy (Loiret); Ladevèze, à Saint-Florent (Cher).

Rappel de médailles de bronze. — MM. les docteurs Ansaloni, à Romorantin (Loir-et-Cher); Chertier, à Nogent-sur-Seine (Aube); Roché, à Pont-sur-Yonne (Yonne); Mercier, à Mer (Loir-et-Cher).

Médailles de bronze.— MM. les docteurs Blandin, à Cosne (Nièvre); Deroy, à Beton-Bazoches (Seine-et-Marne); Riblet, à Chaussy (Seine-et-Oise); Talbert, à Brou (Eure-et-Loir); Bazin, à Corbeilles (Loiret); Dupuis, à Poulaines (Indre); Galoppin, à Illiers (Eure-et-Loir); Thoison, à Souppes (Seine-et-Marne); Varin, à Chevreuse (Seine-et-Oise); Lafond, à Ladon (Loiret); Tassin, à Leugny (Yonne); Blesson, à Villeneuve-sur-Belot (Seine-et-Marne); Houzé, à Cussy-en-Morvan (Saône-et-Loire); Regnoult, à Villeneuve-la-Guyard (Yonne); Horace Bureaud, à Moret-sur-Loing (Seine-et-Marne).

Inspecteurs délégués : M. Laviarde, maire de Barbonne-Fayel (Marne); M. Godefroy, curé de Moutiers-au-Perche (Orne).

Le rapport de la *Commission des récompenses aux nourrices* a clos la séance. Présenté par M. Ch. Thirion dans un langage ému et qui a vivement impressionné l'assistance, il met en relief les titres de chacune des lauréates à la bienveillance de la Société. Celle-ci, pour avoir le droit d'être sévère envers les nourrices sans conscience, sait aussi encourager celles qui font preuve d'une tendresse vraiment maternelle vis-à-vis des petits êtres que leurs propres mères abandonnent à des soins étrangers.

Les récompenses ont été proclamées, au milieu des plus vifs applaudissements, aux femmes vraiment méritantes dont les noms suivent :

Prix de 200 francs. — Mme Gillot, née Anne Millot, à Montsauche (Nièvre).

Prix de 100 francs. — Mme Delile, à Fechain (Nord); Mme Dieudonnet, à Viels-Maison (Aisne); Mme Marchand, à Ladon (Loiret); Mme Grosset, à Gometz-le-Châtel (Seine-et-Oise).

Prix Blatin, 50 francs.—Mme Garsault, à Chalivoix-Milon (Cher).

Mentions honorables. — Mme Pernin, à Orléans (Loiret); Mme Rodais, à Berfay (Sarthe) (à chacune 50 francs, don de Mme Dudley-Cookes); Mme Lezéron, aux Jorres, commune de Guilly (Indre).

— M. Eug. Fournier, docteur ès sciences, fera mercredi prochain, à huit heures et demie du soir, à la Société d'enseignement, rue Bonaparte, n° 108, une conférence *sur le rôle que jouent les végétaux inférieurs dans les fermentations* (applications industrielles et pathologiques, fabrications des liqueurs alcooliques, muguet, étiologie de certaines pyrexies, etc.).

— On demande un docteur en médecine à Arpajon (Seine-et-Oise), à 8 kilomètres de Paris, ligne de Tours.

Le directeur, Dr E. Le Sourd

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :

Trois mois. . .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an.	30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 2 février 1870.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Nous disions que la discussion sur la mortalité des nouveau-nés touchait à son terme, parce qu'il nous semblait que les documents recueillis en France étaient épuisés pour ainsi dire, ayant fourni ample matière à l'éloquence philosophique de nos savants académiciens.

Mais voilà qu'une autre carrière leur est ouverte. De nouveaux chiffres venus d'Angleterre demandent de nouvelles interprétations. Puis on s'inquiétera sans doute de ce qui se produit ailleurs, et il est facile de prévoir que le débat va recommencer.

Du reste, le terrain s'en est élargi au point de vue scientifique en même temps qu'au point de vue géographique.

On comprend mieux que l'indifférence des nourrices est un corollaire obligé de l'indifférence des mères; que le manque de soins des unes tient au manque de soins des autres, et que l'enfant, abandonné sans surveillance et sans regret entre les mains d'une étrangère, avec peu de désir qu'il vive, a par cela même perdu moitié de ses chances de vie.

En Angleterre, les choses ne se passent pas généralement comme en France. A Londres, le chiffre des mort-nés est considérable : 20 p. 100. On y fait entrer celui des enfants qui auraient pu vivre si leurs mères ne s'en étaient débarrassées au moment même de leur naissance. Aussi le chiffre des nourrissons qui n'atteignent pas l'âge d'un an en devient-il beaucoup plus faible : 1,724 seulement sur 10,000, moins d'un cinquième.

Mortalité des nourrissons, mortalité des nouveau-nés soignés par leurs mères, infanticides déguisés, infanticides proprement dits, avortements criminels, ce sont là, comme on l'a dit avec raison, autant de données d'un même problème, et ces données, quand on les isole, ne peuvent plus conduire à rien.

Quand les empereurs romains voulurent porter remède au dépeuplement de l'empire, toutes ces questions les préoccupèrent à la fois.

Ils édictèrent des lois contre l'infanticide et l'avortement.

Ils donnèrent des primes à ceux qui procréaient le plus d'enfants, et frappèrent d'incapacités nombreuses les célibataires.

Et, de plus, ils voulurent restreindre la mortalité des enfants du premier âge en intéressant les parents à ce qu'ils vécussent.

Les Latins *juniens*, sorte d'affranchis qui, sous certains points de vue, étaient considérés comme étant encore en esclavage, pouvaient atteindre la liberté complète et la cité romaine au moyen de leurs enfants : *liberis*.

Il suffisait qu'ils pussent montrer un enfant né de leur union avec une femme épousée dans ce but ; et par cela seul ils acquéraient les droits complets du citoyen, ainsi que leur enfant et leur femme.

On n'obligeait même pas les Latines *juniennes* à contracter une union légitime pour arriver aux mêmes résultats. Il suffisait qu'elles eussent élevé trois enfants, même sans père connu, *vulgo quæsiti*.

La naissance d'enfants conférait d'autres priviléges à ceux qui se trouvaient déjà citoyens : elle leur permettait de recevoir par testament, et même de prendre les parts de leurs cohéritiers privés d'enfants ou célibataires: *orbi, cælibes*.

Pour disposer l'un en faveur de l'autre, les époux devaient avoir eu des enfants communs. Si ces enfants mouraient après avoir atteint un certain âge, ils comptaient toujours; mais s'ils mouraient avant le jour des noms, *diem nominum*, ils n'étaient pas considérés comme ayant vécu.

On le voit, le législateur avait parfaitement compris que la vie des enfants encore en nourrice dépend surtout de la sollicitude de leurs parents.

Plus tard, ils vivent par eux-mêmes; alors ils vivent par autrui.

Mais s'il est facile de suppléer au sein de la mère, on ne supplée pas à l'affection.

Dr V. Révillout.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PETER.

Les points de côté (1).

(ANGINE DE POITRINE)

4e LEÇON.

Au fond, pour en revenir à l'angine de poitrine, la seule chose qui y soit certaine, c'est la douleur, laquelle peut dériver du cœur lui-même, de ses nerfs propres ou du plexus cardiaque.

Une chose est possible à la suite de cette douleur, c'est la mort subite. Voilà les faits. Mais vous voyez qu'on n'est pas suffisamment autorisé à en rapporter les symptômes au pneumogastrique exclusivement.

J'en arrive ainsi à examiner l'action possible du *cœur* dans l'angine de poitrine.

S'il est quelque chose qui ne soit plus à démontrer, c'est l'autonomie du cœur. Il bat *motu proprio* aux premiers temps de la vie embryonnaire, avant toute espèce de rudiment de moelle, et par conséquent avant toute espèce de connexion nerveuse avec des choses qui n'existent pas encore : la moelle allongée et le sympathique.

Il bat parce qu'il doit battre; c'est le *punctum saliens*, le type de l'indépendance et de l'autonomie vitales.

Organe plus parfait et définitif en sa texture, il continue de battre, *ultimum moriens*, alors qu'il est arraché de la poitrine d'un animal; et ces mouvements autonomes, il les doit à un système gangliounaire propre et intrinsèque, expression matérielle et savante de la *vis impulsiva*, en action déjà dans la vie intra-utérine.

Et c'est un organe aussi indépendant par sa vitalité propre, aussi complexe par son intrication musculaire et par son mode d'innervation; un organe dont on connaît encore si incomplétement la physiologie, qu'on voudrait ainsi subordonner au seul nerf pneumo-gastrique! Et c'est une expérience faite sur un animal dont le cœur est sain, que l'on voudrait appliquer à un homme dont le cœur est malade!

De telle sorte que, en présence d'un cœur et de gros vaisseaux tellement malades et de telle façon que les lésions multiples et multiformes n'y frappent pas seulement la membrane interne de revêtement, les orifices et les valvules, mais encore dans l'artère le tissu élastique, et dans le cœur le tissu contractile; en présence, dis-je, de ce désordre anatomique, bien suffisant pour expliquer la faiblesse de l'organe et ses troubles fonctionnels multiples et douloureux, il n'y aurait dans l'ensemble complexe et redoutable de l'angine de poitrine que le plexus cardiaque en action, et dans ce plexus que le pneumo-gastrique! La déduction ici ne me semble vraiment pas rigoureuse.

Ainsi le cœur, dans les cas d'angine de poitrine, dont les causes occasionnelles sollicitent, vous l'avez vu, la contraction énergique, n'est pas ordinairement un cœur sain, mais un cœur malade (l'anatomie pathologique l'a prouvé tout à l'heure); n'est pas un cœur jeune, mais un cœur vieux (toutes les statistiques le démontrent); c'est-à-dire qu'il est un cœur *doublement affaibli* par l'âge et par la maladie. Et l'on comprend ainsi que c'est bien moins une intervention nerveuse exclusive du nerf vague, qu'une *exagération dans la débilité primitive* du cœur qui cause le mal et entraîne les accidents de l'angine de poitrine.

Et cette opinion que je formule ici n'est pas seulement la mienne, elle est aussi celle de grands cliniciens, entre autres de Latham et de Stokes.

« Les sujets chez lesquels l'angine de poitrine se montre le plus communément, sont ceux chez lesquels existe une *débilitation* du cœur, dont les effets s'aggravent encore par la présence de lésions organiques des muscles cardiaques, de l'endocarde, des valvules, des artères coronaires ou de l'aorte elle-même, » dit Stokes après Latham.

La douleur et la sensation de mort imminente sont des symptômes appartenant fréquemment à diverses formes de maladies organiques du cœur, qui sont, d'après Latham : « l'affaiblissement avec atrophie du cœur, l'affaiblissement avec dégénérescence graisseuse; quelques affections valvaires, et surtout celles du cœur gauche; les maladies de l'aorte, avec ou sans oblitération des artères coronaires. » Aussi Latham voit-il dans l'angine de poitrine « un ensemble particulier de symptômes plutôt qu'une maladie ayant un caractère anatomique fixe. »

Maintenant, dans les phénomènes nerveux de l'angine de poitrine, n'y a-t-il que le plexus cardiaque, les nerfs sensitifs et les ganglions intra-cardiaques d'intéressés? Le nerf phrénique ne l'est-il pas? Si oui, comment l'est-il? Comment la péricardite, par exemple, peut-elle provoquer des symptômes simulant l'angine de poitrine, et produire même cette affection en réalité, ainsi qu'il est arrivé chez un malade d'Andral dont j'ai parlé dans une précédente leçon, et qui fait le sujet de la troisième observation du tome III de sa *Clinique médicale?* « La douleur de la région précordiale était habituellement peu intense, dit l'illustre professeur; mais de temps en temps elle se réveillait, devenait beaucoup plus forte, et alors elle ne se bornait pas à la région du cœur, elle se répandait comme des traits de feu, suivant la comparaison du malade, dans tout le côté gauche du thorax; en même temps, tout le membre thoracique de ce même côté devenait le siége d'un engourdissement très-marqué, que remplaçait quelquefois une vive douleur. Toutes les fois que la douleur s'exaspérait ainsi, ou qu'elle présentait ces espèces d'irradiation, la *respiration devenait tout à coup très-gênée*, les battements du cœur offraient un *tumulte*, une *irrégularité* difficile à exprimer, et le pouls s'effaçait. » Que dites-vous d'abord de cette dyspnée et de ce tumulte cardiaque, tellement en désaccord avec l'expérience de Weber, qu'on en a nié bien à tort l'existence dans l'angine de poitrine? Et ne trouvez-vous pas ici de frappantes analogies entre les symptômes éprouvés par le malade de M. Andral et l'angine de poitrine? Cette ressemblance ne pouvait échapper au célèbre clinicien, qui s'empresse d'ajouter que « cet ensemble de symptômes présentait plusieurs traits d'analogie avec ceux qui ont été regardés comme appartenant à l'angine de poitrine. »

A l'autopsie, on trouva les lésions de la péricardite diagnostiquée : « Le péricarde était distendu par près d'un litre d'un liquide rouge brunâtre; la surface interne du péricarde était d'ailleurs tapissée par des concrétions membraniformes colorées en rouge. »

Pour comprendre maintenant comment la péricardite peut donner naissance à de pareils phénomènes, je me vois obligé de faire une digression sur la pathologie et même l'anatomie générales des membranes séreuses.

Une membrane séreuse ne sert pas seulement à faciliter les mouvements des organes qu'elle enveloppe, elle relie ces mêmes organes, en les y fixant, aux parois de la cavité qui les contient; et non seulement elle les relie à ces parois, mais encore elle les unit à tous les organes voisins (viscères ou nerfs). Une membrane séreuse est ainsi un véritable *trait d'union anatomique*.

Mais ce qui est vrai dans l'état de santé reste également vrai dans l'état de maladie; de sorte que la membrane séreuse transmettant ses maladies aux organes qu'elle revêt, ou les maladies de l'un de ces organes à l'autre, ou encore recevant le contre-coup des lésions de ceux-ci, devient alors un véritable *trait-d'union pathologique*.

Car il est très-exact de dire que les maladies des membranes séreuses sont bien moins composées de symptômes propres que de symptômes *surajoutés* ou de voisinage. Ce qu'elles ont en propre, c'est la sécrétion exagérée, c'est l'épanchement possible; tout le reste est d'emprunt, même la douleur : je crois vous l'avoir démontré précédemment.

L'inflammation d'une membrane séreuse provoquera donc d'autant plus de symptômes et de plus redoutables que celle-ci avoisinera un plus grand nombre d'organes et de plus importants. Et vous devrez désormais, à propos des descriptions qu'on vous donne de ces inflammations, faire la part à ce qui est de la séreuse enflammée (et cette part n'est pas grande), et à ce qui est des organes compromis par contre-coup.

Ainsi, dans la méningite cérébrale, ce n'est assurément pas la méninge qui délire, mais le cerveau; de même que, dans la méningite médullaire, c'est la moelle qui trahit ses souffrances de voisinage par la rachialgie ou l'opisthotonos.

Ce n'est pas non plus, dans la péritonite, le péritoine qui vomit, mais l'estomac: pas plus que ce n'est l'inflammation du péritoine qui prostre si rapidement les forces, brise la voix, altère si grandement les traits de la face, laquelle se grippe et devient hippocratique, mais la perturbation profonde des fonctions de l'appareil digestif au contact et par le fait de sa membrane séreuse enflammée : les phénomènes étant alors ceux qu'on observe dans tous les cas où cet appareil est gravement et exclusivement compromis, comme, par exemple, dans le cas d'étranglement

(1) Voir les numéros des 25, 27 janvier et 1er février 1870.

intestinal. Ce qui est altéré alors, ce n'est qu'un point fort restreint du tube digestif; mais ce qui est absolument compromis, ce sont les fonctions de tout l'appareil ; le centre nerveux de la vie végétative en est ébranlé; puis, par action réflexe, tout l'organisme en est brisé. Et ce que je dis de l'étranglement d'une anse intestinale est vrai encore d'un simple pincement d'une portion du cylindre de l'intestin.

Il s'en faut donc bien que ce soit alors l'extension de la lésion de l'intestin au péritoine et la péritonite, ordinairement toute locale résultant du volvulus ou de la hernie étranglée, qui cause ce formidable désordre, comme quelques-uns l'ont dit en faisant un véritable contre-sens de physiologie pathologique ; et ce qui le prouverait, s'il en était besoin, c'est que les mêmes accidents sont observés dans les cas d'iléus sans extension du mal au péritoine ou avec une lésion péritonéale insignifiante.

Ce n'est donc pas tant l'étendue de la lésion que *l'entrave apportée à la fonction* qui provoque ces phénomènes généraux et entraîne ce péril, et vous comprenez ainsi comment la péritonite a les mêmes conséquences définitives, alors que le grand surtout péritonéal enflammé s'en va, nouvelle tunique de Nessus, porter l'inflammation et le trouble à chacun des nombreux organes qu'il revêt.

Eh bien! le même fait a lieu pour la péricardite qui, lorsqu'elle est intense, compromet du même coup deux des plus importantes fonctions de l'organisme, la circulation et la respiration, en entravant le fonctionnement de deux muscles, le cœur et le diaphragme.

Si l'on voulait interpréter physiologiquement les principaux symptômes de cette affection, on pourrait rapporter à l'irritation du grand sympathique cardiaque les palpitations et la fréquence du pouls, comme sa petitesse d'une part à l'irritation des nerfs de Cyon produisant une plus faible tension vasculaire, et d'autre part à l'état de parésie des muscles cardiaques au contact de la séreuse viscérale enflammée.

Quant à la dyspnée, elle serait due à une parésie semblable du diaphragme ainsi qu'à la douleur des nerfs phréniques, à la sternalgie, expression complexe de cette même douleur, associée à la souffrance du cœur et du plexus cardiaque. Et tout cet ensemble douloureux deviendrait l'angine de poitrine.

C'est ainsi, je pense, qu'on pourrait comprendre l'angine de poitrine en pareil cas. C'est par la propagation, non pas seulement aux nerfs, mais aux muscles, que se produisent les douleurs et la difficulté fonctionnelle de la circulation et de la respiration, les organes étant eux-mêmes intéressés comme leurs nerfs par le mécanisme de propagation que j'ai esquissé pour la péritonite, et qui est vrai pour toutes les séreuses.

(*A suivre.*)

HOPITAL NECKER. — M. Guyon.

Plaie pénétrante du genou produite par une scie circulaire. Pansement à l'alcool par à 85 degrés et à la glace. Guérison. — Plaie contuse de l'avant-pied avec broiement des muscles et des métacarpiens, produite par un engrenage. Pansement à l'alcool à 85 degrés et à la glace. Guérison.

(Communiqué à la Société de chirurgie dans la séance du 15 décembre 1869.)

Nous ne voulons donner que le résumé de ces deux observations. Elles ont été recueillies dans les plus grands détails par M. Reverdin, l'un de nos internes; nous nous réservons d'y revenir, et de signaler alors plusieurs autres faits de plaies contuses et profondes traitées de la même façon. Nous avons eu en effet l'occasion de traiter, à Necker, plusieurs plaies contuses avec ou sans ouverture d'articulation; nous croyons qu'il y aura quelque intérêt à grouper ces faits et à chercher ce qui peut être accordé au mode de traitement suivi.

Les deux malades que nous présentons à la Société de chirurgie sont certainement des spécimens choisis parmi les plus intéressants que nous ayons eu à traiter; voici les renseignements relatifs à leurs observations.

I. — P. H. Georges, menuisier, âgé de 16 ans, est amené le 24 juin à l'hôpital Necker. Ce jeune garçon vient d'avoir l'articulation du genou gauche largement ouverte par une scie circulaire. La plaie est oblique et s'étend du tiers inférieur de la cuisse au quart supérieur de la jambe. Elle comprend presque toute l'épaisseur des parties molles situées sur ce long parcours. Le condyle interne du fémur se voit à nu vers le centre de cette large ouverture; il a été légèrement atteint par la scie, qui y a tracé un trait. Les bords de la plaie ne sont pas très-écartés; il n'y a pas eu d'hémorrhagie grave.

Appelé dès le soir, et considérant que, malgré l'ouverture de l'articulation, l'étendue énorme de la plaie et la section de la peau des couches sous-jacentes et d'une partie des muscles, il n'y avait eu ni grosses artères ni gros nerfs intéressés, je décidai d'emblée la conservation du membre.

La plaie fut largement lavée avec l'alcool à 85 degrés, et imbibée dans toutes ses parties avec ce liquide. La douleur étant assez vive, je plaçais sur un lit de charpie sèche une vessie de glace, que l'on avait appliquée sur la plaie avant mon arrivée. Cette vessie recouvrait la plaie et une bonne partie des régions environnantes, mais n'était nulle part en contact direct des tissus, grâce à l'interposition de la charpie sèche. La douleur du pansement fut presque immédiatement calmée.

Le membre avait été au préalable placé dans une gouttière; il y était solidement fixé, et la gouttière elle-même fut maintenue de telle sorte, que l'immobilité fut complétement assurée.

Le pansement consista chaque jour dans le changement des boulettes de charpie non adhérentes; les boulettes adhérentes étaient imbibées d'alcool. Le pansement fut soigneusement renouvelé matin et soir, et le malade soumis à un régime convenable.

Il ne se produisit aucune réaction locale; les bords cutanés de la plaie ne rougirent même pas, et c'est à peine s'il y eut de la fièvre traumatique.

Le pansement à l'alcool et à la glace fut continué jusqu'au 6 août; à partir de ce moment, l'on eut recours à la solution phéniquée au 1000e, dont je fais habituellement usage dans la seconde période du traitement des plaies. Le 25 septembre, le malade recommença à marcher avec des béquilles, et le 28 novembre il fut dirigé sur l'Asile de Vincennes.

Il marche aujourd'hui sans canne; le genou est raide, bien qu'il ne soit pas complétement ankylosé.

II. — Le malade qui fait le sujet de la seconde observation est un imprimeur, Eugène F...; il est âgé de 25 ans.

Dans la nuit du 10 au 11 juillet, il se prit le pied dans l'engrenage d'une des machines de l'imprimerie, et je le vis le 11 juillet, vers neuf heures du matin.

Toute la région métacarpienne du pied vue par sa face dorsale, n'offrait qu'une vaste plaie; tous les tendons extenseurs sont à nu ou déchirés; la peau, retroussée vers les orteils, forme un vaste lambeau, dont la base est à la racine des orteils. Les deuxième, troisième et quatrième métacarpiens paraissent brisés; le premier et le cinquième sont à nu. A la face plantaire il n'y a qu'une petite plaie de la peau, mais on sent, en déprimant en ce point avec le doigt, une solution de continuité profonde; les muscles semblent dilacérés; c'est, en effet, ce dont on peut s'assurer pendant le cours du traitement.

Il n'y a pas eu d'hémorrhagie grave. La constitution du malade laisse à désirer. Cependant, nous voulons tenter la conservation, et, séance tenante, la plaie est lavée à l'alcool à 90 degrés, minutieusement imbibée dans toutes ses anfractuosités avec ce liquide, remplie de boulettes de charpie largement trempées dans l'alcool, recouverte d'une couche de charpie sèche. Le membre est placé dans une gouttière, et une vessie de glace recouvre le pansement, sans être nulle part en contact avec les tissus. Chez ce malade, comme chez le précédent, elle a l'avantage de calmer la douleur produite par l'alcool.

Le pansement fut ainsi continué et renouvelé deux fois par jour. Jusqu'au 6 août on continua la glace, la charpie alcooleuse fut employée jusqu'au 20 septembre, et remplacée alors par la solution d'acide phénique au 1000e.

Depuis le 14 septembre, le malade se leva, et le 11 octobre, il fut dirigé sur Vincennes. Aujourd'hui, il reste encore une petite ulcération sur la face dorsale; elle est située au fond d'une anfractuosité profonde qui témoigne des dégâts primitivement produits. La forme du pied, grâce à la conservation des trois métacarpiens, dont le premier et le cinquième, est satisfaisante, et le malade marche facilement; il a déjà, depuis quelque temps, repris ses occupations.

De même que chez le précédent malade, la cure ne fut traversée par aucun incident sérieux. Aucune réaction locale, pas de fièvre traumatique; comme l'autre malade, il est sorti de l'hôpital en très-bonne santé, ayant pris de l'embonpoint sous l'influence du repos prolongé.

Un incident mérite cependant d'être noté; nous avons constaté la fracture du deuxième, du troisième et du quatrième métacarpiens; mais ayant modéré le plus possible notre exploration, nous n'avions pas constaté d'autres désordres. Le 20 juillet, après avoir enlevé plusieurs débris de tendons entièrement momifiés sous l'influence de l'alcool, nous reconnûmes que le troisième métacarpien était à la fois luxé dans son articulation métacarpo-carpienne et fracturé près de sa tête. Cet os étant presque complétement mobile, fut saisi avec un clavier et facilement extrait. Bientôt après, nous constatons la luxation et la fracture du second métacarpien, mais avec cette particularité, que la luxation portait sur l'articulation métacarpo-phalangienne et la fracture près de son extrémité opposée. Chose curieuse et qui témoigne bien de la puissance de la cause vulnérante, cet os était complétement retourné; de telle sorte, que son extrémité phalangienne luxée regardait en arrière, et son extrémité postérieure fracturée, en avant; elle était d'ailleurs profondément enfoncée vers la plante du pied. Le quatrième métacarpien, fracturé mais non luxé, peut être conservé ainsi que le premier et le cinquième, *malgré leur dénudation.* Ce fait est important à noter, en raison même de l'élévation du degré de l'alcool employé et de la rigueur avec laquelle fut employé le liquide. Nous croyons d'ailleurs, après expérience déjà assez longue, que le pansement alcoolique est d'autant plus efficace, qu'il est plus rigoureusement fait. Mais il ne convient pas à toutes les périodes des plaies, ni peut-être à toutes les plaies. Des adjuvants tels que la glace augmentent son utilité dans le traitement des plaies contuses avec grands délabrements; enfin, il ne doit être employé que pendant un certain temps. Ce sont précisément ces questions que nous nous proposons de développer avec des faits déjà assez nombreux; nous avons voulu tout d'abord mettre sous les yeux de la Société les deux malades dont nous venons de lui parler.

DE QUELQUES DIFFORMITÉS DU GROS ORTEIL (1)

Par M. le docteur A. Dubrueil.

Je n'insiste pas ici sur l'origine de la rétraction des muscles en question. Elle peut être de différente nature.

Il est assez facile de se figurer la forme que doit présenter, dans les deux premières variétés, l'orteil difforme.

Dans la première, le gros orteil se détachant du premier métatarsien, se dirige en haut et en avant, en formant avec lui un angle obtus. Il ne reste généralement pas parfaitement rectiligne, mais décrit une sorte de courbe en concavité supérieure. Je n'ai pas besoin de faire observer que le tendon rétracté fait une saillie manifeste. On voyait, il y a quelques jours, à l'hôpital des Cliniques, dans le service du professeur Richet, un malade présentant la difformité dont je viens de parler, et chez qui elle avait déterminé des accidents dont je dirai un mot un plus tard.

Si c'est à une rétraction du long fléchisseur que l'on a affaire, la déviation est inverse, c'est-à-dire que, au lieu de se diriger vers la face dorsale du pied, l'orteil s'abaisse du côté de la plante et dépasse, dans son inclinaison, le plan du talon.

Il est aisé de comprendre quels inconvénients ces rétractions doivent engendrer, pour la station et la marche, en dehors de la difformité plus ou moins choquante qui en résulte, et se traduit forcément par la forme spéciale que le malade est obligé de faire donner à ses chaussures.

Le malade de M. Richet, dont j'ai déjà parlé, et qui était atteint d'une rétraction du long extenseur du gros orteil, devait en outre à cette disposition, une seconde lésion rattachée à la première par des liens intimes. Cet homme, déjà assez âgé, avait été, il y a quelque temps, atteint et guéri d'un mal perforant du pied gauche. Or, la même maladie s'était reproduite à droite, au niveau du durillon qui correspond au point sur lequel portait la partie antérieure et interne du pied en raison de la rétraction.

La troisième espèce de difformité est plus compliquée que les deux précédentes. J'en ai observé, l'an dernier, un cas sur un jeune avocat valaque, qui avait été affecté, du même côté, d'un pied équin dont on l'avait guéri, à Bucharest, par la section du tendon d'Achille. Il lui restait encore une rétraction assez prononcée de l'extenseur propre du gros orteil; mais, chez lui, le long fléchisseur correspondant n'avait pas complétement cédé, atteint qu'il était sans doute lui-même d'un léger de rétraction, il en était résulté une disposition singulière de l'orteil dont la première phalange était dirigée en avant et en haut, et la seconde en avant et en bas, de sorte qu'elles formaient, en se réunissant, un angle à sinus inférieur.

Le tendon extenseur était assez saillant, le fléchisseur l'était à peine. Cette disposition était certainement moins gênante que les deux précédentes, mais elle entraînait cependant une certaine gêne dans la marche et nécessitait l'usage d'une chaussure spéciale.

Que faire contre de pareilles lésions? quand la rétraction musculaire est bien confirmée, la meilleure et même la seule chose à faire est la section sous-cutanée du tendon rétracté, et l'hésitation n'est pas permise en présence de l'innocuité de cette opération qui est passée dans la pratique chirurgicale.

J'ai eu recours pour ma part, dans le cas que j'ai signalé plus haut, à la section du tendon de l'extenseur propre que j'ai pratiquée par la méthode sous-cutanée à 7 ou 8 millimètres en arrière de l'articulation métatarso-phalangienne, pour éviter de pénétrer dans cette articulation, et en dirigeant le tranchant du ténotome vers l'os, afin de ne pas diviser la peau.

Mais tout n'est pas fini quand on a coupé le tendon du muscle rétracté. Il faut encore employer un appareil qui maintienne l'orteil dans l'extension jusqu'à la complète cicatrisation du tendon; sans cela on s'expose à la récidive. Il suffit, pour remplir ce but, d'un appareil des plus simples. Voici celui que j'ai employé et qui m'a donné un bon résultat. Il consiste en une planchette recouverte de peau de chamois et offrant les dimensions et la forme de la plante du pied, y compris les orteils.

Des lacs également en peau de chamois permettent de la fixer à la jambe.

En avant, entre le premier et le second orteil est pratiquée une fente antéro-postérieure qui laisse passer une lanière en cuir fixée sur la face plantaire de l'attelle et allant d'autre part s'attacher, à l'aide d'un des trous multiples dont elle est percée, à un bouton placé sur le bord interne de l'appareil. Cette lanière maintient ainsi le gros orteil à plat sur la planchette et partant dans l'extension.

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 1er février 1870, — Présidence de M. Denonvilliers.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de la guerre adresse un exemplaire du tome XXIII, 3e série, du *Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaire.*

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une note de M. le docteur Cazenave, membre correspondant à Bordeaux, sur le traitement palliatif et sans emploi de sondes des difficultés d'uriner, et des rétentions d'urines occasionnées par des rétrécissements de l'urètre ou des hypertrophies de la prostate (M. Verneuil, rapporteur).

2° Une note de M. le docteur Demeaux, de Puy-l'Évêque, sur un nouveau traitement local des maladies des gencives. (Commission des remèdes nouveaux.)

3° Une lettre de M. Mégnin, vétérinaire au 3e lanciers, contenant quelques nouveaux renseignements sur les acariens psoriques, notamment sur les sarcoptes notoèdres,

4° Des lettres de remercîements adressées par MM. les docteurs Bernier (d'Archide), Chauvel, médecin major au Val-de-Grâce, et Amable Dubois (de Vichy).

M. Bouchardat, à propos du procès-verbal, dépose sur le bureau une note dans laquelle il rappelle que les formules de potion phosphorée, citées par M. Marotte dans la dernière séance, avaient été données d'abord par M. Soubeyran et appliquées dans le service de M. Martin Solon, sous la surveillance de M. Grisolle, alors in-

terne de ce médecin. Elles n'y avaient causé aucun accident, mais l'impression de M. Grisolle n'avait pas été favorable. Aussi M. Bouchardat, après en avoir souvent conféré avec son collègue, en était-il venu à se dire : *Il faut supprimer ce dangereux agent de la thérapeutique.*

Les observations de guérison d'ataxie locomotrice progressive, etc., qui parurent récemment sous des noms recommandables l'empêchèrent seules de remplacer par une ligne ainsi conçue l'article PHOSPHORE de son formulaire; mais s'il le conserva, ce fut en abaissant de moitié les doses et en faisant bien remarquer que le phosphore est un poison violent. Dans l'édition de 1870, il fixe la dose de 1 à 10 milligrammes; il donnerait aujourd'hui la préférence à la forme de capsules contenant rigoureusement 1 milligramme de phosphore dissous dans l'huile.

M. TARDIEU offre en hommage : 1° au nom de M. le docteur Linas, un exemplaire de l'article *Lucidité*, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*; 2° une Étude médico-légale sur la pendaison, la strangulation et la suffocation.

M. BROCA présente : 1° au nom de M. le docteur de Belena, de l'université de Heidelberg, un travail manuscrit sur la transformation du sang de fibrine, ainsi qu'un appareil destiné à pratiquer cette opération.

Au moyen de cet appareil, le sang de fibrine par le battage au sortir de la veine est injecté dans le système circulatoire de l'opéré à l'aide de la pression de l'air, qui remplace le piston des autres appareils. Toutes les précautions sont prises pour que l'air ne pénètre pas dans le système nerveux. (Commission : MM. Béclard et Broca.)

M. BROCA présente, en outre, au nom de M. le docteur Magitot, un *Mémoire sur l'anatomie comparée du système dentaire de l'homme et des singes anthropomorphes.*

Dans ce travail, l'auteur établit, contrairement à ce qui a été longtemps généralement enseigné, que l'évolution dentaire, c'est-à-dire l'ordre d'éruption des dents, est identiquement la même chez l'homme et plusieurs espèces de singes.

M. CHEVALIER offre en hommage le tome V du *Journal de chimie médicale, de pharmacie et de toxicologie.*

M. LARREY dépose sur le bureau une brochure *sur le bras artificiel agricole*, par M. Gripouilleau, médecin à Mont-Louis (Indre-et-Loire).

Discussion sur la mortalité des nourrissons.

M. BRIQUET. Je viens rectifier une erreur de calcul qui m'est échappée. J'avais à tort additionné deux chiffres dont il fallait prendre la moyenne. La mortalité générale des enfants qui naissent à Paris est moins forte que je ne pensais.

M. DEVILLIERS. On a beaucoup critiqué le travail de la commission : on l'a trouvé trop court; on lui a reproché de n'être pas entré dans toutes les considérations d'un ordre supérieur, que quelques-uns de nos collègues ont développées à cette tribune, Il aurait sans doute été facile d'aller encore plus loin dans cette voie; mais il faut bien reconnaître que l'Académie doit, sans viser si haut, s'attacher plus particulièrement et de plus près au programme qui lui a été pour ainsi dire tracé par le ministre. Eh bien, je ne vois que le travail de la commission qui ait proposé des mesures directement applicables.

Ce travail, du reste, a été préparé par de longues et consciencieuses recherches. Nous nous sommes entourés de toutes les informations possibles, et aujourd'hui je vais profiter des documents que me fournit la suite de ces recherches pour faire une incursion dans un pays voisin.

Grâce à l'obligeance des docteurs Shrimpton et Byrgrave, j'ai pu obtenir des renseignements savants de deux médecins distingués de Londres, du docteur Letheby, très-connu par ses travaux statistiques, et du docteur Lankester, qui exerce depuis longtemps les fonctions de coroner pour le district central de Middlessex, dont la ville de Londres fait partie.

En Angleterre, les mères, autant que possible, nourrissent elles-mêmes leurs enfants, du moins dans les classes aisées, et quand elles ne peuvent pas nourrir elles-mêmes, elles préfèrent le biberon au sein mercenaire.

Seules, quelques dames de la plus haute société prennent des nourrices, et celles-ci, appartenant aux plus basses classes du peuple, leur sont fournies, en général, soit par l'hôpital d'accouchements (*Lying-in-hospital*), soit par les workouses, où les femmes vont aussi accoucher, soit par les médecins eux-mêmes, qui les recommandent. Il n'existe ni bureaux de nourrices, ni règlements, ni ordonnances spéciales.

Les enfants élevés au biberon sont nourris d'abord avec un mélange de deux parties de lait avec une partie d'eau légèrement sucrée. Plus tard, on y ajoute des farineux, et enfin une sorte de soupe appelée *pap*, faite de biscuit passé au four, réduit en poudre et délayé avec du lait sucré.

Les femmes qui se placent comme nourrices confient leurs enfants à de vieilles femmes qui en élèvent à la fois trois ou quatre à raison de 2 ou 3 shillings par semaine et par tête, avec des farineux mêlés de lait et d'eau.

La mortalité parmi les enfants élevés ainsi est énorme, tandis qu'au contraire la moyenne générale des décès d'enfants s'élève de 0 à 1 ou n'est, suivant le docteur Letheby, que de 17,24 p. 100 à Londres même, et de 15,95 p. 100 en Angleterre (Londres compris), chiffres plus faibles que ceux qui leur correspondent à Paris et en France.

En outre de ces vieilles femmes qui se chargent de nourrissons, il existe des établissements, distincts des workhouses comme des hôpitaux, où les femmes du peuple, après y avoir accouché, laissent leurs enfants au soin d'autres femmes. Là encore la mortalité est considérable, et les enquêtes sur ces décès démontrent qu'ils sont causés plutôt par une quantité surabondante d'aliments indigestes, que par insuffisance de nutrition.

En ce qui touche les enfants morts-nés, les statistiques du docteur Lankester indiquent une proportion vraiment considérable; ils constituent le cinquième des naissances dans le comté de Middlessex, c'est-à-dire à Londres et dans sa banlieue. Il faut ajouter que la plupart ont été trouvés dans les rues présentant toutes les apparences d'enfants détruits intentionnellement. Les corps n'avaient pas été lavés, le cordon ombilical n'était pas lié, etc. Le chiffre des enfants que l'on peut supposer avoir été tués par leurs mères s'élève annuellement à 27,000 environ pour l'Angleterre.

Des documents dont je viens de vous exposer les points principaux, on peut tirer, je crois, certains enseignements.

Il faut attribuer, je pense, le peu d'élévation du chiffre de la mortalité en Angleterre, en bonne part à l'usage général de l'allaitement maternel dans les classes riches et moyennes de la société.

Il est évident, en effet, que ce sont les classes nécessiteuses qui, selon l'expression des auteurs eux-mêmes, fournissent un contingent énorme à cette mortalité, et cela parce que, dans ces classes, l'allaitement artificiel et surtout l'alimentation prématurée sont presque les seules en usage.

LECTURE

M. JOLY, par l'intermédiaire de M. Béclard, fait connaître à l'Académie un remarquable fragment d'un livre non encore publié. Dans ce chapitre de philosophie médicale, l'honorable académicien expose, avec une grande finesse d'analyse et un charme de style incontestable, la théorie de l'habitude dans l'être humain et de son rôle dans la vie extérieure et sociale, dans la vie intime des sens, dans celle plus intime encore des organes intérieurs : estomac, cœur, cerveau, etc., et enfin son objet, son utilité et ses dangers dans la vie intellectuelle et morale : « Nous sentons par habitude, nous agissons par habitude, nous pensons par habitude, » tel est le résumé des idées de l'auteur, et il prouve, par une foule d'exemples très-bien choisis, qu'en effet, tous nos sens et tous nos organes ont besoin d'être perfectionnés par une éducation qui est au fond une habitude.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 19 novembre 1869. — Présidence de M. LAGNEAU.

CORRESPONDANCE

La correspondance imprimée comprend : le *Marseille médical*, 6e année, n° 10, 20 octobre 1869.

La correspondance manuscrite comprend deux lettres, l'une de M. le docteur Delpeuch, l'autre de M. le docteur Tissier, qui remercient la Société de l'honneur qu'elle leur a fait en les nommant membres titulaires.

LECTURE

Avortement provoqué. — M. CHARRIER. L'observation que je vais lire est relative à un cas *d'avortement provoqué* chez une femme enceinte de deux mois, affectée de vomissements incoercibles depuis quarante-sept jours, et qui mettaient sa vie dans un péril tel que la mort était imminente.

Je fus appelé le 6 octobre dernier, à dix heures du soir, pour aller voir une jeune femme qui, disait-on, était en danger de mort par suite de vomissements incoercibles survenus pendant la grossesse. M. le docteur Lemaire m'avait convoqué pour avoir mon avis. Il ne put pas se rendre ce soir là à la consultation, et ce ne fut que le lendemain matin, à onze heures, que nous nous rencontrâmes. Voici ce que j'appris. La jeune femme qu'il soignait, Mme G..., était mariée depuis le mois de mai dernier, elle a 22 ans et n'a jamais été malade qu'à l'âge de 8 ans, elle dit qu'elle a eu une fièvre, mais n'en peut dire davantage. Depuis elle n'a jamais été même indisposée. Le 1er août 1869, elle a eu sa dernière époque, depuis elle n'a plus rien vu, la conception a dû avoir lieu du 10 au 20 du même mois; dès le 25 elle vomissait de 8 à 10 fois par jour et rejetait tous ses aliments; elle gardait quelquefois une heure ou deux son déjeuner, mais dès le 1er septembre, elle ne toléra plus rien. Dès qu'elle ingérait quoique ce fût, au bout de dix minutes au plus elle rejettait même de l'eau pure; ces vomissements finissaient toujours par quelques gorgées de bile verte ou jaune. M. le docteur Lemaire lui prescrivit tout ce que l'on peut prescrire en pareil cas: opium, belladone, antispasmodiques, glace, champagne frappé, vésicatoire à l'épigastre que l'on pansa avec de la morphine, rien ne fit, il n'y eut aucun amendement, on appela alors M. le docteur Brossard qui tenta d'autres moyens, entre autres la pepsine, qui n'eurent pas plus d'effets, on rappela M. le docteur Lemaire qui essaya encore quelques médicaments qui furent inutiles, alors il m'appela le 6 octobre au soir. Voici l'état de la malade : la malade est très-pâle, le teint terreux, les yeux excavés brillants, très-amaigrie, les lèvres sont rouge vif, la langue blanche, les dents couvertes de fuliginosités, l'haleine est fétide, acide. Le ventre est endolori par les efforts de vomissement. Elle a vomi 36 fois depuis 12 heures, elle vomit toujours de la bile, quelques fois à la fin un peu de sang. Après elle tombe épuisée, inondée de sueurs froides, elle peut à peine se retourner dans son lit et se mettre à demi sur son séant, sans tomber dans un état syncopal. Le pouls est très-faible, très-rapide, très-dépressible, battant de 140 à 150 fois par minute.

L'état me semble très-grave, mais je veux encore tenter quelque chose et comme M. Lemaire ne peut venir, je prescris de la glace sur le creux de l'estomac, du champagne frappé, et je fais sur le col utérin une onction avec 10 centigrammes d'extrait de belladone. La nuit est meilleure, de 5 à 6 vomissements seulement. A onze heures le matin, nous nous trouvons avec M. Lemaire au chevet de Mme G.., comme la nuit a été meilleure, que les vomissements ont été moindres, je propose, malgré les prières du mari et de la malade d'attendre encore trois ou quatre jours. Peut-être la belladone continuée en onctions, sur le col et entre les lèvres de l'orifice externe, calmera-t-elle les vomissements. Nouvelle onction à onze heures du matin. La journée est assez bonne, 8 à 10 vomissements seulement; mais la nuit du vendredi au samedi est déplorable de 25 à 30 vomissements. L'anxiété augmente, la faiblesse s'accentue davantage, et dans la nuit du samedi au dimanche matin 46 vomissements ont lieu; son mari et une garde qui ne la quittent pas tiennent note de tout ce qui arrive. L'état syncopal est presque continuel, et le dimanche matin à 10 heures, le pouls est presque imperceptible à la radiale. Du cognac glacé est rejeté, nous nous décidons alors en présence d'un état aussi grave à provoquer l'avortement. Pour nous, il est bien clair que la vie ne peut se prolonger bien longtemps encore, et qu'il faut agir au plus vite. En conséquence, ce jour même, dimanche 10 octobre, j'applique le spéculum de Cusco. L'orifice est très-peu ouvert; cependant je peux y introduire une bougie emplastique de petit volume. Le soir, M. Lemaire introduit un petit cône d'éponge préparée. Le lendemain matin, lundi 11, à dix heures, je retire l'éponge préparée, et j'introduis une sonde en caoutchouc, selon le modèle de Tarnier, et je dilate avec de l'eau tiède. L'appareil reste en place jusqu'à six heures soir, heure à laquelle il éclate. M. Lemaire introduit un morceau d'éponge. La nuit se passe, ainsi que le jour, avec des vomissements incessants. La malade s'affaiblit de plus en plus. Quelques douleurs utérines se sont fait sentir.

12 octobre. Le mardi matin, je replace un tube que je dilate avec l'eau tiède. Les douleurs deviennent assez fréquentes; les vomissements continuent, et dans la nuit, il y en a un grand nombre, évalué à 25 ou 30. L'appareil tombe de lui-même, encore gonflé, ce qui prouve que la dilatation est assez considérable.

Le 13 octobre, mercredi, à dix heures, je constate en effet une dilatation assez grande. Le col est presque entièrement effacé, et l'on sent l'œuf qui tend à s'engager dans l'orifice interne. Les douleurs se succèdent. J'ordonne un grand bain, qui est donné. Les douleurs se suspendent trois heures, de une heure à quatre heures, temps qui est employé par la malade à dormir, ce qu'elle n'avait pas fait depuis quatorze à quinze jours. Puis les douleurs reprennent vives, se succédant régulièrement, et à trois heures du matin les membranes se rompent. On lui donne un peu de vin sucré glacé, qu'elle rejette à trois heures et quart. Les douleurs deviennent tout à fait expulsives, et à trois heures et demie, l'œuf entier est rendu, placenta et embryon.

Peu de sang s'écoule. A quatre heures et quart, on lui donne du vin sucré glacé qu'elle conserve, et depuis, elle n'a plus vomi. La convalescence a été rapide. La malade s'est levée le 4 novembre, pour la première fois, et aujourd'hui elle a repris complétement sa vie habituelle.

Au bout de douze heures, après la fausse couche, le pouls, de 150, tomba à 110, et vingt-quatre heures après, le pouls était à 84. C'était vraiment une fièvre d'inanition. Pendant les vingt-quatre premières heures, elle prit quatre potages gras, un tapioca, et à deux reprises différentes, un peu de vin sucré avec du pain. Non-seulement les vomissements, mais l'état nauséeux disparurent immédiatement avec l'issue de l'œuf.

Messieurs, cette dilatation avec le caoutchouc est vraiment le moyen le plus sûr et le plus efficace pour provoquer l'avortement; puis la dilatation par l'eau se rapproche davantage du procédé de dilatation qu'emploie la nature dans le travail de l'accouchement; c'est une nouvelle poche amniotique qui dilate et le col et les parties molles, et je me suis souvent demandé si, dans les cas de primiparité, alors que les parties molles de la mère sont extrêmement étroites, il n'y aurait pas avantage, quand la dilatation de l'orifice est à moitié faite, de dilater le vagin avec la vessie en caoutchouc. Ce serait du temps gagné et des douleurs de moins. Au reste, je me propose de mettre à exécution cette idée, qui supprimerait ainsi la dernière partie du travail, qui est si pénible chez les primipares.

M. GROS. L'observation de M. Charrier est des plus intéressantes. Elle m'en rappelle une autre que j'ai publiée, il y a quelques années, dans le *Bulletin de thérapeutique*. Il s'agissait également de vomissements incoercibles de la grossesse. Le danger était aussi imminent que chez la malade dont nous a parlé notre honorable collègue, et je me disposais à pratiquer l'avortement, quand notre regretté ex-président, M. Debout, mandé pour donner son avis, conseilla d'essayer préalablement la pepsine.

Les vomissements duraient depuis quatre mois. La femme était arrivée au dernier degré du marasme et de la fièvre d'inanition. Suivant l'avis de M. Debout, je fis prendre immédiatement, avant chacun des deux principaux repas, une dose de 50 centigrammes de pepsine. Les aliments furent digérés. Le lendemain, je prescrivis une dose double du médicament, 1 gramme de pepsine avant chaque repas : les vomissements s'arrêtèrent, et grâce à cette médication, la guérison ne tarda pas à être complète, la grossesse continuant son cours naturel.

Ce n'est pas seulement dans des cas analogues que la pepsine est appelée à rendre d'aussi réels services. Je l'ai employée avec un égal succès chez un enfant qui, dès après sa naissance, avait été pris de vomissements incessants tels que son estomac ne pouvait rien conserver. Ces vomissements, coïncidant avec de la constipation, je crus d'abord à une imperforation ou tout au moins à une obstruction intestinale. Cependant, du sirop de chicorée administré ayant amené des évacuations, je ne pouvais plus m'arrêter à cette idée. Je ne savais plus à quelle cause rattacher des accidents qui menaçaient immédiatement la vie. Je donnai donc la pepsine. Sous son influence, les vomissements cessèrent, et l'enfant s'alimenta désormais régulièrement.

M. DUROZIEZ. Je rappellerai que pour combattre les vomissements incoercibles de la grossesse, les médecins anglais ont beaucoup vanté *l'oxalate de cérium*, mais, qu'en définitive, ce médicament est loin d'avoir l'efficacité qu'on prétendait lui attribuer.

PRÉSENTATION

Dent anormale. — M. ANTONIN MARTIN. Je fais passer sous vos yeux une *dent anormale*, que j'ai arrachée, il y a quelques jours, à un soldat du 1er régiment du train des équipages, le nommé B..., âgé de 23 ans, originaire de la Savoie. Cette dent était implantée en arrière de l'incisive médiane droite. Son apparition daterait de trois à quatre mois, au dire de ce soldat, qui a d'ailleurs toutes ses autres dents parfaitement saines. Elle le gênait beaucoup dans l'acte de la mastication. Son extraction fut suivie, pendant deux ou trois jours, de douleurs assez vives.

J'ajouterai que B... est parfaitement conformé, du reste, et qu'il ne présente aucune anomalie dans aucune autre partie du corps.

(A suivre.)

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

A PARIS.

Un concours public pour la nomination à deux places de médecin du Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices de Paris, commencera le vendredi 25 février 1870, à quatre heures, au chef-lieu de l'administration, avenue Victoria, 3, à Paris, où les candidats devront se faire inscrire.

Le registre d'inscription restera ouvert tous les jours non fériés, de dix heures à quatre heures, à partir du lundi 31 janvier, et sera clos le lundi 14 février suivant, à trois heures précises.

L'assemblée générale annuelle de l'Association des médecins du département de la Seine a eu lieu dimanche 30 janvier, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Barth, vice-président, le président, M. Nélaton, étant absent. M le secrétaire général Louis Orfila a donné lecture du compte rendu de l'année 1869. M. Perdrix, secrétaire général honoraire, a lu une petite notice sur Dupuytren. L'assemblée a été appelée ensuite à voter pour l'élection du président et de deux vice-présidents. La séance a été terminée par le tirage au sort des membres qui devront faire partie de la commission générale pour l'année 1870.

Tableau du mouvement de la Caisse pendant l'exercice 1869.

RECETTES

Fonds de secours 29,537 25	Rente 3 0/0	16,316	25
	Cotisations (portion du fonds de secours) et dons spéciaux	13,221	»
Fonds de réserve (1) 36,519 55	Admissions et cotisations (portion du fonds de réserve)	7 097	»
	Dons et legs	28,310	55
	Reliquat de l'année 1869	1,112	»
	Total	66,056	80

DÉPENSES ET EMPLOI

Secours à sept sociétaires et à 26 veuves ou enfants de sociétaires	21,620	»
Secours à 25 personnes étrangères à l'Association	4,830	»
Recouvrement des cotisations	400	»
Frais d'impression	628	05
Port des imprimés, timbres-poste, dépenses diverses	680	90
Droits de mutation	310	50
Achat de 1526 fr. de rente 3 0/0	36,500	15
Total	64,969	60

BALANCE

Recettes	66,056	80
Dépenses	64,969	60
Reste	1,087	20

Voici les noms des donateurs, d'après le relevé dressé par le trésorier.

LEGS

MM. Perraudin, 2,000 fr. — Meurdefroy, 540 fr. — Portallier, 18,000 fr.

DONS

MM. T. Duclos, 1,000 fr. — Tessereau, 400 fr. — Axenfeld, 500 fr. — Bourse, 500 fr. — Shcloss, 460 fr. — Mme veuve Oudet, 480 fr. — Un anonyme, 40 fr. 55 c. — MM. V. Masson et fils, 50 fr. — Vautier, 20 fr. — Mme veuve Robert, 20 fr. — MM. Desruelles, 30 fr. — Thibierge, 240 fr. — Asselin, 50 fr. — Mme veuve Marjolin, 50 fr. — MM. Moissenet, 100 fr. — Delmas, 500 fr. — Mme veuve Blandin, 50 fr. — MM. Labric, 50 fr. — Ad. Richard, 40 fr. — Boisnet, 400 fr. — Nélaton, 1,500 fr. — Lacroix, 1,000 fr. — La Société médicale d'émulation, 100 fr. — MM. Souquet, 100 fr. — Barth, 100 fr. — Mmes veuve Vosseur, 20 fr. — veuve Bourgeois, 100 fr. — MM. Léon Labbé, 50 fr. — Aubrun père, 400 fr. — G. Marjolin, 100 fr. — M. et Mme Cazenave-Fouquier, 20 fr. — Mmes veuve Martin-Solon, 20 fr. — Thibaud (née Martin-Solon), 20 fr. — MM. Labarraque, 500 fr. — H. Rogen, 120 fr.

(1) *Article 20 des statuts.* Le fonds de réserve se compose : 1° de la portion des cotisations qui lui est afferlée par l'article 17 des statuts; 2° des rétributions d'admission; 3° des dons; 4 du reliquat du fonds de dépenses annuelles et de secours resté sans emploi à la fin de l'année.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Notre honoré confrère le docteur Zani, vice-directeur de l'hôpital de Bologne, vient d'être nommé chevalier de la Couronne d'Italie.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 4 février 1870, à l'Hôtel-de-Ville, à trois heures et demie très-précises.

Ordre du jour : 1° Communication de M. Duroziez, suite de la discussion sur la pleurésie purulente.

2° Expulsion spontanée d'un myôme utérin, par M. Jules Worms.

— L'établissement d'hydrothérapie d'Auxerre est à vendre, par suite de la mort du docteur Fontaine, directeur de cet établissement. S'adresser à Mme veuve Fontaine, à Auxerre.

Le directeur, Dr E. Le Sourd

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 15. — SAMEDI 5 FÉVRIER 1870. 43e ANNÉE. SAMEDI 5 FÉVRIER 1870. — N° 15.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Maladies régnantes.

MORTALITÉ GÉNÉRALE DANS LES HÔPITAUX DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1869.

Le rapport de la commission des maladies régnantes, fait par M. Besnier à la Société médicale des hôpitaux, le 28 janvier dernier, pour les mois de novembre et décembre 1869, comprend des tableaux comparatifs de la mortalité générale et de la mortalité par les diverses maladies régnantes, pour les douze mois de l'année, et pour l'année 1869 entière et les trois années précédentes 1866, 1867 et 1868. Il nous a paru intéressant de mettre les principaux résultats de ces tableaux sous les yeux de nos lecteurs, avant d'exposer le mouvement pathologique et les principaux caractères des maladies observées plus spécialement pendant les deux derniers mois de l'année 1869.

M. Besnier a dressé un tableau comparatif indiquant pour les années 1866, 67, 68 et 69, les principales affections de nature à être influencées par la constitution régnante, observées dans les hôpitaux de Paris, le mouvement annuel, le chiffre des décès, leur proportion centésimale annuelle, la mortalité totale des quatre années, la moyenne annuelle et la proportion centésimale.

Voici les principaux résultats qui ressortent de ce tableau :

Les maladies par ordre de fréquence, pour les quatre années, se classent ainsi : 1° phthisie (22,778) ; 2° bronchites (18,130) ; 3° affections rhumatismales (11,878) ; 4° pneumonies (8,580) ; 5° fièvre typhoïde (6,618) ; 6° varioles (6,378) ; 7° pleurésies (4,769) ; 8° érysipèle (3,127) ; 9° diarrhées (3,020) ; 10° angines (2,373) ; 11° rougeole (2,159) ; 12° entérites (1,942) ; 13° ictères (1,327) ; 14° croup (1,083) ; 15° grippe (987) ; 16° laryngite (631) ; 17° scarlatine (618) ; 18° dysentérie (561) ; 19° coqueluche (504).

Les maladies par ordre de mortalité absolue se classent ainsi : phthisie pulmonaire, pneumonies, fièvre typhoïde, bronchites, croup, entérites, érysipèle, variole, rougeole, pleurésies, diarrhées, angines, scarlatine, affections rhumatismales, ictères, coqueluche, dysentérie, laryngite, grippe.

Enfin le classement, par ordre de mortalité relative, donne l'ordre qui suit :

1° Croup (66,28 p. 100) ; 2° phthisie (50,27 p. 100) ; 3° pneumonie (33,47 p. 100) ; 4° entérites (31,92 p. 100) ; 5° Fièvre typhoïde (21,02 p. 100) ; 6° rougeole (16,29 p. 100) ; 7° scarlatine (15,02 p. 100) ; 8° coqueluche (14,90 p. 100) ; 9° érysipèle (14,47 p. 100) ; 10° dysentérie (11,18 p. 100) ; 11° variole 11,02 p. 100) ; 12° ictères (10,40 p. 100) ; 13° diarrhée (9,65 p. 100) ; 14° pleurésies (9,11 p. 100) ; 15° laryngites (5,82 p. 100) ; 16° angines (5,14 p. 100) ; 17° bronchites (4,60 p. 100) ; 18° affections rhumatismales (1,39 p. 100) ; 19° grippe (0,55 p. 100).

Nous ferons, en passant, quelques remarques sur quelques-uns de ces chiffres, qui ne peuvent donner manifestement qu'une partie de la vérité. Quand nous voyons, par exemple, la phthisie placée au second rang pour la mortalité relative, et ne donner que 50,27 p. 100, tandis que le croup donne 66,28, il est clair qu'il y a là une erreur, et que le chiffre de 50 p. 100 ne représente pas la mortalité réelle de la phthisie. Cela tient évidemment à ce que les malades entrés dans les hôpitaux pour la phthisie, ou qui en sont atteints intercurremment durant leur séjour, n'y restent pas tous jusqu'à l'issue fatale de la maladie, et qu'un certain nombre d'entre eux rentrent dans leur famille pour y mourir, ou ne reparaissent que beaucoup plus tard dans les hôpitaux, et après avoir figuré dans la colonne des sortis guéris ou améliorés. D'un autre côté, on ne saurait corriger cette cause d'erreur dans la statistique par les relevés de la mortalité de la ville, qui ne donnent que les chiffres absolus et non la mortalité relative. On ne peut donc que se résigner à cet égard à une erreur inévitable, qui ne pourra jamais être corrigée qu'approximativement. Nous n'insisterons pas en ce moment sur une autre cause de confusion et d'erreur, provenant du nombre toujours inconnu des phthisies qui passent sous le nom de bronchites, cause d'erreur si souvent signalée ici et ailleurs, sur laquelle M. Besnier ne manque jamais d'insister, avec raison, dans ses rapports, et qu'il serait cependant si désirable de voir cesser.

Le tableau comparatif indiquant pour chacun des mois de l'année 1869, la mortalité causée dans les hôpitaux et hospices civils de Paris par les principales affections internes susceptibles d'être influencées par la constitution régnante, ne montre que d'assez faibles oscillations pour les maladies principales qui ont régné épidémiquement pendant toute l'année, telles que la fièvre typhoïde et la variole.

En effet, nous trouvons pour la fièvre typhoïde une moyenne de 20 décès par mois environ de janvier en août, le maximum étant de 35, le minimum de 12. Mais à dater de septembre le chiffre s'est élevé notablement et l'on trouve pour septembre 42 décès, pour octobre 55, pour novembre 70 et pour décembre 42.

Pour la variole la mortalité a présenté encore moins d'écart, elle a oscillé entre 20 et 25 pendant les six premiers mois, puis elle a baissé un peu en juillet, août, septembre et octobre où elle s'est maintenue entre 11 et 17, pour s'élever assez brusquement à 34 en novembre et à 47 en octobre.

Les affections de la poitrine, phthisie, pneumonies, bronchites, ont présenté cette année ceci de particulier, pour la pneumonie, du moins, c'est que la mortalité s'est maintenue pendant tout le cours de l'année, non pas d'une manière égale sans doute, mais avec des différences beaucoup moindres que celles que l'on constate annuellement entre la période hivernale et la période estivale. Ainsi, tandis que nous trouvons, pour les 5 premiers mois, janvier, février, mars, avril et mai, 53, 85, 84, 79, 71, nous trouvons pour les mois de juin, juillet, août et septembre, les chiffres, moindres sans doute, mais encore assez élevés, de 63, 55, 40 et 50 ; puis ce chiffre s'élève de nouveau pour les trois derniers mois, 51, 75, 58. Les bronchites ont suivi à peu près les mêmes proportions. Quant aux pleurésies, elles n'ont paru recevoir des différences de température et des saisons aucune influence sensible ; elles se sont à peu près également réparties, dans tous les mois, entre le chiffre minimum 3 et le chiffre maximum 18, oscillant plus particulièrement entre les chiffres 9 et 14.

Pour la phthisie, le chiffre le plus élevé correspond au mois de mai, 298, et le chiffre minimum au mois de septembre, 194. Pour tous les autres mois, il oscille entre 227 et 294.

Viennent ensuite, dans l'ordre de fréquence, les entérites et les diarrhées (maladies assez mal déterminées d'ailleurs, et dont la dénomination même laisse beaucoup de doute sur leur origine et leur nature véritable). Inversement à ce qui a lieu pour les maladies précédentes, et conformément, du reste, au mouvement pathologique habituel, elles se sont montrées, les diarrhées notamment, un peu plus élevées en nombre en juillet, août et septembre que dans le reste de l'année. Ainsi, tandis que nous trouvons les chiffres de 8, 4, 6, 3, 4 en février, mars, avril, mai et octobre, nous trouvons, 10, 16, 12 en juillet, août et septembre.

En résumé, la mortalité générale comparée des hôpitaux et hospices civils de Paris donne pour chaque mois de l'année les chiffres suivants : janvier, 1,276 ; février, 1,147 ; mars, 1,316 ; avril, 1,243 ; mai, 1,085 ; juin, 1,022 ; juillet, 963 ; août, 1,003 ; septembre, 950 ; octobre, 987 ; novembre, 1,176 ; décembre, 1,099. D'où l'on voit, en définitive, la répartition à peu près normale de la mortalité annuelle à Paris, ayant son maximum en mars, c'est-à-dire à la fin de la période hivernale, et son minimum en septembre, à la fin de la période estivale. Le total général est de 13,167, chiffre presque égal à celui de l'année 1868, qui a été de 13,052.

Dans la revue prochaine, nous examinerons les faits les plus intéressants qui ressortent du rapport pour la fin de l'année 1869.

Kyste séro-purulent pédiculé de la marge de l'anus.

Un homme de 35 ans, fort et bien constitué, s'est présenté dernièrement à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Gosselin, avec une tumeur située au côté droit de la marge de l'anus, tumeur qu'il porte depuis plusieurs années, et qu'à cause de son siége, il croit être une hémorrhoïde. Mais la tumeur est solitaire et beaucoup plus volumineuse que ne le sont les hémorroïdes externes, même enflammées. D'ailleurs, il n'y a là ni la tension élastique, ni la coloration rouge et violacée, ni la sensibilité à la pression que présentent les hémorroïdes externes enflammées. Le volume est celui d'une grosse noix, la couleur est celle de la peau normale, et si n'était la largeur un peu plus grande du pédicule, la tumeur ressemblerait à ces lipômes pédiculés que l'on observe quelquefois à la face interne de la cuisse. Il y a d'ailleurs une fluctuation plus évidente que celle qu'on observe dans le lipôme. M. Gosselin, pour s'assurer encore mieux de la présence du lipôme, a fait de suite une ponction avec une épingle (acupunction), et a vu s'écouler un liquide séro-purulent. L'opération, faite le 29 janvier, a consisté en deux incisions semi-elliptiques, suivies d'une dissection de la peau et de l'ablation. La tumeur a été ouverte pendant l'opération, et a donné issue à tout son contenu séro-purulent, sans mélange de matière sébacée. Le kyste avait une enveloppe mince et présentait à l'intérieur une surface lisse.

Les bords de la plaie, qui se trouvaient tout naturellement accolés au fond de la rainure interfessière, n'ont été réunis par aucune suture ; on a seulement appliqué, le jour de l'opération et les jours suivants, un tampon de charpie imbibé d'alcool.

Quant à l'origine de ce kyste, dont le siége est si insolite, il faut la chercher dans les glandules de la région. Or, il n'est pas probable, puisque le contenu n'était pas graisseux, qu'il s'agissait d'un kyste sébacé ; dès lors, l'origine la plus vraisemblable est qu'il s'agissait d'un kyste développé aux dépens d'une glande sudoripare, et que la poche est devenue, à un certain moment, le siége d'une inflammation suppurative, dont le produit, ajouté au liquide primitif, a donné cette matière séro-purulente qu'on a vu s'écouler à l'ouverture de la poche.

Hystérie. — Insuccès de l'hydrothérapie. Succès du bromure de potassium.

Une femme qui avait fait un séjour assez prolongé à l'hôpital de la Pitié, où elle avait été soumise au traitement hydrothérapique pour une affection hystérique, n'ayant retiré de ce traitement aucune amélioration dans son état, est entrée récemment à la Charité, dans le service de M. le professeur Sée. Bien que l'hydrothérapie soit parfaitement indiquée et très-souvent efficace dans l'hystérie, dans cette circonstance elle avait été non-seulement inefficace, mais encore nuisible. On en verra tout à l'heure la raison.

Cette femme avait, depuis un an, une insensibilité complète des membres inférieurs et de la face. Malgré cette analgésie, la marche était restée possible. A la face, indépendamment de l'analgésie, il y avait une paralysie de quelques muscles ; la face présentait, en outre, une injection violacée, qui contrastait avec la pâleur habituelle des hystériques. Cette malade avait la voix stridente, la toux hystérique et de l'oppression ; elle présentait, en un mot, tout l'ensemble des troubles respiratoires propres aux hystériques ; on constatait bien chez elle, il est vrai, un bruit de souffle à la base du cœur, au premier temps, qui semblait indiquer un certain degré de rétrécissement probable de l'orifice aortique, mais il était beaucoup plus naturel de rapporter l'oppression qu'elle éprouvait à l'hystérie, d'autant que, comme on le verra tout à l'heure, cette oppression a disparu avec tous les autres phénomènes hystériques sous l'influence de la médication instituée. Elle avait, enfin, des sueurs partielles et des inégalités de température.

Cet ensemble de phénomènes, qui aurait passé autrefois pour des curiosités, des bizarreries pathologiques, s'explique très-bien aujourd'hui par la connaissance de l'action des nerfs vaso-moteurs, produisant alternativement la contraction et le relâchement des vaisseaux. On s'explique ainsi ces troubles partiels, ces inégalités de température, ces congestions, cyanoses locales, dont on ne pouvait jadis se rendre compte. On s'explique, enfin, par cette complication d'un léger état morbide du centre circulatoire, les mauvais effets de la médication hydrothérapique.

M. Sée a prescrit à cette femme le bromure de potassium, à la dose de 3 à 4 grammes. Après quelques jours d'usage de ce médicament, elle a commencé à se trouver sensiblement mieux : presque tous les troubles nerveux, ainsi que les troubles respiratoires que nous venons d'énumérer, se sont graduellement dissipés ; et au moment où M. Sée entretenait son auditoire de cette malade, on pouvait la considérer comme étant en voie de guérison complète.

Ainsi voilà une malade qui s'était très-mal trouvée du traitement par l'hydrothérapie, et qui, en quelques jours de traitement par le bromure de potassium a été presque complètement rétablie ; nouvelle preuve, pour le dire en passant, de la nécessité de varier la médication, de manière à l'approprier aux indications particulières qui se présentent, en raison de la prédominance de tels ou tels accidents, ou de tels phénomènes locaux, et de ne jamais s'astreindre à la formule banale d'un traitement général arrêté d'avance.

HOTEL-DIEU DE CLERMONT-FERRAND. — M. Fleury.

Introduction d'une épingle dans l'oreille. — Méningite consécutive. — Mort au bout de cinq jours.

(Observation recueillie par M. Raphaël Percepied, interne du service.)

Une jeune fille de vingt-cinq ans, forte et bien constituée, domestique à Clermont, vint consulter M. Fleury le 6 janvier, en lui disant que deux jours auparavant une épingle s'était brisée dans son oreille droite. Ce corps étranger était en acier, et terminé à l'une de ses extrémités par une tête en verre, ce qui expliquait sa fragilité. Elle n'avouait pas alors, mais il était facile de présumer, que de nombreuses tentatives avaient été faites pour l'extraire, par elle d'abord, par le domestique de la maison ensuite, et en dernier lieu par le médecin de ses maîtres. Elles avaient eu un résultat déplorable. La tête s'était brisée, et ses deux extrémités, aussi pointues l'une que l'autre, avaient pénétré dans les parois du conduit auriculaire, où elles s'étaient fortement implantées.

En examinant le conduit auditif au soleil, on apercevait l'épingle qui était dirigée en travers, et dont la partie moyenne s'appuyait sur la membrane du tympan. Pour peu qu'on la touchât avec un stylet, la malade poussait des cris et paraissait en proie aux douleurs les plus vives. Quelle était l'indication à remplir? l'extraire le plus tôt possible.

M. Fleury conseilla à la jeune fille de venir le trouver le lendemain matin à l'Hôtel-Dieu, où il aurait à sa disposition du chloroforme et des instruments convenables.

Lorsque l'anesthésie fut complète, il employa d'abord une pince à dents de souris; mais dès qu'elle toucha le corps étranger, il lui fut impossible de l'ouvrir, les parois du conduit auditif enflammé s'opposaient à l'écartement des branches. Il se servit alors de l'une d'elles comme d'un crochet; mais la petite dent glissait sur l'aiguille. L'opération dut dès lors être ajournée, et, pendant ce temps, il fit construire un petit crochet, ou plutôt une petite tige qui se terminait par une extrémité recourbée à angle droit, qui aurait pu passer derrière l'aiguille, la ramener à l'extérieur, ou la briser à sa partie moyenne : chacune des moitiés aurait ensuite été retirée séparément. Mais, le lendemain, les douleurs de tête étaient très-vives; on ne pouvait donc pas songer de suite à une nouvelle opération. Comme la malade était sans fièvre, et que l'oreille n'était pas douloureuse, on pouvait espérer qu'elles seraient purement névralgiques, et on lui conseilla d'appliquer sur le front des compresses imbibées de chloroforme et de baume tranquille. On n'en obtint aucun effet. La journée fut mauvaise et la nuit qui suivit ne fut pas meilleure.

Le lendemain matin, la céphalalgie n'avait pas perdu de son intensité, mais le pouls était devenu fréquent. Craignant alors une inflammation des membranes du cerveau, M. Fleury prescrivit une application de sangsues derrière les oreilles, que l'on renouvellerait toutes les deux heures. Dans la journée, des vésicatoires furent appliqués aux jambes, et on donna à l'intérieur du calomel à doses fractionnées. A peine les sangsues avaient-elles piqué, que la malade perdit connaissance; la figure se congestionna, la respiration s'accéléra, de la contracture se produisit dans le bras droit, et le soir à six heures elle expirait.

En présence d'un dénoûment aussi funeste, aurait-on dû, comme l'avait conseillé, dit-on, le premier médecin qui avait vu la malade, abandonner le corps étranger dans l'oreille? Non, évidemment, puisque c'était lui qui entraînait la mort. Les tentatives répétées qui avaient été faites ont bien pu augmenter l'inflammation, l'aggraver même ; mais elles étaient incapables de faire mourir la malade.

Sabatier cite l'observation d'un individu qui succomba aux suite d'une méningite provoquée par l'introduction d'une boule de papier qui avait détruit la membrane du tympan, pénétré dans la caisse et amené la carie du rocher.

M. Fleury a vu mourir, dans son service, deux jeunes soldats à la suite d'une otite chronique survenue sans cause appréciable. L'inflammation s'était étendue au rocher, avait gagné la dure-mère et les autres membranes du cerveau.

Il n'y avait donc qu'une seule chose à faire : employer tous les moyens possibles pour retirer l'aiguille. Malgaigne prétend même, qu'en pareille circonstance, on ne doit pas hésiter à dilater le conduit auditif, et, si cela n'est pas possible, à l'inciser et à faire sauter, avec la gouge et le maillet, une partie de sa paroi osseuse pour se frayer une issue convenable.

L'extraction des corps étrangers introduits dans l'oreille serait le plus souvent chose simple et facile, si un médecin était appelé de suite. Une pince à pansements, une pince à griffes, un simple crochet, suffiraient le plus souvent pour cette petite opération. Mais au lieu de cela, qu'arrive-t-il? Le malade, les personnes qui l'entourent, essayent à tour de rôle ; non-seulement elles ne réussissent pas, mais elles aggravent la position en les repoussant dans le fond du conduit auditif. Les uns, imbibés par l'humidité de la membrane muqueuse, se gonflent ou se ramollissent. Les autres, plus aigus, pénètrent dans l'épaisseur des parois et provoquent des accidents inflammatoires qui, une fois développés, comme dans l'exemple que nous avons eu sous les yeux, ne peuvent pas être enrayés.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 28 janvier 1870. — Présidence de M. Bergeron.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Besnier donne lecture du rapport mensuel sur les maladies régnantes.

M. le Président lit une lettre de M. Guyot, par laquelle il exprime le désir que M. Moissenet soit invité par la Société à demander au directeur de l'Assistance que la séparation des varioleux des autres malades cesse enfin d'être illusoire.

M. Guyot rappelle en quelques mots qu'il y a longtemps déjà que les médecins demandent cette mesure à l'administration, et qu'il serait temps de mettre un terme aux désastres qui sont causés tous les jours par cette promiscuité des varioleux avec les autres malades.

M. Vigla fait remarquer, à cette occasion, que les vaccinations se font à l'Hôtel-Dieu très-exactement.

La proposition de M. Guyot est mise aux voix et adoptée.

M. Constantin Paul soumet au jugement de la Société un moyen de pouvoir faire des expériences comparatives sur les différentes vaccinations, moyen qu'il a adopté lui-même au bureau central, où il est chargé depuis six mois des vaccinations. M. Paul fera connaître ultérieurement le résultat de ses expériences.

Discussion sur les maternités.

M. Tarnier, sur l'invitation de M. le président, vient faire connaître lui-même avec quelques détails, le plan qu'il propose pour la construction d'une nouvelle maternité.

Après avoir constaté que les femmes en couches mouraient bien plus à l'hôpital qu'à la ville, M. Tarnier s'est proposé ce but, transporter à l'hôpital les conditions de la ville.

Une autre question intéressante à se poser était celle-ci : y a-t-il plus de danger pour les femmes d'accoucher à Paris que hors Paris? Auquel cas il faudrait alors transporter l'hôpital le plus loin possible du centre de la ville. Les statistiques prouvent que les femmes en couches meurent autant en province qu'à Paris ; 1 sur 180 en province, et 1 sur 181 à Paris (il s'agit ici, bien entendu, de la mortalité de la ville et non de celle de l'hôpital); à la campagne, elles meurent plus vite, parce qu'elles meurent probablement plus souvent d'hémorrhagies que de péritonite; il n'y a donc pas de raisons pour placer la maternité à la campagne; et à Paris, M. Tarnier ne connaît pas de meilleur emplacement que celui de la Maternité actuelle.

Jusqu'ici les femmes en couches ont été réunies dans des salles communes; or, puisqu'il est prouvé que la réunion d'hommes sains est déjà mauvaise, à plus forte raison celle de personnes malades le sera-t-elle. On a bien essayé de faire des chambres séparées, mais ces chambres s'ouvraient toutes sur le même couloir. Ce sont toutes ces raisons réunies qui ont donné à M. Tarnier l'idée du plan suivant :

Un bâtiment unique à deux façades, l'une à l'est l'autre à l'ouest, divisé en compartiments isolés par des cloisons verticales comprenant toute l'épaisseur du bâtiment. L'hôpital serait ainsi coupé par tranches et chacune de ces tranches serait une chambre; pas le moindre couloir, pas de passage, rien en un mot qui fasse communiquer ces chambres entre elles ; et comme façade une ligne droite sans la moindre corniche. Chacune de ces chambres est ainsi une maison à part, absolument comme les maisons des villages accollées les unes à côté des autres, mais sans communication entre elles. Sur l'une des façades : une grande fenêtre, et la porte du côté opposé donnant sous une marquise uniquement destinée à garantir de la pluie, et non pas disposée comme celles de Beaujon ou de Lariboisière. De l'autre côté, la fenêtre reçoit directement le jour et l'air. On sera donc obligé pour aller d'une chambre à l'autre de sortir dehors.

Un seul lit dans chaque chambre. M. Tarnier avait d'abord pensé à en mettre deux, l'un occupé par une femme accouchée, et l'autre par une femme enceinte qui lui aurait servi d'infirmière ; mais la femme enceinte respirerait ainsi un mauvais air, ce qu'il faut éviter. C'est pourquoi M. Tarnier ne veut qu'une seule malade par chambre. Quant à la surveillance, il n'y en aura pas et voilà tout. Les femmes sont-elles donc surveillées chez elles? Il n'y a donc pas de raison pour qu'elles le soient à l'hôpital. Dans chaque chambre : une cheminée chauffée au bois, au charbon ou au gaz ; ceci sera une question à étudier ultérieurement, un robinet d'eau froide et un robinet d'eau chaude; à chaque lit une sonnette.

Cette partie de l'hôpital, qui vient d'être décrite, serait la maternité proprement dite. Le plus loin possible de ce bâtiment, on en ferait construire un autre beaucoup plus petit, construit absolument sur le même modèle et destiné à servir d'infirmerie.

Voyons maintenant l'hôpital en activité.

Les femmes seront accouchées par les sages-femmes. Mais où les accouchera-t-on?

Ici se présentent deux combinaisons : l'une, qui consisterait à accoucher la femme dans sa chambre ; l'autre, à l'accoucher dans une salle spéciale. M. Tarnier préfère cette dernière mesure. A cet effet, se trouvent, au centre du bâtiment, plusieurs pièces qui constituent ce qu'on appelle les services généraux. Parmi ces pièces, s'en trouve une spécialement destinée aux accouchements. L'objection toute naturelle que l'on peut opposer à ce système est celle-ci : à savoir que, dans le transport de cette salle dans sa chambre, la malade peut se refroidir. Pour obvier à cet inconvénient, M. Tarnier propose une sorte de wagon fermé, que l'on puisse entrer dans la salle d'accouchements, et dont le plancher se trouve au même niveau que celui des chambres, de telle sorte qu'on puisse rouler le lit de la malade, directement du waggon dans sa chambre, qui aura été préalablement chauffée. On pourrait ainsi faire accoucher les femmes dans une salle spéciale, sans le moindre inconvénient. Mais dans le cas où ce moyen ne serait pas adopté, on pourrait parfaitement aussi les accoucher dans les chambres, à la condition toutefois d'observer très-scrupuleusement les lois de l'alternance, c'est-à-dire de remettre complétement à neuf chaque chambre qui aura servi ; et pour rendre cette opération aussi simple que possible, voici comment M. Tarnier voudrait que ces chambres fussent construites intérieurement. D'abord, pas de parquet, mais de l'asphalte, que l'on peut nettoyer d'un coup d'arrosoir, et qui a en outre, sur le parquet, cet immense avantage d'être parfaitement uni et de ne pas présenter des coins et des rainures, fort difficiles à approprier. Pour les murs, à la rigueur, il suffirait qu'ils fussent blanchis tout simplement à la chaux ; cependant, M. Tarnier préférerait de beaucoup qu'ils fussent garnis en terre cuite vernie. Cela coûterait évidemment beaucoup plus cher ; mais l'on se demande si l'on a le droit de s'arrêter devant quelques milliers de francs de plus ou de moins quand il s'agit de la vie de plus de 400 femmes par an, à Paris seulement. Les chambres étant ainsi construites, il suffirait, pour les nettoyer à fond, d'y faire entrer un infirmier muni d'une pompe à eau; en 15 ou 20 minutes, cela serait fait.

En fait de mobilier, M. Tarnier ne veut pas de bois de lit, mais bien un simple carré en fer que l'on puisse et que l'on devra immerger complément dans l'eau chaque fois qu'il aura servi à un accouchement.

Comme paillasse, il veut une simple botte de paille que l'on brûlera après. Quant au matelas, il devra être décousu ; la toile sera lavée; on lessivera le crin, que l'on fera sécher après. Quant à la laine, elle peut se laver ou même se supprimer.

En agissant ainsi, on ne garderait donc plus rien de ce qui aurait servi.

M. Tarnier arrive ensuite à l'étude du personnel : Il y aura, comme nous l'avons dit, deux bâtiments : l'un pour les valides, l'autre pour les malades. Or, M. Tarnier tiendrait essentiellement à ce qu'il y eût deux personnels distincts, un pour chaque bâtiment, et surtout à ce qu'il n'y eût aucun rapport ni aucune promiscuité entre ces deux personnels. A cet effet, il ferait élever, non pas un mur qui s'opposerait au passage de l'air, mais une forte et grande grille qui rendrait complétement impossible toute communication entre les deux bâtiments.

Chaque personnel se composerait, comme maintenant, d'un médecin ou chirurgien, chef du service, d'une sage-femme, d'internes et de surveillantes et infirmières. Dès qu'une femme occupant la maternité, serait malade, on la transporterait dans l'infirmerie, et elle n'aurait plus alors aucun rapport avec les personnes qui l'auraient vue jusqu'à ce moment.

En terminant, M. Tarnier affirme qu'il est absolument convaincu que tout le mal ne vient que de la promiscuité des femmes en couches dans une même salle, mélange déplorable au point de vue physique comme au point de vue moral, et qu'il est intimement persuadé que l'organisation qu'il propose donnerait de forts bons résultats. Or, en admettant qu'elle soit adoptée pour les maternités, il ne doute pas, devant les bons résultats qu'il est certain d'obtenir, que les chirurgiens ne s'empressent d'imiter cet exemple pour leur salles d'opérés, et l'on arriverait ainsi certainement, selon lui, à diminuer de beaucoup cette immense mortalité qui décime les malheureux malades.

M. le Président adresse des remerciments à M. Tarnier pour son intéressante communication, et il ne doute pas qu'elle ne donne lieu à une discussion sérieuse de la part de la Société. En conséquence, il propose à la Société de se réunir tous les huit jours. Cette proposition, mise aux voix, est adoptée.

Il y aura donc séance vendredi prochain.

La séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION

Séance du 22 novembre 1869. — Présidence de M. Barthez.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance imprimée comprend :

1° Deux brochures de M. Martineau ayant pour titre : *Des crachats. — De la dermalgie.*

2° Six numéros du *Marseille médical.*

3° *Bulletin de la Société médicale d'émulation de Paris.* Nouvelle série, t. II, fasc. II.

4° *Paine's institutes of medicine.*

La correspondance manuscrite se compose d'une lettre de M. Bucquoy, annonçant à la Société, de la part de Mme veuve Goupil, la rentrée de l'atlas de Lebert, prêté jadis à notre regretté collègue.

L'ordre du jour appelle : 1° la lecture des rapports annuels du secrétaire et du trésorier ; 2° la lecture du rapport de la commission du prix fondé par M. Louis; 3° les élections pour le revouvellement du bureau.

M. Meuriot, secrétaire, lit le rapport sur les travaux de la Société pendant l'année 1868-1869.

M. Sanné, trésorier, rend compte de l'état des finances de la Société.

M. Martineau, rapporteur, donne lecture du rapport de la commission chargée de décerner le prix Louis. D'après les conclusions du rapport, la Société, à l'unanimité, accorde le prix de la valeur de 100 fr. à M. Huchard, interne à l'hôpital Lariboisière, et auteur d'un mémoire ayant pour titre : *De l'emploi de l'éponge dans les maladies utérines.*

ÉLECTIONS DU BUREAU

Sont nommés :

Vice-président : M. Meuriot;
Secrétaire : M. Sanné ;
Vice-secrétaire-trésorier : M. Monod;
Archiviste : M. Thierry;
Comité de rédaction : MM. Meuriot, Rigal, Sanné.

Ordre du jour de la séance du 13 décembre :

1° M. Huchard. Lecture d'une observation ayant pour titre : *Dysménorrhée membraneuse.*

2° M. Rigal. Rapport sur la candidature de M. Labadie-Lagrave.

3° M. Barthez. Lecture d'une observation.

Le secrétaire : A. Sanné.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 19 novembre 1869 (1). — Présidence de M. Lagneau.

M. Charrier. Vous vous rappelez, messieurs, que, dans une des séances de cette année, j'eus l'honneur de vous lire un mémoire sur

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

les maternités, à propos d'une intéressante communication que notre honorable collègue, M. Pétrequin (de Lyon), nous avait faite sur ce sujet, en prenant place au milieu de nous lors de son passage à Paris.

A cette occasion, la Société nomma une commission pour étudier la matière et lui faire un rapport sur cette importante question. Cette commission, composée de MM. Blachez, Boinet, Lagneau, Perrin et moi, désigné comme rapporteur, est prête à vous présenter ses conclusions. Mais je viens aujourd'hui vous demander s'il ne serait pas opportun d'attendre encore. En voici la raison.

Notre Société n'a pas été seule à s'émouvoir de cette grosse question des maternités, et dans, une de ses dernières séances, la *Société de médecine des hôpitaux* a voté, à l'unanimité, la nécessité de faire à ce sujet une vaste enquête dont elle a chargé une commission. Cette enquête s'étendra non-seulement à Paris, non-seulement en France, mais encore à l'étranger. La commission compte appeler dans son sein les médecins qui, s'étant occupés de la question, voudront bien lui donner des renseignements, et demandera des renseignements aux médecins de tous les pays.

On ne saurait trop se lasser de le dire, les faits qu'il s'agit d'éclairer ont une importance capitale. La mortalité qui sévit sur les malheureuses femmes dans les hôpitaux ou dans les services d'accouchement, est effrayante. Pour ne rappeler que quelques exemples, en 1864, 19 femmes sur 100 mouraient à la Maternité de Paris, et cette année même, un médecin du bureau central en voyait succomber 9 sur 10 pendant le court espace de temps qu'il fut chargé du service en remplacement du médecin titulaire. A l'hôpital Saint-Antoine, M. le docteur Lorain observait, dans ses salles, 48 cas d'intoxication puerpérale. 8 femmes moururent.

Ce qui complique maintenant la situation, c'est que les sages-femmes de la ville refusent de recevoir chez elles les malades qui leur sont envoyées des hôpitaux. C'est là du moins ce qui a été signalé ces jours passés. Deux sages-femmes ont refusé d'admettre chez elles deux nouvelles accouchées prises d'accidents puerpéraux auxquelles elles ont succombé. Il est donc urgent d'agir, et cependant, je vous demande encore s'il ne serait pas opportun d'attendre, pour vous dire les conclusions de votre commission, les résultats de l'enquête commencée par la Société de médecine des hôpitaux.

M. GIRALDÈS. L'émotion qui s'est étendue à la Société de médecine des hôpitaux existe non-seulement en France, mais encore à l'étranger. Il y a plus de six mois que la question qui nous agite ici est mise à l'ordre du jour de la Société de médecine de Dublin. En Angleterre, comme en France, les médecins sont d'accord pour dire que les maternités sont des foyers d'infection; quià mesure qu'un hôpital devient plus ancien, plus le danger signalé grandit, comme si, en vieillissant, les murailles s'imprégnaient de plus en plus du miasme infectieux.

La Société médicale britannique, à Londres, s'occupe actuellement, elle aussi, de cette question, et dernièrement elle publiait sur ce sujet un intéressant travail d'un ingénieur, M. Gordon, qui concluait dans le même sens.

De son côté, M. Simpson poursuit sa croisade pour démontrer la fâcheuse influence non-seulement des grandes maternités, mais encore des grands hôpitaux.

C'est donc là un point d'hygiène publique qui occupe partout tous les esprits. En Allemagne, on a déjà pris l'initiative en imaginant les hôpitaux-tentes et baraques, que M. Husson a commencé à faire essayer ici, à l'hôpital Cochin, à l'hôpital Saint-Louis, et qui sont destinés non-seulement aux femmes en couches, mais encore aux *opérés*.

A l'époque où la question a été agitée sérieusement pour la première fois, j'ai reçu de l'un des directeurs des petites maternités établies à Londres une lettre dans laquelle, parlant des avantages de ces petites maternités, il considérait comme un crime de lèse-humanité d'envoyer les femmes accoucher dans les hôpitaux.

Il est donc d'une actualité pressante de savoir s'il faut que les hôpitaux soient faits sur le modèle de véritables citadelles, ou s'il ne vaut pas mieux élever de petits hôpitaux, de construction légère et peu couteuse, qui puissent être, après un certain temps, jetés par terre, pour être remplacés par d'autres semblables, destinés à être détruits quand leurs conditions de salubrité ne seraient plus suffisantes.

La Société de médecine de Paris a eu raison, cent fois raison, de soulever la question et de donner le signal des débats d'où jaillira la lumière.

M. FORGET. Ce que M. Giraldès vient de nous dire est bien le résumé de l'opinion générale; je n'aurais rien à y ajouter. Si je demande la parole, c'est pour répondre à M. Charrier sur la proposition qu'il nous a faite de ne pas donner suite, quant à présent, à ce que notre Société avait jugé à propos de faire.

A mon avis, ajourner l'expression de nos vœux dans une question aussi capitale, tendrait, ce me semble, à nous annihiler, et les raisons que M. Charrier nous a données ne me paraissent pas assez péremptoires.

Il nous a dit que la *Société des médecins des hôpitaux* avait décidé de faire sur cette question des maternités une vaste enquête qui s'adresserait *urbi et orbi*, et il nous a demandé s'il ne serait pas opportun d'attendre la fin de cette enquête pour formuler notre pensée. Mais justement parce qu'elle sera, pour ainsi dire, universelle, cette enquête sera difficile, nécessairement très-longue, et pourra même durer indéfiniment. Quelle nécessité y a-t-il à en attendre la fin? Pourquoi ne prendrions-nous pas les devants?

Le travail que M. Charrier nous a lu a été discuté dans le sein de la commission nommée par notre Société; que M. Charrier veuille bien nous en donner ses conclusions; ce sera à la Société de juger s'il y a lieu ou non de les publier.

Quant à moi, je pense qu'il serait avantageux pour notre Société de le faire, et cette première manifestation pourrait servir aux autres Sociétés, qui s'empareraient de la même question.

M. DE RANSE. M. Charrier nous a dit tout à l'heure que deux femmes, renvoyées de chez des sages-femmes, avaient succombé à des accidents de fièvre puerpérale. Je demanderai à M. Charrier si ces femmes venaient d'un hôpital, ou bien, accouchées chez des sages-femmes, étaient-elles tombées malades chez celles-ci? La question a son importance, car elle entraînerait celle de savoir si la réunion de deux ou trois femmes en couches dans un même domicile ne peut pas devenir un foyer d'infection. Il faut tenir compte, en effet, de l'insuffisance des logements des sages-femmes, insuffisance qui peut avoir, on le comprend, de grands inconvénients.

M. CHARRIER. Les femmes dont il s'agit s'étaient présentées à l'hôpital pour y faire leurs couches, elles n'y avaient pas été reçues, et de là elles avaient été chez les sages-femmes.

M. GROS. J'avais demandé la parole pour parler dans le même sens que M. Forget. J'insiste avec lui sur ce point, que nous ne devons pas attendre le résultat de l'enquête de la Société des médecins des hôpitaux. J'ajouterai, comme l'a dit M. Forget, que la décision prise par cette Société est un motif de plus pour nous de publier nos conclusions.

J'assistais à la séance de la Société des hôpitaux dans laquelle cette question a été soulevée; et elle l'a été à propos de ce fait annoncé officiellement par un des membres de la Société, que M. Husson avait l'intention de faire construire trois maternités. En présence de cette idée, la Société des médecins des hôpitaux a jugé nécessaire — et avec juste raison — de donner son avis, et pour l'établir sur des bases solides, elle a décidé l'enquête que vous savez.

M. DUROZIEZ. J'ai entendu ces jours-ci parler, à l'Hôtel-Dieu, de l'histoire des deux femmes que l'on rappelle ici. Si je ne me trompe, l'une de ces femmes est entrée chez la sage-femme déjà prise d'accidents graves. Je ne sais si elle a succombé. Quant à la seconde femme, on me disait qu'elle avait été immédiatement renvoyée de chez la sage-femme chez qui elle était tombée malade, et qu'à l'hôpital vers lequel on l'avait dirigée, on n'avait pas voulu la recevoir.

Je demanderai, messieurs, si une sage-femme a le droit de se débarrasser ainsi des malades.

M. GÉRY (père). Pendant vingt ans que j'ai rempli les fonctions de médecin de l'état civil, j'ai eu bien souvent occasion d'aller chez les sages-femmes, où j'étais appelé pour vérifier des décès d'enfants nouveau-nés. Or, je ne me rappelle pas avoir eu une seule fois connaissance de femmes prises d'accidents puerpéraux chez ces sages-femmes, dont les logements sont cependant généralement très-insuffisants. Cependant, malgré l'insuffisance de ces logements, chaque accouchée avait, il est vrai, sa chambre particulière.

Ainsi, bien que les conditions hygiéniques soient là en apparence relativement moins bonnes que dans les hôpitaux, elles sont en réalité meilleures, comme le prouve la mortalité, beaucoup moindre chez les sages-femmes que dans les grands établissements hospitaliers.

Je me joins donc à M. Forget pour affirmer la nécessité pour la Société de publier au plus vite ses opinions sur cet état de choses qu'il est urgent de modifier.

M. GROS. Voici, d'une manière certaine, ce qui s'est passé relativement aux deux femmes dont M. Duroziez a entendu l'histoire mal racontée. Ces deux femmes se présentent à l'hôpital Saint-Antoine pour y faire leurs couches; elles ne sont point admises; elles se rendent alors directement chez les sages-femmes, et elles tombent malades, et alors on les envoie à l'hôpital, où elles succombent.

M. ANTONIN MARTIN. Est-il bien avéré que ces femmes soient mortes de fièvre puerpérale?

M. GROS. Le fait est incontestable.

M. CHARRIER. Messieurs, les conclusions du travail de la commission dont vous m'avez nommé le rapporteur étaient toutes prêtes, et je me rends au désir de la Société en les lui donnant.

Nous proposons donc :

« 1° La suppression des grandes maternités.

« 2° La réduction des services d'accouchement dans les hôpitaux, à quelques lits nécessaires pour les femmes qui, étant traitées à l'hôpital, y accouchent, et pour celles qui, présentant des difficultés dans l'accouchement (dystocie), rentrant dans les catégories des grands malades ou des blessés qui doivent subir des opérations très-difficiles.

« 3° La création de maisons qui seraient disposées pour recevoir des femmes en couches en petit nombre et placées dans des chambres particulières, sous la surveillance d'une sage-femme. Ces maisons, disséminées à travers la ville, suffiraient aux besoins de l'Assistance publique et seraient soumises à l'inspection quotidienne de médecins accoucheurs spéciaux. »

Votre commission, messieurs, avait modifié cette dernière conclusion, en adoptant l'idée émise par notre collègue M. Boinet, à savoir : « ouvrir dans chaque maison de secours deux à trois chambres, où les femmes iraient accoucher sous la surveillance d'une sage-femme. » Ce système, ajoutions-nous, tiendrait le milieu entre l'hôpital et le secours à domicile, et aurait le grand avantage de mettre les femmes dans les mêmes conditions hygiéniques que dans la clientèle.

M. LE PRÉSIDENT. La Société étant d'avis de mettre les conclusions de la commission aux voix, il va être procédé au vote.

La première : « *Suppression des grandes maternites* » est adoptée à l'unanimité.

La discussion s'engage à propos de la deuxième conclusion.

M. FORGET. Je n'ai pas d'opinion faite sur cette question, mais je demande à m'éclairer. Or je crois qu'en acceptant ce que la commission propose, on n'obvie pas aux dangers de la concentration. Et en effet, j'entendais dire tout à l'heure que les deux femmes placées chez les sages-femmes avaient été prises d'accidents puerpéraux; elles ont donc suffi à elles deux pour faire naître un foyer d'infection. En conséquence, je voudrais que les femmes accouchées dans les hôpitaux soient mises dans les salles communes et non dans des salles spéciales. Vous savez combien l'habitude de certains actes morbides accomplis dans un même endroit peut devenir l'origine de cette infection si justement redoutée. Ce que je propose remédierait à ce grave inconvénient.

M. GALLARD. J'appuie l'observation de M. Forget, au sujet de laquelle j'aurai à développer les mêmes idées, ce que je ne saurais faire mieux qu'il ne l'a fait. Permettez-moi de formuler ma pensée, vous proposant de modifier ainsi la conclusion qui nous est présentée.

« Suppression des services spéciaux d'accouchement dans les hôpitaux : maintien d'une simple salle de travail pour les cas urgents; dissémination des femmes accouchées dans tous les services généraux de médecine à l'exclusion des services de chirurgie. »

La deuxième conclusion, ainsi rédigée, est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

Sur l'observation de M. Géry père, la troisième conclusion est rédigée de nouveau sous la forme suivante :

« Ouvrir dans chaque maison de secours deux ou trois chambres où les femmes iraient accoucher sous la surveillance d'une sage-femme. »

Cette troisième conclusion est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

M. GALLARD. Je remercie pour ma part M. Forget de l'excellente idée qu'il a eue d'engager cette discussion. La Société de médecine de Paris a un caractère quasi-officiel, placée qu'elle est au sein même de l'Hôtel-de-Ville. Du moment qu'elle avait eu l'initiative des réformes qu'elle jugeait à propos de signaler, elle devait ne pas attendre pour émettre son opinion que d'autres sociétés aient donné la leur. J'insisterais donc maintenant sur l'opportunité de faire connaître nos conclusions à M. le préfet de la Seine.

M. DELASIAUVE. Avant d'incriminer les hôpitaux relativement aux maladies des femmes en couches, il importe de bien établir que les accidents dont ces femmes sont prises ne sont pas dus aux traitements mal entendus qu'on leur fait subir.

Il y a quinze jours, j'ai été appelé auprès d'une femme qui, après sa couche, était prise d'hémorrhagie. Elle n'était point encore délivrée, et je trouvai la sage-femme en train d'extraire le placenta; elle avait découvert la malade sans plus de précautions, et j'apprenais en outre qu'elle lui avait fait prendre un verre de rhum. Assurément une pareille façon d'agir, pouvait, à mon avis, avoir les conséquences les plus sérieuses. Pendant trois jours, en effet, cette pauvre femme resta dans un état de faiblesse excessive, avec des tendances presque continuelles à la syncope et des accès fréquents de suffocation.

Pour en revenir à ce qui a trait aux maternités, j'ai ouï-dire que les soins hygiéniques n'y étaient pas toujours beaucoup mieux entendus, et qu'à la Maternité de Paris, notamment, il y avait souvent, sous ce rapport, beaucoup de négligence.

M. CHARRIER. On ne saurait laisser passer, sans y répondre, ce que M. Delasiauve vient de nous dire.

J'ai été interne à la Maternité; parmi mes amis j'en ai plusieurs qui, comme moi, ont été attachés à cet établissement. En leur nom comme au mien je proteste contre les allégations dont M. Delasiauve se fait l'écho. Ce sont là, qu'il me permette l'expression, des cancans de commères nullement fondés sur quoi que ce soit de sérieux. La vérité est qu'à la Maternité de Paris, les femmes reçoivent les soins les plus assidus, aussi bien de la part des infirmières que de la part des sages-femmes. Je ne parle pas des soins donnés par les médecins, car M. Delasiauve n'a assurément pas voulu les mettre en cause.

Quant à ce fait que la femme, auprès de laquelle M. Delasiauve a été appelé, avait pris un verre de rhum au moment de sa délivrance, il n'est là rien qui doive paraître extraordinaire, quand on sait que les alcooliques, loin d'être nuisibles, sont au contraire d'une très-incontestable utilité pour combattre les hémorrhagies survenant pendant ou après l'accouchement. L'expérience s'est prononcée depuis longtemps à cet égard. Ce n'est plus seulement un verre de rhum que l'on donne, mais ce sont des doses souvent énormes, jusqu'à un litre d'eau-de-vie dans un temps quelquefois très-court, pour permettre à ces malheureuses femmes de rattraper la vie, qui, sans ce moyen vraiment héroïque, les abandonnerait infailliblement. Il faut d'abord les empêcher de mourir.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le secrétaire annuel : Dr LÉON BLONDEAU.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté des sciences de Dijon. — M. Morizot (Eugène) est nommé préparateur d'histoire naturelle à ladite Faculté (emploi vacant).

— *Hôpitaux d'Alger.* — A la suite des concours ouverts près des hôpitaux, ont été nommés;

Internes en médecine : MM. Bordenave, Casanova, Deshayes et de Calvinhac.

Internes en pharmacie : MM. Bartibas, Bréau, Roy, Dupuy et Tolédano.

— Le conseil impérial de l'instruction publique est convoqué le lundi 14 février prochain, pour une session ordinaire qui durera quize jours.

— La distribution des récompenses accordées aux Sociétés savantes des départements, à la suite du concours de 1869, et la proclamation des prix de 3,000 francs, institués par le décret du 30 mars 1869, pour le concours académique de la même année, auront lieu à la Sorbonne le samedi 23 avril 1870, à midi précis.

Les mercredi 20, jeudi 21 et vendredi 22 avril, des lectures seront faites à la Sorbonne, dans les trois sections du comité, par les membres des sociétés savantes.

La durée de chaque lecture ne devra pas dépasser vingt minutes. Dans le cas où des mémoires trop considérables seraient présentés, MM. les membres des sociétés savantes voudront bien ne donner lecture que d'un résumé reproduisant les parties essentielles de leur travail.

— La science vient de perdre un grand naturaliste, M. Sars. C'est à lui qu'on doit surtout la connaissance de ce fait si étrange de la génération alternante; c'est lui aussi qui a montré encore vivantes, au fond des mers norvégiennes, des espèces animales qu'on croyait caractériser des périodes géologiques depuis longtemps écoulées.

M. Sars laisse sans ressources une très-nombreuses famille (neuf enfants). La *Revue des cours scientifiques* ouvre une souscription publique pour soulager cette grande infortune. En quelques jours, avant toute publicité, on a déjà réuni plus de 2000 francs parmi les

savants de Paris, qui se font le plus grand honneur, par ce généreux empressement, à secourir la famille d'un confrère étranger.

Il y a là une excellente application de l'initiative individuelle que nos confrères ne manqueront pas de soutenir en s'inscrivant à la suite des maîtres de la science française. Les listes seront publiées dans la *Revue*.

On souscrit au bureau de la *Revue des cours scientifiques*, 17, rue de l'École-de-Médecine. — A Paris, la *Revue* fait toucher à domicile. De province, on est prié d'envoyer les souscriptions en mandats ou en timbres-poste.

— La Société de médecine des bureaux de bienfaisance de Paris tiendra sa prochaine séance le mercredi 9 février, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

Ordre du jour : 1° Du contrôle et de l'intervention du médecin dans les accouchements faits par les sages-femmes des bureaux de bienfaisance;

2° Rapports et votes sur 8 demandes d'admission comme membres titulaires.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 23 au 29 janvier 1870, donne les chiffres suivants :

Variole, 47. — Scarlatine, 4. — Rougeole, 14. — Fièvre typhoïde, 16. Érysipèle, 5. — Bronchite, 81. — Pneumonie, 99. — Diarrhée, 14. — Dysenterie, 4. — Choléra, ». — Angine couenneuse, 8. — Croup, 12. — Affections puerpérales, 5. — Autres causes, 735. — Total : 1,044.

Celui de Londres donne les chiffres suivants, du 16 au 22 janvier 1870 :

Variole, 8. — Scarlatine, 143. — Rougeole, 41. — Fièvre typhoïde, 27. — Typhus, 12. — Érysipèle, 6. — Bronchite, 242. — Pneumonie, 87. — Diarrhée, 15. — Dysenterie, 2. — Choléra, ». — Angine couenneuse, 8. — Croup, 9. — Affections puerpérales, 8. — Autres causes, 1,044. — Total : 1,652.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. Dechambre, avec la collaboration d'un très-grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de la marine.

Le premier demi-volume du tome onzième de la 1re série et le premier demi-volume du tome troisième de la 2e série viennent de paraître. Ils contiennent les principaux articles suivants : Bronchite capillaire, par M. Blachez; Bronchopneumonie, par M. H. Roger; Maladie bronzée, par M. Ball; Brûlure, par M. Legouest; Bubon, par M. Rollet; Logements, par M. Brochin; Lucidité, par M. Linas; Lupus, par M. Bazin; Luxations, par M. Sédillot et Gross; Divers articles sur les Eaux minérales, par M. Rotureau; de Botanique, par MM. Baillon, de Seynes et Planchon; la Biographie et la Bibliographie, par MM. Beaugrand et Chéreau. — Prix du demi-volume : 6 francs.

Sur la mortalité des nourrissons. Discours prononcé à l'Académie de médecine, par M. le docteur Ém. Chauffard, membre de l'Académie. Une brochure in-8°. — Prix : 1 fr. 50.

Recherches physiologiques et cliniques sur la nicotine et le tabac, précédées d'une introduction sur la méthode expérimentale en thérapeutique, par le docteur A. Blatin, médecin de l'hôpital général de Clermont-Ferrand. 1 vol. grand in-8°. — Prix : 4 francs.

Étude sur les signes et le diagnostic des fractures du crâne, par Henri Le Diberder, docteur en médecine, interne en médecine et chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris. 1 vol. in-8°. — Prix : 2 fr. 50.

Prophylaxie du choléra en Orient. *L'Hygiène et la réforme sanitaire en Perse*, par le docteur Tholosan, médecin principal d'armée, premier médecin de S. M. le Schah, directeur du service de santé en Perse. 1 vol. in-8°. — Prix : 2 francs.

Éléments de pathologie chirurgicale spéciale et de médecine opératoire, par Roser, professeur de chirurgie à l'université de Marbourg, ouvrage traduit de l'allemand sur la cinquième édition, par les docteurs Culmann et Sengel (de Forbach). 1 vol. in-18 de 930 pages, avec 91 figures dessinées par Léveillé, et gravées par Badoureau. — Prix : 12 fr.

Ouvrage terminé.

Traité clinique des maladies de la poitrine, par Walter H. Walshe, membre du collége royal des médecins de Londres, professeur de pathologie interne et de clinique à London University College, médecin de University College Hospital, médecin consultant à l'hôpital des phthisiques de Brompton, etc. — Traduit sur la 3e édit. et annoté par J.-B. Fonssagrives, professeur à la Faculté de médecine de Paris, officier de la Légion d'honneur, etc. 1 fort vol. grand in-8, avec figures dans le texte. — Prix : 10 francs.

L'Assistance médicale chez les Romains, par le Dr René Briau, bibliothécaire de l'Académie impériale de médecine, 1 vol. in-8. — Prix : 3 fr. 50.

AVIS

Le prix de chaque numéro de la *Gazette* est de vingt centimes.

Toute demande de numéros qui n'est pas accompagnée de la valeur en mandat ou timbres-poste, est considérée comme non avenue.

Le directeur, Dr E. Le Sourd

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PETER.

Les points de côté (1).

(ANGINE DE POITRINE)

4e LEÇON.

Dans les théories physiologiques de l'angine de poitrine, dont j'ai parlé tout à l'heure, on me semble donc, non-seulement avoir trop facilement laissé à l'arrière-plan les lésions du cœur, et par suite la faiblesse radicale de cet organe, non-seulement avoir exagéré le rôle du pneumo-gastrique, mais encore méconnu celui du phrénique; et c'est maintenant ce dernier fait que j'essaye de mettre en relief. En conséquence, procédant du simple au composé, je vous rappellerai : 1° que dans la *pleurésie diaphragmatique*, où la névralgie du phrénique n'est pas douteuse, la douleur se fait sentir vers le creux épigastrique, le sternum, et rayonne de ces points au cou, quelquefois à la mâchoire inférieure, à l'épaule et parfois au coude; 2° que, dans un cas déjà moins simple, dans la *colique hépatique*, la même douleur peut se faire sentir aux mêmes points, à cela près que c'est à droite, et que, d'une manière bien plus générale, la douleur à l'épaule droite des *affections du foie* est une douleur du nerf phrénique correspondant; 3° que, dans un cas moins simple encore, dans la *péricardite*, il y a, d'une façon évidente, douleur d'un ou des deux phréniques avec les irradiations habituelles, et, dans quelques cas, douleurs associées plus profondes, évidemment cardiaques, et dont l'ensemble constitue vraiment l'angine de poitrine.

Ainsi, toutes les affections précédentes ont un trait commun, qui est la douleur *à l'épaule*, droite ou gauche, avec irradiations plus ou moins étendues, et cette douleur, elles la doivent au *nerf phrénique*. La douleur à l'épaule ne signifie donc pas directement maladie de la plèvre diaphragmatique du péricarde ou du foie, mais rayonnement de cette maladie sur le nerf phrénique adjacent. Et cela est également vrai pour l'angine de poitrine, dont la douleur à l'épaule et au cou, ainsi qu'à la base de la poitrine, est une douleur du phrénique.

Il y a donc, dans l'angine de poitrine, une association de douleurs qui portent à la fois sur l'innervation de la circulation par le plexus cardiaque, et sur l'innervation de la respiration par le phrénique, et l'on voit d'ici la double raison de l'angoisse si cruelle dans l'angine de poitrine. On comprend ainsi la suffocation, la dyspnée signalée par quelques auteurs, et certainement éprouvée par quelques malades. Cette dyspnée prédominant alors dans l'ensemble symptomatique si complexe, parce qu'il y a prédominance d'accident du côté du nerf phrénique. C'est là un fait que je voulais surtout mettre en lumière. Et l'on s'explique ainsi l'apparente dissidence des auteurs dont les uns ont signalé et les autres nié l'existence de la dyspnée dans l'angine de poitrine; les faits observés étaient alors différents par différence d'intervention du phrénique dans ce concert de douleurs.

Qu'il y ait d'ailleurs irradiation aux plexus cervical et brachial, cela n'est, au fond, que le petit côté de la question; parmi ces nerfs émanés des plexus, il en est dont les fonctions locomotrices sont de la plus haute importance, je veux dire le phrénique. Que le bras se meuve difficilement, la chose est de médiocre conséquence; on est un manchot momentané, et tout est dit; mais que le diaphragme se meuve difficilement ou incomplétement, cela est plus important; on n'est pas aussi impunément manchot de son diaphragme, et les auteurs se sont peut-être trop peu préoccupés du rôle pathologique du phrénique dans l'ensemble complexe de l'angine de poitrine.

Mais cette affection n'est pas seulement symptomatique d'une maladie du cœur ou des vaisseaux, elle peut être une des manières d'être de l'*épilepsie* ou le prélude d'une attaque de cette névrose.

C'est à Trousseau que nous devons de connaître ce fait. L'angine de poitrine est alors évidemment une névrose essentielle en ce sens qu'elle existe dans ce cas sans lésion cardiaque ou aortique. Dans ce cas aussi, l'idiosyncrasie nerveuse du sujet n'est pas douteuse. Si la mort survenait chez de pareils malades par le fait de leur angine, la théorie de l'arrêt du cœur par le pneumo-gastrique et de la mort par ce nerf et par ce nerf seul, sans l'intervention d'une lésion du cœur ou de l'aorte, en recevrait un puissant appui, mais, précisément, c'est ce qu'on n'observe pas. Trousseau ne cite aucun cas de mort en pareilles circonstances, et tous les faits mortels qu'il signale sont ceux d'individus atteints de graves lésions du cœur ou des gros vaisseaux. En sorte qu'il semble que si l'angine de poitrine peut faire mourir subitement, l'excitation seule du pneumogastrique est impuissante pour un pareil méfait, et qu'il lui faut au moins la complicité d'un cœur ou d'une aorte malade.

Ce qui prouve d'ailleurs que la névrose pure et simple du pneumo-gastrique, sans lésion concomitante du cœur ou des gros vaisseaux, est incapable d'arrêter définitivement le cœur et de donner la mort, c'est que, dans les cas pour ainsi dire épidémiques rapportés par Gélineau, où l'angine semblait causée par l'abus du tabac à fumer et était ainsi purement nerveuse, il n'y eut aucun cas de mort; tout se terminait au contraire rapidement et favorablement.

Il y aurait même là une déduction *pronostique* importante, c'est que, étant donnée une angine de poitrine sans lésion appréciable du cœur ou des gros vaisseaux, on ne devrait pas redouter la mort subite dans un avenir plus ou moins rapproché, au même titre qu'on a tant raison de le faire pour l'angine de poitrine symptomatique d'une maladie organique du cœur ou de l'aorte. C'est à grand'peine qu'on mentionne deux ou trois autopsies de mort subite par angine de poitrine sans lésion appréciable; et dans ces cas, on n'a pas fait l'examen approfondi et microscopique de l'état du muscle cardiaque.

Je me demande même si, dans les cas d'origine épileptique, on a toujours distingué l'angine de poitrine de la névralgie simple du nerf phrénique (avec sa douleur à la base du sternum — *sternalgie inférieure* — et ses irradiations à l'épaule, au coude et au cou), névralgie qui complique habituellement l'angine de poitrine. La confusion est plus facile qu'il ne pourrait sembler d'abord, témoin le fait d'un malade que j'ai observé à l'hôpital Saint-Louis, salle Napoléon, et où quelque chose d'assez semblable à une attaque d'angine de poitrine est quelquefois le prélude d'une attaque complète d'épilepsie. Or, chez cet homme (je l'ai souvent fait remarquer aux élèves), il y a tous les signes de la névralgie diaphragmatique, c'est-à-dire douleur aux insertions diaphragmatiques antérieures, surtout aux deux premières, et aux insertions postérieures ainsi qu'à l'épigastre; douleur à la pression du diaphragme par refoulement en haut de la paroi abdominale, le malade disant alors que « cela arrête sa respiration, » douleur par la pression du phrénique entre les scalènes; enfin, douleur dans la « palette de l'épaule » et à la partie interne du bras gauche; seulement, ce qu'il y a de remarquable, c'est que la douleur du phrénique est persistante, tandis que les accidents épileptiques sont intermittents. Au moment où l'attaque doit survenir, la douleur du phrénique s'exaspère et rayonne du coude aux trois derniers doigts de la main, une autre plus profonde se fait sentir au cœur, et bientôt le malade sent comme un « bouillonnement » dans cette région, puis il perd connaissance et a des secousses convulsives, — c'est l'attaque d'épilepsie complète dont l'aura est partie du phrénique. Ce qu'il y a de remarquable encore, c'est que le bras gauche est à peu près impotent; le malade ne peut donner que 9 kilogrammes de pression de la main gauche, alors qu'il en donne 44 de la main droite. La sensibilité de la peau du bras est intacte. A cela près, l'irradiation névrosique du phrénique au plexus brachial n'est pas douteuse.

La douleur est d'ailleurs persistante à la partie gauche du diaphragme, et il en résulte que le malade en éprouve une gêne de la respiration qu'il traduit en disant « que c'est, à gauche, comme un soufflet dont il ne peut soulever la valve. »

On ne saurait donc douter de l'existence et de la persistance, chez cet homme, d'une névralgie du phrénique, — indépendamment des accidents épileptiques. La névrose locale et persistante étant, comme la névrose générale et intermittente, l'expression d'une idiosyncrasie névrosique et non point la conséquence d'une affection du cœur ou des vaisseaux qui n'existe nullement.

Ceci m'amène à vous parler de l'*idiosyncrasie*, qui prédispose si fortement à l'angine de poitrine.

Je vous ai suffisamment signalé l'état nerveux de notre malade du n° 9, de Mme G..., du malade de Stokes, pour n'avoir pas à insister longuement sur cette question de l'idiosyncrasie et de son rôle dans l'explosion des accidents de l'angine de poitrine. Qu'il me suffise de vous rappeler que des gens de lettres comme Diderot, des savants comme Hunter, — *genus irritabile*, — ayant une maladie du cœur, ainsi que les symptômes ou l'autopsie l'ont prouvé, ont eu des attaques d'angine de poitrine et en sont morts.

De cette longue exposition, il résulte qu'on peut envisager l'angine de poitrine de trois façons différentes :

Il y a la conception *anatomique*, qui consiste à voir dans cette affection une aortite ou une lésion de la base du cœur, avec lésion consécutive du plexus cardiaque;

Puis la conception *physiologique*, qui y voit une névrose du pneumo-gastrique, retardation dans les contractions du cœur, et finalement arrêt diastolique de cet organe;

A quoi j'oppose la conception *clinique* : lésion du cœur ou des gros vaisseaux et phénomènes nerveux concomitants, ordinairement chez un névropathique, névrose possible du plexus cardiaque — retentissement consécutif sur le pneumogastrique et le phrénique, arrêt du cœur et du diaphragme, et mort possible, non point seulement parce que, hypothétiquement, l'irritation du pneumo-gastrique a suspendu les battements du cœur et l'a arrêté en diastole, mais parce que le cœur, primitivement malade et affaibli, ne peut réagir et revenir à ses contractions rhythmiques. Cette dernière conception tient compte, je crois, de tous les phénomènes en action, s'appuie sur l'anatomie pathologique non moins que sur l'observation pendant la vie, et est ainsi plus compréhensive que la concetption physiologique.

Je vois donc là bien plus qu'une névrose pure et simple du nerf pneumo-gastrique; — j'y vois surtout, dans la presque universalité des cas, une *faiblesse radicale* et *primitive* du cœur lui-même, gêné dans ses fonctions et lésé dans sa nutrition; de sorte que si ses battements s'arrêtent et qu'il y ait syncope, et si le pneumo-gastrique intervient pour un peu dans le phénomène, ce n'est point tant parce que ce nerf a été excité que parce que le cœur était radicalement hors d'état de résister à cette excitation.

Telle est, je pense, la façon tout à la fois médicale et rationnelle d'envisager l'angine de poitrine, celle qui est le plus d'accord avec les faits et qui tient compte de tous les éléments matériels de la question.

En conséquence, prenant en considération chacun des éléments morbides en action — et non point un seul, la névrose, — tenant grand compte de l'*affection organique* primitive, de l'*idiosyncrasie* et de l'*accident* névrosique, je crois devoir vous conseiller une médication complexe comme la maladie même.

Or, comme il faut aller de suite au plus pressé, je vous parlerai d'abord du

Traitement de l'attaque ou de l'accident. Ici je suppose le cas le plus grave : la *douleur* est violente, atroce, et l'angoisse considérable. Si vous pouvez arriver à temps, n'hésitez pas, faites appliquer quelques sangsues à la région précordiale, ou, mieux, appliquez vous-mêmes des ventouses scarifiées; c'est ce que j'ai fait faire à notre malade du n° 9; c'est ce que je faisais chez la dame dont je vous ai parlé. Et ici l'effet des sangsues était d'autant plus probant que les antispasmodiques avaient échoué : six sangsues, appliquées vers la pointe du cœur, et dont on laissa couler les piqûres pendant une heure, réussirent à faire cesser les douleurs d'une des plus violentes attaques que j'aie vues, et que rien n'avait calmée jusque-là. Aussi, dans ses trois attaques ultérieures, Mme G... en réclamait-elle de nouveau l'application et le bénéfice.

Si les accidents sont moins immédiatement périlleux, prescrivez l'emploi de révulsifs non sanglants; les plus rapides sont encore les meilleurs, et le sinapisme vaut mieux que le vésicatoire, plus lent dans son action. Le vésicatoire pourra venir plus tard.

Puis, la révulsion exercée, la sédation obtenue, continuez la médication par l'emploi à l'intérieur des antispasmodiques les moins douteux; les perles d'éther sont ici d'un puissant secours.

Chez Mme G..., la douleur étant calmée par les sangsues, je faisais appliquer un vésicatoire qu'on entretenait pendant quatre ou cinq jours, afin de continuer l'action révulsive et prévenir, si possible, le retour d'une attaque, et je donnais, pendant toute une semaine, de huit à douze perles d'éther par jour, avec 4 à 5 grammes d'eau distillée de laurier-cerise en potion.

Si je ne vous parle pas des injections hypodermiques de morphine à la région du cœur, c'est que je n'en ai pas l'expérience en pareil cas. Peut-être seraient-elles moins efficaces

(1) Fin. — Voir les numéros des 25, 27 janvier, 1er et 2 février 1870.

qu'une petite émission locale de sang, l'angine pouvant fort bien tenir à une congestion momentanée du cœur, ainsi que le donne à supposer la cause immédiatement productrice ; et peut-être seraient-elles aussi plus périlleuses, l'angine prédisposant à la syncope, et les injections pouvant la produire en dehors de l'angine, ainsi que j'en ai vu deux exemples émouvants ; l'un, entre autres, chez un malade atteint d'insuffisance mitrale, et chez lequel on faisait l'injection pour une névralgie intercostale.

Dans d'autres cas, la menace de *syncope* est le fait prédominant. N'hésitez pas alors à placer le malade dans la position horizontale : s'il était en marche, qu'il se couche sur le sol. Après quoi, on devra lui faire respirer des vapeurs ammoniacales, lui pratiquer des frictions stimulantes sur les tempes et la région précordiale. La syncope conjurée, vous vous occuperez de la douleur. A ces individus vous donnerez sagement le conseil de porter constamment sur eux un flacon de sel ammoniacal, dont ils respireraient la vapeur dès le début de l'attaque, et vous les engagerez non moins sagement à ne point rester alors debout, mais, surmontant toute honte, à s'étendre même par terre.

L'attaque heureusement terminée, vous aurez à vous occuper du

Traitement du tempérament, de l'idiosyncrasie ; c'est ce que j'appellerai le *traitement de l'individu*. Ici s'offre à nous l'énumération banale des antispasmodiques conseillés pour l'attaque, et bien autrement utiles alors qu'elle est terminée que pendant qu'elle durait.

Il est indispensable de tenir, au moins pendant un mois, le malade sous l'influence de l'éther, de l'eau distillée de laurier cerise, de la teinture de castoréum sous forme de perles, si l'éther n'est pas supporté. Vous éviterez l'opium, et, si vous employez la belladone, donnez-la par pilules d'un demi-centigramme, à la dose de deux à six par jour, à distances suffisamment espacées.

Mais un des meilleurs moyens de modifier l'état nerveux et de tonifier l'organisme est l'hydrothérapie, que vous conseillerez avec raison sous forme de lotions froides, rapidement pratiquées à l'aide d'une grosse éponge simplement imbibée et non ruisselante, ou d'un linge mouillé et tordu.

A défaut de lotions froides, ou si le malade y répugnait, conseillez des bains sulfureux tièdes, de quinze à vingt minutes seulement de durée ; ou les bains de Pennès, qui peuvent être pris au logis, et sont, par suite, d'un usage plus commode et moins chanceux pendant la saison froide.

Le quinquina, les eaux ferrugineuses (de préférence aux préparations de fer pharmaceutiques, si le malade est âgé, ce qui est fréquemment le cas), feront partie intégrante de ce traitement de l'individu.

Après avoir ainsi traité l'attaque, puis l'individu même, vous avez à penser à l'affection protopathique.

Le *traitement de l'affection cardiaque* n'est pas celui de la lésion du cœur, sur laquelle vous ne pouvez rien ; mais le traitement préventif ou actif des complications viscérales sur lesquelles vous pouvez beaucoup.

J'ai assez insisté sur tous ces points dans mes Leçons sur les *maladies du cœur* pour n'avoir point à y revenir aujourd'hui.

En somme, vous voyez que je ne partage guère et que je ne peux pas partager le sentiment de réprobation qui fait rejeter, par la plupart des auteurs contemporains, les émissions sanguines locales (je ne parle pas des saignées générales, qui sont justement abandonnées : elles seraient ici périlleuses). Dans ces attaques violentes, qui mettent rapidement la vie en danger, et qui parfois même entraînent brusquement la mort, une application de ventouses scarifiées ou de sangsues diminue promptement la douleur et met fin à l'attaque, ou l'amoindrit. C'est là un fait ; et cette pratique d'ailleurs n'est point tellement irrationnelle.

Si, comme cela est vrai dans l'énorme majorité des cas, l'angine de poitrine est symptomatique d'une affection du cœur et des gros vaisseaux (et je crois qu'ici il ne saurait y avoir de doute pour vous); si, comme cela est vrai dans l'universalité des cas, c'est la douleur, douleur parfois écrasante, qui commence la série des phénomènes et les tient tous sous sa dépendance (ici tout le monde est d'accord); — n'est-il pas évident que c'est la douleur qu'il faut combattre, et par les moyens les plus rapidement efficaces ? Or, de tous ces moyens, le meilleur est encore une émission locale de sang : il faut agir ici comme vous feriez pour une colique hépatique, et la saignée que vous faites alors n'est nullement spoliatrice, mais révulsive.

Si, au contraire, par une interprétation hâtive de l'expérience de Weber sur le nerf de la dixième paire, on ne veut voir dans cette série d'accidents lamentables qu'une névrose du pneumogastrique, — se mettant ainsi en désaccord non-seulement avec l'anatomie pathologique, qui nous apprend la nature et le siége des lésions cardiaques, mais avec la clinique indiquant que tout part du cœur ou y aboutit, tandis qu'une névrose pure et simple du pneumo-gastrique n'aurait pas nécessairement le même siége ni le même point de départ, ni nécessairement non plus le même enchaînement de phénomènes ; si, dis-je, en dépit de tous ces faits, on ne veut voir qu'une névrose de ce nerf, on est conduit théoriquement à rejeter les émissions sanguines et à conseiller une thérapeutique anti-nerveuse, tristement impuissante, pendant l'emploi de laquelle le malade peut périr, mais qui vous laisse cette singulière consolation de vous dire que si le malade est mort, au moins n'est-il pas mort anémié !

Dans ma prochaine leçon, je vous parlerai des points de côté si intéressants de la *tuberculisation pulmonaire*.

DES MOYENS PRATIQUES D'OBVIER A LA MORTALITÉ DES ENFANTS NOUVEAU-NÉS

Par M. le docteur P. Chalvet (1).

III

2e Proposition. — *L'allaitement maternel ou par la femme nourrice doit-être incontestablement préféré à l'allaitement par le biberon; mais l'allaitement au sein, dans l'état actuel des choses, est impossible ou insuffisant pour les deux tiers des nouveau-nés des grands centres de population.*

La conclusion à tirer des faits exposés dans la première proposition est la nécessité absolue de l'allaitement et l'exclusion complète de l'alimentation prématurée.

Le lait destiné à l'élevage des nouveau-nés, provient de la femme ou d'un animal domestique. Nous trouvons ainsi quatre variétés d'allaitement : l'allaitement maternel, l'allaitement par la nourrice salariée, l'allaitement *direct* par l'animal, habituellement la chèvre, et l'allaitement au biberon.

Je pense avec M. Desormeaux, que les termes d'allaitement artificiel et d'allaitement mixte sont impropres. Dans ce cas, en effet, on alimente autant qu'on allaite, il convient dès lors de se servir de l'expression plus exacte de *nourriture artificielle*.

L'expression d'allaitement artificiel serait tout au plus justifiée si l'on faisait usage d'un lait composé par synthèse comme le lait de Liebig. Ces divers modes d'alimentation, encore une fois, doivent-être abandonnés, les exemples de succès qu'on nous cite ne sauraient être que des exceptions.

Personne ne conteste pour l'enfant les avantages de l'allaitement maternel. En insistant sur un pareil sujet je ne pourrais que répéter ce que l'on a déjà dit.

Le docteur Brochard, a très-heureusement traité cette question dans son travail sur l'*Allaitement maternel aux points de vue de la mère, de l'enfant et de la société.*

L'observation prouve chaque jour que le lait de la mère a des avantages incontestables sur le lait même d'une bonne nourrice. Est-ce parce que le lait maternel se trouve graduellement proportionné avec les aptitudes digestives du nouveau-né, est-ce en raison de propriétés latentes qui font que l'enfant s'assimile plus facilement le lait maternel que le lait d'une nourrice étrangère ? Il est difficile de répondre péremptoirement à ces questions ; cependant la première paraît la plus probable, elle explique suffisamment les différences de développement que l'on constate entre l'enfant de la nourrice et le nourrisson étranger. Dès que le lait n'est plus en rapport de composition avec l'âge de l'enfant, et il en est toujours ainsi, ne cessons pas de l'affirmer, car jamais le nouveau-né ne prend le premier lait de la nourrice étrangère, il n'est pas possible que quelques désordres digestifs ne soient la conséquence de cette situation. Ajoutons encore que le lait de la nourrice sur *lieu* est loin d'avoir toujours les avantages du lait maternel pour des raisons faciles à comprendre. Indépendamment du changement d'habitude et de régime, cette nourrice éloignée de tous ceux qu'elle aime manque de ce calme d'esprit qui fait le bon lait : ses ennuis cachés, que l'on conçoit très-bien, sont plus d'une fois la cause première des indispositions et des maladies du nouveau-né. Or, les troubles digestifs qui sont provoqués dès les premiers jours de l'allaitement peuvent persister en se répétant et devenir le point de départ d'une mauvaise constitution. Voilà pourquoi, les nourrices qui présentent si souvent de beaux nourrissons dont la belle santé détermine les parents à les choisir et fait accepter leurs prétentions, ne parviennent cependant qu'à faire un mauvais *élevage*; elles nourrissent un enfant débile, scrofuleux : on ne manque pas d'attribuer cette faiblesse véritablement acquise à l'influence des parents, tandis que dans *la très-grande généralité* des cas, l'éducation physique des premiers jours doit seule être mise en cause. Je ne crains pas d'affirmer, que la faiblesse de la constitution, en dehors des maladies véritablement congénitales, dont l'étiologie incombe en réalité aux générateurs, procède d'un vice hygiénique de l'ordre des *ingesta* ou des *circumfusa*, d'un lait qui ne convient pas ou d'un abaissement répété de la température.

Si l'allaitement maternel, et à son défaut l'allaitement par la nourrice, ne compte que des partisans au point de vue du nourrisson qui a toujours avantage à être nourri au sein, les opinions paraissent encore partagées relativement à la mère. C'est cette partie de la question que je désire principalement examiner.

Pour exonérer la mère du devoir d'allaiter, on invoque souvent la faiblesse constitutionnelle; on se contente d'affirmer, sans tentative, que les femmes du monde qui vivent dans une nonchalance absolue, ne sauraient donner de bon lait en quantité suffisante, comme si les fonctions des glandes mammaires avaient quelques rapports avec l'embonpoint et la musculature, comme si la nonchalance, le défaut d'énergie, étaient des équivalents de la faiblesse réelle.

Du reste, l'observation a parlé et parle bien haut à cet égard. On l'a dit depuis longtemps, et je pourrais rapporter un nombre respectable d'observations à l'appui, la gestation, et par suite l'allaitement augmentent l'activité des fonctions digestives. Ces deux situations constituent précisément deux états physiologiques connexes qui réveillent l'énergie des échanges nutritifs dans les organismes débilités par une mauvaise hygiène, par la misère physiologique des riches, selon l'expression parfaitement exacte de M. Bouchardat. Aussi je partage l'opinion de ceux qui croient qu'il est peu de mères, parmi celles qu'ont le plus détérioré le défaut d'activité physique et l'influence du triste milieu dans lequel vit la richesse oisive, qui ne puisse allaiter quelques semaines ou quelques mois (2). Or, nous n'en demandons pas davantage pour arrêter la dégénérescence de la race. Pendant cet essai, la mère s'aperçoit que sa santé s'améliore sous l'influence d'un meilleur appétit et de digestions plus faciles. De plus, elle trouve bientôt, dans l'accomplissement du plus sacré de tous les devoirs de la mère de famille, un bonheur secret dont elle n'avait jamais eu que le vague pressentiment.

Cette première situation conduit à deux résultats également heureux. Dans le cas le plus favorable, et c'est ainsi que les choses se passent habituellement, la mère satisfaite, continue d'allaiter, parce que l'amour maternel s'est éveillé, et aussi parce qu'elle constate que le niveau de sa santé s'élève, contrairement aux affirmations qu'on articulait autour d'elle.

Lorsque l'allaitement est bien dirigé, l'enfant nourri par la mère est exceptionnellement vigoureux au milieu d'une famille en pleine décadence physique, et c'est là un encouragement auquel il faut joindre la satisfaction de pouvoir se passer d'une nourrice étrangère et d'épargner à un enfant de la classe ouvrière les inconvénients d'un sevrage prématuré.

Lorsque l'allaitement maternel ne peut être continué longtemps par l'insuffisance de lait ou pour tout autre motif, il nous a toujours semblé que la mère bénéficiait de cette lactation, fût-elle de courte durée. Quant au nouveau-né, les avantages qu'il en retire sont immenses, et rien ne peut les compenser. Les voies d'absorption ont reçu, dès le principe, l'aliment qui leur convenait. On peut, à ce moment, donner sans crainte le lait d'une nourrice ou continuer l'élevage au biberon, comme il sera dit plus tard.

Dans le cas contraire, lorsqu'on impose, dès la naissance, un lait de plusieurs mois *sans prendre aucune précaution*, comme on le fait habituellement, ne cessons pas de le répéter, les voies d'absorption et d'élaboration, les ganglions mésentériques surtout et les organes hématopoiétiques sont lésés. Dès lors tout l'édifice organique est compromis; les troubles gastriques deviennent une cause fréquente de mort, et les survivants resteront inférieurs à ce qu'ils pouvaient être. On ne pourra fortifier la constitution de la race que par un meilleur élevage des descendants. Telles sont les conditions qui élèvent le chiffre de la mortalité des enfants nourris au sein et faussent la statistique, parce qu'on ne tient pas un compte suffisant de la différence qui sépare les effets de l'allaitement maternel et de l'allaitement par la nourrice salariée. Contrairement à tout ce que l'on a pu dire, il meurt peu d'enfants durant la première année, lorsqu'ils sont *convenablement allaités* par la mère, et soustraits à la désastreuse routine de l'alimentation prématurée.

Ici le rapprochement est parfait entre les procédés de la zootechnie et de la puériculture : les descendants de reproducteurs chétifs deviennent des bêtes de choix quand leur premier allaitement est bien conduit.

Dans une série d'expériences, que je répète en ce moment et que je ferai connaître, je rends à volonté les chiens d'une même portée chétifs ou forts, en modifiant l'allaitement; puis, avec de chiennes chétives, j'obtiens des descendants très-vigoureux, en soumettant quelques-uns de leurs petits à l'allaitement maternel, *abondant et prolongé*. A voir cette seconde génération, on ne dirait plus que la famille a compté des rachitiques et des scrofuleux parmi ses ascendants. Eh bien, l'espèce humaine est susceptible de la même malléabilité organique; nous produisons par les procédés d'élevage la faiblesse ou la force, et c'est dans ces procédés qu'il faut chercher la véritable cause de la plus ou moins grande mortalité des nouveau-nés.

En résumé, la mère qui nourrit elle-même sa fille, prépare celle-ci à pouvoir nourrir à son tour; elle met un frein à l'affaiblissement progressif de la famille. Il faut absolument que les médecins cessent de croire que durant les premiers mois surtout, une nourrice étrangère puisse remplacer la véritable mère (1). Il faut que les femmes du monde cessent de penser qu'elles peuvent, sans inconvénients sérieux pour *elles-mêmes*, accepter ce partage choquant de la maternité, et supprimer, pour des raisons futiles, une fonction aussi importante que celle qui consiste à débarrasser l'organisme de matériaux accumulés pour la lactation. Ces matériaux, nous allons le voir, se tournent contre leur santé, il faut bien qu'elles le sachent.

Les discours et les sermons ont été impuissants à guérir cette affreuse plaie de notre société française; invoquons, si c'est possible, le spectre de toutes les infirmités qui menacent les femmes qui n'allaitent pas. (*A suivre.*)

(1) Voir les nos des 25, 27 janvier 1870.

(2) Ce qui épuise, c'est la lactation trop prolongée. Beaucoup de femmes ne peuvent sécréter de lait au delà d'un certain temps sans perdre le bénéfice de l'allaitement. Ce sont en effet les femmes oisives, celles dont il est ici question, qui sont aptes à nourrir le moins longtemps. On dirait que les réserves galactogènes sont moins abondantes, et qu'après un temps très-variable, du reste, pendant lequel leur santé s'est affermie, elles font de l'autophagie et emploient quelques-uns de leurs principes constituants à faire du lait, au lieu de n'employer que les aliments. Il importe donc de surveiller ces mères et de faire cesser l'allaitement dès qu'elles perdent manifestement de leur poids et qu'elles accusent un mouvement fébrile intermittent.

(1) Dans un long discours lu dernièrement à l'Académie de médecine, nous retrouvons *in-extenso* le même plaidoyer en faveur des femmes des *hautes classes*, qui, grâce à l'observance de ces sages conseils, voient leurs descendants tomber de plus en plus au dernier degré de la force physique.

On affirme, dans ce discours, que ces femmes sont dans l'impossibilité d'allaiter; que les *tentatives de nourrissage* les exposent à des abcès du sein, qu'elles dépérissent; que les enfants meurent d'accidents diarrhéiques, etc. J'observe tout le contraire depuis cinq ans que je lutte contre ce préjugé, mais cela n'empêche pas la routine d'aller son train et de prendre l'exception pour la règle.

Qu'une femme des *hautes classes* ne puisse pas nourrir longtemps, précisément parce qu'elle-même n'a pas été allaitée dès les premiers jours par le sein maternel, je l'admets; qu'elle soit exposée comme toutes les nourrices à des crevasses et à des abcès du sein, je ne vois pas dans ces petits accidents des raisons suffisantes pour l'exonérer du devoir d'allaiter le plus longtemps possible.

Je ne comprends pas que l'honorable confrère puisse dire que « ce ne sont pas les nourrices qui manquent, » quand il est démontré pour tous ceux qui cherchent à voir par eux-mêmes, que l'immense majorité des enfants envoyés chez ces prétendues nourrices ne têtent pas ou têtent d'une manière insuffisante.

Je ne partage pas non plus l'opinion de l'honorable membre de l'Académie, quand il pense que le médecin ne doit pas s'arrêter « au plaisir philanthropique d'épargner le biberon à l'enfant de la nourrice, » dans la crainte d'être éconduit par la *haute classe!* Je m'élèverais même beaucoup contre ce conseil, si j'avais pour le biberon la même aversion que notre confrère. Je reviendrai ailleurs sur cette question, et je démontrerai que le biberon est un excellent instrument quand on sait l'employer en temps opportun et le remplir d'un aliment convenable.

Mais il ne s'agit pas du biberon en ce moment, il s'agit de mettre le nouveau-né des *hautes classes* à même de pouvoir profiter des avantages de l'allaitement mercenaire.

Vous admettez dans votre discours qu'une nourrice qui a déjà élevé son enfant, peut sans danger allaiter un enfant qui vient de naître? Je proteste contre cette prétention, voilà pourquoi je demande que la véritable mère des *hautes classes* allaite *le plus longtemps possible*, dans son intérêt et dans celui de son enfant. Je ne comprends pas que l'on persiste encore dans cette mauvaise voie, quand nous voyons les familles dont il s'agit s'étioler de plus en plus à chaque génération, grâce à ce système d'élevage que vous posez en règle, quand il ne devrait être qu'une pénible exception.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 5 janvier 1870. — Présidence de M. A.ph. Guérin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine : *L'Art dentaire*; — Le *Bulletin de thérapeutique*; — La *Gazette médicale de Strasbourg*; — Le *Marseille médical*.

— M. Berend (de Berlin) adresse deux articles publiés dans *le Deutsche Klinick*, décembre 1869, n° 50, et *l'Allgemeine medicinische Zeitung*, 11 décembre 1869, *sur l'usage du tannin contre l'hémorrhagie abondante résultant de la circoncision judaïque et sur le traitement des difformités articulaires dans le cas de persistance de la maladie primitive.*

— Docteur Sonrier, médecin militaire : *Des accidents de la foudre*. Édition in-8°, 1869. Paris.

— Docteur Marquez (de Colmar) : *Contribution à l'histoire de la hernie ombilicale*. Brochure de 8 pages.

— Docteur Alfred Fournier : *Fracastor la syphilis*; *Le mal français*. Paris, in-18.

— Docteur Logan, directeur général du service médical de l'armée anglaise : *Army medical departement Report for the year*, 1867, vol IX.

— MM. Pétrequin et Foltz adressent une observation intitulée : *Extraction par l'ombilic d'une sonde de femme introduite par les voies génitales.*

L'observation est renvoyée au comité de publication.

ÉLECTIONS

La Société procède à l'élection de deux membres associés étrangers et de cinq membres associés nationaux.

Ont été élus au scrutin :

Membres associés étrangers : MM. Donders et Helmoltz.

Membres correspondants nationaux : MM. Jouon, Legéal, Léon Parisot, Chedevergne, Houzé de l'Aulnoit.

COMITÉS

Le *Comité de publication* pour l'année 1870 est composé de MM. Le Fort, Sée, Panas.

La *Commission des congés* se trouve constituée de MM. Boinet, Houel et Tarnier.

COMMUNICATION

Cataracte diabétique. — M. Perrin. J'ai eu l'occasion, durant ces deux derniers mois, de pratiquer quatre opérations de cataracte à l'hôpital du Val-de-Grâce, chez des malades atteints de diabète.

Les faits qui s'y rapportent me paraissent mériter votre attention, parce qu'ils sont de nature à éclairer certains points de l'histoire de ces sortes de cataractes, et aussi parce qu'ils contribueront à former l'opinion sur les suites des opérations pratiquées dans ces circonstances.

Observation I. — Dans le courant de l'été dernier, l'un de mes collègues de l'armée vint me consulter au sujet d'une double cataracte dont il était porteur.

L'une de ces cataractes examinée à l'éclairage oblique s'est montrée constituée d'un noyau ambré de moyenne dimension et d'épaisses couches corticales grisâtres, dans lesquelles se voyait encore la structure fibrillaire du cristallin. L'exploration du champ visuel annonçait un rétrécissement sensible sur tous ses points.

Le malade offrait les apparences de la santé la plus parfaite. Il était robuste, d'un embonpoint de bon aloi; avait de l'appétit, une soif normale, mais il présentait ce signe particulier d'avoir deux cataractes qui s'étaient développées en moins de quinze mois.

Une évolution aussi exceptionnellement rapide me conduisit à faire examiner les urines, et contre toutes présomptions, elles contenaient 60 grammes de sucre par litre. Malgré ce contre-temps, l'extraction de la cataracte la plus complète fut pratiquée au commencement d'octobre par le procédé de l'incision linéaire modifiée, ou procédé de Graefe.

Les temps de l'opération furent en quelque sorte classiques, et à la première manœuvre de glissement, la cataracte s'engagea et sortit tout entière, laissant derrière elle une pupille parfaitement noire.

Les suites de l'opération furent régulières; au huitième jour, l'œil opéré ne présentait plus qu'une légère conjonctivite, et au quinzième, le malade tout à fait guéri, lisait avec un verre de deux pouces et quart, le n° 3 de l'échelle typographique.

Observation II. — Un officier supérieur en retraite âgé de 65 ans, diabétique depuis 22 ans, vint me montrer une vieille cataracte qui le privait de l'œil droit, et dont le point de départ remontait à 7 ans.

L'autre œil étant envahi à son tour, et ne permettant au malade que de se conduire, le décida à demander l'opération.

L'éclairage latéral me fit voir une cataracte *nucléaire* à noyau large, plat, de couleur acajou, et recouvert de masses corticales peu épaisses et d'une teinte grise uniforme.

Le champ visuel n'était pas altéré; l'état général paraît satisfaisant. Le malade a bon appétit, boit peu et rend environ 2,000 grammes d'urine par jour; la peau n'est pas sèche, la nutrition paraît excellente : en un point seulement, le diabète a marqué sa trace. Depuis trois ans, en effet, cet officier éprouve de temps en temps des douleurs vives térébrantes, accompagnées de fourmillements, qu'il attribue à un rhumatisme, et suivies bientôt de plaques gangréneuses assez larges mais superficielles, à la plante des pieds. Ces plaques se limitent, forment des eschares qui se détachent et donnent naissance à des ulcères arrondis, qui se cicatrisent en quelques mois.

Après une période de rémission, les mêmes accidents se reproduisent, dans le même ordre et avec la même durée. Ces gangrènes superficielles sont devenues une sorte d'infirmité périodique, dont le malade ne se soucie guère, mais à laquelle il faut attribuer la difficulté de la marche qu'il éprouve, car l'état des forces est très-satisfaisant.

Les urines contiennent 70 grammes de sucre par litre, et de plus, une grande quantité d'albumine.

Une seconde analyse, pratiquée quelques jours plus tard, démontra de nouveau la présence simultanée et permanente du sucre et de l'albumine.

Malgré ces conditions défavorables, l'extraction de la cataracte de l'œil droit fut pratiquée par le même procédé. L'opération et les suites furent des plus satisfaisantes; lorsqu'au huitième jour il se produisit, dans la chambre antérieure une suffusion sanguine, dont le niveau s'élevait jusqu'au bord de la pupille. L'œil était devenu le siége d'une douleur assez vive, bien que son état parut très-satisfaisant.

Que s'était-il passé là? J'avoue que je l'ignore encore. J'appris seulement que le malade, en enlevant son bandeau peu de temps avant ma visite, s'était légèrement heurté l'œil et avait provoqué une douleur subite. Apparemment, c'est ce froissement brusque qui avait fait saigner l'iris; peut-être aussi l'état du sang a-t-il contribué à produire ce petit épanchement. Quoi qu'il en soit, l'hypohema en question ne modifia nullement la marche de la guérison, qui fut retardée seulement d'une dizaine de jours. Le 20 novembre, il ne restait plus, comme trace de l'opération, qu'un peu de conjonctivite entretenue par quelques groupes de vaisseaux variqueux. La pupille est tout à fait nette, et le malade peut lire avec un verre de 2 pouces et demi le petit texte d'un journal.

Observation III. — Dans le courant de novembre, M. Morache, l'un de mes collègues du Val-de-Grâce, me fit l'honneur de m'inviter à voir un de ses malades qui était diabétique et privé de la vision par le développement simultané de deux cataractes. Ce malade, âgé de 43 ans, est atteint d'un diabète intense; son urine renferme 65 grammes de sucre par litre, ce qui fait pour 10 litres, moyenne des émissions quotidiennes, le chiffre considérable de 650 grammes. Il y a de la soif, un appétit insatiable, des sueurs profuses, des douleurs erratiques très-vives, et cet état blafard et comme macéré de la peau, que l'on observe dans le diabète arrivé à une certaine période.

Les cataractes s'étaient complétées en un mois environ, et datent du mois de mars. Vues à l'éclairage oblique, elle paraissaient volumineuses et tout à fait molles. On distinguait encore avec un peu d'attention la texture du cristallin.

Les conditions générales étaient bien mauvaises; mais, encouragé par les deux succès précédents et certain de ne pas nuire, je pratiquai, le 18 novembre, l'extraction de l'une des deux cataractes par le même procédé. Aux premières manœuvres de glissement, le cristallin s'engagea régulièrement, laissant après lui quelques masses corticales, dont l'expulsion fut aisément provoquée par quelques nouvelles manœuvres. Le noyau de la cataracte était volumineux, mou, gélatineux; il se désagrégea complétement par l'agitation dans l'eau, donnant naissance à un liquide lactescent, qui, soumis par M. Morache aux liqueurs d'épreuve, révéla manifestement la présence du sucre.

Les suites de l'opération furent simples et plus rapides encore que dans les opérations précédentes : au huitième jour, il ne restait plus qu'une conjonctivite très-légère, et au quinzième, l'œil opéré, armé du n° 2 1/2, lisait le Premier-Paris d'un journal.

Observation IV. — Le 23 décembre, la seconde cataracte du même malade avait fait des progrès. L'opacité, jusqu'alors limitée aux couches péri-nucléaires, avait envahi les couches corticales, mais sur certains points seulement, que l'éclairage latéral faisait voir sous l'aspect de larges plaques grisâtres et chatoyantes

La rétine avait conservé sa sensibilité. L'extraction fut pratiquée par le même procédé, sans difficulté, sans complication d'aucune sorte. La forme, la consistance, le volume du noyau, ne différaient pas sensiblement de ce que j'avais observé au moment de l'opération précédente; toutefois, il importe de mentionner que l'analyse faite avec soin ne découvrit point de traces de sucre. Cette fois encore les résultats ont été excellents. Aujourd'hui, quatorzième jour de l'opération, il ne reste plus qu'une légère conjonctivite, et la pupille est d'une limpidité irréprochable.

Messieurs, j'ai eu l'honneur de vous dire en commençant que ces faits m'avaient paru intéressants à plusieurs point de vue.

On admet généralement que le développement de la cataracte diabétique appartient à la dernière phase du diabète, à cette période durant laquelle une atteinte profonde est portée aux fonctions nutritives; d'excellents écrits veulent même que son apparition soit le signe avant-coureur d'une mort prochaine.

Évidemment cette opinion, fondée sur un certain ordre de faits, est beaucoup trop absolue. Il est aisé d'en juger par les observations qui me sont personnelles.

Mon premier opéré, quoique médecin, était diabétique sans le savoir. Sa santé était parfaite, et certes il y a lieu de croire que sans la brusque apparition de ses cataractes, il fut resté longtemps sans se douter que ses urines étaient sucrées.

Le second est diabétique depuis vingt-deux ans; il portait sa cataracte depuis sept ans sans que sa santé générale fut ébranlée. Aussi, malgré les plaques gangréneuses qui se développent périodiquement au pied, tout, malgré ses 65 ans, le fait présager encore de longs jours.

Enfin, le troisième malade lui-même qui a subi deux extractions successives, malgré l'énorme quantité de sucre qu'il produit chaque jour, portait ses cataractes depuis le mois de mars, c'est-à-dire depuis 10 mois et son état général, mauvais de longtemps déjà, ne s'est pas aggravé durant ce laps de temps.

De ce qui précède, je conclus que l'opacification du cristallin n'est pas toujours l'expression d'un *diabète grave*; qu'elle peut se produire aux différentes périodes de l'état diabétique, et aussi qu'elle n'a point la signification pronostique grave qu'on a voulu lui attribuer.

La cataracte classique du diabétique est une cataracte molle, sans noyau. A cet égard encore mes opérés s'éloignaient de la règle. A moins d'admettre chez eux, ou tout au moins chez les deux premiers, des cataractes indépendantes de leur état général, il faut bien reconnaître que l'altération du cristallin était plus en rapport avec l'âge du sujet qu'avec le génie propre de la cause pathogénique elle-même.

L'un d'eux était âgé de 43 ans; ses cataractes étaient molles, sans reflet ambré et pourvues d'un noyau gélatineux sans consistance. Chez le second, âgé de 58 ans, le noyau jaunâtre était de moyenne grandeur et recouvert de masses corticales. Enfin chez le troisième il était dur, jaune, aplati comme on le trouve au dernier terme de la sclérose.

Est-ce-là un fait exceptionnel; ou ne doit-on pas se demander plutôt si les caractères attribués en propre à la cataracte diabétique, ne sont pas dus à l'âge auquel on observe le diabète de préférence.

L'intégrité du corps vitré jugée par l'absence d'accidents de ce côté pendant l'opération, la récupération d'une acuité visuelle qui a varié de 1/3 à 1/5 montre aussi que les altérations nutritives de la choroïde et de la rétine, que l'on a rencontrées chez certains diabétiques, ne sont point le corollaire habituel de l'opacification du cristallin.

Les observations qui font le sujet de cette étude, portent aussi leur enseignement à l'égard de la cause déterminante des cataractes diabétiques.

Divers expérimentateurs et en particulier MM. Kubnharn, Weir, Mitchell, Richardson, Kunde, sont parvenus à provoquer presque instantanément l'opacification du cristallin chez les grenouilles et d'autres animaux, en leur injectant sous la peau une solution de chlorure de sodium, de sucre, ou de nitrate de soude. Ces injections ont pour effet de provoquer une abondante exhalation d'eau à la surface des téguments et partant une véritable dessication progressive de l'animal, à laquelle est attribuée à juste titre l'opacification du cristallin.

Par analogie on a attribué à une cause de même ordre le développement des cataractes chez les diabétiques.

Comme ils perdent beaucoup d'eau par la sueur et les urines, on en a conclu que la maladie les place dans les mêmes conditions que les grenouilles de M. Kunde. Ils se dessèchent; la densité du sang s'élève; la proportion des matières salines augmente, et il en résulte des troubles dans les courants endo-exosmotiques, qui règlent la nutrition de la lentille. Ce rapprochement est ingénieux, séduisant, mais il ne paraît pas justifié.

D'abord, les cristallins rendus opaques expérimentalement, diffèrent des cataractes diabétiques; ils deviennent opaques, parce qu'ils perdent une partie de leur eau de constitution; mais quand on la leur rend, ils recouvrent très-rapidement leur transparence.

Il n'en est pas ainsi chez les diabétiques; la cataracte dérive d'une altération de tissu; elle est stable, définitive.

On a bien mentionné quelques faits dans lesquels des opacités cristalliniennes auraient disparu à la suite d'une amélioration survenue dans l'état général. M. de Segen, de Carlsbad, veut même avoir observé un cas dans lequel la dégénérescence caractérisée disparut après avoir atteint assez d'intensité pour empêcher le malade de se conduire. De pareils faits, pour être acceptés, auraient besoin de confirmation.

D'autre part, est-il exact de comparer l'état du diabétique à l'état des animaux mis en expérience? Le diabétique perd beaucoup d'eau, c'est vrai; mais l'exaltation du sentiment de la soif tend incessamment à rétablir l'équilibre. Pour admettre la parité, il faudrait que l'élévation de la densité du sang des diabétiques fut démontrée. Or, je ne connais sur cette question que le résultat mentionné en 1837 dans le *London medical Times*, par Mac-Gregor, et tendant à faire admettre une augmentation trop minime pour être probante : quatre dix millièmes! Il y a là un sujet intéressant de recherches, seulement on a rarement du sang de diabétique. Dans l'état actuel des choses, la situation de deux de mes malades proteste contre une semblable interprétation.

Ils sont bien portants; la peau en son état physiologique; il n'y a ni soif, ni sueur, ni sécrétion urineuse exagérée, etc.

Enfin, les résultats de ces quatre opérations me paraissent mériter toute votre attention, parce qu'elles contribuent à fixer la valeur des opérations d'extraction pratiquées chez des sujets diabétiques.

Notre collègue, M. Verneuil, a insisté, à diverses reprises à cette tribune, sur la fréquence des états diabétiques ignorés, et sur l'influence fâcheuse exercée par eux sur les suites des opérations chirurgicales. Cette influence n'est que trop fondée malheureusement. Mais il importe, pour lui donner toute sa signification clinique, de ne pas l'accepter comme un fait général, mais bien de la rechercher dans chaque espèce d'opération. A cet égard, le globe oculaire paraît jouir d'une parfaite immunité.

Quatre succès complets sur quatre opérations me semblent une raison suffisante pour admettre que le pronostic si assombri des opérations de cataracte, chez les diabétiques, n'est pas fondé, et, pour établir que la présence du sucre dans les urines n'enlève aucune chance de succès, tant que le malade n'est pas dans le marasme.

DISCUSSION

M. Giraud-Teulon. En demandant la parole après notre honorable collègue M. Perrin, ce n'est point une opposition que nous nous proposons de soulever vis-à-vis des opinions qu'il a exprimées; nous sommes, au contraire, presque sur tous les points d'un avis fort voisin du sien. Et la divergence ne porte que sur des détails.

Les quatre observations communiquées par notre collègue sont destinées à démontrer que, contrairement aux données antérieures de la science, la cataracte diabétique est loin d'être toujours molle, puisque, sur les quatre cas, un seul appartient à cette dernière forme de cataracte.

L'importance d'une pareille proposition impose la plus grande rigueur dans la discussion des observations qui viennent contredire la règle.

On sait que, suivant les observations les plus générales, les cataractes diabétiques sont molles, rapidement accomplies, et n'apparaissent que dans les dernières phases de la maladie, dans l'état de marasme final. Mettant de côté le dernier cas de M. Perrin, entièrement conforme à la règle, il nous reste trois opérations d'extraction pratiquées chez deux sujets atteints de cataracte, qu'il nous faut examiner. Chez l'un d'eux, si notre oreille ne nous a point trompé, M. Perrin aurait caractérisé comme dure et sclérosée la partie nucléaire de la cataracte, non-seulement lors de l'examen à l'éclairage par réflexion, mais encore lors de sa sortie de l'œil pendant l'opération. Cette cataracte était donc en partie dure. Quant à l'autre sujet, nous croyons que M. Perrin a omis de préciser l'état de la cataracte à la sortie. Or, cela était d'autant plus nécessaire ici, que la persistance d'un noyau dur, relativement étendu, pourrait suggérer la pensée que l'on est en présence d'une cataracte sénile chez un diabétique, plutôt qu'en face d'une cataracte expressément diabétique, ou due directement à la présence du sucre.

Il est entendu que ces remarques ne portent que sur les éléments mêmes de l'observation que nous discutons ici. Il ne nous répugne aucunement d'admettre que la présence en excès du sucre dans le sang et les sécrétions d'un sujet ne puisse être une cause très-suffisante de la mal-nutrition d'un corps aussi éminemment délicat que le cristallin; mais la chose ne paraît pas encore démontrée.

Quant à l'influence, sur la formation des cataractes, des grandes déperditions d'eau, nous partageons entièrement l'avis de notre collègue. Rien n'est moins établi que les propositions récemment émises à ce sujet. On n'est pas autorisé à conclure des expériences sur les batraciens privés en partie de leur eau de constitution à ce qui se passe chez l'homme après les grandes déperditions de ce fluide, sur cette seule analogie que de part et d'autre il y a production d'opacité cristallinienne.

D'abord, ainsi que l'a très-bien fait observer M. Perrin, les altérations nécroscopiques ne sont pas les mêmes de part et d'autre; secondement, il y a d'autres maladies que le diabète, accompagnées de raréfaction aqueuse, exemple le choléra, et où l'on n'observe pourtant pas de cataracte.

Nous résumant, nous prions donc notre collègue de préciser avec le plus grand soin les éléments de ses principales observations, eu égard à leur caractère quelque peu exceptionnel.

Maintenant, deux mots encore avant de terminer. Dans l'une de ses observations, M. Perrin a signalé un accident qui semblerait l'avoir ému quelque peu, accident arrivé dans les premiers jours après l'opération. Nous voulons parler de l'épanchement de sang observé dans la chambre intérieure à la suite d'une douleur éclatant subitement dans l'œil.

Ce petit épisode a pu frapper ceux de nos collègues armés de la longue expérience des méthodes d'extraction classique. Rien, en effet, n'est plus propre à terrifier un opérateur après une kératotomie que l'invasion d'une hémorrhagie s'annonçant par une vive douleur oculaire.

Mais cette circonstance, ou du moins une circonstance semblable, n'a plus la même valeur dans l'incision sclérale où l'hémorrhagie dans la chambre antérieure n'est plus communément qu'un accident sans gravité. Dans cette méthode, la section de l'iris, celle de la couronne veineuse sclérale, peut être presque impunément suivie d'hémorrhagie soit immédiate, soit de quelque temps consécutive. Or, ces sortes d'hémorrhagies sont aussi légères qu'étaient et que sont au contraire terribles celles des parties profondes, fournies sous l'influence de la diminution « ex vacuo » de la pression sur les vaisseaux choroïdiens affaiblis ou altérés. Ces dernières appartiennent aux deux méthodes, et sont heureusement rares; quant aux premières, fréquentes dans l'incision linéaire, elles n'ont pas de raison d'être dans la kératotomie simple où la section est exsangue.

Cette remarque nous conduit à demander à notre collègue, non pas son sentiment sur la nouvelle méthode, les quarante-quatre cas opérés par lui, témoignant à cet égard de ses tendances, mais les remarques qu'il a pu être conduit à faire sur cette intéressante matière que nous croyons digne d'être plus généralement appréciée de nos collègues.

M. GIRALDÈS. Je dois faire observer que la cataracte glycosurique qui commence par les couches corticales, est habituellement molle. Dans cette affection, il n'est pas rare de rencontrer, en outre, des adhérences entre la rétine et la choroïde, ainsi qu'une dépigmentation de cette dernière membrane, indices évidents d'une nutrition incomplète de l'œil.

Pour expliquer ces lésions, il n'est besoin de faire intervenir la présence du sucre dans les humeurs de l'œil, et la faiblesse générale de l'individu suffit parfaitement pour expliquer la dénutrition de cet organe. Voilà pourquoi aussi la cataracte ne se développe chez les diabétiques qu'à la dernière période ou la période de marasme.

J'ai répété les expériences de Richardson qui consistent à injecter du sucre sous la peau des grenouilles ou à laisser séjourner ces animaux dans une solution de glycose sans jamais arriver à produire des cataractes. On sait, du reste, que M. Cl. Bernard, en injectant une solution de sel marin sous la peau des grenouilles, produisait également des opacités cristalliniennes.

M. PERRIN. — Les cataractes ont été examinées avant et après l'opération. L'un de mes malades avait la cataracte de son âge, avec un tout petit noyau grisâtre et des couches corticales très-épaisses. Les deux cataractes dont il était porteur se sont développées rapidement dans l'espace de dix mois.

L'autre malade était diabétique depuis 20 ans et portait sa cataracte depuis 7 ans. A l'examen direct, le cristallin offrait un large noyau bien différent, à coup sûr, de ce qu'on a décrit comme cataracte diabétique. Ici encore c'est l'âge qui imprime à la cataracte sa forme; et si le plus souvent les cataractes diabétiques sont molles, c'est à cause de l'âge relativement peu avancé auquel celles-ci se développent.

Quant aux expériences citées par M. Giraldès, je ne les ai pas répétées, les considérant plutôt comme une curiosité pathologique que comme ayant trait au sujet qui nous occupe, bien qu'en vérité la présence du sucre dans l'humeur aqueuse semble avoir été rencontrée une fois par Knapp.

Pour l'épanchement de sang dans la chambre antérieure, dont j'ai été témoin, je ne sais si le diabète doit en être accusé. Enfin, quant à la question de la valeur comparative des derniers procédés d'opération de cataracte par extraction, posée par M. Giraud-Teulon, je ne suis pas en mesure de répondre, n'étant encore qu'à ma 44e opération de sclérotomie par le procédé de Graefe. Je crois seulement que les présomptions sont en faveur du nouveau procédé, sur lequel je compte entretenir, du reste, la Société plus tard.

COMITÉ SECRET

La Société se réunit en comité secret.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.



M. Eug. Fournier, docteur en médecine et ès sciences, fera mercredi prochain, à huit heures et demie du soir, rue Bonaparte, n° 108, une conférence *sur la nature et l'origine du miasme paludéen.*

Le directeur, Dr E. LE SOURD

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 9 février 1870.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le rapport de la commission tient maintenant bien peu de place dans la discussion académique. Aujourd'hui, les meilleurs esprits sentent que la question est ailleurs et plus haut : que les causes de mortalité pour les nouveau-nés sont complexes et ne sauraient être écartées par un règlement.

Les nourrissons meurent parce qu'ils ne sont pas soignés et nourris comme ils devraient l'être : c'est bien évident; et si l'on pouvait se contenter de cette formule banale, tout le monde serait d'accord.

Mais comment donc forcer les mères et les nourrices à donner, malgré elles, les soins indispensables et la nourriture appropriée? Est-il possible d'intervenir entre elles et l'enfant, presque à toutes les heures, et d'une manière efficace?

La commission a cru que la contrainte était possible en ce qui touche les nourrices; elle a donc rédigé un projet, qui peut-être finira par être adopté comme à peu près indifférent. Mais ce serait surtout sur les mères qu'il faudrait agir; et elles échappent à toute espèce de règlement. On ne peut qu'instruire celles qui veulent conserver la vie à leurs enfants et qui se trouveraient exposées à les perdre par ignorance.

M. Jules Guérin l'a parfaitement dit dans son dernier discours : faire bien connaître les genres de soins que les enfants réclament et les genres d'alimentation qui leur sont funestes, tel doit être surtout le rôle de l'Académie.

Malheureusement, on n'est pas bien d'accord sur la grave question qui domine toutes les autres, celle de l'alimentation des nouveau-nés.

On a tour à tour attaqué et défendu avec véhémence l'allaitement artificiel.

L'exemple récemment cité de nos voisins d'outre-Manche démontre que le biberon en lui-même ne cause pas la mort des enfants.

Il n'en est pas moins vrai qu'à Paris, les enfants qui souffrent déjà d'essais infructeux de nourrissage maternel, peuvent être le plus souvent sauvés par le sein d'une bonne nourrice, tandis qu'ils meurent presque fatalement si on les met au biberon.

Il ne faut donc pas recommander ce genre d'alimentation pour la capitale. D'abord, le lait de vache y est souvent fraudé, puis les nourrissons y sont plus faibles, plus malingres, leur estomac est plus susceptible, et quoi qu'on en dise, on ne parvient jamais, même par les coupages les plus habiles, à reproduire pleinement, pour leur action sur les voies digestives, le bon lait naturel d'une femme, pas plus que le bon vin naturel d'un cru bordelais.

Les mérites de tel ou tel genre de nourriture sont toujours relatifs.

M. Guérin a parfaitement mis en lumière, par ses recherches et ses expériences personnelles, les inconvénients de ce qu'il nomme *l'alimentation prématurée*.

Il est certain que, dans les premiers temps de la vie extérieure, la digestion ne se fait pas comme elle doit se faire un peu plus tard. Il n'y a pas encore, à proprement parler, de carnivore, de frugivore ou d'herbivore ; tous les nouveau-nés sont *lactivores* chez les mammifères. Il faut donc leur donner du lait; car autrement on les exposerait à mourir d'inanition en surchargeant leurs voies digestives de substances indigérées.

C'est ce que montrent également l'expérience et la théorie. Mais cette expression « alimentation prématurée », lorsqu'on l'emploie en pareil cas, nous semble inexacte, en ce qu'elle paraît dire qu'on alimente trop ceux qu'en réalité on n'alimente pas de la manière qui leur convient.

Ceci n'est point seulement une querelle de mots; il nous semble que M. Guérin a une crainte exagérée de la nutrition abondante : qu'il se préoccupe surtout de l'excès possible et perd de vue l'insuffisance, aussi funeste.

Nous l'avons entendu formuler cet aphorisme : « L'enfant mange trop tôt, le vieillard mange trop, et l'adulte mange trop souvent. » Il attribuait ainsi à la surabondance d'alimentation les effets les plus pernicieux.

Si M. Jules Guérin, au lieu de pratiquer à Paris, avait observé dans nos provinces de l'Est, il aurait vu que les familles des riches campagnards ne se trouvent pas mal d'une alimentation qui dépasse, comme quantité habituelle, les plus grands excès de nos estomacs parisiens.

Dans le haut Canada, où la population, française d'origine, a plus que décuplé dans l'espace de cent ans, et où elle est particulièrement belle et vigoureuse, la quantité de viande absorbée chaque jour par individu, atteint un chiffre invraisemblable. Depuis le congrès médical de Paris, j'ai eu l'occasion de recueillir sur ce sujet de nouveaux renseignements parfaitement conformes à ceux qu'un médecin de Montréal nous avait fournis à cette époque.

Si donc les brebis que M. Guérin alimentait avec des graines n'ont pu élever leurs agneaux, ce ne doit pas être à cause de l'excès de nutrition qui résultait pour elles de ce régime, mais simplement parce que ces animaux, étant herbivores de nature, souffraient de n'être pas nourris comme ils devaient l'être.

Chez la femme, les meilleures nourrices sont parfois celles qui mangent le plus copieusement, le plus fréquemment, et dont l'estomac est assez fort pour bien supporter cette surabondance du régime. Nous en avons vu plusieurs exemples.

En résumé, il faut que l'alimentation soit bien proportionnée aux puissances digestives, dans sa quantité aussi bien que dans sa nature. C'est là un axiome qu'Hippocrate avait déjà parfaitement posé, et dont il avait savamment développé toutes les conséquences.

Dr VICTOR RÉVILLOUT.

HOPITAL SAINT-LOUIS.— M. HARDY.

Contracture des extrémités survenant après l'accouchement

(Lu à la Société médicale d'Observation, par M. THIERRY).

L... (Eulalie), femme B..., âgée de 29 ans, lingère, entre le 17 avril 1867 à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Hardy, accouche le même jour, à sept heures du matin, d'une fille à terme, et peu après est transportée salle Saint-Ferdinand, n° 2.

Ses père et mère n'ont jamais eu de rhumatisme, sa constitution est pléthorique, sa santé habituellement bonne ; de temps en temps elle est sujette à des douleurs qui siégent dans l'épaisseur de l'épaule et de la région lombaire, et disparaissent après plusieurs jours de durée. Jamais d'affection nerveuse antérieure de quelque nature qu'elle soit : contracture ou chorée, ou hystérie.

Accouchée pour la quatrième fois le 17 avril, elle s'est toujours bien portée pendant et après les premières grossesses, pendant la quatrième.

Du 17 au 25 avril, rien de particulier dans les suites de couches. Absence de fièvre, coliques utérines pendant les premiers jours ; réveillée par le mouvement qu'elle fait dans le lit, elle donne le sein à son enfant. Son lit est placé entre deux fenêtres qu'on ouvre plusieurs fois dans le jour, mais elle ne se souvient pas avoir éprouvé de refroidissement.

26 avril. Le pouls est à 80, régulier, le ventre souple, l'utérus revenu sur lui-même, indolore, dépassant la symphyse pubienne d'un travers de doigt. Les lochies sont purulentes, peu abondantes ; les seins bien développés sans tension, sans douleur pendant la succion; langue humide, saburrale, inappétence.

Depuis hier malaise général ; la malade a ressenti des fourmillements dans les doigts, une roideur des extrémités rendant les mouvements difficiles, siégeant des deux côtés à la fois aux membres inférieurs et aux membres supérieurs, où elle est plus prononcée ; les troubles, d'abord momentanés, disparaissent en plusieurs fois pour reparaître à intervalles peu éloignés. Dans la journée ils s'accusent de plus en plus, se rapprochent et deviennent continus.

27 avril. A son réveil, la malade a les extrémités contracturées : Les doigts sont fléchis en totalité sur la paume de la main, le mouvement de flexion est borné aux articulations métacarpo-phalangiennes, les phalanges sont rapprochées les unes des autres, les deuxième et troisième rectilignes légèrement inclinées en avant sur les premières. Le pouce dans l'adduction est appliqué sur la paume de la main, ses phalanges ne sont point fléchies ; cette position du pouce augmente la profondeur de l'excavation palmaire ; le poignet est fléchi, incliné en dedans; le coude, à moitié fléchi, oppose de la résistance à une extension complète.

Aux membres inférieurs et des deux côtés également, les phalanges sont légèrement fléchies les unes sur les autres, les orteils le sont beaucoup plus sur la plante du pied ; l'excavation plantaire est exagérée, le pied est fléchi sur la jambe, le talon fortement relevé. Rien dans le genou et dans la hanche.

La contracture est prononcée surtout aux membres supérieurs; ce n'est qu'avec peine, et employant une certaine force, que l'on parvient à étendre les parties fléchies, et celles-ci, une fois abandonnées à elles-mêmes, reprennent peu à peu leur déviation première. On éprouve la même difficulté à fléchir les phalanges les unes sur les autres aux membres supérieurs. Ces tentatives d'extension sont très-douloureuses.

La malade se plaint de douleurs spontanées, de temps en temps plus vives sous forme de crampes; elles siégent dans l'épaisseur des muscles et ne suivent pas de trajet nerveux.

Les muscles de la partie antérieure de l'avant-bras sont tendus, saillants, durs; cette dureté n'a cependant rien d'excessif; elle s'observe également sur le biceps et sur les muscles du mollet. La pression de ces masses musculaires, celle des muscles interosseux de la main, réveillent de nouvelles douleurs.

Ces muscles ne sont le siége d'aucune contraction fibrillaire, d'aucune secousse convulsive; les mouvements volontaires, la préhension des objets, sont impossibles.

La peau des extrémités a sa sensibilité normale. A la partie inférieure et postérieure de l'avant-bras, sur le dos de la main, on observe un gonflement œdémateux s'étendant jusque sur la première phalange ; il est mal limité, ne conserve pas l'impression du doigt; la peau est chaude, rosée; les articulations ne sont pas douloureuses à la pression.

Céphalalgie frontale, pas de vertiges, intelligence intacte; les pupilles sont mobiles, légèrement dilatées; la malade se plaint de voir les objets confusément à travers un brouillard. Les globes oculaires ne sont pas déviés. Pas de liseré saturnin sur les gencives.

Mouvements de la mâchoire faciles, pas de douleurs à la nuque ou le long de la colonne vertébrale. Douleurs vagues sans roideur dans l'épaisseur des grands pectoraux, ne s'accompagnant pas de gêne de la respiration.

Le pouls est à 94, plein, régulier; la peau moite, modérément chaude; l'utérus indolore à un travers de doigt de la symphyse ; les lochies sont toujours purulentes, la sécrétion lactée continue à être aussi abondante; langue humide, blanchâtre, pas d'envies de vomir.

Ouate et frictions avec le laudanum de Sydenham.

50 centigrammes de poudre de Dover.

6 heures. La contracture est permanente, mais présente des moments de rémission et de redoublement; comme elle, la douleur est tantôt moins vive, tantôt plus vive. L'aggravation de ces deux symptômes survient spontanément ou provoquée par la pression des parties malades.

28. Sommeil pendant une partie de la nuit avec transpiration abondante; pouls à 92, régulier; la vue est redevenue nette, la malade est dans le même état qu'hier. Même prescription.

5 heures. Les doigts sont toujours fléchis sur la paume de la main, le pouce dans l'adduction; mais la flexion du poignet et celle du coude sont moins prononcées; les mouvements volontaires sont possibles ; la malade peut, mais avec peine, étendre presque complétement les doigts. L'amélioration existe également aux membres inférieurs. Les muscles sont moins durs, les mouvements qu'on imprime aux parties malades ne réveillent ni de vives douleurs ni une exagération de la contracture.

Fourmillement dans les extrémités, pas de contractions fibrillaires, pas de secousses convulsives, persistance de la céphalalgie et du gonflement des mains.

29. Les urines, examinées par l'acide nitrique et par la chaleur, ne contiennent pas d'albumine.

La contracture a disparu pendant la soirée d'hier, après 36 à 38 heures de durée; la malade a dormi et transpiré abondamment.

Ce matin le pouls est à 92, régulier; les suites de couches normales; l'utérus, indolore, ne dépasse pas la symphyse pubienne.

Quelques minutes avant la visite, la malade est reprise spontanément d'un nouvel accès.

Pouce dans l'adduction, premières phalanges des doigts fléchies sur le métacarpe, les autres phalanges sont dans l'extension; doigts rapprochés, poignet fléchi et renversé en dedans, muscles fléchisseurs à l'avant-bras durs, tendus sans contractions fibrillaires, sans secousses convulsives. Flexion des phalanges des orteils les unes sur les autres et sur le métatarse, flexion légère du pied sur la jambe, muscles du mollet durs, contracturés. Ces symptômes existent avec la même intensité des deux côtés. Douleurs spontanées sous forme d'engourdissement et de crampes, exaspérées par la pression, moins vives que les jours précédents ; la contracture est également moins prononcée, on peut facilement étendre les parties fléchies, la malade peut leur imprimer quelques mouvements. Pas de douleurs dans les grands pectoraux, pas de céphalalgie; l'œdème du dos de la main persiste avec les mêmes caractères.

30. L'accès d'hier matin a duré une heure environ ; de nouveaux accès se sont montrés dans la journée et dans la nuit; durant les uns une demi-heure, les autres de une à deux heures. Dans leurs intervalles la malade ne conserve que de la roideur des mouvements.

Le pouls est à 80, la peau modérément chaude.

Sensibilité à la pression des muscles de l'avant-bras et du mollet; roideur dans les mouvements des doigts; fourmillements dans la main. Sur le dos de la main existe encore une tuméfaction légère, œdémateuse, diffuse, sans rougeur à la peau, sans douleurs dans les articulations voisines.

1er mai. La malade a eu encore hier trois accès courts et peu douloureux. Même pesanteur et fourmillements dans la main, même difficulté à imprimer aux doigts leurs mouvements habituels. Les muscles de l'avant-bras sont toujours sensibles à la pression. Diminution du gonflement du dos de la main.

2. La malade se lève et marche facilement sans douleurs, elle

conserve de la gêne dans les mouvements des doigts; disparition du gonflement.

3. Exeat dans le même état.

Onze jours après nous avons de ses nouvelles par sa mère ; la guérison avait persisté, les mouvements de la main avaient repris leur aisance habituelle.

Réflexions. — Tout d'abord le mode de manifestation de la contracture sous la forme des accès, accès irréguliers quant à la durée, quant au retour, l'absence de mouvements convulsifs, de strabisme, de troubles cérébraux, soit antérieurs, soit actuels, font écarter l'idée d'une affection symptomatique d'une altération quelconque des centres nerveux.

La contracture a débuté neuf jours après l'accouchement, sans cause appréciable, sans refroidissement marqué, après avoir été précédée de prodromes pendant près de deux jours. C'est là le mode habituel du début ; on ne connaît que les cas de Grisolle et Lasègue dans lesquels la maladie se soit montrée sans prodromes ; dans le premier, le malade pris subitement laisse tomber l'objet qu'il tient à la main ; dans le deuxième, pris en s'habillant, il ne peut boutonner ses vêtements.

Les doigts étaient rapprochés les uns des autres et non écartés comme on l'a souvent constaté, fléchis sur le métacarpe ; le mouvement de flexion était borné aux premières phalanges ; les deuxième et troisième étaient au contraire rectilignes, étendues. On éprouvait la même difficulté quand on voulait fléchir les phalanges l'une sur l'autre ou étendre les doigts. La réunion de ces symptômes indique une contracture des interosseux et dorsaux et palmaires. Quand au contraire les doigts sont écartés l'un de l'autre, la contracture est localisée aux interosseux abducteurs ou dorsaux.

On l'observait en outre aux membres supérieurs sur les fléchisseurs de la main, de l'avant-bras, aux membres inférieurs, sur les fléchisseurs des orteils et des pieds. Cette existence simultanée de la contracture aux membres supérieurs et aux inférieurs se rencontre dans le plus grand nombre des cas ; d'après MM. Neardger, Béhier, d'après L. Corvisart, elle est toujours alors plus accusée aux membres thoraciques qu'aux membres abdominaux. Sur 25 observations, L. Corvisart aurait vu 18 fois les membres inférieurs pris en même temps que les supérieurs, et 12 fois il existait de la contracture.

Les contractions fibrillaires ont manqué complétement chez notre malade. M. Delpech dit également dans sa thèse ne les avoir jamais rencontrées; cependant la plupart des auteurs regardent ce symptôme comme fréquent dans cette maladie.

La fièvre s'est montrée avec la contracture, a persisté et a disparu avec elle. Elle fait le plus souvent défaut. MM. Rilliet et Barthez l'ont vue manquer constamment. MM. Hardy et Béhier l'attribuent, dans les cas où ils l'ont constatée à l'intensité de la douleur. Chez notre malade cependant, la douleur, quoique vive, n'a jamais eu l'intensité à laquelle elle arrive quelquefois.

Le gonflement œdémateux que nous avons observé était localisé au dos de la main. Ce gonflement existe souvent dans une forme de contracture, tantôt au niveau des articulations, tantôt, d'après M. Delpech, aux points où existe de la douleur. Notre malade n'a jamais eu de symptômes convulsifs et a guéri sans paralysie.

La contracture des extrémités se présente habituellement sous deux formes ; cette division, signalée par MM. Hardy et Béhier, est importante au point de vue de la marche et du pronostic de la maladie.

Tantôt elle survient chez des individus en bonne santé, le plus souvent après un refroidissement, a une marche aiguë, une existence pour ainsi dire isolée sans retentissement sur les autres organes. Cette forme s'observe surtout chez l'adulte ; c'est elle que les auteurs ont en vue quand ils regardent cette névrose comme étant de nature rhumatismale.

Tantôt elle survient chez des individus affaiblis, dans la convalescence d'une maladie, fièvre typhoïde, pneumonie, entérite. Cette forme a été observée par Delpech chez les femmes enceintes, chez les nouvelles accouchées, chez les femmes qui ont des troubles de la menstruation, et cet auteur regarde la puerpéralité comme prédisposant à cette maladie ; d'autres au contraire la regardent comme étant plus fréquente chez les nourrices et l'attribuent alors à l'affaiblissement consécutif à l'allaitement. MM. Rilliet et Barthez l'ont également observée chez les enfants ; elle existe souvent avec des troubles nerveux accessoires sur lesquels ces derniers auteurs ont appelé l'attention : secousses convulsives, tremblement des mains, des paupières, strabisme, insensibilité des extrémités ; ces troubles nerveux mobiles existent réunis ou isolés, ou alternant, chez le même malade.

Quoique la femme qui fait le sujet de cette observation se trouvât dans l'état puerpéral et donnât le sein à son enfant, cependant son état de santé antérieure, sa constitution pléthorique, le peu de jours qui se sont écoulés depuis son accouchement et qui n'ont pu permettre à l'allaitement d'agir comme cause d'affaiblissement ; la marche de la maladie, l'absence de troubles nerveux secondaires, le gonflement des mains, me font regarder la contracture dont elle a été atteinte comme appartenant à la première forme, à la forme rhumatismale.

HOPITAL MILITAIRE DU CAMP DE CHALONS

M. Sonrier, médecin en chef

Atrésie du conduit auditif externe.

Si nous nous en rapportons au silence des livres et des journaux, l'oblitération du conduit auditif serait très-rare. Les *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, les *Mémoires de médecine et de chirurgie militaires*, la *Gazette des Hôpitaux*, le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* n'en font pas mention, Nélaton en dit à peine quelques mots, Vidal de Cassis est muet, et le *Compendium* n'en parlera probablement pas.

C'est donc un fait chirurgical insolite que nous allons décrire, un fruit défendu que nous allons détacher de nos notes pour l'offrir à la friandise des amateurs de morceaux délicats, persuadé d'avance qu'ils liront cette observation avec autant de plaisir que nous en avons eu à la recueillir ; au surplus, les lésions de ce genre ont un attrait tellement irrésistible, que nous nous rappelons avoir vu soutenir une thèse de concours intitulée : *Des cas rares en chirurgie.*

Notons en passant que, par une coïncidence tout à fait fortuite, il nous aura été donné d'observer, cette année, trois lésions qui n'eussent pas été déplacées dans la thèse précitée, et cela sur l'oreille ; à savoir une *tumeur osseuse du pavillon*, une *fracture par contre-coup du conduit auditif externe* (*Gazette des Hôpitaux*, 1869 nº 120), enfin, celle que nous allons décrire.

Pour donner à cette observation un cachet d'originalité à la fois authentique et attrayant, nous transcrirons un extrait de la note que nous devons à l'obligeance de M. Hanès, médecin-major de 1re classe du 10e de ligne.

B...., 24 ans, soldat audit régiment, a été atteint, le 8 août 1868, d'une otite aiguë très-douloureuse déterminée par l'introduction d'un corps étranger dans l'oreille. Admis à l'hôpital de Belle-Ile-en-Mer, le 21 août, il est traité par les injections de diverse nature. Huit jours après, l'occlusion du conduit a lieu, et nécessite l'intervention d'un coup de bistouri qui rétablit l'ouverture ; mais quelques jours plus tard, malgré les mèches introduites, l'oblitération était définitive. Il quitte l'hôpital après quatre mois de traitement, pour suivre son régiment, qui se rend à Lorient. Aussitôt après son admission à l'hôpital civil, le 23 janvier 1869, on pratique une incision d'où s'écoule du pus en abondance ; une mèche de charpie est introduite ; cautérisation successive ; mais, « quinze jours après, nous dit B..., l'oreille se trouvait bouchée à 1 centimètre de l'orifice. Alors, on a employé le nitrate d'argent, le caustique de Filhos pour rouvrir le conduit auditif, des canules, tout a été inutile. Le traitement suivi pendant six mois n'a amené aucun résultat. »

Ce brave militaire qui veut, quoique infirme, faire son service, quitte l'hôpital de Lorient le 11 août, où, après avoir épuisé tous les traitements, il n'espère plus de guérison, pour suivre son régiment, qui se rend au camp de Châlons, et comme, en désespoir de guérison, ne sachant plus à quel chirurgien se vouer, il veut cependant recouvrer l'ouïe, il entre dans notre service le 25 août, très-décidé à se soumettre à tous les traitements, même après un an de tentatives infructueuses.

Or voici son état actuel.

Le conduit auditif n'existe plus ; l'oblitération est complète et se trouve constituée par un tissu cutané, solide, résistant, qui, après avoir rempli le canal, arrive au niveau du tragus. Le doigt ne distingue plus l'orifice du conduit et ne parvient même pas à déprimer le centre de cette membrane, dont l'épaisseur paraît être considérable, si toutefois elle ne s'étend pas jusqu'au tympan. Il n'entend rien de ce côté, n'en souffre nullement.

L'opération qui consistera (en la perforation et la dilatation consécutive) est décidée pour le 28 août; mais, sur ces entrefaites, il reçoit une lettre de son médecin, M. Lediberder, qui l'engage à aller au Val-de-Grâce, qu'une opération est indispensable, qu'elle devra consister : 1º, en la destruction de toute la masse qui obstrue le conduit; 2º, à refaire un canal au moyen de la peau qui recouvre l'antitragus. Ce petit cartilage serait excisé. « Je ne vois, ajoute-t-il, d'autre moyen que celui que je vous indique. »

Comme ce pauvre garçon n'a pas une foi bien robuste en nous pour une opération aussi difficile, il nous montre cette lettre pour que nous en prenions connaissance, et que nous lisions surtout dans sa pensée qu'il désire être évacué à Paris.

L'opération est pratiquée le 28. Un bistouri effilé est plongé à 1 centimètre de profondeur sur le pourtour de l'orifice du conduit auditif ; puis, par une incision circulaire, nous taillons une rondelle ayant 7 à 8 millimètres de diamètre, dimension normale de l'ancien canal auriculaire. L'épaisseur de cette rondelle, constituée par un tissu fibreux inodulaire, est de 6 à 7 millimètres. Cela fait, on constate que le conduit est libre en arrière, seulement en partie rempli par une matière grisâtre séro-purulente, sans doute du cerveau ramolli. Pour tout pansement, une mèche de charpie est introduite.

Mais quelques jours après, l'orifice, si largement taillé de toutes pièces, se rétrécit, les chairs bourgeonnent avec une activité folle ; l'introduction de la mèche de charpie est difficile, très-douloureuse. On réprime avec le nitrate d'argent cette végétation charnue trop vivace, mais elle repousse avec une énergie desespérante. Nous allons perdre le bénéfice de notre opération, qui devait être couronnée de succès ! Que faire ? Une canule en ivoire n'aura pas d'effet plus efficace. Tailler un conduit auditif sur l'antitragus est plus aisé à dire que facile à exécuter. Et puis, comment le maintenir sur un orifice envahi par ces excroissances ? Notre opéré se désole ; la guérison, un instant entrevue, lui échappe, et notre hésitation brise ses dernières espérances sans le consoler d'une tentative inutile.

C'est alors que nous pensons à un dilatateur plus actif que la mèche ou la canule, l'éponge préparée.

On taille en forme de cheville un morceau d'éponge qu'on introduit à 15 millimètres environ, et qu'on laisse maintenu par une bande de diachylon jusqu'au lendemain matin.

Inutile ici d'expliquer son mode d'action ; l'éponge s'est tellement dilatée qu'il faut employer une certaine force pour la retirer, aussi trouvons-nous un orifice énorme, plus grand qu'à l'état normal, constitué par des chairs saignantes refoulées. Tout nous fait espérer une guérison prochaine que nous nous efforçons de rendre plus certaine en établissant un cautère derrière le pavillon de l'oreille.

On continue ce traitement pendant quinze jours, et déjà, à cette époque, les chairs sont moins vives, l'hémorrhagie presque nulle, et l'on voit, sous une mince couche de suppuration, se dessiner la trame fragile d'une cicatrice naissante. Mais, nous le répétons, il faut chaque jour introduire cette dilatation énergique ; la guérison est à ce prix ; car, si on la discontinue seulement pendant quarante-huit heures, les chairs envahissent de nouveau l'orifice et l'obstruent.

Enfin, dans les premiers jours d'octobre, la guérison est définitive, et il sort le 12 avec un conduit auditif normal tapissé d'une muqueuse cutanée solide et domptée. L'audition est parfaite.

Ce pauvre garçon ne trouve pas de paroles pour nous exprimer sa reconnaissance. Il nous écrit, un peu plus tard, que l'orifice auriculaire est resté normal avec l'intégrité de la fonction. Il est l'homme le plus heureux du monde.

Ce qui nous a frappé dans cette observation, c'est la tendance invincible à l'oblitération. Voilà un malade qui, pendant un an, est soumis aux traitements les plus douloureux, et quand on a épuisé les moyens les plus variés, aucun résultat n'est obtenu ; tout est à recommencer. Aussi le médecin de Lorient, en faisant un aveu loyal de son insuccès, avait-il proposé une opération fort rationnelle qu'il regrette de n'avoir pu pratiquer.

On s'explique jusqu'à un certain point, cette tendance à l'oblitération, tout en se demandant comment il se fait qu'on éprouve tant de difficultés à fermer un trajet fistuleux ? C'est qu'ici les conditions ne sont plus identiques. Si une fistule quelconque, une atrésie congénitale opérée, n'ont pas de tendance à se fermer, c'est qu'elles sont constamment traversées par les produits de sécrétions, matières irritantes qui, en détruisant le travail d'oblitération, finissent par donner naissance à une muqueuse qui ne peut se cicatriser, tandis qu'ici il ne passe rien dans le conduit auditif que des ondes sonores.

Inutile d'expliquer l'action de l'éponge préparée ; compression progressive croissante, d'autant plus active qu'elle est secondée par la résistance osseuse ; aussi les parties molles, entre cette double pression, sont-elles tassées, refoulées au dehors, sous forme de bourrelet charnu qui entoure l'orifice externe.

Qu'il nous soit permis, en terminant, de faire observer, à notre confrère de Lorient, qu'on peut très-bien, en province comme à Paris, faire de la belle chirurgie ; que lui-même a fait preuve de trop de délicatesse et de trop de modestie en ne saisissant pas cette occasion de faire de la décentralisation chirurgicale, et cela, sans ternir en rien l'éclat des beaux fleurons qui s'épanouissent au Val-de-Grâce.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 8 février 1870. — Présidence de M. Denonvilliers.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'intérieur adresse une lettre par laquelle il demande que l'Académie veuille bien lui donner communication du rapport de la commission de la mortalité des nouveau-nés, dès qu'il aura été adopté, ainsi que des divers documents présentés sur cet important sujet.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet une lettre de M. le docteur Pélissié de Luzech (Lot), qui se plaint de ce que le vaccin en plaques provenant de l'Académie ne lui donne que des résultats négatifs. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

1º Une lettre de M. le docteur Michon, qui se présente comme candidat pour la place vacante d'associé libre.

2º Une note de M. le docteur Baillot (de Bar-le-Duc), sur la mortalité des enfants nouveau-nés. (Commission de la mortalité des nourrissons.)

3º Un mémoire de M. le docteur Giraud sur la préparation et l'action thérapeutique de l'oxalate de fer. (M. Vigla, rapporteur.)

4º Une note de M. le docteur Champouillon sur la statistique officielle relative aux propriétés thérapeutiques des eaux minérales de Baréges, d'Amélie, de Vichy et de Bourbonne. (Commission des eaux minérales.)

5º Une note de M. le docteur Decaisne sur l'allaitement maternel au point de vue de la santé de la mère, dont voici les conclusions :

1º La grossesse, les couches, la lactation, doivent être considérées comme une chaîne naturelle qu'on ne peut rompre sans préjudice pour la mère.

2º Un grand nombre de faits prouvent que la mère qui ne nourrit pas son enfant est plus exposée à la péritonite, à la métrite, aux abcès de différentes natures, à certaines maladies chroniques, au cancer du sein et de l'utérus.

3º Il est d'observation que certains états de l'économie, que l'on considère si facilement comme des obstacles à l'allaitement : la chlorose, l'anémie, certaines affections de l'estomac, et cet état qu'on désigne sous le nom vague de *faiblesse de constitution*, loin d'être un motif pour le médecin de dissuader la femme de nourrir, doivent au contraire l'engager souvent à conseiller la lactation comme un moyen de rétablir les fonctions de l'organisme.

4º Je suis bien obligé d'admettre que certaines femmes ne peuvent pas absolument nourrir, mais on doit recommander l'allaitement maternel dans tous les cas où la santé de la femme ne doit pas être compromise. Il est bien entendu que je n'ai pas à m'occuper ici des conditions particulières de fortune, de profession, d'habitation, etc.

5º Il ne faut pas se lasser de le répéter, il n'est pas indispensable qu'une femme soit très-robuste et d'une santé irréprochable pour nourrir son enfant, tandis qu'il faut être plus exigeant pour les conditions que doit réunir la nourrice mercenaire. L'expérience m'a démontré en particulier, et contrairement à certaines assertions émises devant l'Académie, que les femmes de la classe riche ou aisée de la société que les médecins dispensent si facilement de nourrir, peuvent, dans la proportion de plus des trois quarts, allaiter leur enfant, sans préjudice et dans l'intérêt de leur santé.

PRÉSENTATION

Les ouvrages suivants sont présentés à l'Académie :

1° Par M. Cloquet, un mémoire de M. le docteur Carret, de Chambéry, sur l'insalubrité des poêles en fonte.

2° Par M. Alphonse Guérin, une thèse inaugurale de M. le docteur Henri Lediberder, intitulée : *Étude sur les signes et le diagnostic des fractures du crâne.*

3° Par M. Jules Guérin, une brochure en suédois sur la statistique de la mortalité des enfants nouveau-nés en Suède.

4° Par M. Béhier, une traduction allemande de l'ouvrage de M. le docteur Jeannel sur la prostitution.

5° Par M. le secrétaire perpétuel, un volume de Civiale sur la lithotritie et la taille.

M. CHEVALLIER lit, au nom de la commission des eaux minérales, deux rapports officiels sur des demandes en autorisation d'exploiter, pour l'usage médical, deux nouvelles sources thermales.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées sans discussion.

Discussion sur la mortalité des nourrissons.

M. JULES GUÉRIN. J'ai un grand reproche à faire au rapport de la commission. Il rétrécit la question. L'objet du rapport était double. Il devait être scientifique et pratique, et au lieu de cela, il a été presque uniquement administratif et réglementaire. Est-ce bien là la tâche de l'Académie de médecine? Je ne le crois pas. Ses études, ses discussions, ses instructions, son rapport enfin, doivent, à mon avis, partir d'un point de vue d'un ordre plus scientifique, et qui soit davantage de sa compétence.

Ces idées, du reste, ont été déjà exprimées à cette tribune par plusieurs de mes honorables collègues. M. Fauvel a surtout porté la question sur ce terrain, et même il a semblé me faire un reproche de ne pas les avoir soutenues au sein de la commission dont je faisais partie. Et pourtant, le procès-verbal de cette commission fait foi que telles ont été mes opinions et mes paroles, et c'est par ce motif que j'ai combattu le projet du rapport adopté par la majorité.

Je n'en étais pas, du reste, à ma première critique contre le rôle trop réglementaire que l'on veut assigner sur cette question aux rapports académiques.

Déjà en janvier 1867, dans un discours que j'ai en ce moment sous les yeux, je soutenais que la tache de l'Académie de médecine ne consistait pas tant à faire des règlements qu'à jeter sur les questions du genre de celle-ci la lumière de l'observation et de la science.

Il ne s'agit pas de discuter ici, en effet, purement et simplement des chiffres et des règlements comme on ferait dans une société de statistique ou dans une conférence de droit, il s'agit d'étudier les causes internes et externes, physiologiques, pathologiques et morales d'une question profondément médicale, bien qu'aussi éminemment intéressante pour la société. Par conséquent, les remèdes quenous avons à appliquer, au nom de l'Académie de médecine, ne sont pas des remèdes administratifs mais des remèdes médicaux. Nous ne sommes pas chargés de faire des lois, mais d'éclairer le public, le gouvernement et la science, sur la nature du mal que nous étudions, et si nous proposons des mesures réglementaires, ce doit être à titre de conseils, d'enseignements et de conséquences, et elles doivent jaillir des profondeurs, bien étudiées, de la question scientifique.

Après ce défaut du rapport, je dois signaler une lacune qui s'est fait sentir quelquefois dans la discussion elle-même. Il me semble que mes honorables collègues ont accordé une trop grande importance à la statistique. La statistique est assurément une excellente chose quand elle nous donne ses résultats brutaux, si je puis m'exprimer ainsi, mais elle a ce grand inconvénient de nous voiler les causes quand on veut s'en servir pour les découvrir. Elle est alors comme le microscope qui montre à chaque observateur tout ce qu'il veut voir, et les causes, les vraies causes, restent cachées et confondues sous l'étiquette fallacieuse qu'il plaît à chacun de choisir pour y parquer ses preuves.

Il faut donc sortir absolument de ces cadres conventionnels où chaque orateur, comme nous l'avons vu dans la dernière discussion, fait rentrer les faits qui lui conviennent, de manière à nous présenter tour à tour les chiffres les plus contradictoires, prouvant ainsi jusqu'à l'évidence que la statistique n'apprend rien quand on veut entrer dans le détail, et s'en servir pour étudier les causes. Elle n'a pu même nous indiquer, avec certitude, la différence de mortalité qui pouvait exister entre les nourrissons des grands et des petits bureaux, et nous avons entendu MM. Brochart, Broca et Husson, nous présenter à ce sujet les chiffres les plus différents. Il en a été de même pour chacune des autres questions particulières posées dans cette enceinte à la statistique. On a successivement étudié devant vous, à différents points de vue : 1° les nourrissons surveillés; 2° les enfants en famille; 3° les enfants au point de vue des professions; 4° les enfants selon les lieux et les départements; et pourtant nous n'avons en aucun chiffre fixe, aucune donnée digne d'être soumise à l'attention de l'administration. Le seul grand fait qui soit ressorti de cette enquête, c'est la différence énorme de mortalité des nourrissons, par rapport aux enfants élevés ailleurs que chez les nourrices. Et encore ce fait contient-il bien des confusions et voile-t-il bien des causes cachées. Tenons-nous-en donc pour la statistique aux résultats brutaux et généraux qu'elle nous fournit, et bornons-nous à savoir par elle la moyenne de la mortalité du premier âge, qui est en France de 17 à 18 p. 100, tandis que les autres pays ont le chiffre minimum de 11,81 p. 100 (Suède), et le chiffre maximum de 24 p. 100 (Bavière). Notons encore par le moyen des chiffres la différence qui existe entre les différents départements, les différentes villes, au sujet de la mortalité. Et alors, la statistique nous aura à peu près fourni tout ce qu'elle peut nous fournir. Il ne nous restera plus qu'à étudier les causes de cette mortalité, le fond même de la question.

Or, ces causes, quelles sont-elles?

Le rapport n'a qu'une seule réponse : le manque de surveillance, et il m'offre, comme un grand remède, son règlement, divisé en je ne sais combien d'articles.

Telle est la doctrine du rapport et de la majorité. Mais quel est donc ce défaut de surveillance? En quoi consiste-t-il? Que cache-t-on sous cette étiquette vague et générale? C'est ce que le rapport ne dit pas, et c'est pour cela que je l'ai attaqué dans le sein de la commission en demandant avant tout un préambule étendu, détaillé, scientifique.

Ces causes, il faut les étudier en dehors même des chiffres, par l'expérience, par l'observation médicale. Nous allons donc les passer rapidement en revue.

La première de ces causes, c'est l'appauvrissement même de la race. Son origine remonte au commencement de ce siècle, alors qu'il ne restait en France que de mauvais reproducteurs, dont les enfants étaient souvent plus mauvais reproducteurs encore. Aussi, l'appauvrissement de la race s'est-il traduit, non-seulement par la faiblesse des constitutions et par un chiffre de mortalité plus élevé pour les jeunes enfants, mais encore par la décroissance progressive de la population, décroissance constatée cette année dans trente-et-un départements, tandis que, dans le relevé précédent, elle ne portait encore que sur douze. Faut-il s'étonner, après cela, que des enfants issus de tels parents naissent dans de mauvaises conditions, et comme dévoués d'avance à la mort. Le manque de soins et de nourriture convenable, pendant le premier âge, viennent encore accroître la somme des mauvaises chances de l'avenir. Cette première cause, le dépérissement de notre race, ce n'est pas la statistique seule qui nous l'apprend, c'est surtout l'observation de tous les jours.

Une seconde cause de mortalité, dont la connaissance ne ressort pas non plus de la statistique, c'est l'état de misère d'une partie de la population, et en particulier des nourrices de campagne. Il est clair que, dans une telle situation, les enfants ne peuvent être que mal soignés et doivent mourir par suite de la misère même. Le grand remède à cela consiste non pas à réglementer, mais à aider les pauvres nourrices.

La troisième cause, celle que l'on admet le plus facilement comme produisant directement la mortalité des enfants nouveau-nés, c'est l'allaitement artificiel. On a reçu presque universellement, et à mon avis avec beaucoup trop de légèreté, les accusations portées contre l'allaitement artificiel. Il s'en faut de beaucoup qu'il soit aussi noir qu'on le représente. Car on a eu le grand tort de confondre sous un titre beaucoup trop général des choses qui ne se ressemblent en aucune manière, et on a surtout omis de considérer dans cette question un fait énorme, l'alimentation prématurée.

Nous possédons au sujet de l'allaitement artificiel de nombreuses statistiques, mais elles sont tellement grossières et compréhensives qu'elles ne peuvent servir en rien à l'observateur et au savant. Ici, en effet, le titre fait tout juger, et pourvu qu'on puisse mettre sur une catégorie d'enfants réunis presque au hasard et nourris de toutes les manières possibles l'étiquette *biberon*, la chose est jugée. Par ce moyen on a obtenu des chiffres considérables pour la mortalité des enfants nourris par l'allaitement artificiel. M. Dupont (du Calvados) a, par exemple, constaté une mortalité de 10 pour 100 pour les enfants nourris par l'allaitement ordinaire, contre 30 pour 100 pour des enfants élevés au biberon. D'autres ont donné pour cette dernière classe de nourrissons une moyenne de 60 ou 80 pour 100. M. Pierçon aurait vu ainsi, sur 143 enfants élevés au biberon, 132 enfants mourir de diarrhées dyspepsiques. Mais le même confrère nous apprend que, lui-même, il a élevé ses 7 enfants par le procédé de l'allaitement artificiel, et qu'ils ont tous joui malgré cela d'une brillante santé. On voit par là même que les chiffres donnés par lui devaient couvrir des causes dont il n'a pas pas tenu compte et qui sont sans rapport direct avec l'allaitement artificiel. Aussi sommes-nous profondément convaincu que l'allaitement artificiel bien dirigé n'a aucun des inconvénients qu'on lui attribue. Ce qui tue les enfants élevés par ce procédé, ce n'est pas le lait de vache qu'on aurait du leur faire prendre, mais bien l'alimentation prématurée. C'est qu'on les nourrit souvent comme de grandes personnes au bout de trois ou quatre mois, et souvent avec les aliments les plus indigestes.

Aussi le docteur Nonat nous disait-il naguère que, sur 19 enfants qu'il avait fait nourrir au biberon, d'après ses instructions et sous sa surveillance, il y en avait 17 qui avaient grandi, parfaitement bien portants.

M. le docteur Decaisne a fait, en Normandie, des expériences de ce genre. Sur 40 enfants, il en a fait élever au biberon 26, d'après ses instructions et sous ses yeux, et il n'a eu que 3 cas de mort. Les 14 autres, au contraire, nourris au sein, sont presque tous morts, et quand il a demandé comment on les avait nourris, il a appris qu'au bout de trois mois on leur faisait manger de tout, jusqu'à des pommes de terre, ce qui les avait fait succomber très-rapidement. Je maintiens donc que l'allaitement artificiel n'est nullement coupable quand il est bien dirigé, et que la plupart des accusations formulées contre lui tiennent à des méprises et à de fausses traditions. La preuve en est fournie expérimentalement par l'allaitement artificiel des animaux. Les jeunes veaux qu'on nourrit, non pas au biberon, mais avec du lait trait d'une vache, prospèrent à merveille; et chez les autres animaux, on peut également constater les mauvais effets d'une alimentation trop forte. J'ai perdu, une année, presque tous les agneaux, de nombreuses brebis que je nourrissais avec des graines. L'année suivante, j'ai supprimé les graines et les petits se sont bien élevés.

Il faut donc tâcher d'améliorer généralement l'allaitement artificiel et non de le détruire; car, il ne faut pas l'ignorer, il y a là une question de nécessité contre laquelle on ne peut rien; toujours il y aura des femmes trop souffrantes pour nourrir elles-mêmes, trop pauvres pour payer une nourrice. Malheureusement, toujours aussi il y aura, comme l'a dit M. Briquet, des femmes pour qui l'amour maternel ne sera qu'un vain mot, et qui voudront se décharger de l'ennui de nourrir leurs enfants. Par conséquent, toujours on sera obligé de recourir dans certains cas à l'allaitement artificiel, qu'il s'agit pour nous de ramener seulement aux saines données de l'hygiène infantile.

Du reste, rationnellement et chimiquement parlant, le lait de femme diffère bien peu du lait de vache. Celui-ci est peut-être un peu plus gras, mais on peut remédier à cet inconvénient par un mélange d'eau sucrée. L'allaitement artificiel est une question vitale qu'il faut étudier et tenter dans les services hospitaliers, mais non supprimer par une fin de non-recevoir.

Quant à la quatrième cause de la mortalité des enfants, elle réside surtout dans un ensemble de circonstances défavorables et de plaies morales. Les enfants naturels, par exemple, sont exposés, comme nous l'avons vu dans toutes les statistiques, à une mortalité beaucoup plus grande que les enfants légitimes. Rien n'est moins étonnant, car une foule de mauvaises chances les environnent de tous côtés, et les menacent sans cesse de la mort. Aussitôt après la conception, la fille-mère désire et tente souvent l'avortement. Elle désire la mort de l'enfant à sa naissance, et comme nous le savons, l'infanticide dans de telles conditions n'est pas rare. Elle désire encore la mort de l'enfant après sa naissance, et souvent l'alimentation du nourrisson n'est qu'un infanticide déguisé.

M. Broca nous a donné une moyenne proportionnelle de la mortalité des enfants naturels et légitimes dans deux départements, celui d'Eure-et-Loir et celui de l'Yonne. Dans le département d'Eure-et-Loir, la proportion est de 25 pour 100 pour les enfants légitimes, de 95 pour 100 pour les enfants naturels. Dans le département de l'Yonne, la proportion est encore de 25 pour 100 pour les enfants légitimes, et elle est de 85 pour 100 pour les bâtards.

En dehors même des filles mères, les femmes de la basse classe n'ont souvent pas un moindre désir d'être débarrassées de leurs enfants, comme nous la dit M. Briquet, et il nous en a cité de bien tristes exemples. Cette situation déplorale existe non-seulement en France, mais à l'étranger, mais en Amérique, où la pratique de l'avortement est devenue une industrie usant même des procédés de publicité.

Concluons-donc en disant que le rapport ne s'est peut-être pas assez attaché au côté scientifique de la question des nouveau-nés et aux vraies causes de leur mortalité. Ces causes sont au nombre de quatre : la détérioration de la race, la misère, l'allaitement prématuré, les causes morales. Or, contre ces causes, les règlements proposés par le rapport ne peuvent rien, ou du moins fort peu de chose.

M. Husson, que je regrette de trouver en contradiction avec lui-même, nous l'a dit d'avance il y a trois ans : Vous n'avez pas de lois à faire ni de règlements à proposer.

La mission beaucoup plus importante qui incombait à l'Académie, consistait à instruire. Instruire d'abord les nourrices sur leurs devoirs qu'elles ignorent, instruire ensuite les médecins de nos campagnes qui sont souvent peu au courant de la science. Les instruire sur les causes de la mortalité du premier âge, sur les maladies des enfants, sur les remèdes à employer pour les combattre, sur l'allaitement artificiel qu'ils ne savent souvent pas très-bien diriger.

Il fallait instruire aussi l'administration sur les origines de la mortalité des enfants, sur les circonstances qui la favorisent, sur les moyens à employer pour l'empêcher. Cela vaudrait mieux pour l'Académie, que de se faire le porte-voix d'un règlement de police.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 4 février 1870. — Présidence de M. BERGERON.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

ISOLEMENT DES VARIOLEUX

M. LORAIN, à l'occasion du procès-verbal, demande à appuyer la proposition que M. Guyot a faite dans la dernière séance ayant trait à l'isolement des varioleux dans les hôpitaux. Il rappelle le rapport fait à ce sujet il y a déjà cinq ou six ans par M. Vidal. Si l'on compare ce qui a lieu en France avec ce qui se fait en Prusse, où la variole est une maladie extrêmement rare, grâce aux mesures prises par les autorités, et en Angleterre où, depuis plus d'un siècle déjà, existe un hôpital spécial pour les varioleux, on comprendra aisément la justesse des critiques et des réclamations faites par les médecins. Cependant M. Lorain croit devoir adresser des remerciments et des félicitations à M. le directeur général de l'Assistance publique pour l'empressement qu'il a mis à s'entendre avec les directeurs le lendemain même du jour où M. Guyot avait émis sa proposition à la Société. Immédiatement, en effet, dans presque tous les hôpitaux, on a cherché à isoler les varioleux. Mais, il faut bien le dire, tout en rendant justice au zèle de l'administration, ce qui a été fait ne vaut guère mieux que ce qui existait avant. A Saint-Antoine, par exemple, on a fait des salles prétendues d'isolement, mais ces salles sont en communication directe avec les autres; en outre, c'est le même personnel qui sert à ces différentes salles. Les filles de service ne font qu'aller et venir en ouvrant continuellement les portes de communication. Est-ce là de l'isolement?

M. Lorain demande donc, en terminant, qu'on prenne aussi des mesures qui ne donnent pas lieu à des critiques dont personne ne peut nier la justesse.

M. MOISSENET n'a pas répondu dans la dernière séance à M. Guyot, parce qu'il croyait ne devoir lui répondre que par des actes. C'est pourquoi, au sortir même de cette séance, il s'est rendu chez M. Husson, et il a été immédiatement décidé que le lendemain même on séparerait dans tous les hôpitaux les varioleux des autres malades. Sans doute cette séparation, toute provisoire du reste, ne répond pas aux exigences légitimes des médecins; mais cela vaut mieux encore que ce qui existait. En outre, on est en pleine épidémie, le temps presse, puisqu'au 19 janvier il y avait 201 malades varioleux dans les hôpitaux, et qu'il y a eu 63 décès par suite de varioles pendant ce mois. Il fallait donc agir immédiatement, et c'est ce qui a été fait. Ici, M. Moissenet donne avec quelques détails l'état des choses dans les hôpitaux pour ce qui regarde la variole, et fait connaître les mesures qui ont été prises dans chaque hôpital. En outre de ce qui a été fait dans les hôpitaux, M. Husson a institué dans les quartiers excentriques des bureaux où les vaccinations seront pratiquées gratuitement, et, à ce sujet, M. Moissenet demande que tous les médecins apportent le plus grand soin à la surveillance des vaccinations à pratiquer dans l'hôpital. Il arrive souvent que la vache vaccinifère s'en retourne comme elle est venue. Or, en attendant qu'il ait été répondu d'une façon tout à fait satisfaisante aux réclamations des médecins, il serait bon que ceux-ci y missent un peu du leur.

M. MOUTARD-MARTIN demande qu'il soit bien entendu que ce

qui a été fait n'est que provisoire. Avec ce système, en effet, les malades varioleux ne pourront pas manquer d'infecter la salle qui communique avec ces chambres prétendues séparées où on les met. Seulement, ils n'infecteront que cette salle. Il ne faut donc pas s'en tenir là, et on devra presser le plus possible la construction de bâtiments spéciaux pour les varioleux.

M. CHAUFFARD appuie les observations qui viennent d'être présentées par MM. Lorain et Moutard-Martin, et demande à rapporter un fait qui s'est passé il y a quinze jours dans son service à Necker. A cette époque, est arrivée dans sa salle, qui sert aussi aux accouchées, une nourrice atteinte de variole grave. Malgré l'insistance qu'a mise M. Chauffard à demander l'isolement de cette malade, on n'a pas accédé à sa demande. Il lui a donc fallu garder cette malade et son enfant dans cette salle, où il n'y avait pas eu de vaccinations depuis quinze jours. Par bonheur, aucun des enfants n'a pris la variole. Mais une accouchée l'a eue fort grave, qui heureusement a guéri, et l'épidémie s'est arrêtée là. Mais le séjour de cette malade dans cette salle n'en était pas moins dangereux et pouvait devenir des plus funestes. M. Chauffard demande donc que l'on construise, sur chaque rive de la Seine, des hôpitaux spéciaux pour les nourrices atteintes de variole.

CORRESPONDANCE

Parmi les pièces de la correspondance, M. le secrétaire général signale une brochure de M. Scoutteten sur le chloral.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les maternités.

Discussion sur les maternités.

La parole est à M. Tarnier pour compléter la communication qu'il a faite dans la dernière séance.

Dans la dernière séance, M. Tarnier ne s'est guère étendu que sur le plan de la maternité proprement dite. Aujourd'hui, c'est sur l'infirmerie qu'il désire attirer un instant l'attention de la Société.

Les femmes en couches peuvent, comme l'a fait remarquer M. Tarnier, manquer de surveillance sans grand inconvénient; mais il n'en est pas de même des femmes malades. La surveillance devient alors indispensable. C'est pourquoi l'infirmerie ne peut être construite absolument sur le même modèle que la maternité. Or, voici le plan proposé à cet effet par M. Tarnier :

Un petit pavillon à deux façades, munies chacune d'une marquise, et à deux extrémités sur lesquelles devront donner les fenêtres des chambres. Ce pavillon est traversé d'une façade à l'autre par un compartiment médian, destiné à former la pièce occupée par la surveillante; et de chaque côté de ce compartiment, c'est-à-dire aux deux extrémités, se trouveront deux chambres: les fenêtres de chacune de ces chambres donnant sur les extrémités, et leurs portes, opposées l'une à l'autre, donnant chacune sur l'une des deux façades, de telle sorte que ces deux chambres seront absolument séparées l'une de l'autre, et que la surveillante, pour aller de la pièce dans ces chambres, sera obligée de sortir sous la marquise, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre.

Le pavillon ainsi construit ne comprendra donc pas plus de quatre chambres, deux de chaque côté. M. Tarnier pense que quatre chambres devront parfaitement suffire. Maintenant, les cloisons séparant ces chambres du compartiment médian, au lieu d'être des cloisons ordinaires, seront constituées par de grandes glaces, qui permettront à la surveillante de voir ce qui se passe dans les quatre chambres pour ainsi dire à la fois. C'est à M. Husson, paraît-il, que doit revenir l'initiative de cette idée, que M. Tarnier s'est empressé d'accepter et d'appliquer à son plan.

M. RAYNAUD demande à faire quelques questions à M. Tarnier. Il est très-porté à se rattacher aux idées de M. Tarnier, mais il désire savoir avant tout de combien de chambres se composerait la maternité.

M. TARNIER ne demanderait, pour commencer, à titre d'essai, que 12 chambres; mais il est intimement persuadé qu'une maternité ainsi construite, alors même qu'elle serait d'une longueur indéfinie, n'en serait pas moins bonne pour cela.

M. RAYNAUD. Pourquoi, au lieu de placer toutes les fenêtres sur une façade et toutes les portes sur l'autre, n'alternerait-on pas de telle sorte que sur la même façade se trouverait la fenêtre de la première chambre, puis la porte de la seconde, et ainsi de suite, et sur l'autre façade la même disposition, ce qui constituerait un isolement encore plus complet de chaque chambre ?

M. TARNIER a bien pensé à cette disposition; mais il faudrait alors une marquise de chaque côté, tandis qu'il n'en veut que d'un côté, au-dessus des portes, et qu'il n'en veut pas au-dessus des fenêtres, ce qui aurait lieu forcément avec ce système.

M. RAYNAUD entre ensuite dans quelques détails sur la literie, sur lesquels on ne manquera pas de revenir dans le cours de la discussion.

M. HERVIEUX lit un travail dans lequel il examine, au point de vue critique, le plan proposé par M. Tarnier.

M. Hervieux ne partage pas les opinions de M. Tarnier. D'abord, il ne croit pas, comme lui, que la réunion d'hommes sains soit mauvaise, pas plus que la réunion de femmes en couches non malades. M. Hervieux ne pense pas, en effet, qu'elles s'empoisonnent entre elles. Il faut, selon lui, un état pathologique pour qu'il y ait empoisonnement. Il faut donc que les accouchées soient malades pour donner naissance à des maladies infectieuses. Ce qui le prouve aux yeux de M. Hervieux, c'est qu'on a vu des services de femmes en couches fort mal organisés à tous égards, rester très-longtemps indemnes de toute épidémie.

La réunion d'accouchées valides n'offre donc pas, selon M. Hervieux, les dangers dont se préoccupe M. Tarnier. De là, il conclut à l'inutilité du système de maternité proposé par M. Tarnier, c'est-à-dire à la séparation des chambres pour les accouchées valides. Reste l'infirmerie. M. Hervieux serait très-disposé à accepter pour cela le plan de M. Tarnier, mais à condition alors qu'il n'y eût pas un seul personnel. Il faudrait, selon lui, un personnel particulier pour chaque malade, sans quoi le but cherché n'est pas atteint.

La séance est levée à cinq heures.

(Il y aura séance vendredi prochain.)

Le directeur, Dr E. LE SOURD

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Maladies régnantes des mois de novembre et décembre.

Le nombre des pneumonies, déjà assez élevé dans les mois précédents, s'est notablement accru en novembre et en décembre, en novembre surtout, où il y a eu 75 décès au lieu de 51, relevés en octobre. En décembre, la mortalité est descendue à 58, chiffre à peu près égal à celui du mois de juillet. Le rapport ne constate, d'ailleurs, aucune particularité spéciale dans les pneumomies observées durant ces deux mois. Il y est fait seulement la remarque, au point de vue thérapeutique, que l'on croit, en général, avoir à se louer de l'emploi de la médication alcoolique, même chez les enfants.

Le relevé rétrospectif que renferme à cette occasion le rapport donne, pour l'année 1869 tout entière, le chiffre de 2,252, presque égal à celui qu'avait donné l'année 1868 (2,259). Mais la mortalité s'est montrée un peu plus élevée (33,92 pour 100 en 1869, tandis qu'elle avait été de 31,45 en 1868). La moyenne générale de la mortalité des pneumonies des quatre dernières années étant de 33,47 pour 100, la mortalité pour 1869 reste, comme on le voit, un peu plus élevée.

Sans vouloir entrer ici dans une discussion sur la valeur relative des divers modes de traitement de la pneumonie, et mettre en parallèle les effets de la médication alcoolique avec les méthodes évacuante et antiphlogistique, nous ne pouvons nous empêcher cependant de faire remarquer une légère contradiction, tout au moins apparente, sinon réelle, entre les résultats de cette statistique comparative et la proposition formulée quelques lignes plus haut, et consistant à dire que les médecins des hôpitaux ont eu à se louer généralement de l'emploi de la médication alcoolique. Faut-il accuser de cet accroissement sensible de la mortalité en 1869 une gravité relativement plus grande de la maladie, ou bien l'insuffisance, ou même l'inopportunité des moyens de traitement mis en usage? C'est là une question importante de pratique qu'il faudra reprendre un jour.

La phthisie pulmonaire a continué sa marche croissante. Nous ne parlons pas des bronchites, et pour cause...

Arrivons de suite aux maladies qui ont plus particulièrement prédominé pendant cette période, et dont la persistance en ce moment constitue un des caractères principaux de la constitution médicale actuelle, nous voulons parler des fièvres éruptives et de la fièvre typhoïde.

Parmi les fièvres éruptives, la variole a le premier rang. Elle a subi, d'après le rapport, pendant les mois de novembre et de décembre, une exacerbation assez violente, qui paraît s'être exagérée encore en janvier et se maintient encore en ce moment même à un assez haut degré. Tandis qu'on avait compté en octobre 14 décès par variole, il y en a eu 34 en novembre et 47 en décembre. Le chiffre de janvier sera probablement plus élevé. En comparant, sous le rapport du chiffre des varioleux, l'année 1869 entière aux deux années précédentes, on trouve la progression suivante : en 1867, il y avait eu pour l'ensemble des hôpitaux 953 varioleux; en 1868 il y en a eu 1,952, en 1869 2,079.

Parmi les particularités que signale le rapport relativement à la variole, nous mentionnerons les suivants : 1 cas observé par M. Gubler à l'hôpital Beaujon, chez un nouveau-né, qui a permis de constater avec exactitude que la période d'incubation n'avait pas dépassé 7 jours; 1 cas de paralysie complète du voile du palais, survenu le deuxième jour de la période d'éruption, chez un sujet vacciné atteint de variole confluente, observé dans le même service, par le même médecin; 1 cas de gangrène de la vulve et de la région interfessière pendant le cours d'une variole grave chez une malade du service de M. Hérard, à l'Hôtel-Dieu; éruption variolique survenue huit jours après une revaccination pratiquée sans résultat, dans le service de M. Coindet, à l'hôpital militaire Saint-Martin; 2 cas de variole hémorrhagique mortelle, dans le service de M. Desnos, à l'hôpital Saint-Antoine; 5 cas de contagion évidente sur 12 cas de variole dans le même hôpital, service de M. Mesnet; et, dans le même service, 1 cas de variole hémorrhagique coïncidant avec l'accouchement et terminé par la guérison.

La scarlatine, qui a régné épidémiquement pendant une partie de l'année, et qui avait subi une légère exacerbation pendant l'été, a presque complétement cédé : il n'y a eu que 2 décès en novembre et 3 en décembre.

Les rougeoles n'ont rien présenté qui mérite d'être noté.

L'épidémie de fièvres typhoïdes, qui avait atteint son maximum pendant les mois de septembre, d'octobre et de novembre, a subi en décembre un abaissement considérable. La mortalité typhique de cette dernière période épidémique est représentée par la proportion de 26 p. 100, le chiffre moyen des quatre années précédentes, 1866, 67, 68 et 69, étant de 21 p. 100.

Voici, d'après les rapports partiels, les principaux caractères constatés pendant les deux derniers mois.

A l'hôpital Beaujon, M. Gubler a observé des formes muqueuses et adynamiques; très-peu de symptômes thoraciques. Ce médecin signale, pour les cas de fièvre typhoïde adynamique, les bons effets qu'il a obtenus du traitement par l'alcool : prompte cessation du délire; langue moins sèche; augmentation de la tension vasculaire; calorification moindre, ou plutôt répartition plus égale de la chaleur. M. Gubler a observé un cas de rechute ou de fièvre typhoïde relaps, comme il le désigne, chez un de ses malades, après quinze jours de convalescence passés en partie à l'asile de Vincennes. Les phénomènes de la rechute ont été beaucoup plus sérieux que ceux de la première atteinte. La température maxima, qui lors de la première invasion avait été de 39,6, est montée la seconde fois jusqu'à 40,3. Malgré cela, la rechute n'a eu qu'une durée de quinze jours, et elle s'est terminée heureusement.

A l'hôpital Saint-Antoine, M. Guyot a signalé un sujet de 16 ans qui a succombé à la forme ataxique au 22e jour, et à l'autopsie duquel on ne rencontra aucune altération des plaques de Peyer, quoiqu'il n'y ait eu pendant la vie le moindre doute sur la nature de la maladie. Un autre malade, âgé de 18 ans, a présenté à la fin du 3e septenaire de petits abcès du dos, puis un phlegmon de l'avant-bras droit; des abcès inguinaux, et aussi successivement plus de quarante abcès.

Enfin M. Guyot a constaté ce fait, que certains malades ayant un ensemble de symptômes, y compris les taches rosées, qui pouvaient faire supposer qu'ils étaient atteints de fièvre typhoïde, avaient été complétement rétablis après quelques jours de traitement.

Nous pensons que ces faits sont plus communs qu'on ne le dit dans les livres et dans les rapports d'épidémies. Nous avons eu l'occasion, pour notre compte, d'en observer plusieurs exemples pendant le cours même de cette épidémie, et ce n'était pas la première fois que nous étions frappés par ces sortes de fièvres typhoïdes avortées ou ébauchées. Il s'agit, bien entendu, de ne pas les confondre avec des synoques simples, et de se tenir en garde contre cette cause d'erreur et de confusion.

A l'hôpital Sainte-Eugénie, M. Bergeron a eu, en décembre, 4 cas, dont 1 à forme grave ataxo-adynamique; 1 cas de mort par péritonite ayant débuté au niveau d'une ulcération intestinale profonde, mais sans perforation. La digitale, administrée dans ces 4 cas, a produit une remarquable sédation de la circulation. Dans le même hôpital, M. Barthez a signalé la fréquence des hémorrhagies intestinales et des épistaxis graves.

C'est ici que devraient se placer naturellement les faits de fièvres typhoïdes observés à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le professeur Béhier, et sur lesquels nous avons appelé l'attention de nos lecteurs. Ils appartiennent tous à peu près à cette période de l'épidémie.

Enfin M. Coindet, médecin de l'hôpital militaire Saint-Martin, a transmis à la commission, pour les deux mois de novembre et décembre, une relation dans laquelle on trouve la plupart des caractères particuliers à l'épidémie actuelle. Voici quelques-uns des faits principaux qui se trouvent consignés dans cette relation.

La population militaire a fourni, en novembre, à l'hôpital Saint-Martin, 39 cas, qui ont donné 2 décès seulement : l'un par hépatisation pulmonaire, l'autre par mort subite survenue sans convulsions, au septième jour de l'entrée à l'hôpital, quinzième de la maladie, sans aucune autre lésion que celles qui correspondent à cette période de la maladie. Au milieu de plusieurs cas bénins, il y en a eu où l'ataxie et l'adynamie furent profondes; les principales manifestations se sont produites du côté des organes thoraciques. L'éruption lenticulaire a manqué dans beaucoup de cas; dans d'autres, elle s'est montrée très-abondante. Il en a été de même des épistaxis. Il y a eu un seul cas d'hémorrhagie intestinale grave, qui, néanmoins, s'est terminé par la guérison. Il n'y a pas eu d'eschares. Quelques douleurs arthropathiques, musculaires, spléniques. Pas de rechute. En général, la maladie déclarée, la température s'est élevée graduellement, du début à la période d'état. Ses maxima ont varié de 40 à 41° dans les cas légers, et n'ont dépassé ce dernier chiffre que lorsque la maladie était grave.

Dans les cas à température élevée, M. Coindet a administré avec avantage la digitale seule ou avec des lotions fraîches. Les manifestations cérébrales ont été combattues par des vésicatoires sur la tête et par le calomel à doses fractionnées, et les manifestations pulmonaires par du kermès, des ventouses, des vésicatoires sur la poitrine. La diarrhée, lorsqu'elle était abondante ou prolongée, était combattue par le bismuth. Les embrocations térébentinées sur le ventre ont donné de bons résultats dans les cas de météorisme intense. Le vin et la décoction ou l'extrait de quinquina ont été donnés pour vaincre ou prévenir l'adynamie. Les malades ont été nourris le plus vite possible.

L'épidémie, qui semblait vouloir se ralentir à la fin de septembre, a repris une nouvelle intensité dans la première quinzaine de décembre, pour cesser vers la fin de ce mois. Durant ce mois, les formes graves ont été plus nombreuses que dans les mois précédents. La forme adynamique, avec tendances congestives très-prononcées du côté des poumons a prédominé. 3 sujets ont succombé de cette manière. L'un d'eux avait eu une hémorrhagie. Un quatrième malade a succombé à une péritonite par perforation.

En somme, depuis le commencement de l'épidémie, M. Coindet a eu, à l'hôpital Saint-Martin, 81 cas de fièvres typhoïdes; il compte, sur ce nombre, 8 décès au 1er janvier, dont 2 morts subites. Il a constaté, en novembre, 2 rechutes sans cause appréciable, et 2 récidives, l'une après 10 ans, l'autre après 5 jours de la sortie du malade de l'hôpital. Deux fois des abcès multiples, dans la profondeur des muscles, se sont montrés à l'époque de la convalescence.

Les fièvres intermittentes ne figurent guère, dans le rapport, que pour le Val-de-Grâce. où M. Vallin en a constaté un certain nombre de cas de première invasion.

Les affections rhumatismales, très-nombreuses sous toutes les formes pendant les mois de novembre et de décembre, comme pendant presque tout le cours de l'année, n'ont d'ailleurs donné lieu à aucune remarque particulière.

Le croup a présenté, pendant toute l'année, une extrême gravité. La mortalité s'est élevée à 73 pour 100, la moyenne des années précédentes ayant été de 66 pour 100.

Le rapport de la commission est entré dans de très-compendieux détails sur les affections puerpérales. La plupart des faits qui y figurent sont déjà connus de nos lecteurs; les autres reviendront très-probablement sous notre plume à l'occasion de la discussion engagée en ce moment devant la Société médicale des hôpitaux. Aussi nous abstenons-nous de la reproduire pour l'instant.

Nous ne pouvons terminer cet exposé, qui clôt l'exercice de la commission des maladies régnantes pour l'année 1869, sans payer un légitime tribut d'éloges au zèle et au savoir avec lesquels M. Besnier a continué cette année à accomplir ses laborieuses fonctions de rapporteur. Puisse-t-il, comme nous avons tout sujet de l'espérer d'ailleurs, les continuer encore longtemps!

Déformation et pseudo-ankylose du pied, suite d'arthrite rhumatismale. — Redressement brusque. — Appareil inamovible au plâtre et à la gélatine (stuc).

Une jeune femme de vingt-trois ans est entrée à l'hôpital des Cliniques, service de M. Richet, pour une affection du pied, pour laquelle elle avait fait déjà un séjour à l'hôpital Lariboisière. Il s'agit d'une déformation du pied, lequel est tourné en dedans et renversé sur son bord externe (pied-bot varus avec nuance d'equinisme), suite d'une arthrite rhumatismale. Il ne s'agissait point là d'un de ces cas si communs de déviation produite par la rétraction musculaire, ainsi que s'en est assuré M. Duchenne (de Boulogne), qui a constaté par l'exploration électrique l'intégrité parfaite de tous les muscles, mais bien d'une véritable arthrite chronique avec pseudo-ankylose. En effet, aucun tendon n'était rétracté, sauf peut-être un peu le tendon d'Achille. Mais lorsqu'on imprimait des mouvements de va-et-vient aux articulations tibio-tarsienne et médio-tarsienne, on éprouvait cette sensation particulière que donne le frottement de surfaces rugueuses; il était évident que les surfaces articulaires, par suite du travail morbide dont elles avaient été le siége, se trouvaient en partie décortiquées de leurs cartilages. On sentait, en outre, une certaine résistance de la part des ligaments articulaires. Il n'y avait point là une ankylose complète; les mouvements étaient

possibles, mais ils étaient extrêmement limités, et par la rétraction des ligaments et par la lésion des surfaces articulaires elles-mêmes.

Il n'y avait plus à songer à un traitement médical, ou à des moyens topiques. Tous les moyens de ce genre avaient été épuisés pendant le cours de la période aiguë de la maladie. On ne pouvait pas davantage penser à pratiquer la ténotomie, qui ne convenait évidemment pas dans ce cas. Que restait-il à faire ? Le redressement. Fallait-il recourir aux procédés de redressement lent et graduel ou au redressement instantané ? M. Richet a opté pour ce dernier, pour la rupture brusque et instantanée des ligaments.

L'opération faite, le membre a été immédiatement placé dans un appareil plâtré, où il restera jusqu'au moment où il faudra chercher à prévenir l'ankylose en exerçant des mouvements graduellement étendus. M. Richet a eu recours, pour confectionner cet appareil, au mélange d'eau gélatineuse et de plâtre, connu sous le nom de stuc, et dont voici la formule :

Gélatine.	2 grammes.
Eau	1 litre.

On mêle ensuite parties égales de cette eau gélatineuse et de plâtre. Cela fait un bandage à la fois léger et solide.

Ceci nous rappelle une question qui nous a été adressée il y a quelque temps par un de nos correspondants :

Qu'est-ce, nous demandait-il, que l'appareil au silicate, ou verre liquide ? Comment prépare-t-on cet appareil ? Cela a été dit déjà, si nous avons bonne mémoire, dans la *Gazette*. Mais comme quelques médecins paraissent l'ignorer encore, et qu'il n'y a aucun inconvénient sérieux à le rappeler à ceux qui le savent déjà, nous saisissons cette occasion de le faire.

La substance désignée sous le nom de verre liquide ou fusible est le silicate de potasse, soluble dans l'eau chaude. Pour appliquer cette substance à la confection d'un bandage, on place préalablement de la ouate autour du membre que l'on veut immobiliser, on entoure le tout avec une bande sur laquelle on a étendu une solution de silicate de potasse du commerce, évaporé en consistance sirupeuse, et on laisse sécher. Cet appareil se durcit en moins de cinq minutes. Il est très-solide et imperméable, et peut s'enlever très-facilement en le faisant immerger dans l'eau chaude. Il a, en outre, l'avantage d'être très-économique.

Resterait à dire quels sont les avantages comparatifs de l'appareil silicaté et de l'appareil stuqué. Les expériences s'en font depuis assez longtemps dans plusieurs services des hôpitaux de Paris, pour qu'il soit possible d'en comparer les résultats et d'en formuler les indications spéciales. C'est ce que nous ferons à la première occasion.

Voici, d'après le tableau récapitulatif dressé par les soins de l'administration de l'assistance publique, quel a été le mouvement des hôpitaux généraux et spéciaux de Paris, pour les principales affections susceptibles d'être influencées par la constitution régnante, pendant l'année 1869 :

	Sortis.	Décédés.
Fièvre typhoïde	1047	368
Grippe.	213	1
Variole	1498	270
Varioloïde	311	0
Scarlatine	289	42
Rougeole	420	57
Rhumatisme articulaire . . .	2367	43
Rhumatisme musculaire ou sans autre désignation. . .	1024	13
Choléra	18	8
Laryngite	219	9
Coqueluche	78	15
Croup	73	198
Bronchite	4592	36
Pneumonie.	1488	764
Pleurésie.	1178	124
Phthisie.	3183	3025
Angine	517	31
Embarras gastrique.	2628	0
Dyspepsie	177	0
Gastrite	98	7
Entérite.	351	131
Diarrhée.	621	90
Dyssenterie	106	20
Ictère	373	43
Erysipèle	813	137
Intoxication saturnine	611	11
Accouchements	8225	318

HOPITAL COCHIN. — M. Léon Le Fort.

Tumeur blanche du genou gauche. Résection. Guérison.

(Observation recueillie par M. Ory, externe du service.)

L... Élisa, âgée de 28 ans, couturière, entre le 15 août 1868 à l'hôpital Cochin, salle Saint-Jacques, n° 23.

Cette malade, petite et d'un tempérament lymphatique, porte au cou les cicatrices d'ulcères qu'elle a eues dans son enfance, cependant elle jouit habituellement d'une bonne santé.

En juin 1862, étant au quatrième mois de sa première grossesse, elle vit son genou gauche augmenter de volume, en même temps qu'il devenait le siége de vives douleurs. Un traitement antiphlogistique ; sangsues, repos, amena une légère amélioration, qui ne fut pas de longue durée, et la maladie continua sa marche. En juin 1868 elle eut recours à des cautérisations par la potasse et le fer rouge; la maladie continua à faire des progrès. En janvier 1868, un abcès se forma, s'ouvrit et continua à donner issue à de la suppuration.

Lors de l'entrée de la malade à l'hôpital, la santé générale est très-altérée, l'appétit presque nul, le sommeil rare et interrompu par des douleurs aiguës. Des fistules, au nombre de six, s'ouvrent à la partie externe et supérieure de l'articulation. Le tibia est subluxé en dehors et en arrière, les mouvements de flexion sont abolis; les os sont ankylosés dans l'extension. Les fistules donnent issue à une assez abondante suppuration, mais nulle part on ne peut arriver sur les os, bien que le stylet, enfoncé dans chacune d'elles, prenne la direction de l'articulation.

Le repos au lit, l'application d'appareils inamovibles, un traitement général aussi réparateur que possible, n'amène aucun résultat.

La malade réclame une opération, et accepte avec une joie relative l'espoir de pouvoir conserver la jambe par la résection du genou. Cette opération lui fut proposée par M. Léon Le Fort, bien que le membre malade, notablement plus maigre et moins développé que le membre sain, présentât déjà un raccourcissement de plus d'un centimètre, et parce que les désordres ne paraissaient pas dépasser les limites des surfaces articulaires.

Toutefois, M. Le Fort prévint la malade que les lésions pourraient être telles, que l'amputation fut nécessaire, et la malade l'autorisa à la pratiquer s'il y avait lieu, sans attendre la cessation du sommeil anesthésique.

L'opération fut faite le 30 novembre. Une incision curviligne, à concavité supérieure, allant d'une tubérosité du fémur à celle du côté opposé, et descendant au niveau de la tubérosité antérieure du tibia, ouvrit l'articulation. Toute trace d'organisation normale a disparu, il ne reste aucun débris de cartilage; les os, rongés par la carie, sont baignés de sanie purulente, et leur friabilité permet de séparer par la flexion forcée le fémur adhérent au tibia. Tout le tibia est réséqué, ainsi que l'extrémité inférieure du fémur, sur lequel on est obligé de pratiquer trois sections successives, la dernière portant au niveau des tubérosités; le fémur étant malade, ramolli, fixable à une assez grande hauteur. La face articulaire de la rotule, détruite par la carie, est également réséquée.

M. Le Fort enleva alors, à coups de ciseaux courbes et avec le plus grand soin, toutes les fongosités, tous les débris de la capsule articulaire, car loin de chercher à la conserver, il attache une grande importance à ce que toutes les parties malades de la capsule (c'est-à-dire, dans le cas présent, la capsule toute entière), soient soigneusement enlevées.

Cela fait, le tibia et le fémur sont rapprochés, mis en position, et le tendon rotulien est rattaché au tibia par une suture métallique. Le membre est placé dans l'appareil de M. Le Fort. Quelques heures après l'opération, une légère hémorrhagie force à lier une branche de la grande anastomotique. Pansement : compression imbibée d'eau fraîche, légèrement alcoolisée.

Quelques vomissements se sont montrés le deuxième jour et les jours suivants. Le pouls, à 112 le lendemain de l'opération, tombe le troisième jour à 100 degrés, et varie ensuite de 84 à 90.

Le pansement employé a consisté simplement à placer sur la plaie une compresse trempée dans un mélange d'eau simple et d'un vingtième environ d'alcool camphré, et recouverte d'un morceau de taffetas ciré, lequel empêchant l'évaporation, maintient la compresse toujours humide. La compression est renouvelée deux ou trois fois par jour, mais les coussins latéraux, disposés de manière à laisser le genou libre, n'ont été changés que deux fois pendant les deux premiers mois, de sorte qu'on pourrait presque dire qu'il n'a été fait que deux pansements. Après deux mois, on s'assure que la réunion des os s'est effectuée.

Le 6 mars, la malade commence à marcher avec des béquilles, mais cette tentative amène une légère tuméfaction des parties qui recouvrent la rotule. Quelques jours après, l'inflammation a donné lieu à une petite collection purulente, qu'on ouvre, et au travers de laquelle on passe un tube à drainage.

Le 14, le drain est enlevé et la cicatrisation s'opère peu à peu.

Le 1er avril, la malade recommence à marcher; la rougeur ne reparaît pas.

Le 14 avril, la malade sort pour retourner chez elle. Elle marche facilement avec une bottine à haut talon et à semelle épaisse; elle se sert d'une béquille, non par nécessité, mais par crainte des chutes. Il existe encore une très-petite fistule, à 3 centimètres de l'extrémité interne de l'incision, mais n'arrivant pas sur les os. La rotule conservée fait une légère saillie, qui, par son bord inférieur, soulève la peau au-dessus de la cicatrice, comme on peut le voir sur le dessin fait d'après une photographie prise au moment de la sortie.

En novembre 1869, la malade, qui habite Caudebec, vient à Paris et se présente à l'hôpital Cochin, où elle se rend à pied sans se servir même de sa canne. Pour éviter tout accident possible, on lui conseille de se faire faire une genouillère de cuir, protégeant le genou. Le 13 décembre elle écrit : « Je me trouve bien à mon aise, je vais toujours bien, et je puis faire une lieue sans que cela me gêne. »

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 19 janvier 1870. — Présidence de M. Alph. Guérin.

Le procès verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Alph. Guérin adresse des remerciments à la Société pour l'honneur qu'elle lui a fait en l'appelant à présider ses séances.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine : Le *Bulletin de thérapeutique*; — La *Gazette médicale de Strasbourg*; — Le *Sud médical*;

— Docteur Brun-Séchaud (de Limoges) : *De la régénération des os par l'ostéoplastie périosto-médullaire*, 3e et 4e mémoire. Brochure in-8°.

— Damien Merle : *Des cicatrices du cou et de leur traitement.* Thèse inaugurale avec 20 figures.

— Antonin Martin, médecin major : *Mémoire sur l'aphasie et la dysphasie traumatiques*. Brochure in-8°.

— M. Houzé de l'Aulnoit adresse une lettre de remerciments pour son élection à la place de correspondant national.

— M. Cazin (de Boulogne) adresse un travail manuscrit intitulé : *Fistule vésico-vaginale; temporisation; opération par le procédé de Sims. Guérison.* — Renvoyé à une commission composée de MM. Le Fort, Cruveilhier, Tillaux.

Diabète. — M. DEMARQUAY. J'ai été frappé, je l'avoue, des résultats très-avantageux obtenus par M. Perrin chez des cataractés diabétiques. Depuis deux ans, j'ai eu l'occasion d'opérer deux sujets diabétiques atteints d'hydrocèle, et un autre de phymoses. La guérison a eu lieu comme d'habitude, bien que mon opéré de phymoses perdît 65 grammes de glycose par litre d'urine, et fût dans le marasme. Les faits de M. Perrin me paraissent d'autant plus intéressants qu'ils sont de nature à nous rendre plus hardis que par le passé au sujet des opérations de cataracte chez des individus arrivés dans le marasme diabétique.

M. TRÉLAT. Je tiens à faire la remarque qu'il y a une très-grande différence de gravité suivant qu'il s'agit de phymoses, d'hydrocèle ou même de cataracte ou bien de grands traumatismes proprement dits. C'est pourquoi il faut se garder de tirer trop vite des conclusions générales sur l'influence du diabète à la suite des grandes opérations.

M. BLOT. Lorsqu'en 1849, je soutenais ma thèse inaugurale sur l'albuminurie des femmes enceintes, on confondait ensemble tous les états où il y a de l'albumine dans les urines, sous la dénomination générique de maladies de Bright. La même confusion me paraît exister actuellement pour le diabète, qui, considéré à tort comme une affection toujours grave, n'est, dans beaucoup de cas, qu'un accident sans gravité, parfois, même, un état physiologique transitoire, exemple : le diabète des femmes qui allaitent.

M. PERRIN. J'applaudis aux observations judicieuses de M. Blot, mais je ne saurais en faire porter le poids sur les malades dont j'ai retracé l'histoire. Le sucre a été dosé dans chaque cas, et j'ai dit que l'un de mes malades, atteint de deux cataractes développées rapidement dans l'espace de dix mois, était parvenu dans un état avancé de marasme diabétique. Ce fait, à lui seul, me paraît très-probant au point de vue de la question qui nous occupe.

M. LIÉGEOIS. Je demande la parole pour appuyer les remarques de M. Blot. Je crois, en effet, qu'il y a un diabète physiologique propre aux gens obèses, dont la signification symptomatique n'a rien de fâcheux contrairement à ce qui a lieu pour la glycosurie survenant chez des personnes maigres. J'ai eu l'occasion de soigner douze à treize personnes très-grasses qui étaient dans ces conditions, et bien qu'il y eût du sucre dans leurs urines, les accidents phlegmasiques ou traumatiques dont elles étaient atteintes n'ont pas moins bien guéri pour cela.

M. DEMARQUAY. J'accepte la distinction établie par M. Liégeois, suivant que le diabète est accompagné ou non de consomption. J'ajoute même que le diabète léger peut disparaître momentanément, sans jamais guérir complétement. Je mets à part, bien entendu, le diabète des femmes qui allaitent, signalé tout à l'heure par M. Blot, et sur lequel je n'ai aucune expérience personnelle.

Lithotritie périnéale. — M. TILLAUX. Dans une des précédentes séances, notre collègue, M. Dolbeau, a fait une communication d'un haut intérêt sur une opération nouvelle qu'il désigne sous le nom de *lithotritie périnéale*. La Société l'a écouté avec une vive attention, d'autant plus que cette question était posée pour la première fois devant elle. L'ordre de nos séances a forcé d'interrompre la discussion commencée sur cet important sujet. C'est pourquoi je vous demande la permission de la reprendre aujourd'hui. Ce qui m'engage surtout à le faire, c'est que je ne partage pas le sentiment déjà émis à cette tribune par M. Trélat. En effet, l'impression générale qui m'est restée du discours prononcé par notre collègue, c'est que, pour lui, M. Dolbeau a exécuté une opération dont les principaux temps ont déjà été plus ou moins mis en pratique par d'autres chirurgiens; il m'a semblé qu'il voyait surtout une certaine analogie entre la lithotritie périnéale de M. Dolbeau et la taille médiane ou para-raphéale de M. Bouisson. Je me propose d'exposer les motifs qui me font être d'un avis absolument opposé à celui de M. Trélat.

J'essaierai de résoudre les trois questions suivantes :

1° L'idée de la lithotritie périnéale est-elle une idée nouvelle ?

2° L'exécution de cette idée appartient-elle entièrement à M. Dolbeau ?

3° Quelle est la valeur de la lithotritie périnéale ?

1° L'idée de la lithotritie périnéale est-elle nouvelle ? Non, certes; elle est si ancienne, que le surnom de lithotomiste avait été donné, au dire de Celse, à Ammonius, qui brisait les pierres par le périnée. Elle a été formulée de nouveau par Jean des Romains. Mais de là à l'exécution, il y avait loin, et il faut bien reconnaître que, jusqu'à ces dernières années, il n'en était plus fait mention :

c'est, du reste, ce que M. Dolbeau a lui-même établi dans son *Traité de la pierre.*

2° La lithotritie périnéale constitue-t-elle une opération nouvelle, appartenant entièrement à M. Dolbeau? L'examen des différents temps dont elle se compose va nous permettre de résoudre cette question. Notre collègue vous les a exposés ici en détail, je ne les décrirai donc pas, me contentant de vous rappeler qu'on peut les rapporter à trois : 1° Incision des téguments; 2° dilatation des parties molles du périnée, y compris le col de la vessie; 3° fragmentation et extraction des fragments.

M. Dolbeau pratique sur la ligne médiane une incision ne mesurant que 2 centimètres en hauteur, et se terminant en bas sur le liséré de l'anus; puis déprimant la paroi rectale, il agit dans l'angle inférieur de cette plaie, en sorte que son bistouri traverse l'entre-croisement des fibres musculaires du sphincter externe, du bulbo caverneux et du transverse du périnée. Ce n'est pas en réalité une incision qu'il fait, mais bien plutôt une simple ponction, destinée à permettre l'introduction du dilatateur. Eh bien, messieurs, j'avoue n'avoir trouvé dans aucune autre méthode de taille une incision semblable, ni même analogue. C'est ainsi que Jean des Romains pratiquait une incision verticale sur le côté gauche du raphé, étendue de la racine du scrotum à l'anus; l'incision faite par M. Bouisson n'y ressemble pas davantage; si je prends, par exemple, la dernière des observations publiées par ce chirurgien, je trouve ceci, « je divisai les téguments et les couches sous-cutanées à l'aide d'un bistouri droit sur le côté gauche du raphé, parallèlement à celui-ci et dans l'étendue de 4 centimètres, de manière à terminer à 1 centimètre au-devant de l'anus. »

Dans d'autres observations, par exemple la 10e, je trouve : « Je pratiquai une incision latéro-raphéale dans l'étendue de 3 centimètres, depuis la racine des bourses jusqu'en avant de l'anus, etc.

Je ne prétends pas, messieurs, que l'incision faite par M. Dolbeau soit préférable aux autres, l'avenir jugera; mais il est manifeste qu'elle ne leur ressemble en rien, si ce n'est qu'elle est comme elles périnéale.

S'il pouvait y avoir doute pour le premier temps, il ne saurait y en avoir pour le second, le temps de la dilatation. Ce n'est pas dans les tailles modernes qu'il faut chercher la comparaison, puisque dans aucune on ne dilate. M. Dolbeau vous a décrit la manœuvre qu'il exécute, il vous a décrit son dilatateur; il est donc superflu de vous démontrer qu'il agit tout différemment de Jean des Romains et des Colot. Ces chirurgiens n'obtenaient, en effet, qu'une dilatation suivant un des diamètres du col, tandis que M. Dolbeau obtient une dilatation circulaire en rapport exact avec la dilatabilité normale du col vésical. Mais ce ne serait là qu'une modification, qu'un perfectionnement. Ce qui caractérise essentiellement ce temps dans la méthode de notre collègue, c'est que sa dilatation ne porte pas seulement sur le col de la vessie, mais encore sur toutes les parties molles du périnée, depuis la peau jusqu'à la muqueuse. Il produit par *refoulement des tissus*, et non par incision, un véritable canal périnéal; canal régulier, cylindrique, limité par les parois distendues de l'urètre et du col. Ceci apparaissait avec la dernière évidence sur la coupe d'un sujet congelé et préalablement opéré par M. Dolbeau à l'amphithéâtre des hôpitaux.

Une fois la ponction faite aux téguments jusqu'au cathéter, M. Dolbeau abandonne l'instrument tranchant; or, vous savez, messieurs, ce que fait M. Bouisson; se servant tantôt du lithotome de frère Côme, tantôt d'un simple bistouri, à la manière de Maréchal, il divise le col de la vessie au niveau du rayon postérieur de la prostate. Dans sa dernière observation, M. Bouisson « incise le col avec le bistouri; il divise la prostate de manière à ne pas dépasser sa faible épaisseur antéro-postérieure, et par conséquent, en respectant le rectum. »

Je suis loin de faire le procès à la pratique de M. Bouisson, mais il faut bien reconnaître qu'elle est l'antipode de celle de M. Dolbeau, puisque notre collègue pose comme *précepte fondamental* qu'on ne doit *jamais* inciser le col de la vessie.

Le troisième temps de la lithotritie périnéale présente-t-il plus de similitude que les précédents avec les méthodes déjà connues? Je ne le pense pas. Il suffit de rappeler que si Jean des Romains avait posé le précepte de fragmenter les pierres trop grosses pour franchir le col dilaté, il ne le mettait en pratique qu'après avoir fait de violents efforts pour obtenir la pierre entière; et même, on oublia bientôt ce précepte, puisque les Colot, continuateurs de sa méthode, ne la suivaient plus. Aussi la taille latéralisée de frère Jacques, malgré ses grandes imperfections, fut-elle considérée comme un progrès, puisqu'elle mettait à l'abri des déchirures profondes et même des arrachements du col, qu'on reprochait au grand appareil de Marianus. M. Dolbeau, au contraire, *fait une règle absolue de toujours fragmenter la pierre* avant de l'extraire, afin de conserver intègre le col vésical, ce qu'a démontré la pièce pathologique mise par lui sous nos yeux.

De ce qui précède ressort évidemment, messieurs, que la lithotritie périnéale constitue une méthode nouvelle appartenant entièrement et dans toutes ses parties à M. Dolbeau.

Quant à la troisième question, à savoir quelle est la valeur de la lithotritie périnéale, il ne me paraît pas possible de la résoudre dès à présent. Certes, la statistique apportée par M. Dolbeau est magnifique, mais ainsi que l'ont fait remarquer MM. Giraldès et Després, d'autres statistiques plus brillantes encore que celle de notre collègue ont déjà été fournies à l'aide de méthodes différentes. Toutefois, s'il était permis d'invoquer la théorie dans une question toute de pratique, je dirais que l'opération proposée par M. Dolbeau doit l'emporter sur les autres.

En effet, par une incision petite, médiane et limitée aux parties superficielles du périnée, l'hémorrhagie est moins à craindre. L'intégrité du col de la vessie et des plexus veineux prostatiques éloigne les chances de phlébite, d'infection purulente, ainsi que de l'infiltration urineuse. Mais, je le répète, à l'avenir appartient de juger la nouvelle méthode imaginée par M. Dolbeau.

J'ajoute, en terminant, qu'un malade opéré à Saint-Antoine par cette méthode, dans le service de mon ami M. Labbé, a succombé; mais je pense que notre collègue vous rendra compte lui-même de cette opération nécessitée par la présence d'une pierre énorme, et dont l'exécution a été d'une extrême difficulté, tant par le volume que par la dureté du calcul. Je dirais seulement qu'à l'autopsie, le bulbe a été trouvé touché, et le col de la vessie éraillé par les fragments extraits du calcul.

M. GIRALDÈS. Je me suis suffisamment exprimé, dans une précédente séance, au sujet de l'opération de M. Dolbeau, pour que je n'aie pas besoin d'y revenir. Si je demande la parole, c'est uniquement pour rappeler à M. Tillaux, qui a parlé de la grande incision de Jean des Romain et de la déchirure du col de la vesie par les fragments de calculs, que Jean des Romain n'a rien écrit de lui et qu'il n'a fait qu'exprimer les idées de son maître, Marianus Sanctus.

Dans le procédé de Marianus, l'incision, loin d'intéresser le périnée dans une grande étendue, comme l'a dit M. Tillaux, n'était, au dire de Jean des Romains, que de la grandeur de l'ongle. Ensuite, Marianus, loin de s'exposer à déchirer le col de la vessie en essayant de broyer la pierre et d'en extraire les morceaux, cherchait au contraire à faire sortir le calcul en entier.

Du reste, avant toute tentative d'extraction, il dilatait le col à l'aide d'un instrument *imparfait* sans doute, mais enfin, il le dilatait.

M. TRÉLAT. Je n'ai jamais voulu soutenir que l'opération de M. Dolbeau ne fût autre chose que la vieille opération de la taille médiane, et je n'ai point ménagé à l'auteur les éloges pour les perfectionnements qu'il a su apporter à son procédé de lithotritie périnéale. Tout ce que j'ai voulu faire a été de rechercher les points d'analogie et de dissemblance avec ce qui était déjà connu, et c'est alors que j'ai cité les opérations de M. Bouisson.

M. Tillaux affirme que M. Bouisson, en procédant comme il a fait, a dû, de toute nécessité, couper le bulbe; qu'il me permette d'être moins affirmatif que lui, et lorsqu'un homme de la valeur de M. Bouisson me dit s'être mis en garde contre une lésion du bulbe et l'avoir évitée je ne puis, jusqu'à preuve contraire, admettre qu'il a dû nécessairement se tromper.

J'accepte avec M. Tillaux que la dilatation du col de la vessie soit un perfectionnement, mais je ne saurais lui accorder en même temps que M. Bouisson divise le col de la vessie en totalité. Cet auteur dit expressément, en effet, qu'il limite l'incision à la partie membraneuse de l'urètre et au commencement de la prostate.

A ce propos, j'avais rappelé la pratique de M. Borelli, discutée dans cette enceinte même, par plusieurs de nos collègues, lorsque ce chirurgien était venu soutenir toute l'importance qu'il y avait à éviter toute incision du col de la vessie.

Je suis de l'avis de M. Tillaux lorsqu'il dit que ce qui caractérise surtout l'opération de M. Dolbeau, c'est qu'il pratique le broiement de la pierre, dans tous les cas, et quel que soit le volume de celle-ci.

Quant à la valeur de l'opération, j'ai conclu, comme M. Tillaux le fait en ce moment, à savoir qu'il faut attendre avant de se prononcer.

En résumé, je suis d'accord avec M. Tillaux sur presque tous les points, et si, dans une précédente séance, j'ai pris la parole, c'était pour rechercher la mesure de la part qui revenait à notre collègue, M. Dolbeau, et non pour nier cette part. M. Tillaux, en partant des mêmes données, mais en se plaçant à un autre point de vue que moi, arrive à des conclusions différentes, et comme j'ai suffisamment donné mes raisons, je n'y reviendrai point, et je me bornerai à constater la différence qui existe entre nous.

M. TILLAUX. Si j'avais cru être d'accord avec M. Trélat, je n'aurais pas demandé de prendre la parole; mais il m'avait semblé, et il me semble encore que ses conclusions étaient différentes des miennes; puisque, d'après notre collègue, le procédé de M. Dolbeau ne serait qu'un perfectionnement apporté à l'opération de MM. Bouisson, tandis que, pour moi, il en diffère essentiellement, ainsi que j'ai cherché à le prouver.

LECTURE

M. LANNELONGUE lit un travail intitulé : *De la réduction des hernies à l'aide de la compression exercée sur le pédicule des parties herniées par l'intermédiaire des parois de l'abdomen.*

Renvoyé à l'examen d'un commission composée de MM. Giraldès, Chassaignac et Labbé.

La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 3 décembre 1869. — Présidence de M. LAGNEAU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance imprimée comprend :

1° Les leçons sur *l'Ovarite*, professées à l'hôpital de la Pitié, par M. Gallard.

2° Un rapport sur le service médical du chemin de fer du Nord, par M. le docteur Léon Gros.

3° Le *Bulletin médical du département de l'Aisne.* 1869, 3e trimestre.

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. Alvarenga (de Lisbonne), remerciant la Société de l'honneur qu'elle lui a fait en le nommant membre correspondant.

L'ordre du jour appelle les *élections générales* pour les membres du bureau qui doivent entrer en fonctions en 1870, et celles des divers comités de la Société.

Il est immédiatement procédé à ces votes.

Pour la présidence :

Sur 23 votants :

M. Simonot obtient	17 suffrages.
M. Léon Gros	5 —
Un billet blanc.	

En conséquence, M. Simonot est proclamé président de la Société.

Pour la vice-présidence :

Sur 24 votants :

M. Léon Gros obtient	19 suffrages.
M. Dolbeau	4 —
M. Giraldès	1 —

En conséquence, M. Léon Gros est proclamé vice-président.

Secrétaires annuels :

Sur 27 votants :

M. Antonin Martin obtient	25 suffrages.
M. Duroziez	23 —
M. Forget	3 —
M. Achille Foville	2 —

MM. Antonin Martin et Duroziez ayant obtenu la majorité des suffrages, sont proclamés secrétaires annuels.

Pour le comité de publication :

Sur 28 votants,

Au premier tour de scrutin :

M. Antonin Martin obtient	25 suffrages.
M. Duroziez	25 —
M. De Ranse	19 —
M. Worms	10 —
M. Collineau	9 —
M. Blondeau	8 —
M. Géry fils	6 —
M. Aimé Martin	4 —
M. Blachez	3 —
M. A. Richard	1 —
M. Leudet	1 —

Sur 21 votants,

Au second tour de scrutin :

M. Worms obtient	12 suffrages.
M. Collineau	7 —
M. Blondeau	1 —
M. Géry fils	1 —

En conséquence, MM. Antonin Martin, Duroziez, de Ranze et Jules Worms sont proclamés membres du comité de publication.

Pour le conseil d'administration :

Sur 29 votants,

Au premier tour de scrutin :

M. Lagneau obtient	23 suffrages.
M. Blondeau	8 —
M. Léon Labbé	8 —
M. Guibout	7 —
M. Giraud-Teulon	4 —
M. Géry père	4 —
M. Briquet	1 —
M. Chaussit	1 —

Sur 32 votants,

Au second tour de scrutin :

M. Léon Labbé obtient	18 suffrages.
M. Blondeau	8 —
M. Guibout	6 —

En conséquence, MM. Lagneau et Léon Labbé sont proclamés membres du conseil d'administration.

Pour le conseil de famille :

MM. Briquet, Delasiauve, Deville et Duparcque, ainsi que le trésorier, M. Jacquemin sont, par acclamation, maintenus dans leurs fonctions pour l'année 1870.

Également par acclamation, M. Géry père est élu, pour prendre dans ce même conseil, la place de notre regretté collègue, M. Andry, décédé dans le courant de la présente année.

A l'occasion du procès-verbal :

M. DE RANSE. Messieurs, forcé de vous quitter avant la fin de notre dernière réunion, je me proposais de répondre quelques mots aux observations que notre honorable collègue, M. Géry père nous avait faites. Je vous demande la permission d'y revenir aujourd'hui.

M. Géry père nous a dit que, pendant sa longue carrière de médecin de l'état civil, il n'avait jamais été appelé à constater un seul cas de fièvre puerpérale chez les sages-femmes, et il arrivait ainsi à une conclusion conforme à celle fournie par la statistique que tout dernièrement publiait M. Moissenet.

Cependant ces conclusions sont, en une certaine mesure, contredites par M. Lorain, qui rapportait que, sur six femmes accouchées chez une sage-femme, deux avaient été prises de fièvre puerpérale à laquelle elles avaient succombé. En présence de ces faits contradictoires, je serais porté à croire que les cas de fièvre puerpérale ne sont pas aussi rares chez les sages-femmes que MM. Géry et Moissenet le prétendent.

Les résultats de ces statistiques favorables sont plus apparents que réels, et deux circonstances, entre autres, dont il faut tenir compte, contribuent à induire en erreur.

Un premier fait bien connu est que les sages-femmes s'empressent de faire partir de leurs maisons les femmes qui y tombent malades, de peur que si ces femmes venaient à succomber, cela ne nuisît à la réputation de leur établissement.

En second lieu, si les cas de fièvre puerpérale sont plus rares chez elles que dans les hôpitaux, cela tient à ce que le nombre des accouchements y est aussi beaucoup plus restreint. Mais avec la nouvelle mesure que l'on prend à présent, les choses peuvent changer de face. Du moment que la clientèle des sages-femmes va, par cela seul, nécessairement s'accroître, les accidents pourront eux aussi se multiplier; l'encombrement pouvant se produire aussi bien

alors dans les établissements privés que dans les établissements publics.

Ce qui constitue, en effet, l'encombrement, ce n'est pas le nombre des individus, c'est le rapport de ce nombre avec la place qu'il occupe. 5, 4, 3, et même seulement 2 malades, enfermées dans une chambre relativement trop petite, produisent autant l'encombrement que 5 à 600 individus logés dans de vastes bâtiments. Les inconvénients qu'on prétendrait éviter pourraient se retrouver chez les sages-femmes.

Voici, messieurs, ce qui me décide à vous soumettre ces réflexions. L'administration a résolu de construire trois grandes maternités. Son projet rencontre une opposition générale parmi les médecins; pour ma part, je le combats de toutes mes forces. Mais l'administration ne cède pas volontiers, et, pour arriver à ses fins, elle prendra ses arguments dans les faits mêmes que je viens de vous indiquer.

Aussi, en proposant de placer chez les sages-femmes les malheureuses que les hôpitaux enverraient y faire leurs couches, il importe de bien tenir compte de cette possibilité de l'encombrement que je vous signale. Il faut insister sur la nécessité d'une surveillance extrêmement rigoureuse pour empêcher que cet encombrement n'ait lieu.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 22 janvier 1870, M. le docteur Vingtrinier a été nommé président de la Société des secours mutuels des médecins du département de la Seine-Inférieure, à Rouen.

Par décret en date du 9 février 1870, M. Carbonel, médecin de 2e classe de la marine, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — Au commencement du trimestre octobre-décembre 1869, il a été pris à ladite Faculté quatre-vingt-dix-huit inscriptions de plus que dans le trimestre correspondant de l'année précédente.

— M. le professeur Chatin vient d'être élu membre titulaire du conseil d'hygiène publique et de salubrité, en remplacement de M. le docteur Duchesne, décédé.

— *Hôpitaux de Marseille.* — M. le docteur Van Gaver, médecin adjoint des hôpitaux, est nommé médecin en chef de la Charité.

M. le docteur Bouisson, médecin adjoint, est attaché à la Charité, en remplacement de M. Van Gaver.

M. le docteur Villeneuve fils, chirurgien adjoint, est nommé chirurgien en chef.

A la suite d'un brillant concours, MM. Gras, Falot, Jubiot, Sérieux, Gilly et Magon ont été nommés élèves externes des hôpitaux.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — M. le docteur Oré, chirurgien de l'hôpital Saint-André, est prorogé pour une période de cinq ans.

M. le docteur Riquard, médecin adjoint, est nommé médecin titulaire des *Incurables et des vieillards*, en remplacement de M. Chatard, démissionnaire.

M. le docteur Demons, chirurgien adjoint, est nommé en cette qualité à l'hôpital Saint-André (création nouvelle).

M. le docteur Marc Girard, chirurgien adjoint, est nommé en cette qualité aux hospices des enfants, des vieillards et des incurables, en remplacement de M. Demons, appelé à d'autres fonctions.

M. le docteur Venot père, médecin titulaire de l'hôpital Saint-Jean (vénériens), est admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. le docteur Venot fils, médecin adjoint, est nommé médecin titulaire de l'hôpital Saint-Jean (vénériens), en remplacement de M. Venot père.

M. le docteur Aynard est nommé médecin adjoint de l'hôpital Saint-Jean (vénériens), en remplacement de M. Venot fils.

— La prochaine séance de la Société médicale d'observation aura lieu le lundi 14 février, à 8 heures du soir, sous la présidence de M. Barthez, à la Faculté de médecine, cabinet du doyen.

— M. le docteur Mallez fera, tous les lundis, à midi, à partir du lundi 14 février, une conférence sur la taille et la lithotritie et des opérations du galvano-caustique *électrolyse urétrale*, à sa clinique, rue Christine, 1.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 30 janvier au 5 février 1870, donne les chiffres suivants :

Variole, 42. — Scarlatine, 9. — Rougeole, 19. — Fièvre typhoïde, 26. Érysipèle, 10. — Bronchite, 76. — Pneumonie, 90. — Diarrhée, 8. — Dysenterie, 2. — Choléra, ». — Angine couenneuse, 4. — Croup, 21. — Affections puerpérales, 9. — Autres causes, 789. — Total : 1,105.

Celui de Londres donne les chiffres suivants, du 23 au 29 janvier 1870 :

Variole, 5. — Scarlatine, 118. — Rougeole, 28. — Fièvre typhoïde, 28. — Typhus, 7. — Érysipèle, 7. — Bronchite, 277. — Pneumonie, 81. — Diarrhée, 8. — Dysenterie, ». — Choléra, ». — Angine couenneuse, 7. — Croup, 12. — Affections puerpérales, 13. — Autres causes, 1,022. — Total : 1,613.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Des accidents causés par l'extraction des dents, par G. Delestre, docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien-dentiste des hôpitaux de Paris, etc. 1 vol. in-8° de 125 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Histoire clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs, étudiée spécialement au point de vue thérapeutique, par le docteur A. Lagardelle. Saint-Maixent, 1870. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 francs.

Le directeur, Dr E. Le Sourd

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 19. — MARDI 15 FÉVRIER 1870. 43e ANNÉE. MARDI 15 FEVRIER 1870. — N° 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois.. 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Benjamin BALL.

Du diabète sucré.

(Leçon recueillie par M. LEGROUX, chef de clinique.)

Messieurs, il y a quelques jours à peine, je vous montrais un malade qui présentait tous les symptômes du diabète sans offrir aucune trace de sucre dans les urines.

Cet homme était atteint de polyurie ou diabète insipide. Je me suis efforcé de vous montrer les analogies qui rapprochent cette affection du diabète proprement dit. Aujourd'hui, c'est à un vrai diabétiqne que nous avons affaire, et je suis heureux de profiter de cette occasion pour développer devant vous quelques considérations générales sur la marche et la nature de cette redoutable maladie dont le sujet en question nous offre un type achevé.

Cet homme, qui présente une stature fort au-dessus de l'ordinaire, ainsi que tous les attributs d'une constitution athlétique, est couché au n° 53 de la salle Saint-Paul.

Pendant les quarante premières années de sa vie, il a joui d'une santé parfaite, et c'est seulement depuis trois ans qu'il a vu paraître les premières manifestations de la maladie qui l'amène aujourd'hui dans nos salles.

C'est par un accident chirurgical que l'évolution morbide a débuté. Cet homme, qui exerce la profession de cocher, avait eu le pied gauche écrasé par la roue de sa voiture. Il reçut les soins de M. le professeur Nélaton, et ceux de plusieurs autres chirurgiens distingués sans pouvoir obtenir la cicatrisation de sa plaie. Elle persistait à suppurer ; elle prenait un mauvais aspect; et, s'il faut s'en rapporter aux renseignements qu'il nous donne, elle aurait présenté quelques points gangréneux. C'est dans ces circonstances que l'année dernière, M. Desormaux, dans le service duquel se trouvait alors le malade, eut l'idée d'examiner les urines. Il y trouva une quantité considérable de sucre, et dit au malade qu'il ne guérirait de sa blessure qu'à la condition de guérir de son diabète.

Messieurs, ce fait renferme un enseignement clinique important. Toutes les fois que vous verrez, chez un homme bien portant en apparence, une plaie se fermer difficilement, résister à tous les traitements, et tendre vers la gangrène, vous devez songer à la possibilité d'un diabète, et pratiquer immédiatement l'examen des urines. Dans le cas qui nous occupe, le diagnostic de M. Desormaux n'a été qne trop complétement justifié. Toutefois, son pronostic ne s'est point confirmé. La plaie, en effet, s'est fermée, et présente aujourd'hui une cicatrisation très-régulière. Mais tous les symptômes du diabète qui se sont déclarés il y a une année environ, l'intensité de la soif, l'exagération de l'appétit, la perte des forces et l'amaigrissement, tous ces symptômes, dis-je, loin de disparaître, se sont confirmés de plus en plus.

Existait-il, avant cette époque, du sucre dans les urines? Il est impossible de le savoir aujourd'hui, mais le fait nous semble assez probable. En tout cas, les urines du malade ont été analysées au mois d'août dernier par M. Jacquème, pharmacien du service de M. le professeur Béhier.

Il est intéressant de comparer les résultats de cette analyse avec ceux que nous donne un examen plus récent. Nous les indiquons dans le tableau suivant :

Analyse quantitative des urines du malade couché au n° 53, salle Saint-Paul.

URINES DU 28 AOUT 1869

Quantité (24 heures)..... 4 lit. 750
Densité................. 1,034
Réaction................ acide.

1000 parties d'urine contiennent :	gr.	Le malade a perdu dans les 24 heures. gr.
Eau	918,233	4361,607
Matières solides	81,767	388,393
Sucre	60,750	288,563
Urée	1,240	5,890
Matières minérales fixes	8,711	41,377
Chlore	2,400	12,400
Extractif soluble dans l'alcool absolu	8,711	41.711
Extractif insoluble dans l'alcool absolu	2,115	10,046

URINES DU 26 AOUT 1869

Quantité (24 heures)..... 2 lit. 800
Densité................. 1,042
Réaction................ acide.

1000 parties d'urine contiennent :	gr.	Le malade a perdu dans les 24 heures. gr.
Eau	891,369	2495,833
Matières solides	108,631	304,167
Sucre	63,000	176,400
Urée	1,067	2,988
Matières minérales fixes	14,820	41,496
Chlore	2,280	6,404
Extractif soluble dans l'alcool absolu	1,011	2,831
Extractif insoluble dans l'alcool absolu	29,920	82,012

URINES DU 20 DÉCEMBRE 1869

Quantité (24 heures)..... 5 litres
Densité................. 1,043
Réaction................ acide

1000 parties d'nrine contiennent :	gr.	gr.
Eau	879,167	4395,835
Matières solides	120,833	604,165
Sucre	78,960	394,800
Urée	3,340	16,700
Matièrcs minérales fixes	17,500	87,500
Chlore	2,175	10,875
Extractif soluble dans l'alcool absolu	7,580	37,500
Extractif insoluble dans l'alcool absolu	13,500	67,500

URINES DU 21 DÉCEMBRE 1869

Quantité (24 heures)..... 4 lit. 250
Densité................. 1,042
Réaction................ acide.

1000 parties d'urine contiennent :	gr.	gr.
Eau	891,160	3787,430
Matières solides	108,840	462,570
Sucre	76,704	325,992
Urée	2,840	12,070
Matières minérales fixes	14,170	60.223
Chlore	1,494	6,349
Extractif soluble dans l'alcool absolu	10,167	43.210
Extractif insoluble dans l'alcool absolu	4,670	19,848

Comme vous le voyez, dans l'espace de quelques mois, la proportion de glycose contenue dans les urines a considérablement augmenté, et l'état du malade est aujourd'hui plus grave qu'au mois d'août dernier.

Il est important de noter que l'influence de l'alimentation sur la composition des urines est ici très-considérable. Examinées à huit heures du matin, elles renfermaient 49 gr. 50 de sucre par litre; examinées à huit heures du soir, elles en contenaient 71 grammes : mais à six heures du soir, c'est-à-dire deux heures après un repas copieux, elles en contenaient 85 grammes. C'est là, messieurs, un phénomène très-commun chez les diabétiques, et il importe de le savoir. Si, en effet, chez un malade qui présente les symptômes ordinaires de cette affection, une première analyse ne révèle pas la présence du sucre dans les urines, il faut répéter l'expérience dans d'autres conditions, c'est-à-dire pendant le travail de la digestion, et l'on parvient souvent à surprendre ainsi des diabètes, qui, sans cette précaution, seraient passés inaperçus.

Si nous ajoutons que notre sujet rend de quatre à cinq litres d'urine dans les 24 heures, on verra que, même au taux le plus bas, il doit perdre au moins 200 grammes de sucre par jour; déperdition énorme, et qui est cependant loin de mesurer la perte totale subie par l'individu, mais qui indique au moins le degré d'intensité du diabète.

Vous ne serez donc pas étonnés, messieurs, d'apprendre qu'il a maigri considérablement; et que, dans l'espace de six mois, il a perdu 60 livres, c'est-à-dire le tiers de son poids. En même temps, il existe un affaiblissement considérable et une impuissance génitale absolue. Cependant la vue est bien conservée, et l'on ne constate aucun trouble des sens spéciaux.

Un phénomène très-commun chez les diabétiques, c'est l'incontinence d'urine, et notre malade en fournit bien manifestement la preuve. Il commande mal à sa vessie, et le moindre effort lui fait perdre involontairement une certaine quantité d'urine. Cependant il n'offre pas ces excoriations de la verge, qui résultent de la fermentation du sucre déposé à la surface de la muqueuse, et qu'il est si commun de rencontrer en pareil cas.

Comme on devait aisément le prévoir, une soif intense répond à l'excès de l'excrétion urinaire. Pour la tromper, le malade ne boirait volontiers que de l'eau, car il n'est pas ivrogne. Mais il a constaté que s'il boit du vin, du café ou d'autres boissons toniques et stimulantes, l'incontinence d'urine devient moins incommode et tend même à disparaître.

Notre malade est boulimique : il offre l'abdomen d'un gros mangeur; l'estomac est fortement dilaté, et il existe une tympanite intestinale nettement prononcée. C'est là, d'ailleurs, un état anatomique qui se rencontre non-seulement chez les diabétiques, mais chez tous les sujets qui abusent des plaisirs de la table. Vous savez qu'à l'autopsie de Louis XIV on trouva l'estomac et les intestins deux fois plus volumineux que chez un homme ordinaire; et il n'y a pas lieu de s'en étonner, car le grand roi était aussi l'un des plus grands mangeurs de son temps.

Chez notre malade, en dépit de l'énorme quantité d'aliments qu'il consomme chaque jour, on constate une constipation qui, elle aussi, est l'un des signes les plus fréquents de l'affection qu'il porte. Il n'a qu'une selle par semaine : tout ce qu'il mange, dit-il, passe par les urines, et comme vous le verrez tout à l'heure, il dit plus vrai qu'il ne le pense.

Il n'existe point de saveur fade ni sucrée dans la bouche, mais depuis six mois il s'est produit une carie de la deuxième grosse molaire gauche. C'est encore là, messieurs, un des signes habituels du diabète. La présence du sucre dans la salive et sa transformation en acide lactique, expliquent l'altération des dents, et si la deuxième grosse molaire est le siége de prédilection de cet accident, cela tient à ce qu'elle se trouve exactement au niveau du point où s'ouvre le conduit de Sténon.

Les sueurs sont peu abondantes, comme il arrive d'ordinaire chez les diabétiques. Ils ont, en général, dans les urines une quantité de sucre d'autant plus considérable, qu'ils transpirent moins. Aussi la fièvre avec les sueurs qui l'accompagnent, aussi la tuberculisation pulmonaire, et d'autres causes analogues, font-elles souvent disparaître le glycose, et voilà pourquoi bien des diabétiques, parvenus à la période terminale de leur maladie, n'offrent plus aucune trace de sucre dans les urines. S'il existe une sécheresse bien évidente de la peau chez notre homme, il n'est pas atteint du moins de ces autres manifestations cutanées qu'on a signalées dans le diabète. Il n'a pas de démangeaisons, et n'offre point d'icthyose. Notons enfin qu'il ne présente pas un abaissement notable de la température, mais seulement une différence sensible entre la chaleur des parties centrales et celle que nous constatons au creux de l'aisselle. Sur ce dernier point, la température est de 36°,3, dans le rectum elle est de 37°,9. La différence est donc de 1°,6, chiffre qui dépasse de beaucoup les données habituelles. En effet, chez un adulte vigoureux, on ne trouve aucune différence entre la température de ces deux parties. Chez un vieillard atteint d'une affection pyrétique, d'une pneumonie par exemple, il peut exister un écart d'un demi-degré et quelquefois davantage; mais pour que cette différence s'élève à un degré et demi, comme chez notre sujet, il faut évidemment que la surface du corps ait une grande tendance à se refroidir. Et ce n'est point ici une conséquence de la transpiration cutanée, puisque nous avons noté l'absence des sueurs; il faut donc admettre ici une cause plus intime et plus profonde. Nous reviendrons plus tard sur cette question.

Pour terminer la description du malade, nous ajouterons qu'il ne présente encore aucune des grandes lésions viscérales qu'on a coutume de signaler chez les diabétiques. Ni le cœur, ni le cerveau, ni les poumons ne sont atteints. Il est donc en pleine période d'état; il a franchi la première étape, celle de la glycosurie, mais il n'est pas encore arrivé à la période terminale de la maladie, celle des lésions profondes, celle enfin où l'organisme s'affaise tout entier.

Nous avons maintenant étudié dans tous leurs détails les symptômes que présente ce malade. Mais notre curiosité n'est pas encore satisfaite. A quelle cause attribuer la maladie? On ne saurait invoquer l'hérédité, car cet homme appartient à l'une de ces familles magnifiques qu'on rencontre encore dans les montagnes de France. Son père et sa mère sont morts à 80 ans, sans avoir jamais éprouvé la moindre maladie dans le cours de leur longue existence. Il a eu six frères, tous d'une taille fort élevée, et qui se trouvaient tous en même temps que lui dans les régiments de cuirassiers et de carabiniers qui forment la garnison de Versailles.

Notre malade a servi en Afrique, où il a ressenti quelques légères atteintes de fièvre intermittente; mais c'est là une cause trop éloignée pour qu'on puisse songer à l'invoquer ici. L'alcoolisme n'a pris aucune part au développement de la maladie; enfin cet homme n'a jamais fait usage de ces boissons excentriques qui provoquent quelquefois le diabète. Les ouvriers, dans un but d'économie, se fabriquent quelquefois une sorte de

cidre grossier avec des fruits gâtés, et cette boisson malsaine peut donner le diabète. Une intéressante observation de ce genre nous a été rapportée par notre ami le docteur Chalvet. Un jeune homme qui se livrait avec ardeur aux manipulations chimiques, avait pris l'habitude de boire avec excès de la limonade sulfurique. Il fallut peu de mois pour déterminer l'apparition d'un diabète sucré, dont l'évolution fut d'une rapidité foudroyante.

En somme, tout ce que nous pouvons dire relativement à l'étiologie, c'est que ce malade est exposé, par son métier, à toutes les intempéries, et qu'il appartient à une classe de gens qui négligent habituellement les soins hygiéniques auxquels nous sommes accoutumés. La couleur blanche et mate de la peau, la teinte rouge des ses poils, indiquent assez qu'il est *mal vêtu*, que la nature ne lui a pas fourni une enveloppe cutanée suffisante pour le protéger contre le froid. Il aurait dû porter un gilet de flanelle, et c'est ce qu'il n'a jamais fait jusqu'à présent. Or, les refroidissements, la suppression des sueurs, sont au nombre des causes les plus efficaces de cette maladie.

Faut-il ajouter quelque importance à un renseignement singulier que nous donne le malade ? Il prétend avoir éprouvé les premiers symptômes du diabète immédiatement après avoir pris un bain d'une chaleur excessive. C'est là une donnée étiologique qui n'avait pas été signalée jusqu'ici. Nous ne mentionnons le fait que pour mémoire.

Messieurs, nous connaissons maintenant le passé de cet individu ; nous avons longuement insisté sur son état présent ; il nous reste maintenant à prédire l'avenir, ce qui, selon M. Cl. Bernard, est la fonction par excellence d'une science parvenue à son entier développement.

Malheureusement, il n'est que trop facile de jouer ici le rôle de prophète. Ce que deviendra cet homme, nous ne le savons que trop. Mais pour vous faire saisir toute la gravité du pronostic, il faut vous exposer en quelques mots la marche habituelle de la maladie dont il est atteint.

N'allez pas croire, d'ailleurs, que nous allons nous lancer dans le champ des hypothèses ; je compte me borner à l'énoncé des faits positifs et certains que nous fournit aujourd'hui la science.

Le diabète est une affection caractérisée par cinq phénomènes fondamentaux, dont il nous sera facile de démontrer les connexions intimes. Ce sont la glycosurie, la polyurie, la polydipsie, la polyphagie, et l'antophagie. Or, de ces cinq phénomènes, le premier (la glycosurie), est de beaucoup le moins important. Cette assertion pourra vous sembler paradoxale. Pour le vulgaire, ainsi que pour la plupart des médecins, le mot glycosurie est synonyme de diabète sucré. Rien n'est plus contraire à la vérité, ainsi que l'a si bien démontré M. le professeur Béhier. On voit des glycosuriques jouir pendant de longues années d'une excellente santé et d'une grande vigueur physique et morale. Il en va bien autrement pour les diabétiques, et je vais tout à l'heure vous le prouver. Cependant, il ne faut point oublier que chez les glycosuriques, il existe une quantité considérable de sucre dans le sang ; circonstance qui peut déterminer des gangrènes multiples, et qui donne à toutes les maladies intercurrentes un cachet de gravité exceptionnelle.

Mais la glycosurie entraîne nécessairement la polyurie, car il est évident qu'un liquide sucré ne peut traverser le filtre rénal sans être étendu d'une grande quantité d'eau. Est-ce par une sorte de compensation naturelle que s'établit cette sécrétion exagérée ? Faut-il l'attribuer, au contraire, aux seuls effets de la tension vasculaire que produit la viscosité du sang ? Nous ne chercherons point à résoudre ce problème. Il nous suffit d'établir que les deux phénomènes sont connexes, et que le premier nécessite le second.

Mais à son tour, la polyurie entraîne la polydipsie, car il faut nécessairement fournir de l'eau à cet organisme, qui en excrète en si grande quantité. C'est également à la polyurie qu'on doit attribuer la suppression presque complète des sueurs, et la sécheresse de la peau. On peut y rattacher aussi la constipation habituelle des diabétiques, que nous avons rencontrée chez notre malade. En effet, la sécrétion intestinale souffre à son tour de cette diurèse exagérée. Mais nous verrons tout à l'heure que chez le vrai diabétique la constipation reconnaît une cause différente.

(*A suivre.*)

DES MOYENS PRATIQUES D'OBVIER A LA MORTALITÉ

DES ENFANTS NOUVEAU-NÉS

Par M. le docteur P. CHALVET (1).

III

Cependant tout le blâme ne doit pas retomber sur la femme, ni sur le médecin, qui ne partage pas notre opinion sur les avantages de l'allaitement au point de vue de la mère.

Le mari intervient aussi pour sa part. Souvent plus égoïste que bon père, il trouve commode que son repos ne soit pas troublé par les exigences du nouveau-né. Ignorant les lois de la nature, il se fait une doctrine basée sur une fausse physiologie. Il croit que la mère qui n'allaite pas échappe à la fatigue et raffermit sa santé.

Grave erreur ! Ce prétendu repos expose l'organisme à tous les inconvénients que l'on cherche à éviter.

Le travail physiologique de la gestation ne comprend pas seulement l'évolution de l'œuf et l'hypertrophie de l'utérus, il s'opère en même temps des modifications dans les phénomènes nutritifs de tout l'organisme de la mère. Ces modifications consistent surtout dans des changements de la crase du sang et l'accumulation dans les organes de matériaux nécessaires à l'accomplissement d'une fonction temporaire, la lactation.

Ces matériaux, que j'appelle *galactogènes*, existent en réalité, et la sécrétion laiteuse peut durer tant qu'ils se trouvent dans l'organisme. Une fois ces principes épuisés, la stimulation mammaire est impuissante à provoquer une sécrétion laiteuse quelque peu abondante. Une nouvelle conception devient nécessaire pour rétablir la lactation.

Or il est incontestable que la présence de principes transitoires dans nos tissus en modifie la résistance vitale et la nutrition, comme le démontre l'imprégnation par les infectieux, les substances médicamenteuses. Il est également bien démontré que chaque produit morbide ou autre a ses voies spéciales d'élimination régulière. Si les matériaux destinés à faire le *lait* et les principes *galactogènes*, qui concourent ou président à la sécrétion laiteuse, ne sont pas utilisés par les mamelles, ces matières, transformées ou non, quittent l'organisme par d'autres émonctoires. On reconnaît, en effet, à l'odeur butyrique ou caséeuse qui se dégage sous l'influence de la putréfaction, les urines d'une nourrice ou d'une femme nouvellement accouchée. Bien plus, cette réaction d'un nouvel ordre est fortement exagérée quand la nouvelle accouchée n'allaite pas ou que la nourrice cesse d'allaiter. Ces faits justifient à un certain point de vue l'expression de « lait répandu. »

Avant l'accouchement, et même dès les premiers mois de la gestation, les urines des femmes enceintes donnent, soit par l'évaporation au bain-marie, soit par la putréfaction, une odeur caractéristique que j'appelle *amniotique*, parce qu'elle rappelle l'odeur fade *sui generis* que l'eau de l'amnios laisse sur les mains. Ces constatations prouvent que des produits nouveaux se forment dans l'organisme pendant la grossesse. On peut soutenir physiologiquement que la lactation est une sorte de *crise*, qui préside à l'involution progressive de cet état transitoire, que non-seulement elle favorise l'élimination régulière de ces produits accumulés et emmagasinés dans les tissus, mais qu'elle traite l'atrophie de l'utérus par les efforts révulsifs que les fluxions successives provoquent vers les mamelles. Scanzoni l'a dit, et j'ai vérifié le fait plusieurs fois, les femmes qui n'allaitent pas conservent plus longtemps que celles qui nourrissent la matrice volumineuse et *plus lourde* au toucher. On conçoit, dès lors, qu'elles seront plus exposées que les secondes aux déplacements utérins lorsqu'elles quitteront le lit.

Le premier effet de ces altérations est une perturbation continuelle de la circulation de cet organe et, comme conséquence, la production de sécrétions morbides qui épuisent l'organisme. Les effets plus éloignés de cette pathogénie si facile à suivre des déplacements sont les troubles digestifs, qui font naître l'anémie sans s'opposer à l'envahissement graisseux, à la polyurie, qui nuit aux formes et augmentent le poids du corps, tout en abaissant l'énergie de toutes les fonctions. Aussi voyons-nous la plupart des dames riches, qui renoncent à l'allaitement dans l'espoir ridicule de conserver plus longtemps leurs avantages physiques, obtenir le résultat opposé, c'est-à-dire grossir outre mesure et perdre, jeunes encore, l'élégance et l'harmonie des formes.

Parfois la nutrition suit une marche toute différente. La graisse disparaît progressivement des tissus, au lieu de s'y accumuler ; l'absorption intestinale se ralentit, et ces malheureuses mères, qui s'abstiennent d'allaiter pour fuir l'épuisement, deviennent, par le fait de cette abstention, maigres, anguleuses ; leur système nerveux s'exhalte, et l'on trouve en peu de temps, à la place de la mère, un être chétif et désagréable dont on persiste à faire le type de la femme élégante !

Rien n'est plus difficile à équilibrer que les actes nutritifs modifiés par la suppression d'une fonction physiologique ; la suppression de la lactation peut compromettre indéfiniment la santé. Des observateurs compétents se demandent si cette infraction aux lois de la nature ne joue pas un rôle important dans l'étiologie des maladies organiques chez la femme.

A quelque point de vue que l'on se place, on peut dire, sans crainte d'être démenti par les observateurs sérieux, que l'allaitement est en général favorable à la mère. Il est toujours possible de conjurer les accidents dès qu'ils menacent de se produire, comme nous le dirons bientôt. Dans les cas où la nourrice satisfait à tous les intérêts de l'enfant, la mère seule se prépare des troubles nutritifs qui auront tôt ou tard un retentissement fâcheux sur son organisme. Plus je compare les dames qui ont allaité et celles qui ont cru devoir gratuitement se dispenser de nourrir, plus je m'affermis dans cette conviction, que la santé des premières est incomparablement meilleure. Les praticiens qui voudront bien faire un appel à leurs souvenirs seront convaincus par l'étude de leur propre statistique, que les femmes qui n'ont pas allaité sont plus généralement que celles qui ont allaité soumises à des indispositions continuelles, et que le conseil si souvent donné de ne pas nourrir est une véritable fausse route de la science.

Les circonstances qui nous paraissent pouvoir relever la mère de l'obligation d'allaiter, lorsque cela ne dépend que de sa volonté, doivent, selon nous, se réduire à peu près aux cas de lésions diathésiques confirmées. Alors l'allaitement par une nourrice ou l'allaitement animal sera conseillé dès le principe, dans *l'intérêt probable mais non démontré* du nouveau-né, car l'expérience contrairement à une opinion généralement admise, prouve qu'un commencement de lactation est encore, dans ces cas, une fonction favorable à la mère, attendu qu'elle retarde la terminaison fatale ! Je pourrais citer un assez grand nombre d'observations qui ne laissent aucun doute sur ce fait, affirmé du reste par un grand nombre d'auteurs à propos de la phthisie. En ajoutant à ces exemples ceux, assez rares du reste, où la mère est empêchée de nourrir par suite d'un vice de conformation du mamelon (1), ou de la *faiblesse native* de l'enfant, (1) qui ne peut exercer la succion, comme nous l'avons particulièrement observé dans le cas d'accouchement prématuré, on peut établir en principe que dans l'espèce humaine, comme chez tous les mammifères, la mère doit allaiter sa progéniture.

Cette première partie de cette seconde proposition s'impose d'elle-même à l'observation la moins attentive, comme tous les faits naturels. On a peine à comprendre comment les médecins, je ne parle pas des sages-femmes, souvent insuffisamment instruites sur ces questions de biologie, s'obstinent à faire deux classes de mères, et cherchent à éloigner de l'allaitement, précisément les femmes qui ont le plus besoin d'allaiter et le plus de loisir pour s'occuper de leur nourrisson. Faudra-t-il donc que l'opinion publique s'en mêle, et qu'une certaine honte gronde autour des mères qui s'exonèrent d'un service public ? car, après tout, la force collective est la résultante des forces individuelles, et la nation ne doit rien négliger pour avoir à son service le plus d'individus valides. On parle souvent de la résistance plus grande des ouvriers anglais, par exemple, et l'on attribue cette résistance à cette faculté de produire plus de travail dans un temps donné, à la ration de viande individuellement plus élevée en Angleterre qu'en France. Je ne conteste pas l'influence de l'alimentation sur *le fond* et *la force* du travailleur ; mais je ne crains pas de dire que notre hygiène nationale, incontestablement très-arriérée, n'a vu qu'un côté de la question, et le moins sérieux. Les ouvriers dont vous parlez ont généralement été allaités par la mère ; ils se sont fait, dès le principe, une constitution organique vigoureuse, tandis que, chez nous, cette constitution est compromise, dès l'origine, par l'industrie des nourrices ou par l'alimentation prématurée. Quadruplez, si vous le voulez, la ration alimentaire de ces victimes du *nourrissage* salarié dont nous parlons, et vous ne donnerez pas à ces ouvriers intelligents et courageux, *la force* et *le fond* des ouvriers anglais et allemands. Je le répète, ce n'est pas une question de race, ce n'est pas une question d'alimentation qu'il faut invoquer quand il s'agit d'apprécier *la force* et *le fond* des ouvriers des différents pays, c'est une question d'allaitement maternel.

L'opinion publique, encore une fois, a le droit et le devoir de se préoccuper de cette situation, puisqu'elle y est intéressée. Or l'opinion est un grand maître ; elle a corrigé des abus plus incoercibles que ce simple travers, qui n'a souvent d'autre impulsion que l'ignorance, la mode ou l'imitation. Que les médecins combattent l'ignorance, en copiant les éleveurs intelligents, que l'opinion publique trouve la mode mauvaise et l'imitation du bien succédera, sans transition, à l'imitation du mal.

Malheureusement, la question de l'allaitement maternel ne dépend pas toujours, grâce à notre organisation du travail dans les grandes villes, d'un simple caprice de la mère ou des conseils étrangers. C'est ici que commence la grave question de l'industrie des nourrices, que je propose de remplacer par un allaitement animal bien ordonné, dès que l'allaitement *maternel* ou *par une nourrice* devient absolument impossible pour une raison majeure.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 26 janvier 1870. — Présidence de M. ALPH. GUÉRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine. — *L'Art dentaire.* — Le *Bulletin médical du nord de la France.*

— *Prothèse du pauvre ; le bras artificiel agricole*, par le docteur Gripouilleau. — Broch. in-8° avec planches, Tours, 1870.

— *Rapport sur un mémoire de M. Larrey, sur la trépanation du crâne dans les lésions traumatiques de la tête*, par le docteur Larivière, médecin principal. — Broch. in-8°.

— Le docteur Olivier Paul adresse, pour le prix Duval, deux

(1) Voir les nos des 25, 27 janvier, 8 février 1870.

(1) Le *retrait* du mamelon, est surtout incoercible chez les femmes qui, ont négligé d'allaiter à leur premier accouchement. Par suite de ce travail fluxionnaire qui persiste si longtemps sans interruption chez ces femmes dont les glandes mammaires restent continuellement gorgées de lait, le mamelon subit des modifications de structure qui s'opposeront à ce que le *bout se fasse* au prochain accouchement. Cette même situation favorise le développement des crevasses et consécutivement des abcès de sein. Aussi ces accidents sont assurément plus rares chez les primipares, surtout lorsqu'on a soin de *faire les bouts* un peu avant ou de suite après l'accouchement, avant la turgescence des mamelles.

(1) La *faiblesse native*, si souvent invoquée pour justifier l'excessive mortalité des nouveau-nés de Paris, est un fait rare, au contraire. Demandez aux sages-femmes qui sont chargées du service des bureaux de bienfaisance, si les enfants des ouvriers malheureux naissent chétifs, même lorsque la mère a vécu au milieu des privations ! On dirait que l'organisme de la mère a été sacrifié au profit du fœtus. Ce n'est qu'exceptionnellement que les mères mal nourries mettent au monde des enfants *peu viables*.

Je crois être dans la moyenne en déclarant que ce fait n'est peut-être pas observé deux fois sur cent. J'ai vu bien souvent des mères vivant dans la plus affreuse misère donner le jour à des enfants exceptionnellement forts. Bien plus, j'ai vu des mères phthisiques, avec des *cavernes dans les deux sommets pendant tout le temps de la gestation*, mettre au monde de beaux enfants, qui, élevés d'après mes indications, ont atteint aujourd'hui l'âge de 3, 4, 5 ans, et peuvent rivaliser de force physique avec les plus beaux produits de nos campagnes, bien que leurs mères aient toutes succombé quelques jours après la délivrance.

Quant aux enfants illégitimes, aux enfants abandonnés, il est inutile de réfuter l'argumentation de M. Chauffard, qui voit dans cette condition sociale les éléments d'une *faiblesse native*, et par conséquent une cause générale de mortalité. Jamais assertion ne fut moins exacte. Si vous voulez vous en convaincre, assistez pendant un mois à la naissance de ces enfants dans la salle d'accouchement et chez les sages-femmes. Vous verrez, au contraire que les romanciers ont raison, et que ces enfants naissent dans des conditions exceptionnelles *de beauté*, mais que deux ou trois jours suffisent pour que le dépérissement soit complet, parce que ses enfants, repoussés par la mère, ne reçoivent pas des soins convenables *par ignorance des conditions d'un bon élevage*. Ils se refroidissent, ils sont alimentés avec du lait mélangé, bouilli, non coupé ! Aucune inspiration scientifique ne préside à ce premier allaitement ; aussi ces malheureux sont inanitiés *dès les premières heures* par les *racines* de leur petit organique à peine ébauché. Que voulez-vous qu'ils deviennent ensuite ? Ils ne peuvent que mourir, ou traîner un peu plus loin, aux Enfants assistés, ou chez les prétendues nourrices qui n'allaitent pas, leur chétive existence. Placez dans vos salles d'accouchement, au lieu de femmes, des animaux domestiques les plus familiers, et si vous donnez aux jeunes animaux les mêmes soins qu'à ces nouveau-nés, vous en perdrez plus de 80 pour 100 dans les premiers jours ! Après une pareille expérience, dont je garantis le succès, dites que le petit de l'homme n'est pas le moins mortel des mammifères ! Nous le dirons dans un instant pour les enfants assistés, il faut que l'administration change *entièrement son procédé*, il faut qu'elle imite la nature au lieu d'écouter des discours, il faut que le nouveau-né reçoive en venant au monde du lait *vivant*, — peu riche en *caseum*, riche en sucre et en corps gras, — très-étendu d'eau, et que ce jeune être *ne se refroidisse pas*. C'est là le seul problème à résondre, il peut *l'être sans frais*, et, le résultat pratique non douteux serait la cessation *séance tenante* de plus de la moitié peut être de la mortalité des enfants qui naissent dans les hôpitaux et qui restent à la charge de l'assistance publique.

exemplaires de sa thèse inaugurale intitulée : *Sur les tumeurs osseuses des fosses nasales et des sinus de la face.*

— *Note sur l'ulcère tuberculeux de la bouche et en particulier de la langue*, par M. U. Trélat. — Broch. in-8°.

— M. Mourlon, médecin militaire, adresse une lettre de candidature au titre de correspondant national et envoie en même temps une observation : Rupture musculaire du petit palmaire... Excision du tendon. Guérison. — Renvoyée à la commission déjà nommée : MM. Larrey, Dolbeau, Forget.

— M. Joüon remercie la Société de sa récente élection au titre de correspondant national.

— M. René Blache écrit une lettre au président pour le prévenir que Paul Guersant, son oncle, a fait à la Société un legs mis à sa disposition.

DÉCLARATION DE VACANCE

M. LE PRÉSIDENT déclare vacante une place de membre titulaire.

DISCUSSION.

Lithotritie périnéale. — M. TILLAUX. Messieurs, dans la dernière séance, M. Giraldès m'a fait plusieurs objections auxquelles je n'ai pas répondu, car il s'agissait de questions historiques, et la vaste érudition de notre collègue fait qu'on hésite à aborder de mémoire avec lui une discussion sur ce terrain. J'ai donc eu recours au *libellus aureus* de Marianus Sanctus, et c'est avec le texte même de cet auteur que je vais répondre.

M. Giraldès m'a reproché quatre erreurs :

1° D'attribuer à Jean des Romains, la taille par le grand appareil qui appartient à Marianus Sanctus;

2° De prétendre qu'à l'origine du grand appareil, on avait proposé de briser la pierre par le périnée ;

3° D'avoir dit à tort qu'on avait reproché à la taille de Marianus, des désordres considérables, tels que l'arrachement du col de la vessie par exemple;

4° Enfin, et ce reproche est le plus grave, car il concerne un des points importants du procédé opératoire, d'avoir méconnu la véritable incision de Marianus, puisque loin de présenter la dimension que je lui accordais, elle n'avait qu'une longueur égale à la largeur de l'ongle du pouce.

1° Bien qu'on ait appelé *methodus Mariana*, la taille par le grand appareil, il ne s'en suit pas qu'elle n'ait été inventée par Jean des Romains — la preuve en est facile — dans la préface de son *libellus*, Marianus s'exprime ainsi : « *Meo preceptore, Joanne de Romanis Cremonensis, à quo hanc artem sum edoctus.* » C'est donc avec raison que l'on dit indifféremment, taille de Jean des Romains, taille de Marianus Sanctus.

2° La lithotritie périnéale avait été si bien préconisée à cette époque, qu'un instrument spécial avait été construit pour cela, le *frangens*. Marianus l'avait vue pratiquer par son maître, car dans le chapitre XII, intitulé : « *de frangente in curam non admittendo,* » Marianus dit que c'est là une manœuvre difficile, longue et dangereuse : « *ab ipso magistro* » faite par le maître lui-même. Aussi la rejette-t-il, à cause du peu de confiance que lui inspiraient les chirurgiens de son temps : « *Cum hac in nostrà tempestate audaciores magis quam doctiores sint homines.* » Jean des Romains avait donc conçu et exécuté la lithotritie périnéale ; la tenette dite *casse-pierre*, d'Ambroise Paré, figurée partout, ne pouvait avoir d'autre but.

3° Ai-je prétendu à tort qu'on avait reproché au grand appareil de graves désordres? Voici ce qu'en dit Deschamps (*Traité de la taille*, t. II, p. 61) « Quant à la dilatation, on ne sera point étonné qu'elle ait occasionné la plupart du temps les accidents les plus graves ; il devait, en effet, en résulter des douleurs vives et longues, des contusions, des meurtrissures, des déchirements, la séparation du col d'avec la prostate, celle de celle-ci même d'avec la vessie, comme l'a observé Bertrandi, la rupture des ligaments qui unissent cette glande au pubis. »

La quatrième objection que m'a faite M. Giraldès, est plus importante que les précédentes, mais il est tout aussi facile d'y répondre et de montrer à notre collègue qu'il a lui-même fait erreur. Marianus donne-t-il à l'incision des téguments une dimension en longueur égale à la largeur de l'ongle du pouce, ainsi que notre collègue l'a répété ici plusieurs fois?

J'avoue, qu'*à priori*, cette assertion m'avait paru peu vraisemblable ; en effet, M. Dolbeau fait au périnée une bien petite incision, 2 centimètres, mais nous savons pourquoi il n'extrait la pierre qu'après l'avoir fragmentée.

Eh bien, l'incision conseillée par Marianus serait plus petite encore, la largeur de l'ongle du pouce étant de 15 millimètres à peu près, et remarquez que Marianus, rejetant l'usage du *frangens*, devait avoir la prétention de faire sortir dans toute leur intégrité, par une plaie de 15 millimètres, les calculs de la vessie ! Evidemment, si telle avait été sa pensée, sa méthode n'aurait pas traversé les siècles, car elle est absolument impraticable; — mais il n'en est pas ainsi.

Voici le passage de Marianus relatif à ce point :

Après avoir indiqué les inconvénients qu'il y a, selon lui, à faire une incision transversale d'après la méthode de Celse : « *Igitur ne in talem errorem valeamus, fiat incisio secundum longitudinem, et eousque novacula imprimetur, donec operator ipsam in cavum, quod in convexitate est itinerarii, penitùs elapsam censerit, ibi que parum secet ad hoc ut superficies canalis interior resecetur. Cujus longitudo sit ap unguis pollicis latitudinem aut parum plus.*

Il est clair comme le jour que cette incision, longue comme la largeur de l'ongle du pouce, s'applique au temps opératoire dont l'auteur vient de parler immédiatement avant, c'est-à-dire à l'incision du canal, et non pas à celle de la peau.

M. GIRALDÈS. M. Tillaux, après avoir médité le texte de Marianus Sanctus, qu'il ne connaissait jusqu'ici que par des extraits, vient répondre aujourd'hui aux objections que je lui avais adressées dans la dernière séance ; qu'il me permette à mon tour de corriger ses corrections.

J'avais dit que J. des Romains n'avait rien écrit, et que c'est à son élève Marianus Sanctus qu'il fallait rapporter la description de la taille par le haut appareil. Comme M. Tillaux en convient, je passe aux autres points en litige entre nous.

M. Tillaux accuse l'auteur du grand appareil d'avoir fort souvent dilacéré le col de la vessie en cherchant à extraire de vive force les fragments de calcul. Or, je disais, et je le répète, que, loin de chercher à broyer les calculs, Marianus Sanctus, dans son chapitre : *De frangente in curam non admittendo*, repousse énergiquement la fragmentation de la pierre, et plaisante même Celse et tous ceux qui en avaient parlé.

A l'objection que l'incision périnéale de Marianus, loin d'intéresser toute la longueur du périnée, n'avait pas plus d'étendue que largeur de l'ongle du pouce, M. Tillaux répond en disant que j'ai mal interprété le texte, et que ce que j'avais dit pour le périnée se rapportait uniquement à l'incision de l'urètre. Je soutiens à mon tour que l'interprétation donnée au texte latin par notre collègue est inexacte, et je pourrais citer à l'appui de mon dire, l'opinion d'un homme bien compétent, à coup sûr, de Malgaigne, qui, dans ses annotations d'A. Paré, ne traduit pas ce passage autrement que moi.

M. TILLAUX. J'ai fait lire le passage à des latinistes compétents qui tous, m'ont déclaré que la phrase en question se rapportait bien à canal de l'urètre et non au mot périnée.

LECTURE.

Opération de la taille par l'écrasement linéaire. — M. CHASSAIGNAC. Lorsque, dans la séance du 7 octobre 1863, je vins soumettre, à la Société de chirurgie, le résultat de mes premières opérations de taille par l'écrasement linéaire, plusieurs de mes honorables collègues m'adressèrent des objections qu'il était bien difficile d'apprécier à leur juste valeur.

Les chirurgiens qui prirent la parole dans cette discussion, parlaient de la taille par écrasement, comme on peut parler d'une opération qu'on n'a jamais pratiquée, qu'on n'a jamais vu pratiquer, dont on n'a pas directement observé les suites heureuses ou malheureuses.

Mais enfin, comme, à part l'opération en elle-même, les chirurgiens qui s'occupaient de la question, avaient une compétence profonde en tout ce qui touche à la taille considérée d'une manière générale, il n'y avait pas moyen de passer outre à ces objections il fallait en tenir compte, voir ce qu'elles avaient de fondé, et c'est ce que j'ai fait.

Quelles sont ces objections; c'est particulièrement à l'argumentation de notre honorable collègue M. Dolbeau que je les emprunte, et, quoique formulées avec la convenance, je dirai même avec la bienveillance, que M. Dolbeau apporte dans ses communications, elles ne manquaient ni de verdeur, ni d'une certaine nuance de sévérité.

M. Dolbeau redoutait pour la taille recto-urétrale par écrasement linéaire, les inconvénients et les dangers que voici : 1° la transformation de la plaie d'écrasement en fistule difficile à guérir; 2° la difficulté du manuel opératoire; 3° la blessure du bulbe urétral; 4° l'infection purulente; 5° la section du sphincter anal.

M. Broca ajouta aux inconvénients ci-dessus la blessure probable des deux canaux éjaculateurs.

Eh bien, messieurs, je suis aujourd'hui en état de résoudre ces objections. Je possède 13 observations et je vous présente 13 calculs, dont quelques-uns sont d'un volume considérable.

Sur ces 13 observations, 11 ont pour sujets des adultes, 1 a été recueillie sur un enfant, l'autre chez une femme.

Sur les 13 opérés, je n'en ai perdu qu'un seul, et si je ne craignais de paraître vouloir exonérer l'opération du rôle qu'elle a pu jouer dans le résultat final, j'insisterais sur la présence d'une suppuration rénale, qui n'est pas totalement imputable à mon opération.

Je dois dire qu'à la suite des objections qui me furent adressées, je modifiai mon opération primitive dans laquelle je m'attachais à intéresser la prostate dans une grande partie de son diamètre médian, pourvu que je ne sortisse pas de ce diamètre. Je modifiai l'opération en ce sens, que sans me rendre compte de tout ce que nous a appris M. Dolbeau au sujet de la dilatation du col vésical, je m'appliquai à n'intéresser le tissu de la prostate que dans une très-faible étendue.

Je reviens aux objections pour les réfuter en deux mots. Sur mes treize opérés, je n'ai pas eu un seul cas d'hémorrhagie, d'infection purulente, d'infiltration urineuse ou d'abcès pelvien.

Je n'oserais affirmer que le bulbe a toujours été respecté, mais l'immunité anti-hémorrhagique due au procédé par écrasement, nous a constamment mis à l'abri de ce côté.

Les faits publiés dans les thèses de mes internes, MM. Servoin et Brun, offrant la confirmation de ce que j'avance, sont en eux-mêmes, la meilleure réfutation des objections principales, je n'ai plus qu'à m'occuper de quelques autres objections d'une importance moindre, parce que rien en elles ne se rattache à la question de vie ou de mort.

Ces objections sont relatives à la difficulté du manuel opératoire, à la section du sphincter anal, à la lésion des canaux éjaculateurs et enfin à la persistance de fistules urétrales.

La difficulté du manuel opératoire, la section du sphincter anal, permettez-moi de ne pas m'y arrêter. Il n'y a peut-être pas un seul procédé de taille, qui soit d'une exécution aussi facile et aussi simple que celui de l'écrasement linéaire recto-urétral. D'un autre côté, vous savez ce qu'il advient journellement de la section du sphincter anal. Il n'en est pas de même de la lésion chirurgicale des canaux éjaculateurs et de la persistance fistuleuse de la plaie produite par écrasement.

A la première de ces objections, je répondrai par le résultat des nombreuses expériences cadavériques mentionnées dans la thèse du docteur Brun. Expériences qui ont fait voir que le tracé de la chaîne, n'intéressait jamais qu'un seul des deux canaux éjaculateurs, ce qui arrive presqu'inévitablement avec l'emploi du bis touri.

Mais là où les prévisions de notre honorable collègue M. Dolbeau, ont le plus approché de la réalité, c'est dans l'annonce faite par lui qu'il y aurait des fistules plus ou moins durables, pas d'incurables; car, depuis les progrès de l'application des sutures, — progrès dûs à la chirurgie américaine, — je ne connais aucune fistule incurable dans la région anale et périnéale.

Eh bien, messieurs, cette objection, la seule qui ait touché juste a une valeur réelle, et dans aucune de mes opérations, je n'ai eu de ces réunions primitives ou du moins à très-courte échéance, dont M. Dolbeau et M. Bouisson dans la taille médiane faite par le bistouri, ont eu à enregistrer des exemples.

En vous entretenant de la taille par écrasement linéaire, j'ai eu surtout en vue de faire comprendre que ce procédé opératoire, offrait des immunités qu'aucun autre procédé de taille sous-pubienne n'a jamais données, et que dès lors au lieu de s'évertuer à créer avec des précautions extrêmes, un trajet fort étroit en arrière du bulbe urétral, dont tous les chirurgiens s'accordent à regarder la lésion comme fâcheuse, il vaudrait beaucoup mieux recourir à un procédé qui, permettant de négliger toute préoccupation à l'endroit de la blessure du bulbe, donnerait un accès facile à la région prostatique et au col de la vessie, soit pour user surtout de la dilatation quand elle est possible à un degré suffisant, soit pour morceler à travers le col vésical dilaté, le calcul qu'on extrait alors par fragments plus ou moins volumineux.

Je ne veux plus m'arrêter maintenant que sur deux points, au sujet desquels il importe de bien déterminer les principes de la taille périnéale.

Il faut tracer une ligne de démarcation profonde entre la taille faite chez l'enfant et la taille faite chez l'adulte et le vieillard.

Ces conditions anatomiques de l'opération sont totalement différentes. Chez l'enfant, le développement rudimentaire de la prostate permet au col vésical une dilatabilité excessive qui rend très-favorable tout procédé qui emprunte son principal avantage à la dilatation du col.

Chez l'adulte et chez le vieillard, la dilatation du col sans entamure du tissu de la prostate peut bien aller jusqu'à faciliter les manœuvres de la lithotritie périnéale, mais ne saurait permettre la sortie d'un calcul tant soit peu volumineux sans nécessiter des violences de traction beaucoup plus fâcheuses que ne le sont les divisions du tissu prostatique, surtout quand elles sont faites par l'écrasement linéaire.

Si par opération de taille on entend une opération qui sans fragmentation préalable de la pierre, permette de retirer des calculs d'un volume sérieux, je dis que la taille médiane, sans entamer le tissu de la prostate et en se bornant à la simple dilatation après la courte incision qui est limitée dans l'espace compris entre le bulbe et l'orifice anal, est un procédé de taille qui n'est applicable qu'à l'enfant et qui est mauvais pour l'adulte et le vieillard.

Ce n'est qu'en le corrigeant par la lithotritie périnéale qu'il peut rendre des services réels.

Que la lithotritie périnéale sans perdre aucun de ses avantages, pourrait être rendue plus facile dans son exécution par l'emploi de l'écraseur linéaire substitué au bistouri dans le premier temps de l'opération.

Et enfin que la taille médiane et toute autre espèce de taille, quand il s'agit des calculs les plus volumineux qu'on puisse retirer par la région périnéale, est de beaucoup inférieure à la taille recto-urétrale pratiquée par l'écrasement linéaire.

Après cette lecture, M. Chassaignac montre à la société des calculs extraits avec succès par cette *méthode*.

M. LABBÉ communique l'observation suivante :

Calcul vésical énorme faisant saillie vers le rectum et vers l'hypogastre. — Lithotritie périnéale. — Mort. — Le 7 décembre 1869, est entré dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine, le nommé Arnoud (Pierre), âgé de 70 ans.

D'après les renseignements fournis par le malade, les premiers troubles de la miction remontent à une dizaine d'années. — De douleurs vives, il n'en a jamais eu, pas plus que de l'hématurie ; seulement, depuis quelques semaines il ne peut plus garder ses urines. — Le cathétérisme, soit seul, soit combiné avec le palper hypogastrique ou le toucher rectal, nous permit de constater la présence d'un calcul très-volumineux dans le réservoir urinaire qu'on ne pouvait songer à attaquer dès lors par la lithotritie périnéale.

Il fallait nécessairement songer à faire l'extraction par une voie artificielle. Je pensai un moment à pratiquer la taille hypogastrique, mais le volume même du calcul me fit craindre de ne pouvoir terminer cette opération avec toute facilité. Songeant alors aux beaux succès obtenus par le morcellement des pierres à la suite des incisions périnéales, je fus disposé à diriger mon opération dans ce sens, et je résolus de pratiquer l'opération décrite dans ces dernières années par M. Dolbeau. J'espérais rencontrer une pierre d'une consistance moyenne, et je pensais qu'il me serait possible de faire bénéficier mon malade de l'application de la lithotritie périnéale.

Notre collègue, M. Dolbeau, voulut bien venir examiner mon malade, et après avoir constaté les dispositions signalées plus haut, il consentit à me prêter son concours pour exécuter l'opération.

Celle-ci fut pratiquée le 21 septembre 1869, à dix heures du matin.

Le malade étant préalablemnt soumis à l'anesthésie chloroformique, un cathéter fut introduit dans la vessie et maintenu en position convenable. L'incision de la peau commencée à deux centimètres et demi au-devant de l'anus, fut conduite jusqu'à cinq millimètres en avant de cet orifice,

La division couche par couche des tissus permit de sentir la rainure du cathéter. L'incision de la portion membraneuse de l'urètre fut alors pratiquée, mais pour qu'elle fût complète je dus revenir plusieurs fois à l'usage du bistouri. J'introduisis alors le dilatateur de M. Dolbeau, et je pratiquai la dilatation en suivant très-exactement les règles posées par ce chirurgien. Lorsque la dilatation fut jugée suffisante, des tenettes puissantes, destinées à briser le calcul furent produites jusque dans l'intérieur du réservoir urinaire. Je pus saisir la pierre assez facilement, mais je dus me convaincre bien rapidement qu'en déployant toute la force dont je pouvais disposer, il m'était impossible de faire éclater la pierre; M. Dolbeau voulut bien tenter la manœuvre, mais ce fut inutilement et un instant nous pûmes croire que tous nos efforts échoueraient. De nouvelles tentatives furent faites par M. Dolbeau et moi concurremment, et enfin M. Tillaux nous succéda, et après avoir développé une force considérable, parvint à faire éclater le calcul.

Ce premier résultat nous fit prévoir pour le reste de l'opération de grandes difficultés. De nouvelles tentatives pour obtenir un morcellement plus complet furent faites et elles durent être renouvelées un si grand nombre de fois, que l'opération dura deux heures et un quart. Pendant tout ce temps le malade fut maintenu dans un état

à peu près complet d'anesthésie. La multiplicité et le volume des fragments que je mets sous vos yeux, la consistance de ces mêmes fragments rendent facilement compte des difficultés que l'on a dû éprouver pour terminer l'opération. Tous les fragments réunis ont à peu près le volume du poing d'un adulte de force moyenne, et l'on peut, par une appréciation approximative, établir que la pierre de notre malade pouvait avoir dans son plus grand diamètre une longueur de 12 à 13 centimètres. Cette notion correspond d'ailleurs d'une manière assez précise à celle qui avait été fournie pendant l'examen clinique à l'aide du palper hypogastrique combiné avec le toucher rectal. Le poids du calcul est de 131 grammes.

Les suites de l'opération furent en apparence simples et le pouls se maintint à 70 jusqu'à la mort du malade, qui survint inopinément vers les 11 heures de la nuit.

L'autopsie fût pratiquée le 23 décembre à 10 heures du matin, 38 heures après la mort.

Voici ce qu'elle révéla: le rectum était parfaitement intact; quand au bulbe il avait été incontestablement atteint dans une petite étendue, et le col de la vessie sous l'influence des tractions considérables exécutées pendant l'extraction des fragments avait été déchiré dans plusieurs points; ces déchirures avaient été causées en grande partie par suite de l'engorgement des tenettes. La muqueuse de la vessie avait été saisie par les tenettes et était lacérées dans quelques points.

Les reins présentaient dans plusieurs endroits un état de dégénérescence graisseuse assez prononcée.

L'examen des poumons, du cœur ne nous révèle rien de particulier.

Nous ouvrîmes la cavité crânienne, et là, nous rencontrâmes des lésions importantes. Il existait sur toute la surface de l'encéphale, un épanchement séreux sous-arachnoïdien très-considérable, exagéré en quelque sorte, qui, très-certainement, avait dû amener un degré énorme de compression du cerveau. Lorsque nous eûmes donné issue au liquide, nous vîmes toutes les veines gorgées de sang et distendues.

En présence d'une lésion aussi caractérisée, nous avons été tenté de rattacher la mort subite à cet épanchement séreux; mais sous quelle influence celui-ci s'est-il développé ? Doit-on établir une relation immédiate entre son apparition et l'opération elle-même et ses suites? Ne pourrait-on pas voir dans ce cas, un accident éloigné d'une chloroformisation très-longtemps prolongée? Cette question me paraît pour mon compte trop difficile à résoudre, et les éléments de jugement ne me paraissent pas suffisants, pour que je veuille la trancher. Je me borne à soumettre cette hypothèse à votre appréciation.

M. LEGOUEST. — Lors de la communication faite par M. Dolbeau sur la lithotritie périnéale, notre collègue nous a montré la pièce anatomique d'un de ses opérés qui, bien que mort, par suite d'une cause étrangère à l'opération, n'offrait pas moins un abcès pelvien placé sur l'un des côtés de la vessie.

Il me paraît plus qu'évident que de semblables abcès doivent être rattachés aux manœuvres prolongées et répétées dans l'intérieur du réservoir urinaire, alors surtout que le volume et la dureté du calcul rendent, comme dans le cas de M. Labbé, le broiement de la pierre interminable. Je crois, pour ma part, que cette opération est peu applicable aux gros calculs qui nécessitent une chloroformisation de deux heures et demie et l'introduction réitérée d'instruments dans la vessie, pendant un temps aussi long.

En pareilles occurences, il faut donner la préférence au haut appareil, surtout si on lui combine la boutonnière périnéale.

M. CHASSAIGNAC. — Je verrai avec regret abandonner trop facilement la taille hypogastrique, d'autant plus que si le volume du calcul s'oppose à la libre sortie de celui-ci, il n'y a rien de plus facile que de le casser rapidement en deux ou trois gros morceaux.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 9 février, M. Leroy de Méricourt, médecin-professeur, a été promu au grade de médecin en chef dans le corps de santé de la mar'ne.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 18 février 1870, à trois heures et demie très-précises, à l'Hôtel-de-Ville.

Ordre du jour : Continuation de la discussion sur la pleurésie purulente; 2° Expulsion spontanée d'un myôme utérin, par M. Jules Worms.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 6 au 12 février 1870, donne les chiffres suivants :

Variole, 66.—Scarlatine, 11.— Rougeole, 18.— Fièvre typhoïde, 31. Érysipèle, 7.—Bronchite, 66.— Pneumonie, 116.— Diarrhée, 15.— Dysenterie, 1. — Choléra, 1. — Angine couenneuse, 7. — Croup, 13. — Affections puerpérales, 8. — Autres causes, 779.— Total : 1,139.

Celui de Londres donne les chiffres suivants, du 30 janvier au 5 février 1870 :

Variole, 11.— Scarlatine, 107.— Rougeole, 28.— Fièvre typhoïde, 9. —Typhus, 14.—Érysipèle, 7.— Bronchite, 316. — Pneumonie, 114. — Diarrhée, 17. — Dysenterie, ». — Choléra, 1. — Angine couenneuse, 7.— Croup, 13.—Affections puerpérales, 7. — Autres causes, 1,179. — Total : 1,828.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nutrition. Alimentation. Hygiène. *Petit manuel pratique de la santé*, avec 50 photographies micrographiques et dessins dans le texte, par M. le docteur BERGERET (de Saint-Léger). 1 vol. in-18 de 464 pages. — Prix : 7 francs.

PAU. Étude de météorologie médicale au point de vue des maladies des voies respiratoires, par M. le docteur R. LAHILLONNE. Brochure in-8° de 58 pages accompagnée de 5 tableaux.— Prix : 2 fr. 50.

Le directeur, Dr E. LE SOURD

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 16 février 1870.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Nous assistons en ce moment à l'évolution d'une nouvelle doctrine pathogénique qui, demain peut-être, doit remplacer la théorie cellulaire.

Déjà le règne du solidisme, auquel le génie de M. Virchow avait donné une domination si étendue, paraît ébranlé dans ses bases.

On ne croit plus que les cellules normales, les éléments constitutifs des tissus conjonctifs et autres, prolifèrent, pour former sur place et de toutes pièces les globules du pus, par exemple. M. Vulpian a constaté, après Conheim, Waller, etc., que ces globules du pus provenaient du sang. Ainsi se trouverait renversée une des propositions fondamentales de M. Virchow, et toutes les autres en seraient ébranlées.

M. Virchow s'était attaché à prouver que le pus provient des tissus eux-mêmes, *de la formation épithéliale ou du tissu conjonctif*, que *ce n'est pas un liquide dissolvant, mais une substance dissoute, c'est-à-dire un tissu transformé.*

Voici comment il expliquait cette formation du pus sur les points mêmes où M. Vulpian vient de l'étudier à nouveau, dans les pustules varioliques et à la surface des muqueuses :

« Le développement du pus peut surtout être observé là où l'épithélium est naturellement disposé en couches. A la peau, le développement du pus, lorsqu'il se produit sans ulcération, se fait dans le réseau de Malpighi, dans lequel les cellules prolifèrent et produisent des éléments nouveaux. A mesure que ces éléments prolifèrent, la couche superficielle dure de l'épiderme se détache et est soulevée sous la forme d'une vésicule ou d'une pustule. L'endroit où la suppuration se produit principalement correspond aux couches superficielles du réseau de Malpighi qui commencent à subir, dans des conditions physiologiques, la transformation épidermique, et qui restent adhérentes à la pellicule de la pustule, lorsqu'on l'enlève. On peut suivre dans les couches plus profondes les modifications des éléments cellulaires qui, au début, ont des noyaux simples ; plus tard, les noyaux se segmentent et deviennent plus nombreux, les cellules simples sont remplacées par plusieurs cellules dont les noyaux se divisent à leur tour. On a pensé qu'il se formait d'abord une exsudation, au milieu de laquelle le pus se produisait, et les recherches faites sur le développement du pus ont surtout porté sur de semblables liquides. Il était bien naturel, tant qu'on n'admettait pas la continuité de la formation cellulaire, qu'on considérât les jeunes cellules comme des formations libres, et qu'on pensât à la production de germes au milieu du liquide épanché, germes qui, devenant peu à peu plus nombreux, produiraient les corpuscules de pus. — Mais les choses se passent autrement. Quand la suppuration dure longtemps, un certain nombre de cellules de plus en plus considérable subissent la prolifération, la pustule s'élève parce que le nombre de cellules qui viennent s'y rendre est augmenté. Quand une pustule de variole se forme, elle contient d'abord une gouttelette de liquide, mais ce liquide ne produit rien : il diminue seulement la cohérence des parties voisines.

« Les choses se passent de la même manière à la surface *des membranes muqueuses* : il n'en existe pas une seule qui ne puisse produire dans certaines conditions des éléments puriformes. »

Nous avons reproduit, au compte rendu, les observations de M. Vulpian dans la forme même que l'auteur leur a donnée pour le bulletin académique. Elles contredisent formellement les descriptions de M. Virchow.

Dès qu'il resterait bien établi que les cellules du tissu conjonctif, comme les cellules épithéliales, n'interviennent en aucune manière dans le développement des globules purulents, cellules ou noyaux, leur importance serait diminuée dans une proportion déjà considérable. Mais il est facile de prévoir que la réaction ira plus loin.

Les recherches mêmes de M. Virchow ont rendu probable et préparé un nouveau triomphe de l'humorisme.

Suivant l'illustre histologiste de Berlin, presque toutes les tumeurs, toutes les productions pathologiques, hétéroplasiques ou autres, passent à leur début par un stade de granulation ou d'indifférence, pendant lequel elles sont composées de petites cellules et de noyaux. La granulation tuberculeuse, qui ne dépasse guère cette période, « *d'après son développement*, dit M. Virchow (*Pathologie cellulaire*, traduite par P. Picard, page 400), *se rapproche beaucoup du pus, dont elle possède les petits noyaux et les petites cellules.* »

Mais ces petits noyaux et ces petites cellules, de même que les leucocytes, se trouvent également dans le sang et dans la lymphe, où sous le nom de globulins, etc., ils sont regardés par beauceup comme étant de jeunes leucocytes.

Si donc les cellules, grosses et petites, qui forment le pus, viennent du sang, il est probable que ces autres cellules peuvent avoir une même origine.

Plus petites, plus jeunes, plus vivaces, elles doivent posséder mieux encore la faculté de pénétrer soit à travers les parois vasculaires, soit à travers les cellules normales des divers tissus. Pour les mettre en activité, il doit suffire d'une irritation beaucoup moins vive, et les collections qu'elles forment doivent pouvoir se rattacher à des lésions d'un caractère essentiellement chronique.

Si l'on se rappelle que dans le tubercule en particulier, ces collections de petites cellules et de petits noyaux, ces granulations se développent presque exclusivement comme l'a établi M. Cornil, autour des dernières ramifications artérielles et dans leur gaîne lymphatique quand ils en ont une ; si l'on se rappelle, en outre, que leur production s'accompagne toujours à l'origine d'une hyperhémie considérable des vaisseaux qui en sont le point de départ, on sera frappé de l'analogie que présente leur développement avec celui du pus, tel que M. Vulpian vient de le décrire.

Mais alors nous allons donc être en plein humorisme. Le sang, par ses globules, ses cellules, ses noyaux, va prendre un rôle prépondérant dans la physiologie normale et pathologique, aux dépens de toutes les cellules du tissu conjonctif et des autres tissus. Ceux qui tiennent à parquer la vie dans une seule espèce d'éléments organiques ne la verront plus que dans le sang, et ils pourront mettre à profit, dans l'intérêt de leur doctrine, tous les faits acquis à la science par leurs adversaires eux-mêmes.

Disons-le bien toutefois, l'humorisme n'est, pas plus que le solidisme, capable de tout expliquer.

Les productions hétéroplasiques, tubercules, cancers et autres, n'étaient pas plus compréhensibles dans la doctrine de M. Virchow que dans les doctrines précédentes. Elles ne le seront pas davantage dans la doctrine de demain.

Nous avons montré à quelles thèses de philosophie transcendentale et presque mystique M. Virchow avait dû recourir pour expliquer leur origine, leur évolution, leur transmission, leur hérédité.

Quand la nouvelle doctrine humoriste sera constituée scientifiquement, nous aurons soin de faire connaître ses propres interprétations et ses hypothèses particulières.

Dr VICTOR RÉVILLOUT.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Benjamin BALL.

Du diabète sucré (1).

(Leçon recueillie par M. LEGROUX, chef de clinique.)

C'est avec la polyphagie que commence le diabète. On comprend cependant qu'une certaine exagération de l'appétit puisse résulter de la maladie à sa période initiale. Il faut, en effet, que le malade mange pour réparer les pertes énormes de l'économie. Les urines renferment autre chose que du sucre. Chez un homme bien portant, la quantité d'urée qui se trouve excrétée dans les 24 heures ne dépasse guère 30 grammes. Or, chez le diabétique, la proportion est quelquefois triplée et même quadruplée, et l'on comprend qu'une alimentation substantielle et très-abondante devient indispensable pour suffire à une pareille dépense.

Rappelons-nous d'ailleurs que l'urée n'est qu'un produit de désassimilation. C'est l'expression dernière de l'oxydation des matières azotées, et comme le dit avec raison M. Chalvet, *l'urée représente les cendres de l'économie.* Eh bien ! les diabétiques perdent non-seulement de la cendre, mais aussi du charbon, c'est-à-dire des matières non encore détruites et qui pourraient servir à la réparation de nos tissus. Voilà pourquoi, sans doute, les urines renferment des matières albuminoïdes dont la nature n'est pas entièrement connue. Rappelons-nous d'ailleurs qu'il y a deux sortes de diabétiques : les uns sont gras, les autres sont maigres. Les premiers font du sucre et de l'urée avec leurs aliments, les seconds avec leur propre substance. C'est donc au moment où se développe l'amaigrissement que commence l'autophagie, c'est-à-dire la dernière et la plus grave de toutes les manifestations du diabète. Mais, messieurs, on se ferait une idée bien incomplète des pertes que subit l'économie si l'on ne tenait pas compte des substances minérales, en d'autres termes, des *sels* qui sont entraînés par l'excrétion urinaire. Ceux d'entre vous qui se sont occupés de chimie agricole savent parfaitement que la valeur des engrais se mesure à leur richesse minérale. Il faut aux plantes des substances qui font partie, en très-petite quantité, de leur organisation, mais qui lui sont absolument indispensables. Il leur faut du soufre, du phosphore, du chlore, de l'iode et des sels minéraux, sans lesquels la vie est impossible. Or, ce qui est vrai des plantes l'est à plus forte raison des animaux. C'est lorsque vous voyez apparaître en excès dans l'urine ces matériaux rares et précieux qui forment la partie la plus indispensable de nos tissus, que vous pouvez affirmer avec certitude que l'autophagie commence. Laissez-moi vous citer quelques chiffres à cet égard. A l'état normal, nous perdons (sous forme de chlorures), environ 5 grammes de chlore par jour ; le diabétique en perd jusqu'à 40 grammes ! Il en est de même pour les sulfates, les phosphates, les sels de potasse, de soude et de chaux. Vous comprenez que les éléments de cette dépense ne se prennent plus dans les aliments, mais bien dans les tissus. C'est alors que les organes se détruisent peu à peu, et que l'organisme finit par s'écrouler en masse.

Ainsi, vous le voyez bien, notre malade a raison de dire que toute sa nourriture passe par les urines. En effet, toute sa nourriture y passe, et bien autre chose encore, puisque les tissus eux-mêmes subissent une dénutrition manifeste qui se traduit par une perte énorme de poids. Il n'aurait pas maigri comme il l'a fait s'il n'avait pas contribué, de sa propre substance, à cette élimination désastreuse que nous exprimons par ce mot significatif : *l'autophagie*.

Un phénomène vraiment singulier, et qui paraît inexplicable jusqu'à présent, c'est l'abaissement de la température qu'on observe chez la plupart des diabétiques, et qui correspond habituellement à l'augmentation de l'urée. Cette contradiction entre l'abondance des cendres et l'absence de la chaleur qui devrait résulter de la combustion a été signalée par bien des observateurs, mais n'a été expliqué par personne.

Rappelons toutefois les résultats de ce grand travail de Pettenkofer et Voït, qui n'a pas servi, il faut bien le dire, à démontrer grand chose, — si ce n'est la libéralité du roi de Bavière, qui n'a pas craint de consacrer quatre cent mille francs à un travail scientifique. Vous savez qu'en France, nous ne sommes guère habitués à de pareilles orgies. Quoi qu'il en soit, d'après ce mémoire, les diabétiques absorbent moins d'oxygène que les sujets en pleine santé, ce qui semblerait indiquer que les combustions normales ont perdu beaucoup de leur activité. Peut-être l'urée viendrait-elle, en pareil cas, des aliments et non des tissus, au moins en partie. C'est là du reste une explication qu'il ne faut pas encore regarder comme définitive.

Nous sommes maintenant préparés à étudier les accidents consécutifs qui jouent un si grand rôle dans cette maladie. Nous allons, en quelque sorte, prédire l'avenir du malade.

Vous savez qu'un affaiblissement général, une dépression du système nerveux, des forces musculaires et de la vie intellectuelle, sont au nombre des épiphénomènes du diabète sucré. Il faut y joindre une impuissance génitale qui, chez la plupart des diabétiques, devient absolue à un moment donné. C'est précisément ce qui existe chez notre sujet.

La phthisie pulmonaire succède au diabète dans une proportion de 43 pour 100. Cette maladie, par conséquent, est celle qui vient le plus souvent terminer la scène. Cependant il est probable que, dans plusieurs cas attribués à la phthisie pulmonaire, c'est à la pneumonie caséeuse que l'on avait réellement affaire. Rappelons-nous d'ailleurs que la tuberculose aiguë peut, elle aussi, se montrer dans le cours du diabète.

La pneumonie est une complication fréquente de cette maladie, à laquelle elle emprunte un caractère de gravité tout spécial. Presque toujours, chez un diabétique, la pneumonie est mortelle. Lorsqu'elle affecte la forme aiguë, on voit survenir rapidement une fonte du poumon, dont le tissu désorganisé ressemble alors, jusqu'à un certain point, à la boue splénique. Lorsque, au contraire, elle affecte la forme chronique, elle tend à devenir ulcéreuse, et donne naissance à des cavernes non tuberculeuses. Je vous ai déjà parlé, d'ailleurs, de la pneumonie caséeuse, qu

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

survient si volontiers chez les diabétiques. Enfin, l'une des terminaisons les plus communes de la pneumonie en pareil cas, c'est la gangrène du poumon. Cette lésion, d'ailleurs, peut survenir indépendamment de toute pneumonie, car les diabétiques sont souvent frappés de sphacèle sur divers points de l'économie. C'est ainsi que la fréquence de l'anthrax, chez ces malades, déjà signalée au siècle dernier par Cheselden, a été rappelée de nos jours au public français par M. Marchal (de Calvi). Un auteur portugais, Fonsécat, a publié un travail intéressant sur cette question. Au Brésil même, cette complication est tellement habituelle que les gens du peuple, en voyant un anthrax, concluent immédiatement à l'existence du diabète.

L'érysipèle et les phlegmons sont également au nombre des accidents auxquels les diabétiques sont le plus souvent exposés. La moindre irritation portée sur la peau peut déterminer chez eux une inflammation de mauvaise nature.

Au reste, dans cette maladie, toutes les affections intercurrentes prennent un caractère de gravité excessive. Les opérations chirurgicales les moins sérieuses en apparence peuvent amener ici les résultats les plus fâcheux. On sait, par exemple, qu'il ne faut jamais pratiquer l'opération de la cataracte chez un diabétique ni chez un goutteux, car la mort peut en être la conséquence. C'est là une donnée d'une assez grande importance en pratique, car la cataracte est précisément l'une des conséquences de cette singulière maladie.

Le diabète, en effet, est une affection qui présente des affinités manifestes avec la goutte, la gravelle, l'obésité et les autres affections qui constituent cette famille pathologique dans laquelle toutes les complications prennent une tournure fâcheuse et aboutissent si facilement à la mort.

Le pronostic est donc toujours grave ; il est grave à tous les points de vue ; il est grave surtout en raison d'un danger que les observateurs anglais ont nettement signalé, mais qui parait n'avoir guère attiré l'attention des médecins français. M. Jaccoud lui-même, dans ses excellentes leçons cliniques, l'a passé sous silence ; et cependant l'accident dont il s'agit est assez dramatique pour être intéressant. Je veux parler de la *mort subite*. Prout en a signalé plusieurs cas. Ils se rapportent presque tous à des malades qui, venus de province pour consulter un médecin de Londres, expiraient subitement, presqu'aussitôt après leur arrivée. Il semble en effet que la fatigue d'un voyage, ainsi que toute dépense imprévue, surprenne l'économie désarmée et la désorganise subitement.

J'ai observé moi-même un cas de cette espèce à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Piorry. Un diabétique à qui l'on avait interdit l'usage des boissons, après s'être vivement lamenté pendant toute la journée, fut trouvé mort dans son lit le lendemain matin. Sans savoir si le traitement adopté était pour quelque chose dans cette terminaison brusque et imprévue, il me paraît dangereux de supprimer les liquides, dont le malade a certainement besoin pour subvenir à l'excrétion exagérée, qui persiste en dépit de cette privation.

En somme, messieurs, il faut, au point de vue du pronostic, vous souvenir qu'il y a des diabétiques gras et des diabétiques maigres : les premiers sont glycosuriques, et peuvent jouir presque indéfiniment d'une certaine vigueur et d'une bonne santé. Les seconds, au contraire, sont déjà sur la pente fatale de l'autophagie; ils descendent la colline, et ne tardent pas à se trouver à la fin de leur course. C'est précisément ce qui constitue la gravité actuelle du pronostic chez notre malade : il a perdu un tiers de son poids et offre, par conséquent, moins de surface qu'autrefois, si l'on peut ainsi s'exprimer ; il est moins capable qu'autrefois de résister aux envahissements de l'autophagie.

La situation est donc mauvaise. Est-ce à dire que nous soyons entièrement désarmés ? La médecine dispose encore de moyens suffisants pour enrayer les progrès du mal et pour retarder sa marche, sinon pour le guérir. Commençons d'abord par les moyens hygiéniques. Il est évident, comme je vous l'ai déjà fait observer, que la peau de cet homme fonctionne mal, et qu'il a besoin de porter des vêtements supplémentaires pour entretenir la chaleur naturelle. Nous lui prescrirons donc, avant tout, la flanelle sur la peau. Nous aurons soin, en même temps, de le soutenir par un régime substantiel, dont les féculents seront complétement exclus. En effet, quelle que soit la valeur qu'on attribue aux théories qui ont fait adopter ce système, il est incontestable qu'en supprimant la fécule, il passe moins de sucre dans les urines : or, du moment qu'il y a moins de perte, il y a plus de profit pour l'économie. Nous donnerons en même temps du vin, des ferrugineux et des toniques de toute espèce, parmi lesquels il ne faut point oublier l'exercice à l'air libre. Il importe, en effet, de faire respirer ce malade, qui, d'après la nature de son affection, est exposé à ne point remplir convenablement les fonctions de l'hématose.

Enfin, je ne verrais aucun inconvénient, je l'avoue, à prescrire les inhalations d'oxygène, comme l'a fait M. le docteur Paul dans un cas analogue. Sans pouvoir fonder de grandes espérances sur l'emploi de ce moyen, il me semble logique de fournir cet élément sous une forme aisément absorbée à un sujet qui, dans les conditions ordinaires, paraît se l'assimiler difficilement. C'est ainsi que, chez un dyspeptique, nous cherchons à fournir des aliments faciles à digérer à l'estomac, qui se refuse à remplir convenablement ses fonctions.

Ces moyens réussiront-ils à modifier la marche de la maladie? Nous n'osons vraiment pas l'espérer. Les accidents sont parvenus aujourd'hui à une période trop avancée pour qu'on ait le droit de compter sur un succès définitif. Au reste, le caractère indocile du malade nous porte à croire qu'il ne se soumettra pas volontiers aux prescriptions rigoureuses du traitement, et c'est là, comme vous le savez, un obstacle que nous rencontrons trop souvent dans les établissements hospitaliers.

NOTE

ACCOMPAGNANT LA PRÉSENTATION A L'ACADÉMIE DES SCIENCES D'UN VOLUME INTITULÉ : *Programme du cours d'histologie professé à la Faculté de médecine de Paris.*

Par M. Ch. Robin.

Le travail que j'ai l'honneur d'offrir à l'Académie est une nouvelle édition développée du programme du cours que j'ai professé à la Faculté de médecine de Paris depuis 1862. Il renferme le plan, déjà en partie exécuté, d'un *Traité des éléments anatomiques, des humeurs, des tissus et des systèmes organiques*. La comparaison des parties constituantes élémentaires de nos organes et de leur arrangement réciproque dans les tissus qu'elles renferment est poursuivie de chaque période évolutive à la suivante, depuis l'époque de leur apparition embryonnaire jusqu'à celle où elles atteignent l'état sénile. En comparant ensuite les dispositions normales de ces parties aux états tératologiques et morbides qu'elles peuvent offrir, le cadre des applications de ces notions scientifiques, tant à la physiologie qu'à la pathologie, se trouve nettement tracé, suivant les justes exigences de l'enseignement des Facultés de médecine.

Dès 1850 (*Tableaux d'anatomie*, in-4°, 10e tableau), j'ai montré que la description des éléments anatomiques, ou parties constituantes de l'économie simple, physiquement parlant, représentait une branche entière de l'anatomie générale, jusque-là confondue avec les autres, sinon méconnue. J'ai prouvé ici, par un exposé dogmatique, combien il importe de ne pas confondre l'étude des éléments anatomiques avec celle des tissus, parties complexes qui, précisément, sont composées par les premières et toujours disposées dans un ordre déterminé qui en caractérise la *texture*.

En exposant ensuite comment l'examen de la constitution des liquides de l'économie se lie à celle des tissus, j'ai cherché à montrer de quelle manière l'anatomie générale, une fois constituée comme corps de doctrine, donne à l'ensemble de l'anatomie un caractère scientifique des mieux déterminés, ensemble dont les branches, régulièrement reliées entre elles, peuvent être poursuivies, sans brusques transitions, du simple au composé, comme du composé au simple.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 15 février 1870. — Présidence de M. Denonvilliers.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Deux rapports de M. le docteur Chantreuil (de Cambrai) sur une épidémie de variole qui a régné à Vaisne-les-Aubert.

2° Un rapport final de M. le docteur Desfosses Lagravière (de Boussac) sur une épidémie de dysenterie qui a régné dans la commune de Saint-Sylvain.

3° Un rapport final de M. le docteur Goupil (de Ploërmel) sur une épidémie de dysenterie.

4° Un rapport de M. le docteur Grandmotet sur les épidémies qui ont régné en 1869 dans l'arrondissement de Saint-Claude.

4° Un rapport final de M. le docteur Bart (de Gorze) sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Noveaut et à Waville.

5° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1869 dans le département de l'Aube. (Commission des épidémies.)

6° Un rapport de M. le docteur Marchessau sur le service de l'hôpital militaire thermal de Bourbon-l'Archambault pendant l'année 1868. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

La correspondance non officielle comprend :

1° Un pli cacheté adressé par M. le docteur Berthet de Circourt (accepté).

2° Une note de M. le docteur Amussat renfermant la description d'une tenette à mors articulés, fabriquée sur ses indications par MM. Robert et Colin.

PRÉSENTATIONS

Les ouvrages suivants sont présentés à l'Académie :

Par M. GUBLER : 1° un ouvrage de M. le docteur Fernand Papillon intitulé : *Manuel des humeurs;* 2° un mémoire en anglais de MM. les docteurs Cram Brown et Thomas Frasens sur l'action physiologique des ammoniures dérivés de l'atropine et de la l'aconine.

Par M. DE KERGARADEC, un volume intitulé : *Traité clinique des maladies de la poitrine*, par Walter Walche, traduit sur la 3e édition anglaise, et annoté par M. le professeur Fonsagrives.

Par M. ROBIN, la 2e édition de son Programme du cours d'histologie professé à la Faculté de médecine de Paris ;

Par M. DEPAUL : 1° la première partie d'un *Traité clinique et pratique des maladies puerpérales*, par M. le docteur Hervieux ; 2° un mémoire de M. le professeur Pernowski, de Saint-Pétersbourg, sur l'aphonie syphilitique.

M. POGGIALE dépose sur le bureau un travail de M. Fégeux, pharmacien-major, sur les eaux de Baréges.

M. BOULAY dépose également, sur le bureau, un travail manuscrit de M. Peuch, chef de clinique à l'École vétérinaire de Lyon, sur le mode d'action du chloral administré à des chiens bien portants et à un chien enragé.

LECTURES

M. DEMARQUAY, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Cloquet et Larrey, lit un rapport sur un mémoire du docteur Sistach, médecin-major de 1re classe, ayant pour titre : *du Traitement de la rupture du ligament rotulien*.

Les auteurs classiques qui se sont occupés de la rupture du ligament rotulien sont généralement très-brefs sur ce sujet. Les causes de cette rupture sont les mêmes que celles qui amènent les fractures de la rotule par action musculaire. La symptomatogie en est simple, surtout quand la rupture est complète. Aussi l'intérêt pratique qui s'attache à cette lésion est tout entier dans le mode de traitement qu'il convient de lui appliquer pour en prévenir les suites fâcheuses. C'est donc avec raison que M. Sistach a fixé son attention sur ce point.

M. le rapporteur résume les deux observations qui ont servi de base aux recherches de M. Sistach.

Dans le premier fait, il s'agit d'un maçon âgé de 49 ans, atteint d'une rupture du tendon rotulien droit avec arrachement d'une lamelle osseuse du tibia, qui fut la suite d'une rixe violente. Le membre blessé fut placé, pendant dix-sept jours, sur un plan incliné, et traité par les résolutifs. A cette époque, essai infructueux de l'appareil de Baudens pour les fractures de la rotule. Le malade ne put le supporter. Le vingt-neuvième jour, application d'un appareil dextriné, que le patient ne put endurer non plus. Le soixante-sixième jour, le blessé peut se soutenir à l'aide de béquilles. Au bout de quatre mois, il marche et commence à fléchir la jambe.

Le second fait est relatif à un homme de 30 ans atteint d'une rupture du tendon rotulien gauche à la suite d'une chute. Du 6 février au 3 mai, le membre malade est placé sur un plan incliné. Le 8 juillet, six mois après l'accident, le malade marche avec une canne.

M. Demarquay fait ressortir toute l'importance qu'il y a à combattre d'abord les accidents primitifs, l'épanchement articulaire et l'artbrite, avant d'avoir recours à aucun appareil, dont le but soit de rapprocher ce tendon rotulien de son insertion tibiale. Il faut placer le membre sur un plan incliné, comme cela a été conseillé depuis longtemps par Pott, Dupuytren, Malgaigne, MM. Baudin et Hippolyte Larrey, et comme le conseille aussi M. Sistach. Puis on doit traiter l'inflammation articulaire; toutefois M. le rapporteur n'est point avec M. Sistach pour le rejet absolu de tout appareil contentif. Il est d'avis qu'un appareil de cette nature peut être employé avec avantage, à la condition d'être bien supporté et de remplir parfaitement le but, c'est-à-dire d'abaisser la rotule et de rapprocher les deux bouts du tendon. Il doit être employé, surtout s'il peut avoir une action résolutive sur l'arthrite concomitante. Aussitôt que la chose est possible, M. Demarquay cherche à exercer sur l'articulation malade une douce pression, avec un appareil dextriné ou silicaté, après avoir au préalable enveloppé la jointure avec de la ouate, afin d'éviter toute pression douloureuse, et de prévenir la dépression du tendon déchiré.

Combien de temps faut-il laisser le membre malade avec ou sans appareil ? ou quand faut-il imprimer des mouvements à l'articulation ? M. Sistach, d'accord en cela avec M. Demarquay, pense qu'il est impossible de répondre d'une façon générale à cette double question, et que le chirurgien doit toujours s'inspirer du cas particulier qu'il a sous les yeux.

Quant au mode de guérison, M. Demarquay, se fondant sur des expériences qu'il a faites récemment sur des lapins, conclut que le ligament rotulien se reproduit avec une élongation constante. D'où il résulte que le traitement devra tendre à rendre cette élongation la moins grande possible chez l'homme.

M. Sistach, assimilant avec raison les ruptures des ligaments rotuliens aux fractures de la rotule, espère prévenir les suites fâcheuses de ces ruptures, en usant seulement du plan incliné, si justement recommandé par M. H. Larrey. Mais les deux faits que M. Sistach rapporte prouvent l'insuffisance de ce simple appareil contentif, dès que la jointure malade peut en supporter l'application.

M. le rapporteur insiste, en terminant, sur la fréquence de la rupture des tendons rotuliens; il est convaincu que cette lésion est souvent confondue avec l'arthrite traumatique, et il espère que le remarquable mémoire de M. Sistach en fera mieux connaître la fréquence et la gravité.

La commission propose : 1° de publier le travail de M. Sistach dans les mémoires de l'Académie; 2° d'appeler sur l'auteur l'attention de la commission chargée de présenter une liste de candidats pour le titre de membre correspondant.

M. LARREY. M. Sistach s'est mépris. Je n'ai pas exclusivement préconisé la position comme il semble le croire.

M. DEMARQUAY. L'observation de M. Larrey est très-juste.

M. GUÉRIN. Depuis longtemps j'ai démontré que le tendon rotulien et le ligament rotulien étaient un seul et même tendon, dans l'intérieur duquel s'est développé un os sésamoïde. Ce tendon continue le muscle triceps et se contracte en même temps que lui, aussi bien dans sa partie inférieure que dans la supérieure. Il importe donc de ne pas distinguer par les mots deux sections de tendon qui ne se distinguent pas autrement.

Quant au traitement des ruptures de ce tendon, il est inutile d'y employer des appareils particuliers. Il suffit de maintenir le membre dans la rectitude, de l'élever de manière à relâcher le muscle triceps, et de maintenir rapprochés les fragments du tendon à l'aide d'embrasses en toile.

M. DEMARQUAY. Tout le monde reconnaît maintenant que le ligament et le tendon rotulien ne font qu'un ; aussi, ai-je indifféremment employé les deux expressions. Il est certain que la position peut suffire dans les cas simples. Abaisser la rotule est la difficulté, difficulté qui devient considérable lorsqu'il existe un épanchement articulaire avec arthrite plus ou moins violente. Tel était le cas chez un jeune collégien que j'ai soigné dernièrement. Si alors on ne peut pas appliquer d'appareil et abaisser la rotule, le tendon se reconstitue avec une élongation considérable, et la jambe n'a plus de force. J'ai eu, l'année dernière, dans mon service, deux malades qui, par suite de ruptures anciennes et mal soignées du tendon rotulien, ne pouvaient pas marcher.

M. GUÉRIN. M. Demarquay reconnaît que la position est suffisante dans les cas simples. Lorsqu'il y a des complications, il faut d'abord les soigner, et des embrasses de toile garnies de courroies qui viennent se fixer sur le tibia en comprimant l'articulation contribuent à faire disparaître le gonflement.

M. BOULEY. J'entends le rapporteur parler de l'élongation des tendons comme d'un fait durable. Je voudrais savoir si les choses se passent généralement ainsi chez l'homme. Chez le cheval, les tendons brisés reprennent leur longueur primitive par la résorption du tissu cicatriciel. Ainsi le cheval qui rue se brise souvent le tendon tibioprémétatarsien lorsque son pied est arrêté par quelque obstacle. Cet accident guérit de lui-même en cinq ou six semaines, sans appareil d'aucune sorte. A la suite des ténotomies sur les animaux, il n'est pas rare de voir les tendons devenir plus courts en définitive, par une rétraction dont le point de départ est dans la cicatrice.

M. DEMARQUAY. Je ne connais aucun fait probant observé chez l'homme. Mais, chez le lapin, j'ai vu l'élongation de 2 centimètres et plus survenue à la suite d'une ténotomie persister pendant plusieurs mois. Chez l'homme aussi, à l'autopsie, on reconnaît, parfois très-nettement, la portion du tendon reproduite, et pour ainsi dire cicatricielle, plusieurs années après la section. Dans un fait rapporté par Bourguet, d'Aix, l'articulation était devenue presque immobile. Y avait-il eu arthrite, soudure des surfaces articulaires, ou rétraction du tendon rotulien? On ne saurait le dire.

M. GUÉRIN. M. Bouley a rapporté une loi générale chez l'homme comme chez les animaux. Jamais l'élongation produite par une ténotomie ne persiste indéfiniment en son entier. Aussi faut-il toujours tenir compte du raccourcissement par retrait du tissu cicatriciel quand on veut redresser un membre par la section des tendons rétractés. Il faut dépasser d'abord le but pour l'atteindre en définitive.

M. LARREY. Chez un de mes proches parents, j'ai pu constater, à la suite d'une rupture du tendon rotulien, que ce tendon, une fois cicatrisé, avait subi une rétraction notable. La rotule se trouvait située plus bas de ce côté que de l'autre.

M. CHASSAGNAC. En l'absence d'appareil, et d'un appareil sérieux, vous ne pouvez pas espérer guérir sans raccourcissement les ruptures du tendon rotulien. M. Sistach a donné deux observations qui ne sont pas probantes, car les malades étaient guéris d'une manière très-défectueuse. Il n'est du reste pas exact de dire qu'il soit jamais impossible de mettre un appareil; même dans les cas où le gonflement articulaire est considérable. Rien n'est plus facile que de poser un appareil inamovible, dans lequel on ouvrira une fenêtre assez large pour n'exercer aucune pression sur le genou enflammé. Ainsi d'une part, le membre est immobilisé, et d'autre part on se trouve à même de rapprocher les fragments aussitôt que la chose est devenue possible. Le rapprochement est obtenu très-simplement par de longues bandelettes de sparadrap, qui exercent une action directe sur la rotule. Je ne partage en aucune manière l'opinion de M. Guérin sur la rétraction ou la contraction des tendons, le tissu tendineux n'est ni rétractile ni surtout contractile comme le tissu musculaire.

M. DEMARQUAY. M. Sistarh a recueilli ses observations jour par jour avec le plus grand soin; il n'a renoncé à employer tout appareil qu'après avoir essayé les bandelettes de sparadrap, etc., et sur le refus absolu du malade, qui souffrait trop pour supporter la moindre pression.

M. VERNEUIL. Souvent les malades qui ne supportent pas les bandelettes de sparadrap supportent des bandelettes collodionnées, placées longitudinalement, et qui suffisent pour fixer la rotule.

M. CHASSAGNAC. Le point important est d'obtenir d'abord l'immobilisation du membre dans la rectitude. Le rapprochement des fragments vient ensuite, quand on ne peut pas l'obtenir dès le début; mais il ne faut jamais laisser le membre sans appareil.

M. DEMARQUAY. On a reproché aux guérisons obtenues par M. Sistach de s'être fait longtemps attendre; mais le temps ne fait rien à la chose, ce ne sont pas moins des guérisons.

M. LE PRÉSIDENT proclame deux vacances : l'une dans la section de pathologie chirurgicale, en remplacement de M. Oudet, décédé; l'autre dans la section de pharmacie, en remplacement de M. Bouley.

LECTURE.

Sur l'origine des leucocytes du pus dans divers cas d'inflammation suppurative.

M. VULPIAN rappelle qu'il a présenté à l'Académie une note manuscrite de M. Hayem sur le mécanisme de la suppuration; note qui confirme, du moins sur tous les principaux points, les faits publiés par M. Cohnheim. Si les globules du pus ne sont autre chose que des leucocytes du sang extravasés, on doit, dans tous les cas de suppuration chez l'homme, pouvoir constater, lorsque cette recherche est possible, les diverses phases de ce phénomène de l'*émigration* (Cohnheim) des leucocytes. M. Vulpian a déjà cité les résultats obtenus par M. Koster, ceux qu'ont signalés aussi MM. Volkmann et Steudener, à propos de l'érysipèle, résultats qu'il a vérifiés nombre de fois; il a enfin annoncé que ses observations sur la peau irritée par des vésicatoires l'avaient conduit également à des conclusions tout à fait conformes aux idées de M. Waller et de M. Cohnheim. Il désire aujourd'hui indiquer de nouveaux faits, dont la signification est tout aussi décisive. Parmi ces faits, les uns ont été observés par M. Hayem, les autres par M. Vulpian.

Péricardite. — M. Hayem, examinant des néomembranes unissant les deux feuillets du péricarde, dans un cas d'adhérence au niveau d'un anévrysme de la paroi ventriculaire, a vu dans ces néomembranes des globules de pus qui étaient tous accumulés autour des vaisseaux. Ceux-ci étaient remplis de globules blancs et rouges.

Encéphalite. — De même, dans des foyers d'encéphalite, déterminés par des irritations expérimentales chez des lapins, des cochons d'Inde et des chiens, il a trouvé les vaisseaux remplis de globules rouges, tandis que les gaînes périvasculaires étaient gonflées par une quantité plus ou moins grande de globules blancs.

Myosite. — Il a observé également des leucocytes le long des veines, au voisinage de petits abcès formés dans un muscle à la suite de la fièvre typhoïde; même observation dans des muscles enflammés artificiellement chez des chiens et des cochons d'Inde.

Fistule à l'anus. — Enfin M. Hayem, ayant étudié des coupes de la paroi d'une fistule à l'anus faites perpendiculairement à la direction de cette fistule, a trouvé, au-dessous d'une couche épithéliale assez épaisse, des papilles irrégulières contenant des vaisseaux entourés d'un grand nombre de globules blancs. Le tissu connectif voisin était riche en espaces anastomosés, qui contenaient des corps analogues à ceux qui entouraient les vaisseaux.

M. Vulpian a examiné des tissus variés en voie de suppuration, mais principalement des membranes muqueuses et la peau : dans tous les cas où il a été possible de faire des préparations suffisamment nettes, l'on a constaté une disposition de leucocytes semblable à celle qu'a rencontrée M. Hayem. C'est ainsi que les choses se sont présentées dans un cas de *cystite* suraiguë, gangréneuse, observée chez un chien à la suite d'une section transversale de la moelle épinière. En plusieurs points des préparations, on voyait des amas de leucocytes au voisinage immédiat des vaisseaux qui étaient remplis de globules rouges mêlés à un petit nombre de globules blancs. Dans un cas d'érysipèle de la face accompagné *d'érysipèle de la membrane muqueuse des fosses nasales*, cette membrane muqueuse contenait un très-grand nombre de leucocytes, dont les uns étaient disséminés, et dont les autres, bien plus nombreux, étaient rassemblés autour des vaisseaux veineux. Ces vaisseaux — et cette disposition se voyait aussi dans la peau — contenaient pareillement un grand nombre de leucocytes, et l'on en trouvait aussi dans l'épaisseur des parois vasculaires.

Dans un cas d'*inflammation de la membrane tapissant les sinus frontaux* chez un sujet syphilitique, on apercevait, dans les préparations examinées au microscope, des vaisseaux renfermant un nombre très-considérable de leucocytes au milieu de globules rouges, mais il y avait une masse si considérable de leucocytes intercalés dans les espaces intervasculaires, que l'on ne pouvait pas distinguer s'il y avait un rapport de distribution entre la situation des vaisseaux et l'accumulation des globules blancs.

La membrane muqueuse des bronches, dans les cas de *bronchite* chronique, montre aussi des leucocytes en grand nombre au voisinage des vaisseaux superficiels, et ceux-ci contenaient de très-nombreux leucocytes.

Il en était de même dans des préparations consistant en des coupes faites sur les lèvres d'une *plaie en suppuration*. Il s'agissait, dans ce cas, d'une incision pratiquée à la région supérieure de la cuisse sur un chien, pour la ligature d'une veine crurale. Dans plusieurs points où la quantité des leucocytes disséminés au-dessous de la surface de la plaie était moins considérable qu'ailleurs, il était facile de voir qu'innombrables, pressés les uns contre les autres, au voisinage des vaisseaux, ils étaient de plus en plus écartés les uns des autres, au fur et à mesure qu'ils s'éloignaient davantage des parois vasculaires.

Enfin, pour ce qui concerne la peau, outre les faits déjà mentionnés relatifs à *l'érysipèle* et au *vésicatoire*, M. Vulpian appelle l'attention sur l'état de cette membrane dans les cas *d'irritation par l'huile de croton* et dans les cas de *variole*.

M. Vulpian, ayant eu l'occasion d'examiner la peau du cou, dans un cas où elle était couverte d'innombrables vésicules produite par une *friction avec l'huile de croton*, et au moment où ces vésicules contenaient une sérosité louche, a pu faire des préparations très-significatives. Après avoir laissé la peau macérer pendant quelques jours dans l'alcool, des tranches minces ont été pratiquées à l'aide d'un rasoir, perpendiculairement à la surface de la peau; puis elles ont été traitées par la glycérine et l'acide acétique. Dans les points où se trouvaient des vésicules, on a vu les parties profondes de la couche de Malpighi écartées de manière à former (sur la coupe) des sortes d'aréoles, irrégulières comme formes et comme dimensions. La couche cornée de l'épiderme paraissait peu modifiée. L'altération de la couche de Malpighi n'atteignait cependant pas les rangées de cellules tout à fait contiguës au derme. Dans ces aréoles se trouvaient çà et là quelques leucocytes. Les cellules de la couche de Malpighi, soit au voisinage de ces aréoles, soit même dans toute l'étendue de la région de peau irritée, paraissaient un peu gonflées; dans plusieurs d'entre elles le noyau avait subi l'altération vésiculeuse, bien étudiée comme mécanisme par M. Ranvier. Mais ce qui était surtout intéressant, relativement au sujet en question, c'est que les vaisseaux du derme, voisins de l'épiderme, étaient remplis en grande partie de leucocytes dans les points qui correspondaient aux vésicules. Les anses de capillaires contenues dans les papilles vasculaires du derme, à ce même niveau, contenaient aussi de nombreux leucocytes, et il a même été possible de voir quelques leucocytes engagés dans la paroi de ces vaisseaux, d'autres dans le mince espace qui existe entre le sommet ou les parties latérales des anses capillaires et la surface profonde de la couche de Malpighi, et d'autres encore, déformés de façons variées, en voie de pénétration entre les cellules épidermiques contiguës aux papilles du derme. De telle sorte qu'on avait, pour ainsi dire, sous les yeux toutes les étapes du court chemin parcouru par les leucocytes entre les vaisseaux du derme, — leur point de départ, — et les espaces aréolaires morbides de la couche de Malpighi, le terme de leur voyage.

M. Vulpian a examiné la peau de plusieurs sujets morts de *variole*, soit simplement confluente, soit confluente et hémorrhagique. Il a pu vérifier l'exactitude des descriptions faites par divers auteurs, surtout par MM. Auspitz et Basch et par M. Cornil, relativement à l'histologie des pustules de la variole. Mais il a de plus fixé son attention sur l'état du derme dans les points qui correspondent aux pustules. Tout ne consiste pas en effet dans les modifications des cellules des deux couches de l'épiderme, dans les aréoles dont se creuse la couche de Malpighi et dans la présence du liquide qui remplit ces aréoles et qui contient un nombre plus ou moins considérable de leucocytes soit libres, soit inclus dans des cellules plus ou moins grandes, et de plus, des débris de cellules épidermiques, de la fibrine granuleuse et souvent quelques globules rouges du sang. Il ne suffit même pas de dire, pour être complet, qu'il y a une multiplication des éléments du tissu connectif du derme au voisinage des pustules. Tout ne se borne pas là : les vaisseaux superficiels du derme sont plus ou moins dilatés. Les uns sont remplis d'une masse énorme de globules rouges, au milieu desquels on n'aperçoit que quelques globules blancs; les autres sont presque exclusivement remplis de leucocytes, et ils sont entourés d'innombrables éléments anatomiques du même genre qui leur forment comme des sortes de manchons. Ces leucocytes extravasés deviennent de moins en moins nombreux à mesure que le regard se porte sur des points de plus en plus éloignés du vaisseau qui les a laissés passer. Dans les papilles vasculaires, au niveau des pustules, les anses de capillaires contiennent de nombreux leucocytes, et on en voit aussi en dehors d'elles, non-seulement dans la couche papillaire immédiatement contiguë à la surface profonde de la couche de Malpighi, mais encore entre les cellules gonflées, déformées, altérées, les plus voisines du derme.

L'accumulation des leucocytes se voit surtout dans les vaisseaux tout à fait superficiels du derme, mais elle existe encore, çà et là, dans des vaisseaux assez éloignés de la surface du corps papillaire. Dans les cas de variole, comme dans tous ceux qui ont été énumérés jusqu'ici, il est assez facile de reconnaître que c'est presque uniquement dans les veines qu'a lieu cette accumulation de leucocytes. Dans les cas où la variole est hémorrhagique, on voit des globules rouges extravasés, en plus ou moins grande abondance, au milieu des leucocytes.

Il est probable que ce sont ces leucocytes accumulés autour des vaisseaux que certains auteurs, MM. Auspitz et Basch par exemple (d'après ce qu'en dit M. Cornil), ont pris pour des noyaux résultant d'un travail d'hyperplasie des corpuscules de tissu connectif, au voisinage des canaux vasculaires. Peut-être, d'ailleurs, se fait-il un travail de ce genre, en même temps qu'a lieu l'extravasation des leucocytes.

Ces observations tendent à démontrer que le pus des pustules de variole est constitué, quant à ses leucocytes, par des globules blancs du sang extravasés, et ayant cheminé peu à peu, au travers du tissu dermique, de la surface extérieure des vaisseaux jusque dans les aréoles formées dans la couche de Malpighi. Les leucocytes trouvés réunis en nombre variable dans de grandes cellules sont sans doute des globules blancs qui ont pénétré par une sorte d'invagination et d'incorporation ultérieure dans le protoplasma des cellules épidermiques : cette présomption s'appuie sur des observations de ce genre faites par M. Volkmann.

Les faits résumés dans cette note, tant ceux qui ont été constatés par M. Hayem que ceux qui ont été observés par M. Vulpian, si on les rapproche des recherches déjà publiées par divers auteurs, paraissent de nature à montrer que la théorie de MM. Waller et Cohnheim sur le mécanisme de la suppuration doit être substituée, au moins pour la plupart des cas, sinon pour tous, aux idées qu'on s'était faites jusqu'à présent sur le mode d'origine des leucocytes du pus.

Cette théorie permet de comprendre, plus facilement peut-être que toute autre, la rapidité avec laquelle se forme le pus dans certaines conditions. M. Vulpian, dans des cas de plaies expérimentales, a trouvé que la sérosité épanchée peut contenir déjà des globules de pus au bout de neuf heures. D'autre part, on sait avec quelle rapidité paraissent se produire quelquefois les abcès dits métastatiques.

Enfin, la théorie de l'*émigration* des leucocytes du sang pourra acquérir une importance encore plus grande, si les recherches ultérieures viennent confirmer l'hypothèse soutenue par quelques histologistes, relativement à la propriété qu'ils attribuent à ces éléments anatomiques extravasés de pouvoir proliférer après s'être transportés plus ou moins loin de l'intérieur du vaisseau qui leur a livré passage, et de pouvoir contribuer ainsi au développement de tissus normaux et de tissus morbides.

M. DEMARQUAY. J'avais déjà constaté que les leucocytes sont plus nombreux dans les vaisseaux autour des plaies. J'avais même observé que le chiffre proportionnel en devient plus considérable dans le sang de ceux qui suppurent. Je ne puis donc que confirmer, à cet égard, par mon expérience personnelle, les faits énoncés par M. Vulpian. Mais quant à la théorie générale de la suppuration par simple sortie des leucocytes hors des vaisseaux, j'ai deux objections à faire.

D'abord, comment pourrait-il se former ainsi autant de pus qu'on peut en trouver dans certaines collections énormes, jusqu'à trois ou quatre litres et plus? Ensuite, si le corpuscule blanc qu'on trouve dans les tissus enflammés est identique au globule de blanc, comment peut-il servir à la restauration des tissus, comme l'ont prétendu les Allemands; tandis que le globule de pus subit toujours la métamorphose graisseuse?

M. VULPIAN. L'augmentation passagère des globules blancs dans le sang de ceux qui suppurent avait été signalée par Virchow, bien antérieurement même à l'époque où Conheim a publié ses expériences, et Virchow avait dit qu'alors les ganglions lymphatiques, les organes hémopoïétiques en général, fonctionnant davantage, produisent ainsi plus de globules. Le fait observé par M. Demarquay était donc parfaitement connu.

Quant aux objections qu'il oppose à une théorie de la suppuration encore à l'état d'hypothèse, elles me paraissent peu sérieuses; en effet : 1° le grand nombre des globules blancs contenus dans les caillots qui remplissent d'immenses anévrysmes, de l'aorte par exemple, n'empêche pas de les regarder comme provenant du sang. Et pourtant ils y sont parfois si nombreux que le caillot prend, au microscope, l'aspect du pus. Qu'y a-t-il donc d'étrange à ce que les leucocytes s'accumulent en dehors comme en dedans des vaisseaux en collections considérables? 2° Si les globules blancs subissent la régression graisseuse lorsqu'ils sont libres et isolés, il n'en est pas de même de ceux qui restent dans les tissus. Ceux-là peuvent vivre très-longtemps. Peut-être même peuvent-ils proliférer, se multiplier et se transformer, comme l'ont prétendu certains micrographes.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION

Séance du 22 novembre 1869. — Présidence de M. BARTHEZ.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance imprimée comprend :

1° Deux brochures de M. Martineau ayant pour titre : *Des crachats.* — *De la dermalgie.*

2° Six numéros du *Marseille médical.*

3° *Bulletin de la Société médicale d'émulation de Paris.* Nouvelle série, t. II, fasc. II.

4° *Paine's institutes of medicine.*

La correspondance manuscrite se compose d'une lettre de M. Bucquoy, annonçant à la Société, de la part de Mme veuve Goupil, la rentrée de l'atlas de Lebert, prêté jadis à notre regretté collègue.

L'ordre du jour appelle : 1° la lecture des rapports annuels du secrétaire et du trésorier ; 2° la lecture du rapport de la commission du prix fondé par M. Louis; 3° les élections pour le renouvellement du bureau.

M. MEURIOT, secrétaire, lit le rapport sur les travaux de la Société pendant l'année 1868-1869.

M. SANNÉ, trésorier, rend compte de l'état des finances de la Société.

M. MARTINEAU, rapporteur, donne lecture du rapport de la commission chargée de décerner le prix Louis. D'après les conclusions du rapport, la Société, à l'unanimité, accorde le prix de la valeur de 100 fr. à M. Hucbard, interne à l'hôpital Lariboisière, et auteur d'un mémoire ayant pour titre : *De l'emploi de l'éponge dans les maladies utérines.*

ÉLECTIONS DU BUREAU

Sont nommés :

Vice-président : M. Meuriot;

Secrétaire : M. Sanné;

Vice-secrétaire-trésorier : M. Monod;

Archiviste : M. Thierry;

Comité de rédaction : MM. Meuriot, Rigal, Sanné.

Ordre du jour de la séance du 13 décembre :

1° M. HUCHARD. Lecture d'une observation ayant pour titre : *Dysménorrhée membraneuse.*

2° M. RIGAL. Rapport sur la candidature de M. Labadie-Lagrave.

3° M. BARTHEZ. Lecture d'une observation.

Le secrétaire : A. SANNÉ.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1869

273. Cerf-Mayer (Jules). Deux années de séjour à Alexandrie (Égypte).

274. Légée (Émile). Essai sur les difformités des orteils.

275. Hallez (Louis). Des localisations rhumatismales qui peuvent précéder la localisation articulaire aiguë.

276. Egea y Galindo. Étude sur la fièvre jaune.

277. Barthélemy. Étude sur les complications pulmonaires dans les maladies du cœur.

278. Ovven (Wooster). De la laryngite glanduleuse chronique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 14 février 1870, M. Décugis, pharmacien de première classe, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— *École de médecine d'Alger.* — M. le docteur Caussanel, chef des travaux anatomiques, est nommé suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie à ladite École (emploi vacant).

École de médecine de Toulouse. — La chaire actuelle d'anatomie et de physiologie est remplacée par une chaire spéciale d'anatomie.

Il est créé, à la même École, une chaire spéciale de physiologie.

Ces deux chaires seront occupées chacune par un professeur titulaire.

— Le concours pour le prix annuel de médecine navale n'a donné aucun résultat. Sur onze manuscrits, aucun n'a été jugé digne du prix.

— M. Groenland a l'intention d'ouvrir très-prochainement des *leçons pratiques de micrographie* appliquée aux études *du règne végétal.*

Le but de ces leçons sera non-seulement d'enseigner les manipulations du microscope et de ses accessoires, mais tout particulièrement de démontrer pratiquement les procédés nécessaires pour *obtenir et conserver les préparations microscopiques* pouvant servir à l'étude de la botanique.

Ces leçons auront lieu au domicile de M. Groenland, 15, rue Guy-de-Labrosse, tous les lundis de 11 heures et demie à 1 heure et demie.

Le cours dont le prix est fixé à 20 francs comprendra dix leçons de deux heures chacune. Le nombre des participants devra être strictement limité à six.

S'inscrire chez M. Groenland, qu'on trouvera chez lui tous les jours avant midi.

— M. le docteur Stopin recommencera son cours d'accouchements et manœuvres le vendredi 18 février, à sa clinique, n° 6, rue des Quatre-Vents. Les leçons auront lieu tous les jours, sauf les mercredis, à huit heures et demie du soir.

On s'inscrit, n° 49, rue de Seine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité d'anatomie descriptive, par MM. CRUVEILHIER et MARC SÉE, 4e édition, revue, corrigée et considérablement augmentée. 3 forts volumes gr. in-8°, avec 1,300 figures tirées en noir et en couleur et intercalées dans le texte.

La 2e partie du tome IIIe vient de paraître. Elle contient : *Les généralités et les organes centraux du système nerveux.* — Prix : 3 fr. 50.

Le directeur, Dr E. LE SOURD

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Accès d'aliénation mentale (forme mélancolique) chez une femme récemment accouchée.

Une femme de 31 ans est entrée à l'Hôtel-Dieu, le 29 novembre dernier, salle Saint-Antoine, n° 25 (service de la clinique de M. le professeur Béhier). Cette femme était accouchée depuis deux mois, quand elle contracta la varioloïde (elle avait été vaccinée dans son enfance). L'éruption suivit son évolution ordinaire. L'enfant, qui avait été vacciné à son entrée à l'hôpital, fut également pris de la variole; l'éruption variolique et l'éruption vaccinale marchèrent parallèlement, bien que la vaccine eût pris les devants. L'enfant succomba le 13 janvier. Pendant ce temps, la varioloïde suit son cours régulier chez la mère et arrive, au bout de quelques jours, à la période de dessication. A dater du 20 janvier, on la considérait comme convalescente, et elle se disposait à quitter bientôt l'hôpital, lorsque le jeudi suivant, 27 janvier, on remarqua un fait nouveau. Cette femme avait le sommeil agité, elle parlait tout haut dans son lit. On n'y prêta d'abord que peu d'attention, d'autant qu'une fois le jour venu elle reprenait son calme et sa tranquillité ordinaires.

La malade ne se plaignait seulement que d'insomnie et de perte de l'appétit.

La nuit suivante, les mêmes phénomènes se reproduisirent. La malade paraissait effrayée, elle entendait des voix qui lui parlaient et la tourmentaient. Tantôt c'était un de ses enfants (son fils aîné, âgé de 11 ans) qui venait la voir et qu'on empêchait d'arriver jusqu'à elle. Dans d'autres moments, elle disait que c'était elle-même qui l'empêchait d'approcher afin qu'il ne prît pas la petite vércle. D'autres fois, c'étaient des voix d'hommes qui la menaçaient de mauvais traitements. Elle poussait des cris d'effroi, puis elle demandait aux personnes qui l'entouraient si elles n'avaient rien entendu. Les voix l'accusaient de crimes imaginaires. D'autres fois, enfin, c'était son fils qui l'appelait du fond de la salle, vers la crèche, et alors elle se levait, courait à la crèche pour le chercher.

Dans les premiers jours, ce n'était seulement que durant la nuit qu'avaient lieu ces hallucinations de l'ouïe, mais elles avaient fini par avoir lieu également pendant le jour. Il s'y était joint, en outre, des hallucinations de la vue, car, par moments, elle affirmait positivement avoir vu des hommes entourant son lit et la menaçant de la faire mourir.

Le 31 janvier, dans la pensée de se soustraire à l'obsession de ces idées qui la poursuivaient maintenant nuit et jour, elle demanda avec instance aux religieuses de lui donner de l'ouvrage, et elle s'y livra avec ardeur. Le même sentiment lui faisait quitter son lit, ayant moins peur lorsqu'elle était levée.

Lorsqu'on interrogeait cette malade, elle hésitait à parler, puis elle faisait des réponses brèves et entrecoupées.

Dans les premiers jours de février, elle devint de plus en plus triste, et pendant la visite du 3, elle essaya à plusieurs reprises de se sauver. Enfin, on fut obligé de la surveiller, soit pour l'empêcher de s'évader, soit pour prévenir toute tentative de suicide. Elle avait déjà, dans cette idée, commencé à refuser les aliments.

Un matin, à la visite, M. Béhier ayant voulu essayer de l'intimider par un langage sévère et par des menaces, ce moyen comminatoire eut un mauvais effet; les jours suivants, elle cherchait à s'évader au moment de la visite.

Les renseignements recueillis sur cette malade ont appris qu'elle a été jadis hystérique, qu'elle a eu même de grandes attaques; elle a eu, en outre, déjà, lors de son premier accouchement, un accès de mélancolie avec hallucinations. Du reste, point de conditions héréditaires. Mais cette femme a été en proie à des chagrins.

M. Béhier prescrivit à cette malade l'application de deux vésicatoires, un à chaque bras, les préparations de quinquina, du vin et des aliments.

Sous l'influence de ce régime, au bout de quelques jours, il est survenu une amélioration notable dans l'état de cette malade.

Le 9 février, elle était redevenue parfaitement calme; elle mangeait et dormait fort bien, et reconnaissait les erreurs auxquelles elle avait été en proie jusque-là. On a continué depuis lors le régime tonique.

Voilà un exemple d'aliénation mentale avec prédominance d'idées tristes ou forme mélancolique et légèrement dépressive. Mais chez cette malade, la dépression était beaucoup moindre que chez un homme dont M. Béhier avait entretenu ses élèves dans l'une des précédentes leçons. Tandis que, chez ce dernier, il y avait un état de stupeur tel qu'il semblait inerte au milieu de son délire, celle-ci, au contraire, déployait une activité presque incessante, allant et venant, cherchant son enfant, fuyant les menaces et les êtres imaginaires qui la poursuivent.

Le début a eu lieu, ainsi que cela arrive habituellement, par de l'insomnie; puis les hallucinations et le délire sont survenus, d'abord pendant la nuit seulement, puis pendant le jour.

Ce qu'il y a lieu de faire remarquer surtout, dans ce cas, c'est la courte durée de l'accès; commencé le 27 janvier, il était arrivé déjà à un état d'amendement très-sensible le 7 février. On a l'explication toute naturelle de cette courte durée de l'accès de délire chez cette femme par les conditions spéciales dans lesquelles elle se trouvait, les conditions de la puerpéralité. Cette femme était récemment accouchée; or on n'ignore pas que si la conception, la grossesse, la parturition et l'allaitement sont tout autant de circonstances qui favorisent le développement de l'aliénation mentale, elles présentent aussi cela de particulier, qu'en général les troubles intellectuels qu'elles produisent sont de moindre durée et d'une plus facile curabilité que ceux qui procèdent d'autres causes.

Et d'abord, jusqu'à quel point est-il exact de dire que les conditions inhérentes à la puerpéralité favorisent le développement de l'aliénation mentale? Il est très-difficile de déduire quelques renseignements utiles, à cet égard, de la statistique des hôpitaux d'accouchements, par la raison très-simple que les femmes nouvellement accouchées séjournent rarement plus d'une quinzaine de jours dans ces établissements et que l'aliénation mentale peut n'éclater qu'un mois, six semaines et même deux mois après l'accouchement, comme on vient de le voir chez cette malade. Ceci, aussi bien que la forme spéciale que revêt habituellement l'aliénation dans ces conditions, méritait d'arrêter un instant l'attention. C'est ce qu'a fait M. Béhier, en s'aidant des documents très-intéressants que renferme, sur ce sujet, l'ouvrage du docteur V. Marcé, de si regrettable mémoire (1). Voici quelques-uns de ces documents :

Reid, sur 3,500 femmes à General Lying-in-hospital, de Westminter, où elles restent 3 semaines après l'accouchement, n'a constaté que 9 cas seulement d'aliénation mentale. M. Gream, sur 2,000 cas observés à Queen-Charlotte's Lying-in-hospital, a eu 11 faits d'aliénation mentale. Il explique cette proportion un peu plus considérable par le grand nombre de filles-mères admises dans cet hôpital, la plupart dans les dispositions morales les plus fâcheuses. Dans Lying-in-Ward of Saint-Giles's infirmary, sur 950 femmes, on n'a pas observé un seul cas de folie puerpérale; et sur une autre série de 1,888 malades, on a rencontré un cas qui a été promptement suivi de guérison.

M. Béhier, sur un total de 2,276 femmes en couches, qui ont passé dans son service de l'hôpital Beaujon, n'a vu qu'un seul cas d'aliénation : encore était-il peu grave.

Ces statistiques, toutes défectueuses qu'elles puissent être, n'en donnent pas moins une idée de la proportion relativement très-faible des cas de folie chez les nouvelles accouchées.

Mais pour avoir des données un peu plus précises, il fallait chercher à déterminer le nombre des cas de folie puerpérale proportionnellement au nombre total des aliénées dans une période donnée. En réunissant les statistiques éparses dans les divers recueils français et étrangers, Marcé est arrivé à une moyenne de 1 cas de folie puerpérale sur 12 ou 13 aliénées.

Poursuivant plus avant ses recherches sur ce sujet, Marcé a voulu savoir quelle était la fréquence relative de la folie puerpérale, selon qu'elle se développe pendant la grossesse, après l'accouchement, ou pendant la lactation. Il a trouvé que sur 310 cas de folie puerpérale, 27 se sont développés pendant la grossesse, 180 à la suite de l'accouchement, 103 pendant la lactation.

Parmi les cas de folie puerpérale, ceux qui se développent après l'accouchement sont de beaucoup les plus considérables. Les cas de folie chez les nourrices sont moitié moins nombreux que ceux qui surviennent après la délivrance. Enfin la folie pendant la grossesse est de toutes la plus rare.

Relativement aux formes que revêt plus spécialement l'aliénation mentale chez les femmes en état de puerpéralité, voici ce qu'apprend l'observation. Elle se présente généralement sous l'une des deux formes de manie ou de mélancolie. Chez les nouvelles accouchées, sur 44 cas de folie, on a constaté 29 manies et 10 mélancolies, 5 cas de monomanie ou folie partielle.

(1) *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices*, par le docteur L. V. Marcé. 1 vol. in-8°. Paris, 1858.

FEUILLETON BIBLIOGRAPHIQUE

I. **Etude médico-légale sur la pendaison, la strangulation et la suffocation**, par M. le professeur Ambroise TARDIEU (1). — II. **Traité des fièvres intermittentes**, par M. Léon COLIN, médecin principal de l'armée (2). — III. **Etudes de médecine clinique (le pouls)**, par M. LORAIN, professeur agrégé, médecin de Saint-Antoine (3). — IV. **Étude critique de l'embolie dans les vaisseaux veineux et artériels**, par M. Emile BERTIN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier (4).

I

M. le professeur Tardieu vient de réunir en un volume trois études fort intéressantes : la pendaison, la strangulation et la suffocation. De ces trois études, il en est deux que nous avons déjà lues dans les *Annales d'hygiène*. Seule, l'étude sur la pendaison est entièrement neuve.

Ces trois études, réunies aujourd'hui, indiquent la préoccupation qu'avait l'auteur de faire disparaître la confusion régnant encore sur tout ce qu'on appelle *asphyxie*. Au point de vue physiologique, il était utile, il était bon de réunir les phénomènes observés dans la suffocation, dans la strangulation, dans la pendaison et dans la submersion. Le tableau ne gagnait que plus de mérite à ces rapprochements. Mais il n'en est plus de même au point de vue de la médecine légale. Ici, il ne s'agit plus de s'en tenir à l'étude des phénomènes consécutifs à la privation d'air; une condition nouvelle naît de la nature même des violences commises sur la victime.

Quel est ce genre de violences? Telle est la question que l'expert doit résoudre. Le but de l'expert est de reconnaître et de prouver qu'un individu a été étranglé et non pendu et non étouffé.

Suivant sa coutume, M. le professeur Tardieu appuie son étude de nombreux exemples. C'est ainsi que nous voyons se dérouler devant nous la mort de Calas, celle du prince de Condé, l'affaire Duroule, et certaines affaires où la science a sauvé la tête d'innocents poursuivis.

Des planches nombreuses représentent des cas curieux de pendaison, et une planche coloriée reproduit l'apparence des poumons et du cœur d'un nouveau-né mort par suffocation.

En résumé, la nouvelle œuvre de M. Tardieu est appelée au succès de ses autres publications, et sera lue de tous les médecins avec le plus vif intérêt.

II

L'histoire des fièvres intermittentes est une de celles qui a le plus tenté l'esprit des médecins; aussi est-il peu de parties de l'art aussi riches au point de vue bibliographique. M. L. Colin, en sa qualité de médecin militaire, s'est trouvé à même d'étudier avec le plus grand soin sur un terrain d'élection cette maladie, et son œuvre a le cachet de la plus saine observation.

La fièvre ne naît pas sous la seule influence des marais; mais elle n'est point produite par une végétation spéciale. Dans le plus grand nombre des cas, et surtout dans les climats chauds, elle est produite par les exhalaisons du sol.

L'intoxication tellurique est rendue plus ou moins active par trois conditions spéciales : la configuration et la constitution du sol, l'influence atmosphérique, et la résistance plus ou moins grande offerte par les hommes, suivant leur agglomération en société, ou leur isolement.

L'auteur résume cette première partie de la manière suivante :

« En somme, dans la campagne romaine, la malaria naît de partout, et n'a pas de foyer spécialement limité, palustre ou non.

Elle tire son origine de la richesse d'un sol anciennement couvert de forêts ou de champs cultivés, qu'ont aujourd'hui remplacés des pâturages insuffisants pour en épuiser la puissance végétative.

La chaleur est indispensable au développement des fièvres telluriques; elle en modifie les formes, elle en accélère l'explosion; mais elle ne les produit pas à elle seule.

La répartition de la malaria dans toute la campagne explique l'insalubrité de Rome sur tous les points de sa circonférence.

Les régions qui jouissent de l'immunité la plus complète sont celles où la population offre le plus de densité. »

(1) In-8°, avec planches. Prix : 5 fr.
(2) In-8°, avec un plan de Rome. Prix : 8 fr.
(3) Grand in-8°, avec 488 planches. Prix : 10 fr.
(4) In-8. Prix : 8 fr.

Chez les nourrices, il y a à peu près égalité entre ces deux formes.

La forme mélancolique est généralement moins grave que la manie. L'un des caractères les plus particuliers de la mélancolie est la dépression, l'adynamie allant quelquefois jusqu'à la stupeur. Le délire est toujours de nature triste ; ce sont des idées de persécution, la crainte de la mort, du déshonneur, ou d'une expiation à subir, qui conduisent presque toujours en dernière analyse à l'idée de suicide ; celle-ci se traduit le plus souvent par le refus des aliments.

Parmi les conditions étiologiques, il en est une qui a paru exercer une influence toute particulière, c'est l'état moral de la femme pendant la grossesse. Sur 10 malades, Marcé a rencontré 6 fois une disposition mélancolique remontant à une époque plus ou moins avancée de la grossesse, et survenue sous l'influence de chagrins prolongés ou d'émotions morales pénibles. On rencontre presque toujours, dit-il, parmi les antécédents, un état intellectuel et moral déjà modifié profondément et ayant reçu, à un moment plus ou moins éloigné du début de la maladie, des atteintes sérieuses qui le rendent apte à subir l'action de toutes les causes morbides.

La plupart des conditions étiologiques dont il vient d'être question, se sont trouvées réunies chez la malade qui a fait le sujet de cette conférence. Cette femme était depuis longtemps affaiblie par la misère qu'elle a endurée ; elle était déjà anémique lorsqu'elle a eu successivement à subir l'action déprimante de la grossesse, et de ses suites naturelles, l'accouchement et l'allaitement. Or tout le monde sait combien la fatigue, la dépression des forces a d'influence sur l'intelligence. Elle a eu, en outre, après ses couches, une varioloïde ; et ici il faut tenir compte du sentiment d'inquiétude dont cette affection est devenue la cause. Elle craignait d'être défigurée, et appréhendait, par suite, l'abandon où elle pourrait tomber. Ajoutez, enfin, à toutes ces influences le chagrin que lui a causé la perte de son enfant. Il y avait, comme on le voit, tout un concours de conditions toutes dépressives.

Malgré ces conditions défavorables, malgré la gravité habituelle qu'impliquent généralement les hallucinations, le pronostic, en somme, n'était pas grave dans cette circonstance. On voit, en effet, par les relevés de Marcé, un seul cas de mort produit par la mélancolie à la suite de l'accouchement. Toutes les autres ont fini par guérir de leur accès au bout d'un temps plus ou moins long.

Le traitement de la mélancolie puerpérale demande de grands ménagements. Il faut se garder avant tout des moyens dépressifs, et surtout des émissions sanguines, si agitées que soient d'ailleurs les malades. On ne doit pas perdre de vue que l'on a affaire à une anémie du cerveau bien plus qu'à une hyperémie, et ne pas se laisser tromper par la ressemblance des phénomènes que produisent ces deux états diamétralement opposés. Lorsqu'il y a cependant une certain degré d'agitation voisin de la manie ; lorsque les hallucinations sont vives, pressantes, et ne laissent presque point de repos aux malades, on se trouve très-bien d'avoir recours aux bains tièdes prolongés, M. Béhier n'a pas eu recours à ce moyen dans ce cas-ci, d'abord parce que les hallucinations n'étaient pas très-violentes, et aussi à cause de la difficulté que l'on trouve à administrer convenablement ces bains dans les hôpitaux.

Il faut recourir à des moyens thérapeutiques sédatifs, mais qui ne soient point dépressifs. M. Béhier a repoussé pour ce motif le bromure de potassium ; il a repoussé également l'opium qui a le grave inconvénient de donner lieu lui-même à des hallucinations. L'asa fœtida pourrait produire de très-bons effets, la plupart de ces malades étant ou ayant été hystériques ; mais l'odeur repoussante de ce médicament et le dégoût qu'il inspire en général, le rendent presque inapplicable ici, où à cette répulsion naturelle se joindrait l'idée de persécution, et peut-être même, de la part de la malade, le soupçon d'empoisonnement.

Il est un autre moyen très-utile, très-efficace, et qui a souvent rendu de très-grands services dans ces circonstances, c'est l'affusion froide, qui réunit les avantages d'un puissant sédatif à ceux d'un tonique énergique. L'affusion froide est généralement suivie, en effet, d'une grande sédation.

Le même motif qui avait fait renoncer à l'usage des bains prolongés a également éloigné l'idée de recourir à l'affusion. Restaient les révulsifs et les toniques. C'est à ces deux ordres de moyens que M. Béhier a eu recours. Il a fait appliquer deux vésicatoires et il a prescrit l'usage du quinquina, du vin et d'une bonne alimentation. Comme on l'a vu plus haut, sous l'influence de cette médication cette malade s'est assez promptement rétablie. Ajoutons que malgré les inconvénients qu'ont tous les moyens coërcitifs, qui ont, aux yeux des malades surtout, un air de persécution, il a fallu user de la camisole de force pour suppléer la surveillance incessante qu'exigent ces sortes de malades, et qu'il est si difficile d'obtenir faute d'un personnel spécial suffisant.

— Nous aurions voulu pouvoir suivre le professeur dans quelques-unes des considérations intéressantes dans lesquelles il est entré, à l'occasion de cette malade, sur le point de vue médico-légal que soulève ce sujet et sur le traitement moral de l'aliénation mentale en général. Mais nous aurions été entraîné trop loin. Ces points de vue pourront se représenter dans une autre occasion. Ce que nous tenions à faire ressortir surtout de ce fait, c'était l'ensemble des conditions étiologiques qui concourent au développement de la mélancolie chez les femmes récemment accouchées, la forme spéciale et le degré relatif de bénignité que présente en général cette affection dans ces circonstances ; c'est, enfin, l'utilité et l'efficacité du traitement tonique.

Des ecchymoses qui surviennent sur diverses régions à la suite de l'hémorrhagie cérébrale.

On sait que, chez les individus qui succombent à une hémorrhagie cérébrale, indépendamment de l'épanchement de sang qui se fait dans l'encéphale, on trouve en divers points de l'organisme des effusions sanguines sous forme de taches ecchymotiques plus ou moins étendues. On trouve aussi généralement, dans ce cas, des ecchymoses dans les méninges, au niveau des lobes cérébraux ou des lobes cérébelleux, dans l'épaisseur de l'aponévrose épicrânienne, dans les plèvres, dans les muqueuses stomacale et intestinale. Dans deux cas d'hémorrhagie cérébrale, MM. Charcot et Joffroy ont observé des taches ecchymotiques semblables sur l'endocarde du ventricule gauche. Voici en quels termes l'un d'eux (M. Joffroy) a décrit, devant les membres de la Société de biologie, les lésions qu'ils ont constatées :

Dans le premier cas, les taches existaient seulement au niveau des colonnes charnues. Elles étaient multiples, ovalaires, d'un demi-centimètre carré d'étendue environ. Ces taches dépassaient l'épaisseur de l'endocarde et pénétraient de quelques millimètres dans le muscle cardiaque.

Dans le second cas, outre ces ecchymoses de l'endocarde au niveau des colonnes charnues, il en existait deux autres très-foncées, petites, arrondies, de 3 à 4 millimètres de diamètre et siégeant dans la valvule mitrale, qui avait conservé dans tout le reste de son étendue sa coloration blanc-jaunâtre et sa demi-transparence.

MM. Charcot et Joffroy pensent qu'il est rationnel de rapprocher ces ecchymoses de l'endocarde de celles des méninges, de l'aponévrose épicrânienne, de la muqueuse stomacale, etc.; d'autant qu'il n'est évidemment pas possible, vu la petite étendue de ces taches ecchymotiques, leur coloration spéciale, leur profondeur jusque dans l'épaisseur du muscle, etc., d'en expliquer l'existence par l'imbibition de l'endocarde, après la mort, au contact d'un caillot noir remplissant le ventricule.

Toutes ces suffusions sanguines paraissent se rattacher au même mécanisme. D'après M. Charcot, il se ferait sous l'influence des lésions cérébrales, des actions névro-paralytiques qui peuvent être le point de départ soit de simples congestions, soit d'inflammations. C'est ainsi qu'il a vu chez l'homme, comme quelques physiologistes l'ont déterminé par des expériences sur des animaux, des ecchymoses de l'estomac et des intestins survenant à la suite d'une lésion des couches optiques. Des observations semblables avaient déjà été faites par M. Andral, qui a mentionné dans sa *Clinique médicale* des exemples d'altérations ecchymotiques dans l'hémorrhagie cérébrale.

RÊVE

AYANT DURÉ SOIXANTE-DOUZE HEURES CHEZ UN HOMME BIEN PORTANT

Par le docteur FAURE.

Le 25 janvier, je fus appelé en toute hâte auprès de X..., employé chez un marchand de vins en gros. Je trouvai cet homme, qui a une quarantaine d'années, et qui est d'une constitution excellente, dans un état de malaise et de prostration extrêmes. Le pouls était élevé et très-fréquent ; la peau, couverte de sueur. Violente céphalalgie, frisson, manque de sommeil, agitation, etc., etc. Il se plaignait surtout d'une douleur très-intense que la moindre pression, que le poids même de ses couvertures exaspérait dans la région abdominale, à droite.

Gêné, pour me parler, par la présence de sa femme et de sa fille, il insista pour qu'elles sortissent de la chambre, et alors il s'exprima à peu près ainsi :

« Le 20, je suis parti de chez mon patron avec le haquet chargé de pièces de vin, comme d'babitudc. J'ai touché sur ma route des notes pour 800 fr. Vers les cinq heures, au moment où je revenais vers la maison, dans une rue du quartier du Temple, un cocher de fiacre envoya, sans raison, un coup de fouet à la tête de mon cheval. L'animal se cabra ; je le saisis par la bride pour empêcher un malheur, et je reprochai à cet homme sa brutalité.

Il descendit de son siége. Nous nous sommes colletés pendant quelques instants. Tout à coup, il me lâcha, recula de quelques pas et me porta, de toute sa force, un coup de poing dans le ventre. Ce coup fut si violent que je tombai aussitôt sans connaissance.

Quand je revins à moi, je me trouvai dans la boutique d'un marchand de vin. Diverses personnes s'empressaient de me porter secours. On m'avait fait boire du vulnéraire ; on me mouillait les tempes d'eau vinaigrée, etc.

Mais alors je vis un bien autre malheur. Dans la bagarre, mon cheval avait eu peur ; il avait reculé, et en reculant il avait poussé la voiture dans la devanture d'un magasin de glaces ; tout a été brisé. Le haquet était entré jusqu'aux roucs dans la maison; à chaque mouvement du cheval, c'était un nouveau désastre. Je verrai toute ma vie eette boutique remplie de morceaux de glaces, mon cheval piétinant sur le trottoir, dans du verre cassé, les plaques de marbre de la devanture brisée, etc., etc.

Le cocber, cause de tout, avait pu s'enfuir avant qu'on eût pu prendre son numéro. Je dus, une fois que ma voiture fut dégagée, pour qu'on me laissât partir, signer un papier par lequel je me reconnaissais responsable de l'accident.

Depuis ce moment, je souffre beaucoup à l'endroit où j'ai été frappé; on a beau mettre des cataplasmes avec du laudanum, rien n'y fait.

Le soir, j'ai rendu mes comptes et pansé mes chevaux comme d'habitude. Le lendemain, j'ai encore travaillé; mais hier, j'ai dû rentrer et me coucher dans la journée, et je me sens très-malade.

D'un moment à l'autre, mon patron, à qui je n'ai encore rien dit, va apprendre cette belle nouvelle. Il n'a jamais voulu s'assurer. C'est lui qui payera d'abord, mais il exercera son recours contre moi. Il ne peut pas y avoir pour moi moins de 5 ou 6,000 francs de dégâts, et nous voilà ruinés. Ma fille ni ma femmc ne savent encore rien. Jugez quel coup cela va être pour tout le monde. »

Et ce malheureux, en proie au plus violent désespoir, pleurait à chaudes larmes.

En sortant, je pris des informations, et il me fut assuré qu'il ne s'était rien présenté d'extraordinaire dans sa conduite ; qu'il n'avait pas fait d'excès depuis longtemps, et que le mardi en question, particulièrement, il était dans un état parfaitement régulier.

Sa femme, sa fille, son patron, tout le monde enfin, était dans la plus complète sécurité.

Je conseillai de continuer les cataplasmes, la tisane rafraîchissante, etc. On devait me prévenir en cas d'aggravation du mal.

Huit jours se passèrent sans que j'entendisse parler de rien. Désireux de savoir comment s'était terminée cette malheureuse affaire, j'allai lcs voir un soir. Je fus assez surpris de les voir tous lcs trois

---

Cettc étude étiologique, dont Rome est surtout le théâtre, offre le plus grand intérêt au lecteur. A côté d'elle, nous placerons volontiers le chapitre consacré à la prophylaxie appliquée et au sol et à l'homme.

Le livre de M. Colin est un livre éminemment clinique; et tous les praticiens de pays ravagés par les fièvres intermittentes auront à lire et méditer le chapitre *Traitement;* ce chapitre n'est pas œuvre de plume et d'exposition, mais œuvre de pratique et de bonne observation.

III

Avec M. Lorain, nous ne quitterons pas le lit du malade, car voici de nouvelles études de médecine clinique. Déjà en 1868, M. Lorain a publié une *Étude clinique sur le choléra,* couronnée par l'Institut. Aujourd'hui, il s'agit du pouls, de ses variations et de ses formes diverses dans les maladies.

M. Lorain est un des plus vifs partisans de la médecine-science, et par ce nouveau volume combat la médecine-art.

« Il est possible que la perfection ait été atteinte dans le domaine de l'art, et que tout ait été dit sur les formes du bcau. Il n'en es pas de même dans le domaine de la science. »

Et voici une preuve à l'appui, c'est l'étude des maladies, au moyen du sphygmographe. Un praticien blanchi sous le harnais peut encore se roidir contre cette application nouvelle d'un agent mécanique; mais une jeune génération doit accepter l'étude de tous les moyens qui peuvent servir à l'éclairer. Le sphygmographe prendra-t-il un jour une place aussi autorisée que le sthéthoscope? Cela est très-possible, cela est très-probable; mais on doit, avant tout, étudier consciencieusement les services qu'il rend ou peut rendre.

A ce titre, le livre de M. Lorain mérite d'être lu par tous les praticiens, je ne dis pas seulement par tous les élèves, à qui il semble dédié.

L'auteur étudie d'abord la méthode Marey, et passe en revue les instruments et les écrits qu'elle a inspirés. Puis il indique avec le plus grand soin comment on doit se servir du sphygmographe, et comment on mesure les tracés sphygmographiques. Ceci fait, M. Lorain étudie et applique le sphygmographe dans les diverses maladies, dans les intoxications.

Comme on le voit, la nouvelle étude clinique de M. Lorain fait partie d'une série que l'auteur se propose de publier pour tous ceux qui veulent suivre le courant des nouvelles applications de la science.

Près de 500 tracés sphygmographiques racontent aux yeux ce que donne la méthode à laquelle le nom de M. Marey se trouve aujourd'hui lié.

IV

« Il n'existe, dans la littérature française, aucune monographie complète de l'embolie; à l'étranger, en Allemagne particulièrement, au milieu des nombreux travaux que la découverte de Wirchow continue de provoquer encore, les études d'ensemble sont rares et déjà vieilles. Ce livre a pour but de combler cette lacune. »

Telle a été la pensée de l'auteur de *l'Étude critique de l'embolie,* Œuvre de concours, récompensée par la Société de médecine de Bordeaux, la compilation raisonnée de M. le docteur Émile Bertin pourra rendre quelques services à ceux qui voudront étudier l'histoire de l'embolie depuis sa naissance, 2 août 1845, jusqu'à la fin de 1868.

Dr E. RENAUD.

Dictionnaire de diagnostic médical, comprenant le diagnostic raisonné de chaque maladie, leurs signes, les méthodes d'exploration et l'étude du diagnostic par organe et par région, par E. J. WOILLEZ, médecin de l'hôpital Lariboisière. Seconde édition représentant l'exposé des travaux les plus récents. 1 vol. in-8° de 1,170 pages, avec 310 figures. — Prix : 16 francs.

Études de médecine clinique faites avec l'aide de la méthode graphique et des appareils enregistreurs, par P. LORAIN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. LE POULS, ses variations et ses formes diverses dans les maladies. 1870. 1 vol. in-8° de XII-372 pages, avec 488 planches graphiques. — Prix : 10 francs.

Collection de calculs urinaires et d'instruments de chirurgie, du docteur J. CIVIALE. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 francs.

gais comme d'habitude. En partant, je demandai au mari de m'accompagner un peu, sous prétexte du peu de sûreté de ce quartier.

A vingt pas de chez lui, je lui dis: Eh bien?

« Eh bien, me dit-il, monsieur le docteur, il n'y a pas un mot de vrai dans tout ce que je vous ai raconté. Rien n'est arrivé. C'est un rêve que j'ai fait une nuit, et j'ai vécu pendant trois jours sous le coup de ce rêve. — Mais, lui dis-je, cette douleur si vive du ventre? Rêve, rêve. C'est dimanche matin, après une nuit d'insomnie et de tourments épouvantables, que je fis un somme d'une heure environ. Quand je me réveillai, ce rêve avait disparu. Il me tenait depuis la nuit du mercredi au jeudi. Ne pouvant pas croire que j'avais été aussi stupide de me martyriser ainsi l'esprit pour rien, je me suis levé, j'ai été parcourir tout le trajet que j'avais fait avec ma voiture le mardi, jour de l'accident. J'ai vu le magasin du miroitier parfaitement intact; j'ai été chez le marchand de vin où j'étais sûr d'avoir signé un papier : il m'a affirmé que rien de ce que je lui disais n'avait eu lieu; qu'il n'y avait eu ni cocher de fiacre, ni batterie, ni glaces cassées, etc., etc.»

En somme, voici chez un homme qui n'est pas un alcoolique, je le répète, un rêve qui commence la nuit et qui dure 72 heures, sans varier, sans s'écarter un instant de sa forme d'origine; il se souvient d'avoir reçu un coup, il a la conscience d'une violente douleur, et cette sensation dure trois jours. Puis elle disparaît comme le reste du rêve, instantanément; il est tellement convaincu qu'il me répète à plusieurs reprises que si jamais il rencontre ce cocher de fiacre, il lui fera payer cher son malheur, et quand il est revenu à lui, il reconnaît ces dispositions.

Naturellement, je profitai de l'occasion pour lui conseiller plus que jamais la sobriété; pour donner de la force à mon avis, je lui demandai, par exemple, ce qui aurait pu arriver, si au lieu de cette rixe et de cette aventure de cheval, de glaces cassées, etc., il avait cru voir sa femme manquant à ses devoirs, et il déclara que dans sa disposition d'esprit, il n'aurait pas hésité à tirer une vengeance sanglante de son injure.

Cet individu, en raison de sa profession, boit plus, j'en conviens, qu'un homme foncièrement sobre; mais ce n'est pas un ivrogne, je le connais depuis longtemps, jamais il n'a eu d'accidents alcooliques; son patron, chez qui il occupe depuis nombre d'années un poste de confiance, le confirmerait au besoin.

C'est donc là un fait plus curieux que médical, si l'on veut, dans lequel un individu, sous l'influence d'un simple rêve, est resté dans des conditions telles, qu'il aurait pu, sur des raisons purement illusoires, prendre des déterminations et se livrer à des actes de la plus extrême gravité.

CONTAGION DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

SES RAPPORTS AVEC LA FIÈVRE BILIEUSE RÉMITTENTE. — TRAITEMENT DE CES DEUX AFFECTIONS.

Par M. le docteur Bourguet (de Graissessac).

Dans un petit hameau de vingt feux environ, la fièvre typhoïde et la fièvre bilieuse rémittente sévirent épidémiquement pendant l'automne de 1867.

I. — Le premier cas de fièvre typhoïde remonte au commencement de septembre. Un enfant de quatorze ans fut atteint; la date exacte m'est inconnue; je le vis seulement le 3 octobre. On pouvait ne pas accuser la contagion, malgré la présence de l'affection typhoïde dans les localités voisines.

L'enfant avait eu de la céphalalgie, de la fièvre, du délire, de la diarrhée, de l'amaigrissement et le faciès ordinaire de l'affection. Un médecin avait été appelé une seule fois dans les premiers jours, et depuis lors la maladie était abandonnée à elle-même.

Le 3 octobre, il avait un purpura général, plus de cent vingt pulsations, la langue sèche et tremblotante, le ventre ballonné, l'intelligence éteinte, les yeux excavés, la sensibilité presque perdue, et un délire dans lequel il parlait sans cesse d'aliments. J'appris que dans toute sa maladie il n'avait pris que du bouillon à de très-rares intervalles (parfois plus de vingt-quatre heures), et du bouillon fait avec de la viande de porc salée.

Immédiatement j'ordonnai une alimentation progressive, du vin et de l'extrait de quinquina. Je ne fus pas peu surpris de le voir guérir après une convalescence longue et pénible.

II. — Une parente de cet enfant vient le voir, et quelques jours après meurt de la fièvre typhoïde, entre le dixième et le quinzième jour. J'ignore dans ce cas à quel traitement on eut recours.

III. — Le 27 octobre, on m'appelle pour deux sœurs de la morte, qui avaient eu de la céphalalgie et, depuis la veille, *faisaient comme l'aînée*. Je trouvai chez elles tous les symptômes de la fièvre typhoïde au début, mais avec une gravité différente. L'une avait quinze ans, son pouls ne dépassa jamais 100, aucune complication n'entrava la marche régulière du mal.

IV. — L'autre avait treize ans. Ses poumons se congestionnèrent, surtout le gauche, ce qui faillit l'emporter.

V. — Le même jour, deux parents de ces malades, atteints du même mal, furent visités par moi. L'un avait neuf ans.

VI. — L'autre avait onze ans. Ces deux garçons, comme les deux jeunes filles, avaient été en contact avec la malade qui succomba.

VII. — Le 8 novembre, la sœur du premier malade, alitée depuis quelques jours, m'appelle et succombe quatre jous après à la fièvre typhoïde compliquée d'une congestion pulmonaire double; dix-neuf ans.

Tous ces malades, il est bon de le répéter, sont des parents.

VIII. — Le 16 novembre, une voisine des deux sœurs encore alitées est atteinte; dix-huit ans.

IX. — Le 20, c'est autour du frère aîné; vingt ans.

X. — Le 6 décembre, dans la maison des deux garçons, encore au lit, une fille qui les soigne contracte le germe du même mal; seize ans.

XI. — Quelques jours plus tard elle le communique à une sœur de dix-neuf ans. On m'appelle le 28, alors qu'il est trop tard pour parer à la complication chronique, qui l'emporte le 31.

Le premier cas de fièvre rémittente bilieuse se montra, le 10 septembre, chez une femme de quarante ans. Elle eut des horripilations entremêlées de bouffées de chaleur, des douleurs lombaires, de la céphalalgie sus-orbitaire, de l'engourdissement de l'intelligence, de la coloration jaune des sclérotiques et de la face, sauf les pommettes, d'un rouge vif. Langue épaisse, jaunâtre, nausées, éructations amères, douleur épigastrique, chaleur sèche de la peau. Fièvre augmentant manifestement l'après-midi jusqu'au matin.

Le 15, un garçon de vingt et un ans fut atteint; le 3 octobre, une fille de dix-neuf ans; le 28, un garçon de dix ans d'une ferme voisine (il fréquentait l'école du hameau), un frère plus jeune et le père, quarante-sept ans, payèrent successivement tribut au mal; le 4 novembre, un garçon de quinze ans; le 16, une fille de douze ans; le 6 décembre, un homme de cinquante ans, qui fut le dernier, et dont un fils de vingt-cinq ans venait d'avoir une fièvre typhoïde, qu'il faut ajouter aux cas cités. — En tout, douze fièvres typhoïdes et neuf fièvres bilieuses; trois des premiers moururent, les autres guérirent tous.

Le traitement qui m'a paru le plus efficace a été, pour la fièvre typhoïde, les évacuants, surtout les purgatifs salins, les préparations de quinquina et l'alimentation dès qu'elle était possible, avec de l'eau vineuse pour tisane. Il est bien entendu que les complications ont été traitées suivant les cas, et que les moyens accessoires, tels que lavements, cataplasmes, etc., n'ont pas été négligés.

Pour les fièvres bilieuses, il a fallu presque toujours recourir à la résine de quinquina et au sulfate de quinine (ordinairement 1 gramme de chaque dans 150 grammes de véhicule, par cuillerées), combinés avec des éméto-cathartiques répétés. Plus l'action de ces derniers a été manifeste, plus vite les malades ont guéri.

En résumé, nous voyons se développer parallèlement deux maladies qui, d'après les symptômes donnés de l'une et connus de l'autre, sont très-voisines. Aussi certains observateurs ont-ils prétendu qu'elles devaient se confondre et constituer une seule *fièvre avec état typhique*. Il est vrai que quelques différences séparent nettement les cas extrêmes; mais le doute est permis si l'on compare les cas légers de l'une avec les cas graves de l'autre. Sans trancher la question, il est bon de faire remarquer que la marche et la durée sont à peu près les mêmes, que les mêmes époques les voient apparaître; que leur traitement ne diffère pas beaucoup, et que l'une et l'autre font malheureusement trop de victimes, quoique ces quelques faits semblent dire le contraire, en n'accusant que la fièvre typhoïde.

Des cas à peu près analogues, qui viennent de se montrer cet automne, dans notre milieu, confirment les précédents, et m'ont engagé à ne pas les passer sous silence. Les derniers ont présenté cela de particulier qu'on a pu les guérir simplement par le vin de quinquina (et les évacuants) quand il s'est agi de la fièvre bilieuse. Quant aux fièvres typhoïdes, les mêmes moyens ont donné encore de meilleurs résultats. Un dernier fait que je signalerai, c'est l'absence complète, dans tous les cas, des éruptions ordinaires que l'on rencontre. Tout au plus ai-je vu des sudamina chez deux ou trois malades, sur une vingtaine que j'ai traités.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 11 février 1870. — Présidence de M. Bergeron.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Vidal, à l'occasion du procès-verbal, appuie la proposition de M. Guyot au sujet de l'isolement des varioleux, et voudrait qu'on revînt à ce qui a été demandé en 1864 dans un rapport fait par lui au nom d'une commission nommée par la Société. Il demande des réformes absolues. « Tout ce qui a été fait, dit-il, ou plutôt tenté jusqu'ici est illusoire. Que demandait le rapport fait en 1864? Que l'on construisît dans chaque hôpital un quartier spécial avec un personnel et un service spécial pour les varioleux. Or il n'a pas été encore répondu à ce vœu général des médecins. » M. Vidal ne met pas en doute le bon vouloir de l'administration, qu'elle vient encore de prouver par les dernières mesures qui ont été mises en pratique; mais tout le monde est d'accord pour reconnaître que ces mesures sont parfaitement insuffisantes. La séparation ainsi obtenue est en effet très-incomplète. On n'arrivera à un résultat sérieux que lorsqu'on adoptera le système mis en usage en Allemagne. M. Vidal demande donc à soumettre à l'approbation de la Société de nouvelles conclusions, qui ne sont que des corollaires des propositions déjà présentées en 1864. Ces conclusions tendent, comme nous le disions plus haut, à demander la construction de quartiers spéciaux pour les varioleux, avec un personnel et un service spécial. M. Vidal prévoit l'objection qui lui sera opposée, mais il n'admet pas, qu'alors que l'assistance publique en France est si supérieure à celle de la plupart des pays étrangers par le luxe de ses hôpitaux et de leur mobilier, elle lui soit si inférieure au point de vue de l'hygiène; il vaudrait mieux, selon lui, des barraques que l'on détruirait au bout d'un certain temps que les constructions magnifiques qui se trouvent dans des conditions unanimement blâmées par les corps savants. Or si l'on est à même de faire de pareilles constructions, on doit, à plus forte raison, pouvoir satisfaire aux réclamations fort justes faites par tous les médecins. M. Vidal rappelle, à l'appui de sa proposition, qu'on est arrivé à arrêter complétement une épidémie de variole, à Bordeaux, en séparant et en séquestrant les malades atteints de cette affection. Des statistiques ont prouvé que 850 malades prenaient par an la variole dans les hôpitaux, sans compter les personnes du dehors qui l'y prenaient aussi et en propageaient le germe au dehors. M. Vidal demande donc qu'on s'adresse soit à l'Empereur, soit au Corps législatif, soit même à une souscription publique, pour mettre un terme à cet état de choses.

M. Moissenet répond à M. Vidal que les plans pour la construction de quartiers spéciaux dans chaque hôpital sont faits, et que, en outre, M. Husson a demandé l'allocation nécessaire pour ces constructions.

M. Lorain. La société a le droit de se garantir contre les varioleux aussi bien que contre les aliénés et les chiens enragés. Il faut donc, en attendant qu'on ait obtenu ce que demande M. Vidal, d'accord avec tous ses confrères, qu'on réclame immédiatement la séquestration des varioleux, c'est-à-dire la suppression de toutes les visites du dehors, quelles que soient les mesures qu'on a l'intention d'adopter plus tard.

M. Isambert assure que cette mesure est déjà prise dans tous les hôpitaux.

M. Moutard-Martin, tout en approuvant la proposition de M. Vidal, la regarde comme une protestation. Or il ne croit pas qu'il y ait lieu de protester au moment où il est en partie donné satisfaction aux vœux de la Société. Il demande donc qu'on passe à l'ordre du jour.

La propositon de M. Moutard-Martin est adoptée.

COMMUNICATION

M. Gubler donne communication d'une autopsie faite dans son service d'un malade atteint d'une de ces tumeurs dorsales de la main qui surviennent dans les paralysies.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les maternités.

Discussion sur les Maternités.

M. Bernutz demande à faire quelques objections au plan proposé par M. Tarnier. La première et la principale porte sur le système cellulaire, très-défectueux aux yeux de M. Bernutz, tant pour les femmes en couches que pour les enfants. Les médecins sont, dans les hôpitaux, les tuteurs naturels des enfants. Or, avec le système proposé par M. Tarnier, la surveillance n'est pas possible, et il se produira un grand nombre de faits regrettables. M. Bernutz cite à cette occasion le fait d'un enfant étouffé par sa mère, fait qui, du reste, s'est reproduit, il y a peu de temps, dans le service de M. Bourdon. En outre, il y a des femmes qui ne donnent pas le sein à leurs enfants ou qui le leur donnent mal à propos. Avec le système cellulaire de M. Tarnier, les enfants courront donc toutes sortes de dangers. Les femmes elles-mêmes seront exposées à des dangers. Tout le monde sait que lorsqu'il s'est passé quelque chose d'extraordinaire dans l'état d'une malade, c'est le plus souvent par la voisine qu'on l'apprend. Or les femmes, pour éviter le toucher ou un examen qui leur est toujours désagréable, ne manqueront pas de garder le silence alors quelles devraient parler. M. Bernutz ne comprend donc pas comment M. Tarnier a pu proposer un isolement aussi absolu; c'est pourquoi il serait très-porté à se rattacher au premier système à deux lits proposé par M. Tarnier. Il propose même d'y revenir en y apportant toutefois quelques modifications. Ainsi, au lieu de mettre les femmes en couches ensemble, M. Bernutz propose de mettre, avec des femmes en couches, des phthisiques ou des malades atteintes d'affections de ce genre, qui n'ont rien à craindre au contact des femmes en couches. M. Bernutz trouve encore un autre inconvénient au système de M. Tarnier, c'est d'avoir deux médecins différents pour les femmes malades et pour les femmes en couches valides. Il paraît en effet beaucoup plus naturel que ce soit le même médecin qui suive les malades dans tout le cours de leur maladie. A cet effet, M. Bernutz propose qu'il n'y ait qu'un seul médecin qui aurait soin seulement de finir sa visite par les femmes malades.

M. Gallard fait une longue communication qu'il termine par les conclusions suivantes, qui ne sont que les conclusions modifiées de la commission :

1° Suppression des maternités et des services spéciaux d'accouchements dans les hôpitaux.

2° Etendre, autant que possible, l'assistance à domicile.

3° Extension des accouchements chez les sages-femmes, avec la surveillance d'un ou de plusieurs médecins.

4° Construire dans les hôpitaux des salles spéciales de travail pour l'enseignement des élèves.

La séance est levée à cinq heures et quart.

(Il y aura séance le 25 février).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 3 décembre 1869 (1). — Présidence de M. Lagneau.

M. Perrin. M. de Ranse nous a exprimé de justes craintes relativement à la possibilité de voir les fièvres puerpérales se développer dans les maisons des sages-femmes, lorsque les nouvelles mesures dont il est question seront plus généralement en vigueur, et il nous a dit que l'administration pourrait bien tirer partie de ce fait et y puiser un argument contre ses adversaires.

Cependant, contrairement à l'opinion de M. de Ranse, je crois que, pour le moment, les cas de fièvre puerpérale sont beaucoup plus rares, non-seulement en apparence, mais encore en réalité, et toute proportion gardée, qu'ils ne le sont dans les grands établissements hospitaliers. Les deux exemples récents qu'on en a cités pourraient eux-mêmes trouver leur raison d'être dans une contamination ayant pris sa source dans les hôpitaux.

Je m'explique. Le service, tel qu'il est actuellement organisé chez les sages-femmes, relève de l'administration, qui fournit aux femmes qu'elle envoie dans ces maisons particulières le linge dont elles ont besoin. Or, ce linge, ne peut-il pas déjà apporter ce germe infectieux?

De plus, la surveillance des malades est confiée à un certain nombre de médecins, choisis de préférence parmi ceux qui se destinent au *Bureau central*. Eu égard à leur mérite, cela est de toute justice. Mais ces médecins fréquentent les salles d'hôpital; ne peuvent-ils pas, eux aussi, transporter avec eux le germe de la maladie?

Je ne crois rien, je ne sais rien, je n'affirme rien. Toutefois, je dis que, pour que l'expérience soit complète, il faudrait que les con-

(1) Fin. — Voir le numéro du 12 février 1870.

ditions dans lesquelles les accouchées se trouvent placées soient tout à fait identiques à celles des femmes qui se rendent chez les sages-femmes, sans avoir recours à l'intermédiaire de l'administration. Une de ces conditions serait que les médecins ne soient plus choisis parmi ceux qui vont habituellement dans les hôpitaux.

Dans l'état actuel des choses, la proposition émise par la Société de médecine ne me paraît pas, en définitive, supporter l'objection.

M. DE RANSE. M. Perrin a mal interprété ma pensée, s'il a compris que mon observation avait pour but de critiquer, en quoi que ce fut, l'opinion de la Société de médecine. Loin de la combattre, je la soutiens de tout mon pouvoir. J'ai voulu établir seulement, en me fondant sur des faits, que les cas de fièvre puerpérale développés chez les sages-femmes, étaient, en réalité, moins rares que le prétendait M. Géry père, et que cela me semblait ressortir de la statistique présentée par M. Moissenet. J'ai exprimé des craintes sur la possibilité de voir ces cas se multiplier, par le fait de l'encombrement qui pourrait se produire chez les sages-femmes avec l'accroissement de leur clientèle, et j'ai appelé l'attention sur ce point, que l'administration ne manquerait pas l'occasion de saisir cet argument pour s'opposer à ceux qui combattent l'idée de construire de grandes maternités. Ce qu'ils proposent, leur dirait-elle, ayant les mêmes inconvénients qu'on reproche à celles-ci. J'ai donc insisté sur la nécessité d'établir une surveillance rigoureuse, pour éviter l'encombrement qui est à redouter.

Je suis d'ailleurs entièrement de l'avis de M. Perrin sur la nécessité de faire l'expérience tout à fait en dehors de ce qui touche aux hôpitaux, tant sous le rapport du matériel administratif que sur celui du choix des médecins chargés du service.

M. BLACHEZ. J'avais demandé la parole au sujet du choix des médecins chargés de visiter les nouvelles accouchées chez les sages-femmes. Je suis, pour ma part, assez disposé à croire au transport de la fièvre puerpérale par les médecins. Mais ceux qui, se préparant au *Bureau central*, vont habituellement dans les hôpitaux, ne fréquentent guère les services d'accouchement. Exiger d'eux qu'ils s'abstiennent même d'aller dans les hôpitaux serait pousser les choses à l'extrême, et cet excès de rigorisme serait absolument inapplicable; en choisissant ses sujets parmi les anciens internes, l'administration se donne une garantie qu'on ne saurait qu'approuver.

M. TISSIER. J'ajouterais que, pour le moment, la règle des médecins surveillants se bornant à une simple visite, leurs rapports avec les nouvelles accouchées présentent, en vérité, peu de dangers.

M. DE RANSE. L'idée émise par M. Perrin, relativement aux dangers de l'infection par les linges fournis par l'administration, a son importance. Aussi, serait-il à désirer que l'administration chargeât les sages-femmes de ce soin, dût-elle augmenter le taux des honoraires qu'elle leur donne.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire annuel : Dr LÉON BLONDEAU.

Séance du 17 décembre 1869. — Présidence de M. LAGNEAU.

CORRESPONDANCE

La correspondance imprimée comprend :

Une brochure sur le *Traitement et le diagnostic du choléra*, par M. le docteur Poznanski.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Mazel au sujet de la discussion dont a été l'objet son mémoire sur le traitement des accidents de cachexie palustre par les exutoires. M. Mazel maintient fermement sa manière de voir, qui est le résultat de sa pratique.

2° Une lettre de M. le sénateur préfet de la Seine, qui demande à la Société de visiter huit employés réclamant leur mise à la retraite pour cause d'infirmités.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. GÉRY père demande la parole pour une rectification à faire dans le procès-verbal de la séance du 17 janvier 1868, imprimé dans le Bulletin qui a été livré cette année (1).

De plus, M. Géry réclame contre une autre erreur qui s'est glissée dans le même procès-verbal, où on lui fait dire que les observations sur lesquelles il appuie son travail ont une source *identique* au lieu de : une source *authentique*.

M. DUCHENNE (de Boulogne) communique à la Société une note sur une espèce de contracture qu'il croit n'avoir pas encore été décrite ou signalée par les auteurs, et qu'il a appelée : *Contracture réflexe ascendante par traumatisme articulaire*. (Voir la *Gazette des Hôpitaux*, numéro du 11 janvier.)

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : Dr LÉON BLONDEAU.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La lithotritie et la taille, par le docteur J. CIVIALE. 1 vol. in-8° orné de nombreuses gravures sur bois. — Prix : 12 francs.

Traité des fièvres intermittentes, par Léon COLIN, médecin principal de l'armée, professeur à l'École impériale du Val-de-Grâce. Paris, 1870. 1 vol. in-8° de 600 pages, avec un plan médical de Rome. — Prix : 8 francs.

(1) Dans la statistique du choléra (page 34 du *Bulletin*), après avoir énoncé la présentation de ma brochure sur les décès cholériques, on me fait dire, dans le paragraphe suivant, que *la diarrhée n'avait existé réellement que dans le tiers des cas sur lesquels j'ai pu avoir des renseignements précis.*

J'ai dit et écrit, au contraire, que *la diarrhée dite prémonitoire avait manqué dans le tiers des cas.*

Le directeur, Dr E. LE SOURD

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 21 février 1870.

UNE SECONDE VISITE
A L'HOPITAL MARITIME DE BERCK

Lors de l'inauguration de l'Hôpital-Napoléon, en juillet 1869, nous avons tous été frappés du merveilleux ensemble de ce magnifique édifice, dont l'aspect grandiose est d'autant plus saisissant que, dans le but d'éviter des cours d'eau douce et des émanations organiques, il est élevé à dessein, sur des dunes immenses absolument sèches et arides. A l'intérieur, l'heureuse distribution des dortoirs, de l'infirmerie, des classes, du gymnase, de la piscine, nous parurent réaliser les meilleures conditions de l'hygiène et du confort. Du côté de la mer, une vaste plage du sable le plus fin, sans le moindre galet, remarquablement unie, permet à toute heure du jour de prendre des bains de lame. Ce splendide hôpital par sa situation privilégiée, probablement unique, comme par son excellent aménagement, s'offrit donc à nos yeux comme un modèle d'établissement balnéaire. Je possédais pour ma part un point de comparaison d'un certain prix. Je connaissais le grand hôpital de Southampton, destiné aux convalescents, situé en face de l'île de Wight, à la pointe de la baie naturelle de ce beau port; et cependant, pour le traitement maritime de la scrofule, je n'hésitai pas, et je n'hésite pas encore aujourd'hui un seul instant à accorder la préférence à l'hôpital de Berck.

C'était en plein été; le soleil nous dardait de ses rayons brûlants, et j'enviai presque le bonheur de ces pauvres enfants pour la santé desquels l'administration de l'assistance publique s'imposait de si grands et si impérieux sacrifices.

Mais l'hiver, pensai-je, quand le froid sera venu, quand les aquilons se déchaîneront sur cette plage sans abri, sans coteau protecteur, comment des enfants scrofuleux, rachitiques, misérables, pourront-ils bénéficier du voisinage de la mer, ou plutôt, comment pourront-ils résister à cette brise glaciale et pénétrante? Comment surtout, au milieu de la saison rigoureuse, baigner dans une piscine 3 à 400 enfants, sans les exposer indubitablement à des causes de refroidissements, à des accidents pulmonaires sérieux? Comment, enfin, exercer une surveillance active sur chacun de ces bambins plongés dans ce grand bassin, et quel nombreux personnel employer pour habiller et réchauffer à la hâte des créatures aussi jeunes et aussi délicates!

Telles étaient les pensées qui me préoccupaient à cette époque et qui n'ont cessé de soulever dans mon esprit les craintes les plus vives, jusqu'au jour où j'ai pu m'assurer par moi-même que les obstacles étaient surmontés et les périls conjurés. Au sein de la commission d'installation, j'avais plusieurs fois exprimé à M. le directeur général, mes inquiétudes sur ces questions importantes. Il m'assura qu'il était impossible de mieux atteindre le but que nous nous proposions, et que le fonctionnement de chaque chose ne laissait rien à désirer : « Vous le verrez d'ailleurs, me dit-il, dans une prochaine inspection médicale à laquelle je vous convierai. »

Le 15 janvier dernier, sur l'invitation de M. Husson, je me rendis à cet effet à l'hôpital de Berck, en compagnie de M. le docteur Bergeron, médecin de Sainte-Eugénie. Nous arrivâmes la nuit, et le lendemain 16 nous fîmes, avec M. Perrochaud, le médecin de la maison, la visite du matin, et nous assistâmes à la prise d'un bain de piscine par 100 petits garçons. — MM. Tarnier et Gombault vinrent nous rejoindre vers onze heures. Un second bain fut donné l'après-midi à 100 jeunes fillettes.

Un mot d'abord sur la disposition du local.

La piscine est une belle salle, de forme parallélogrammique, admirablement éclairée par un vitrage supérieur qui recouvre toute son aire, et dont le pourtour, comme celui d'une serre-chaude, est égayé par la riante végétation de plantes variées. Du cintre, descendent quatre énormes suspensions en terre cuite, contenant des lianes et des liserons. Au centre de ce jardin d'hiver, se trouve une excavation quadrangulaire, d'une profondeur de 60 à 80 centimètres, à fond de bois au-dessous duquel circulent des tuyaux de vapeur et d'eau chaude. Deux rampes, à pente douce, portant des arêtes convenablement espacées, en facilitent l'accès aux enfants, sans les exposer à des faux pas, ni à des chutes. Ce bassin est, en outre, bordé d'un large quai, recouvert de claires-voies et de paillassons, sur lesquels les enfants, aidés de 50 à 60 religieuses, se déshabillent et revêtent leurs costumes de bain de mer.

A un signal donné, tous s'y précipitent de gaîeté de cœur; les plus grands offrent leur tutelle aux plus petits; ils les soutiennent, les guident, leur font exécuter mille cabrioles, et entretiennent pendant les huit à dix minutes du bain, une activité musculaire sans égale. Les petites filles surtout, par un sentiment plus spécial et plus naturel à leur sexe, accomplissent leur rôle de protectrice avec un zèle et une conscience au-dessus de leur âge. — Tous s'agitent, crient, se démènent à qui mieux mieux. Il y a bien parfois des bousculades, des niches et des taquineries d'enfant, mais l'argus est là qui veille; les religieuses, échelonnées autour de la piscine, d'un mot, d'un geste, prouvent à ces enfants que leur sollicitude n'est jamais en défaut. Bien plus, l'une d'elles se place au centre des plus chétifs et des plus petits qui s'accrochent à ses vêtements et se livrent à leurs ébats sans lâcher prise.

La température du bain, qui ne contient pas moins de 100 mètres cubes d'eau, est élevée chaque fois à 32 degrés centigrades, et l'atmosphère de la pièce est maintenue au moyen de deux gros calorifères, à une température uniforme de 19 degrés.

Mes craintes sont donc dissipées. Les causes de refroidissements sont chimériques, et la surveillance, aussi attentive et aussi intelligente que possible, ne laisse prise à aucune espèce d'inquiétudes de ce côté. Quel précieux avantage pour ces constitutions appauvries que ce bain de piscine, où l'action fortifiante de l'eau saline est secondée par un exercice salutaire! Pas de tremblements, pas de grelottements, comme au sortir d'une baignoire. La réaction est franche et complète. Le visage des enfants n'est pas blême et refroidi, il est chaud et coloré.

Au cœur de l'hiver, l'hôpital de Berck poursuit donc son traitement maritime aussi aisément, aussi fructueusement qu'en plein été, pour le plus grand profit des enfants scrofuleux et rachitiques qu'on y envoie.

Mais à quel prix, me direz vous? Il ne suffit pas qu'une méthode de traitement soit reconnue efficace, il faut encore qu'elle soit pratique! J'entends votre question, et je l'ai adressée à l'architecte de l'hôpital. Voici sa réponse :

« 200 enfants viennent à l'instant de prendre un bain de mer sous vos yeux, et la dépense nette pour aspirer l'eau de la plage, pour la chauffer à 32 degrés, pour maintenir la salle à 19, ne s'élève pas à plus de 20 francs; autrement dit, le bain de chaque enfant a coûté à l'administration la modique somme de 10 centimes. »

J'ai cru devoir porter ces détails encourageants à la connaissance du public médical de Paris, pour dissiper deux suppositions également erronées. La première, que l'hôpital Napoléon suspend ses services maritimes pendant l'hiver; la seconde, que si le traitement hydrothérapique est continué, il doit exposer les enfants à plus de dangers qu'il ne saurait procurer d'avantages réels.

Vous voyez bien qu'il n'en est rien; les admissions, le traitement par l'eau de mer s'y effectuent comme dans la belle saison, presque avec autant de succès, et surtout sans aucun péril.

Les enfants se livrent dans la piscine à une gymnastique des plus profitables, et au sortir du bain, ils entrent dans une douce atmosphère qui leur permet de se vêtir tout à l'aise. Quand le temps est dur, mauvais, l'air vivifiant de la mer arrive tamisé, mitigé dans les dortoirs et les salles d'études, où les petits pensionnaires reçoivent et complètent leur instruction primaire.

Dès que la température devient plus clémente, dès qu'un rayon de soleil apparaît, on les conduit sur la plage. Loin de souffrir de la brise du large, il en ressentent les meilleurs effets. L'acclimatation, du reste, se fait avec une étonnante rapidité.

Tels sont les heureux résultats qu'il m'a été donné de constater à l'hôpital de Berck.

A toute médaille il existe un revers. Étudions-le pour éviter les déceptions.

Les règlements d'admission excluent tout naturellement les enfants atteints de maladies contagieuses. Dans ce nombre, se trouvent les conjonctivites catarrhales et granuleuses. Eh bien, je pense même qu'il faut aller plus loin et dire, d'une manière générale : tout enfant scrofuleux atteint d'ophthalmie ne saurait profiter du traitement maritime de Berck avant la complète guérison de son affection oculaire, et en voici les motifs : L'atmosphère de la plage tient constamment du sable en suspension, et les affections des yeux, même légères, sont entretenues par ce corps irritant, qui s'infiltre partout avec l'air, dans les salles dans les infirmeries, même dans les machines.

C'est là un grave inconvénient, sans doute, en raison même de la fréquence des ophthalmies chez les scrofuleux, mais il est possible d'y porter remède par des soins et un traitement en quelque sorte préparatoires à l'admission pour Berck.

Il me reste un autre point à signaler ici. Les scrofuleux et les rachitiques ne sont admis : les premiers, qu'à partir de 4 ans, les seconds, que depuis l'âge de 2 ans, *à la condition expresse de pouvoir marcher avec ou sans appareil.* Les limites de l'admission sont fort nettement tracées. Cependant rien n'est plus difficile que de s'y renfermer exactement pour une certaine classe de maladies. Je veux parler des coxalgies.

Un exemple me permettra de faire saisir la portée de ces réflexions. Un malade est atteint, depuis plusieurs mois, d'une coxalgie de moyenne intensité. L'affection offre des caractères rassurants; point de suppuration, peu d'empâtement; seulement, de la roideur et de la douleur réveillée par les mouvements de l'articulation. Tant que l'élément douleur persiste, on immobilise le malade dans des gouttières. Enfin, ce symptôme disparaît à la longue; le médecin permet la marche à titre d'essai, mais avec des béquilles; et au bout de huit à quinze jours de tentatives favorables, le malade, paraissant en voie de guérison définitive, est dirigé sur l'hôpital maritime. A son arrivée, le médecin de l'établissement prend connaissance de l'observation, et, rassuré par les notes qu'elle contient et par l'examen attentif de l'articulation, autorise avec raison les promenades. Qu'arrive-t-il ensuite? Ou bien l'affection est réellement en voie d'amendement et la guérison se consolide; ou bien, contrairement à nos prévisions, le mal se réveille, la douleur reparaît. Le petit malade, désireux de prendre part aux exercices de ses camarades, se garde bien de se plaindre. Il s'agite, marche jusqu'à la dernière limite de son courage. Dès lors, l'amélioration fait place à des accidents nouveaux, et l'immobilité redevient indispensable. En résumé, dans cette circonstance, qui peut souvent se présenter, le déplacement ne peut être fructueux, loin de là.

C'est donc non-seulement après avoir subi l'examen le plus minutieux, mais encore après une série d'expériences répétées avec succès pendant un mois, que les malades atteints de coxalgie devront être envoyés à Berck.

J'ai tenu à mettre en relief ces deux écueils dans lesquels je suis tombé tout le premier. La dernière inspection médicale m'a été fort utile à cet égard, et elle le sera beaucoup plus encore aux pauvres enfants que je suis appelé à envoyer à l'hôpital maritime.

JULES SIMON,
Médecin de l'hôpital des Enfants.

MAISON DE SANTÉ DE CHARENTON.— M. FOVILLE.

Folie partielle. — Affaiblissement des facultés intellectuelles. — Perte du sens moral. — Prédominance du délire dans les actes et dans les projets. — Absence de divagation et d'incohérence dans les propos.

(Observation lue à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 18 février 1870.)

M. X..., âgé de 57 ans, est amené, le 24 janvier 18.., dans un établissement spécial consacré au traitement des aliénés.

Parmi les pièces fournies à l'appui de la demande d'admission, sont un certificat médical tout récent, signé, non pas par un, mais par deux médecins des plus honorables, et une consultation très-détaillée, rédigée dix mois auparavant par les mêmes confrères.

Du plus ancien de ces documents, il résulte que M. X..., qui habitait alors une ville de province, y occupait un taudis infect, servant à la fois de cuisine, de salle à manger et de chambre à coucher, où régnait le désordre le plus complet et la malpropreté la plus repoussante. Sa garde-robe, en rapport avec son logement, était composée de haillons à peine mettables.

Dans cet accoutrement, M. X... avait l'habitude de parcourir la ville, ne fréquentant plus aucune personne de la bonne société, ne frayant, au contraire, qu'avec les gens les plus déconsidérés, et servant de risée aux gamins par le cynisme de ses habitudes et l'extravagance de ses actes.

Il se livrait à des spéculations stériles; il avait notamment la prétention de transformer le vaisseau d'une vieille église inhabitable en un hôtel-restaurant, à tous les étages duquel on pourrait monter en vélocipède.

Ne dépensant presque rien pour lui-même, et vivant misérablement, il achetait à tort et à travers toutes sortes d'objets sans aucune valeur ni utilité, en sorte que, bien qu'il eût un revenu d'une dizaine de mille francs, il était obligé de contracter sans cesse de

...es dettes, et, depuis peu de temps, il avait été saisi deux

Le certificat tout récent, délivré trois jours avant le placement dans l'asile, constatait que M. X..., qui, dans l'intervalle, était venu à Paris, y occupait un appartement dont la tenue dénotait les habitudes de malpropreté les plus étrangères à un homme de sa classe, que ses actes de tous les instants étaient de nature à compromettre la sécurité publique, notamment parce que son incurie l'exposait sans cesse à incendier la maison qu'il habitait, en sorte qu'il était devenu pour ses voisins un sujet de craintes perpétuelles.

Le même certificat attestait encore que M. X... avait conservé une certaine suite dans les idées, et que sa conversation était loin d'être aussi caractéristique que ses actes; mais qu'il était néanmoins facile de s'apercevoir que, sans cesse occupé de projets irréalisables et de spéculations, il présentait une absence complète de jugement, et qu'enfin sa manière de vivre indiquait une privation totale du sens moral.

En sus de ces renseignements médicaux, bien d'autres renseignements furent fournis sur les antécédents de M. X..., entre autres les suivants, copiés textuellement sur une dépêche émanant d'un magistrat du lieu qu'il habitait :

« Depuis plusieurs années, dit celui-ci, la mise de M. X..., qui n'avait jamais été soignée, est devenue de plus en plus négligée ; il est tombé dans un état de malpropreté qui lui a fait fermer toutes les portes. Il a semblé alors qu'il voulait braver l'opinion publique, en affectant à la face de tous le cynisme le plus éhonté. Ses allures, son costume et son genre de vie, ignobles jusqu'à l'ordure, le faisaient suivre dans les rues par les gamins, et défrayaient toutes les conversations. Il s'est jeté dans des embarras d'argent, en achetant dans les ventes publiques des masses de bric-à-brac et des guenilles infectes. Il s'est rendu acquéreur d'une vieille église, où il a vécu comme dans une tanière, faisant remuer sans profit des masses de terres et de décombres, annonçant la prochaine ouverture d'un restaurant. Bref, tous ses actes ont été ceux d'un insensé, sans que jamais, à ma connaissance, il ait déraisonné en paroles. »

Ajoutons, enfin, que M. X... ayant été traduit, il y a un an, en police correctionnelle, pour outrage public à la pudeur, il fut constaté, dans le libellé du jugement, « qu'à plusieurs reprises il s'était montré sur la voie publique, devant son habitation, ayant pour tout vêtement, tantôt une camisole et une courte chemise, tantôt une robe de chambre non fermée, laissant voir sa nudité ;

« Que sur le balcon ce cette même demeure, il a uriné en public, ses parties étant complétement découvertes, au grand scandale des passants et des voisins ;

« Qu'il s'est promené entièrement nu dans sa chambre, dont la fenêtre était ouverte, et qu'il a été vu dans cet état. »

Avant de statuer, le tribunal, reconnaissant qu'il était de notoriété publique que, depuis un certain temps déjà, M. X... se livrait à des excentricités de conduite et de langage qui pouvaient faire craindre une altération plns ou moins grave de ses facultés intellectuelles, désigna trois médecins pour donner leur avis sur l'état mental de l'inculpé, et dire si, en certains cas, il ne perdait pas, en tout ou en partie, la conscience de ses actes.

Le rapport de ces experts ayant démontré qu'il existait une divergence sérieuse d'opinion sur le degré d'affaiblissement des facultés mentales de M. X..., le tribunal, prenant en considération que les faits d'impudicité commis par lui ne lui profitaient en rien, et qu'il s'y livrait sans motif, sans intérêt, et même sans avoir été entraîné par les emportements de la passion ou les dérèglements du vice, se contenta de prononcer une amende de 100 fr.

Trois mois après, des faits identiques amenèrent une seconde condamnation, qui, cette fois, fut de huit jours de prison.

M. X..., avons-nous dit, fut amené dans un asile le 24 janvier 18... Les individus chargés de l'y conduire durent, comme cela a lieu le plus souvent, recourir à un subterfuge. Celui-ci fut facile à trouver. Après l'avoir décidé à accepter un déjeuner dans un restaurant, sous le prétexte de conclure un achat de meubles, ils lui proposèrent de l'emmener finir la partie auprès d'une jeune femme de mœurs complaisantes. Il s'y prêta de suite, bien qu'il vît ces individus pour la première fois, monta dans une voiture, et s'y endormit presque aussitôt, comme cela lui arrivait très-souvent, après ses repas, depuis quelques années.

25 janvier. A la visite du matin, M. X... est vu pour la première fois par le médecin de l'établissement. Il se plaint avec une certaine animation de la mesure dont il a été l'objet, mais sans violence dans les paroles ni dans les actes. Les vêtements qu'il porte sont d'une saleté excessive; sa tête est couverte de crasse et de vermine ; les bras portent des traces de prurigo dû à une malpropreté extrême; sa figure est fatiguée et paraît plus vieille que son âge ne le comporte ; ses yeux sont injectés et larmoyants ; il existe chez lui un double blépharoptose inférieure ; la conjonctive palpébrale et oculaire, restant au contact de l'air, est rouge et tuméfiée. On commence par lui donner les soins de propreté indispensables et par renouveler son linge et ses vêtements.

27 janvier. M. X... est lavé, changé, rapproprié; depuis deux jours il commence à s'habituer au séjour de la maison, mais sans l'accepter. Sa conversation est toujours calme et modérée dans ses expressions, mais il ne cesse de protester contre la privation de sa liberté. Ses propos sont diffus; la moindre occasion sert de prétexte à de longues digressions; chaque nom, chaque date, est l'occasion de phrases incidentes, abondantes en détail sans ordre; mais il finit par revenir au sujet qu'il avait commencé, en sorte qu'il n'y a pas d'incohérence véritable. Il cause longuement de lui-même, et représente sa carrière sous les termes les plus flatteurs. Il parle de sa femme, dont il est séparé de fait, mais non légalement, depuis une vingtaine d'années; il dit qu'il n'a jamais cessé de l'aimer ; il n'accuse pas sa conduite privée; mais il déplore ses égarements. Il accuse très-vertement sa belle-mère, et ne se gêne pas pour dire qu'il espère bientôt hériter d'elle de 40,000 livres de rente ; il pourra alors commencer sérieusement la réalisation de divers projets qu'il poursuit. Parlant de sa personne, il vante la perfection de sa main, fait voir avec complaisance son mollet, exige qu'on le lui tâte, donne, sans aucun embarras, devant plusieurs personnes, les détails les plus élogieux sur la forme, le volume et la vigueur de ses organes génitaux. Il s'occupe aussi des personnes qui l'entourent, prétend déjà connaître à fond la maladie des différents pensionnaires de la maison, et savoir mieux que les médecins comment il faut s'y prendre pour les guérir ; enfin il récite une pièce de vers qu'il a faite le matin, et qui est la photographie du médecin en chef.

28 janvier. M. X... s'occupe activement de recouvrer sa liberté ; il a écrit une demi-douzaine de lettres adressées à différentes personnes, entre autres à son avocat et son avoué. Toutes ces lettres sont conçues dans des termes à peu près identiques, qui sont eux-mêmes la répétition de propos qu'il débite à chaque instant d'une manière monotone et presque stéréotypée. Chaque jour M. X... réclame les vêtements qu'il avait sur lui en entrant, et se plaint presque d'un détournement; chaque jour on lui explique qu'en raison de leur état de malpropreté on a dû les donner à dégraisser, et qu'il faut un certain temps pour les nettoyer. Chaque jour il reconnaît que ces explications sont fondées, ce qui ne l'empêche pas de se plaindre de nouveau dans la journée même, et de se plaindre avec une nouvelle amertume le lendemain. Dans ses conversations, il se laisse aller volontiers à parler de ses anciens et de ses nouveaux projets. Il s'étend sur un plan de fabrication de bière à bon marché et de brasserie populaire, dans un pays où l'usage est presque inconnu de cette boisson, sur la plus-value, que par un mode spécial d'entretien, il sait donner à ses prés, sur les grandes choses qu'il fera quand il aura la fortune de sa belle-mère ; chaque nouveau sujet de conversation fait naître en lui une nouvelle conception qu'il ne se donne pas la peine de mettre en harmonie avec les précédentes. On parle politique, il annonce qu'il va être nommé député ; on lui demande si son avocat a répondu à sa lettre, il dit qu'il va devenir secrétaire de Me ***, l'un des princes du barreau, qu'il sait le droit, car il a préparé lui-même les éléments de tous ses procès, et que d'ailleurs il lui suffira d'un peu d'étude pour apprendre ce qu'il ignore encore.

7 février. M. X... est à la maison depuis quinze jours, et son état s'est accentué de plus en plus. Sa mémoire paraît assez fidèle pour les choses anciennes, mais elle ne l'est pas du tout pour les faits récents, et chaque jour il oublie des choses qui se sont passés la veille ou le matin. Ses conversations, toujours très-longues et très-diffuses, présentent deux caractères opposés : 1° la monotomie et l'uniformité avec laquelle il rabâche sans cesse certains sujets, se répétant à tous moments en termes identiques ; 2° la mobilité excessive avec laquelle il passe chaque jour à des projets nouveaux, qui, s'ils ne sont pas tous absolument irréalisables en eux-mêmes, le sont du moins d'une manière relative, par snite de sa prétention d'accomplir à la fois et concurremment les projets les plus contradictoires. Ne pouvant tous les citer, nous en énumérerons du moins le plus grand nombre.

Nous avons déjà mentionné ses projets de réforme agricole, de brasserie populaire à la campagne, d'organisation de café-restaurant dans une vieille église; nous avons dit qu'il veut être secrétaire de Me ***, et qu'il compte être nommé député; il se charge d'obtenir alors, et sans tarder, toutes les réformes nécessaires à la prospérité du pays.

En outre, il s'occupera particulièrement du sort des aliénés; il supprimera les médecins aliénistes, et fera venir dans les asiles des femmes pour distraire les malades. Lui-même fondera dans un village, au milieu des montagnes centrales de la France, un asile d'aliénés; tantôt il veut le faire privé pour quelques malades riches, tantôt public pour tous les malades du département. Pour réaliser ce projet, il est tout prêt à se faire recevoir docteur en médecine, ou tout au moins officier de santé ; il pourrait même se contenter d'être dentiste.

Il trouve que le vin de la maison n'est pas assez bon, et promet de se mettre sur les rangs à la prochaine adjudication, pour en fournir de meilleur à meilleur marché.

Il demande aussi à soumissionner pour l'achat en bloc de toutes les matières fécales de l'établissement, afin de les praliner avec de la chaux vive; on lui objecte qu'il n'a ni le local ni l'outillage nécessaires, mais il ne se laisse pas arrêter pour si peu.

Une compagnie forestière annonce dans les journaux sa fondation; il va se mettre à sa disposition pour la représenter dans sept départements du centre de la France.

Il ne veut pas rester Français, après l'attentat dont il a été victime; aussi n'attend-il que sa mise en liberté pour se faire naturaliser Américain; en même temps, il changera de religion; il compte écrire à deux des pasteurs protestants les plus connus de Paris, MM. M... et C..., pour les prier de venir recevoir son abjuration et prétend que, sans autres formalités et sans études préalables, il sera, comme ces deux messieurs, ministre de la religion réformée.

Il attache beaucoup d'importance à un nouveau mode de fabrication d'allumettes chimiques en paille, qui pourront servir deux fois, ou même trois, si l'on a soin de les lui renvoyer pour qu'il les fasse resoufrer.

Il s'occupe de blason et de noblesse; il parle avec complaisance de l'antiquité de ses ancêtres; parmi eux, il y en aurait eu dont le nom rappellait le mot *charbon*; il descend donc de Caïus Carbo, dont Cicéron a vanté l'éloquence.

En lisant le journal, il recueille un grand nombre d'adresses de cafés à céder, d'hôtels meublés à vendre, et donne à entendre que ce sont là autant d'industries auxquelles il serait très-désireux de se consacrer.

Il annonce qu'on lui a offert une place de rédacteur dans une feuille littéraire, mais la nature de son talent l'appelant à des travaux plus sérieux, c'est dans *les Débats* ou *la Presse* qu'il va écrire.

13 février. Toutes les particularités précédemment décrites n'ont fait que s'accuser davantage, et les projets se succèdent les uns aux autres avec la même mobilité. Hier, M. X... a eu une longue conférence avec un inspecteur général du service des aliénés, délégué de M. le ministre de l'intérieur. Il lui semble aussitôt qu'il est intime avec le ministre, et il annonce qu'il va être nommé préfet. Il écrit le jour même à Son Excellence une lettre officielle, par laquelle il demande, à défaut de place gratuite, une préfecture tranquille ou une sous-préfecture de première classe. A l'envers du placet il copie, avec force ratures, une petite pièce de vers badins, comme il en compose de temps en temps.

Depuis plusieurs jours, M. X... a reçu ses vêtements dégraissés; il argue de leur propreté actuelle pour soutenir qu'ils étaient très-propres quand il est arrivé dans la maison. Il arrache toutes les marques de ses vêtements et de son linge.

15 février. M. X... est devenu défiant. La visite le trouve, ce matin, assis dans l'angle de sa chambre, ayant devant lui sa table, sur laquelle sont, en ordre de bataille, une bûche de bois, un petit balai et une paire de pincettes. Il se plaint amèrement de la disparition d'une pièce écrite par lui, à laquelle il attachait de l'importance. Un instant après il est redevenu de bonne humeur, nous lit ses derniers vers et aborde les sujets graveleux. Si sa femme venait à mourir avant lui, dit-il, il épouserait de suite une jeune et vigoureuse paysanne; si elle ne meurt pas, il s'en débarrassera en achetant un certificat de médecin (ce qui n'est pas difficile à acheter, et en la faisant passer pour folle).

Il propose ensuite au médecin en chef de le mener avec lui dans une maison de débauche, où ne sont reçus, dit-il, que les officiers supérieurs ou les membres de la cour de cassation ; encore faut-il être présenté. Devant une dizaine de personnes : médecins, élèves, surveillants, infirmiers, il entre, sans le moindre embarras, dans les détails les plus propres à rendre sa proposition séduisante pour le docteur. Il le conduira lui-même rue S. M., n° .. et l'y introduira. Il s'étend avec complaisance sur le luxe des appartements, le charme de la musique, l'éclat des lumières, la beauté des douze jeunes filles nues et parfumées que l'on amènera enveloppées d'une simple gaze soyeuse, et surtout sur l'agrément que l'on peut se procurer ainsi pour une pièce de 20 francs.

16 février. Ce matin, M. X... est toujours retranché derrière sa table, avec sa bûche, son balai et ses pincettes. Il cause peu et veut se tenir sur la réserve, ce qui ne l'empêche pas de nous dire, au bout d'un instant, qu'il compte prochainement être colonel d'une légion de la garde nationale, et que quand il aura ainsi la force armée à sa disposition, il en profitera pour se venger de l'attentat dont il a été victime, et de la maison où il a été enfermé.

Réflexions. — Messieurs, l'exposé clinique que je viens d'avoir l'honneur de vous lire ne contient aucune appréciation, mais seulement des faits, des faits tous parfaitement exacts, rapportés avec une scrupuleuse impartialité, et que six témoins pourraient vous certifier comme nous; ces faits sont tous de la compétence médicale, et c'est pourquoi je vous ai demandé l'autorisation de les faire connaître.

Tels qu'ils sont, ils démontrent, je pense, qu'il ne saurait pas y avoir de doute à cet égard, que les facultés de M. X... sont loin d'être dans un état normal; mais ils peuvent donner lieu à de sérieuses controverses, quant à la valeur médico-légale qu'il convient de leur attribuer, et aux mesures à prendre à l'égard du malade.

Suivant, en effet, que l'on tiendra plus de compte de l'abolition de tout sens moral, de la faiblesse de la mémoire des faits récents, du caractère insensé des actes et des projets, ou bien que l'on sera surtout frappé, dans le cours d'une conversation, de la suite relative des idées et de l'absence d'une incohérence ou d'une divagation réelle dans les propos, l'on sera disposé à considérer M. X... comme inconscient ou comme responsable de ses actes, comme dangereux ou comme inoffensif, comme devant être traité dans un asile d'aliénés, ou comme pouvant rester libre. Nous le répétons, sur toutes ces nuances si délicates, la controverse est possible, et ces opinions opposées peuvent être soutenues avec une parfaite bonne foi par des juges, et même par des médecins égalemeut éclairés.

Nous admettons aussi que des circonstances extra-médicales, et dont, par conséquent, nous n'avons pas à parler ici, peuvent exercer une influence sur les décisions administratives et judiciaires à prendre en pareil cas. Enfin, loin de tenir aux formes actuellement en vigueur pour la mise en traitement des aliénés, nous avons nous-mêmes demandé, dans une publication récente (1), que l'autorité judiciaire fût appelée à y prendre une plus large part, afin de décharger les médecins d'une trop lourde responsabilité, que l'on fait, à tort, reposer sur eux seuls.

Mais, à coup sûr, personne, après une étude sérieuse des faits, ne pourrait affirmer consciencieusement que M. X... *est en pleine possession de son intelligence et que sa raison ne lui a jamais fait défaut*, personne ne voudrait, après cette étude, accuser les médecins qui ont délivré les pièces d'admission et les chefs de l'établissement qui ont reçu le malade, toutes les formalités légales étant surabondamment remplies, d'avoir volontairement commis un délit, voire même un assassinat, en attentant sans motif à la liberté individuelle d'un citoyen. Telles sont cependant les assertions que les journaux politiques répètent tous les jours, dans les termes les plus violents, et auxquelles, nous regrettons de le dire, quelques journaux de médecine ont donné un surcroit de valeur et de vraisemblance, en s'y associant sans aucune recherche pour connaître la vérité, sans aucune constatation ni aucun contrôle.

Dira-t-on que les médecins ainsi mis en cause peuvent répondre là où ils sont attaqués ? Cela est impossible pour un double motif :

1° Parce que, depuis la loi du 17 mai 1819, dont les dispositions ont été corroborées par celle du 27 juillet 1859, il n'y a plus de distinction à faire entre la calomnie et la diffamation. La vérité est punie comme le mensonge, quand il s'agit de faits qui sont de nature à porter atteinte à l'honneur et à la considération des personnes. La loi défend d'articuler ces faits, même lorsqu'ils sont judiciairement constatés. L'on ne peut donc rétablir la vérité, même sur les faits les plus complétement défigurés ; la vérité serait une diffamation ; en la disant, on s'exposerait à une pénalité de cinq jours à un an de prison, de 25 à 2,000 francs d'amende.

2° Parce que l'article 378 du Code pénal poursuit les médecins dépositaires, par profession, de secrets qu'on leur confie, lorsqu'ils révèlent ces secrets. La vérité, dans ce cas, serait donc, en outre, une violation du secret médical et professionnel, passible de un à six mois de prison, 100 à 500 fr. d'amende.

On peut donc continuer à nous attaquer impunément : nous ne pouvons nous défendre devant l'opinion publique. Mais il nous reste notre propre conscience et la ressource de faire connaître à nos confrères les faits médicaux tels qu'ils sont. Voilà, messieurs, le but que je me suis proposé en vous faisant cette communication.

---

(1) *Annales de médecine et d'hygiène*. Janvier 1870.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 26 janvier 1870 (1). — Présidence de M. Alph. Guérin.

COMMUNICATION

Opération césarienne. — M. Tarnier. J'ai eu l'occasion de faire jusqu'ici deux fois l'opération césarienne, et les deux fois la mort s'en est suivie. Comme je pourrais être appelé d'un jour à l'autre à faire une troisième opération de ce genre, je me suis demandé si l'on ne pourrait modifier avantageusement le procédé classique et en faire disparaître autant que possible les inconvénients.

Pour introduire plus de clarté dans ce que j'aurai à dire, je demande la permission de m'arrêter successivement sur chacun des trois grands accidents de l'opération qui sont : l'hémorrhagie, la hernie de l'intestin et l'épanchement de liquides septiques dans le péritoine.

Hémorrhagie. — La perte de sang est due principalement à la section des parois utérines, et cette hémorrhagie est surtout à craindre alors que le placenta se trouve inséré sur la paroi antérieure de l'utérus, ainsi que cela est arrivé dans les deux cas que j'ai eu à opérer. — Outre la perte d'une grande quantité de sang, l'hémorrhagie devient surtout funeste alors qu'après l'extraction du fœtus, l'utérus se rétracte, s'éloigne de la paroi abdominale, et le sang, au lieu de se déverser au dehors, s'épanche dans la cavité péritonéale.

Hernie de l'intestin. — Pour éviter cette hernie, ainsi que l'épanchement de sang dans le péritoine, un aide se trouve chargé d'appuyer sur l'abdomen, de façon à appliquer exactement les parois contre le globe utérin. Malgré cela, il devient fort difficile d'empêcher les anses intestinales de faire hernie au dehors.

Épanchement des liquides septiques dans le péritoine. — Une fois l'opération terminée, on applique une suture à la paroi abdominale seule, à l'exclusion de l'utérus, ce qui expose à un troisième accident, l'épanchement des lochies et du pus dans la cavité du péritoine.

En exposant les modifications que je crois nécessaire d'introduire dans le procédé de Levret, je serai très-heureux d'avoir l'opinion éclairée de mes collègues, surtout avant de me décider à répéter une opération qui ne m'a donné jusqu'ici que des revers.

Dans le procédé de Lebas et Lauverjat, on a cherché à obvier à l'un des trois accidents que nous avons signalés, à savoir : la pénétration des liquides lochial et purulent dans la cavité péritonéale, en pratiquant pour cela la suture utérine.

Dans mes premières opérations, j'ai imité ces auteurs, mais je dois ajouter que la suture de l'utérus m'a paru dans ces conditions d'une exécution difficile, outre que la grande épaisseur des parois de l'organe fait que les bords de la solution de continuité arrivent bien à se toucher en arrière, mais restent béants en avant; de là la possibilité d'un épanchement de sang dans le péritoine, et plus tard du pus sécrété par la plaie.

Martin, de Berlin, a imaginé de faire la suture utéro-pariétale. Il réunit pour cela chacune des lèvres de la solution de continuité utérine à la lèvre correspondante de l'incision abdominale.

Le but que l'auteur s'est proposé a été d'empêcher ainsi le liquide lochial d'arriver dans le péritoine.

Une modification, qui, je l'avoue, m'avait séduit, est celle de Lestoquoi, d'Arras. Ce chirurgien incise l'utérus en laissant les membranes intactes; à ce moment il fait la suture utéro-pariétale, puis déchire l'œuf, retire le fœtus, et laisse la surface interne de l'utérus suppurer à ciel ouvert, sans crainte que du sang, et plus tard, du pus ou des lochies, se déversent dans le péritoine. La hernie de l'intestin est aussi évitée. A l'aide de ce procédé, son auteur a obtenu un succès, et chez ma seconde opérée j'avais l'intention de l'appliquer en tout point; si une hémorrhagie à flots provenant de la section de l'utérus ne m'en avait rendu la chose impossible : à peine avais-je placé deux points de suture qu'il m'a fallu finir vite l'opération et l'accouchement; les forces de la femme allaient en déclinant.

Après avoir bien réfléchi, j'ai pensé qu'on pouvait, une fois la parois abdominale coupée, passer de suite à la suture utéro-pariétale, pour n'inciser l'utérus qu'après; de cette façon on évite la hernie de l'intestin et toute espèce d'épanchement dans le péritoine; sang, pus, lochies.

Sur une femme à terme, morte à la Maternité par suite d'un cancer utérin, j'ai répété cette opération en appliquant sept points de suture métalliques de chaque côté, en tout quatorze; après quoi je fis l'incision de l'utérus et l'extraction du fœtus et du délivre avec la plus grande facilité; l'opération n'a duré en tout que vingt minutes.

Les quelques inconvients que je puis prévoir en ce moment à mon procédé, sont : 1° d'exposer à la piqûre du fœtus si on poussait l'aiguille à suture par trop profondément, ou au contraire, de ne pas embrasser assez de tissu utérin. Ce dernier inconvénient s'est seul montré à moi, ce qui a fait que cinq de mes points de suture sur le cadavre ont cédé; 2° de gêner peut-être ultérieurement le retrait de l'utérus. Toutefois la grande flacidité des parois abdominales et le niveau élevé que garde l'utérus assez longtemps après l'accouchement, prouvent, en dehors même du succès obtenu par Lestoquoi, qu'une pareille crainte n'est pas très-fondée.

Un mot maintenant sur les accessoires de l'opération. M. Stolz recommande de ne pas trop chloroformer afin d'éviter les vomissements pendant et après l'opération. Partant de cette idée, j'ai voulu essayer tout récemment le chloral au lieu du chloroforme, j'en administrai donc quatre grammes en potion chez deux femmes chez lesquelles je devais faire une application de forceps, par suite d'un bassin rétréci. — L'une d'elle fut endormie au bout de 40 minutes, et c'est à peine si elle a souffert pendant l'accouchement et les manœuvres nécessitées par le forceps; l'autre femme ayant vomi sa potion, je n'ai pu rien constater chez elle.

M. Chassaignac. Je n'ai eu l'occasion de pratiquer l'opération césarienne que deux fois, aussi ma compétence en est fort restreinte. Je tiens toutefois à faire remarquer qu'entre une femme en couches et une femme atteinte de kyste de l'ovaire, il existe une grande différence au point de vue de la susceptibilité du péritoine à s'enflammer. La péritonite est bien autrement à redouter chez la femme en couches, que chez la femme qui porte un kyste depuis un temps plus ou moins long, et c'est ce qui explique, à mon sens, la gravité de l'opération césarienne.

La suture utéro-pariétale me paraît une bonne chose, aussi je l'approuve; seulement, comme elle ne met pas à l'abri d'une hémorrhagie grave résultant de la section de la matrice, je me demande pourquoi on n'a pas cru devoir essayer l'écraseur. On pourrait objecter, il est vrai, la blessure possible du fœtus par le trocart conducteur de la chaîne, si celui-ci venait à être enfoncé par trop profondément. Mais je crois que l'existence du liquide amniotique intermédiaire rend cette blessure pour le moins problématique. On éviterait, du reste, cet accident en se servant d'un trocart muni d'un poinçon pouvant être retourné. On ne l'emploie armé de la pointe que pour atteindre la cavité utérine, et dès qu'on y a pénétré, on ne fait cheminer le trocart qu'avec l'extrémité mousse du poinçon.

M. Legouest. M. Stoltz ne fait que rarement la suture des parois, et alors seulement que l'utérus n'a pas de tendance à s'en écarter.

Je désire rappeler en outre, à M. Tarnier, que son idée d'appliquer la suture avant la section utérine, il a été précédé, dans un autre sens, il est vrai, par M. Nélaton, qui, dans la création d'un anus artificiel, procède de la sorte.

M. Trélat. L'opération césarienne peut être faite dans des circonstances diverses, parmi lesquelles il faut mentionner les cas d'urgences. Comme l'exécution de l'opération proposée par M. Tarnier exige un temps assez long, je demanderais à notre collègue s'il croit que son procédé est également applicable dans ce cas particulier?

M. Tarnier. Je ne connais de cas d'urgence autre que celui de mort de la mère, auquel cas on n'a aucun ménagement à prendre.

M. Guéniot. Lauverjat pratiquait, non une incision médiane, mais bien une incision transversale. Ce qui l'engagea d'agir ainsi, c'est d'abord cette considération, qu'au moment de l'accouchement, le diamètre horizontal croit plus vite que le vertical, et qu'après l'accouchement, le retrait du tissu utérin se fait surtout du haut en bas. Il résulte de là que les lèvres d'une plaie en travers doivent se rapprocher plus vite que celles d'une incision longitudinale, et c'est effectivement ce qui lui fut démontré sur le cadavre. Quoi qu'il en soit de la théorie, Lauverjat sauva, par ce procédé, deux femmes sur quatre.

M. Depaul. M. Tarnier n'a pas eu, sans doute, l'intention de passer en revue tous les procédés d'opération césarienne, sans quoi il n'aurait pas oublié de parler, entre autres, du procédé qui prétend respecter le péritoine.

Si la discussion s'engage, il y aura beaucoup à dire sur l'opération césarienne; mais, pour le moment, je ne ferai que répondre à l'appel qui nous est fait par M. Tarnier.

Je crois que M. Tarnier vous a présenté un tableau trop chargé des accidents qui peuvent survenir pendant l'opération. J'ai fait et vu faire une trentaine d'opérations césariennes, et je n'ai jamais vu l'hémorrhagie devenir très-inquiétante; ordinairement elle s'arrête même toute seule.

Le sang peut sans doute pénétrer dans le péritoine, mais en petite quantité, et dans la dernière opération, que j'ai pratiquée avec le concours de M. Bailly, nous ne trouvâmes, à l'autopsie, qu'un tout petit caillot à côté de la plaie, et pas une goutte de sang dans la cavité péritonéale. Toutes les femmes que j'ai vu mourir, et malheureusement je les ai vues toutes, on été enlevées par la péritonite, à l'exception d'une seule, qui a succombé au tétanos.

L'opération de M. Tarnier me séduit, bien que je lui trouve des inconvénients. En effet, sept ou huit points de suture de chaque côté, placés sur l'utérus alors que cet organe possède son développement entier, — développement qu'il devra perdre bientôt, — me paraissent devoir gêner considérablement le retrait physiologique de cet organe.

M. Tarnier répond à cela que la paroi abdominale cède, ce qui n'est pas exact et en voici un exemple. J'avais à faire à une femme très-chétive dont la paroi abdominale était mince comme du papier. Après avoir désempli la matrice, j'appliquais deux points de suture seulement entre l'utérus et la paroi abdominale. La femme ayant survécu trois jours, je constatais une telle rétraction que les points de suture s'enfoncèrent au loin et escharifièrent la peau correspondante.

Une autre objection réside dans la grande friabilité du tissu utérin qui fait qu'il se déchire avec la plus grande facilité. Aussi, même sur le cadavre où l'on n'a pourtant pas à lutter avec la contraction de l'utérus, cinq des points de suture appliqués par M. Tarnier, dans un but expérimental, cédèrent par le seul fait du poids de la matrice. Chez ma malade, j'ai trouvé pareillement le tissu utérin profondément entamé par mes deux points de suture.

Un autre inconvénient, c'est qu'entre les points de suture il reste souvent des sinus par où le sang peut s'infiltrer en définitive jusque dans le péritoine; et dans tous les cas, si le placenta se trouve inséré en avant, la suture en question ne vous mettra pas à l'abri d'une forte hémorrhagie à l'extérieur.

Une modification que j'avais proposée moi-même dans cette enceinte, lorsqu'il y a peu de temps encore, M. Demarquay communiquait à la société l'observation d'un kyste abdominal ouvert par le caustique, consiste à se servir d'une longue traînée de poudre de Vienne, pour arriver jusqu'à l'utérus et au besoin jusqu'au fœtus. J'étais guidé en cela, par un succès complet que m'a fourni cette méthode dans un cas de grossesse extra-utérine avancée.

Il m'a suffi de trois applications faites à deux jours d'intervalle, pour traverser ainsi toute la paroi abdominale et le kyste lui-même. Si je n'ai pas encore osé appliquer le caustique à l'exécution de l'opération césarienne proprement dite, c'est par la crainte d'adhérences insuffisantes.

Ne perdons pas de vue, du reste, qu'au-dessus des opérations planent les conditions hygiéniques bonnes ou mauvaises, qui font que des opérations césariennes, entreprises par des gens absolument ignorants n'ont pas moins réussi. Vous connaissez tous cette histoire lamentable racontée par M. le docteur Maslieurat-Lagemard, de trois médecins de campagne, qui, après avoir ouvert le ventre à une femme pour la faire accoucher par là n'osèrent pas achever leur entreprise, et forcèrent cet honorable confrère de terminer l'opération qu'il avait du reste désapprouvée, lors d'une première consultation avec eux, déclarant que la femme était parfaitement conformée pour pouvoir accoucher normalement.

Eh bien, la malade guérit, et quelque temps plus tard, étant redevenue enceinte, elle accouchait, sans aucune difficulté, comme l'avait dit M. Maslieurat Lagemard, d'un enfant vivant.

Répondant à M. Chassaignac, je lui dirai que nous autres accoucheurs, nous avons à songer à deux existences à la fois, celle de la mère et celle de l'enfant. Je suis partisan de l'écrasement et un des premiers je me suis servi de sa chaîne. Mais supposez pour un moment cet instrument engagé à travers les parois utérines dans une étendue de quinze centimètres, au moins; cela demande du temps pour arriver à couper sans hémorrhagie, et si le placenta est là, il sera pareillement intéressé, ce qui provoquera l'asphyxie de l'enfant.

J'ajouterai, en terminant, que les vomissements chloroformiques ne me paraissent ni assez fréquents, ni assez persistants pour contre-indiquer l'emploi du chloroforme.

M. Trélat. Je ne ferai qu'ajouter une très-courte observation historique, à savoir que Laborie avait indiqué l'emploi du caustique dans l'opération des kystes résultant de grossesses extra-utérines.

La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel, F. Panas.

Séance du 2 février 1870. — Présidence de M. Alph. Guérin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine : La *Gazette d'hydrologie médicale.* — Le *Bulletin général de thérapeutique.* — La *Gazette médicale de Strasbourg.* — Le *Marseille médical.* — Le *Sud médical.*

— *Les Thermes de Bormio dans la Valteline supérieure.* Sans nom d'auteur.

— *Du chloral*, par le professeur Scoutetten. Brochure in-18. Paris, 1870.

— M. le Diberder adresse, pour le prix Duval, deux exemplaires de sa thèse inaugurale intitulée : *Étude sur les signes et le diagnostic des fractures du crâne.*

— MM. Lannelongue et Paul Horteloup adressent à la Société des lettres de candidature à la place vacante de membre titulaire.

Discussion sur l'opération césarienne.

M. Guéniot. Afin de ne pas abuser des instants de la Société, je négligerai à dessein tout ce qui doit nécessairement préluder à l'exécution de l'opération, c'est-à-dire les questions d'opportunité, d'indications, etc., pour ne m'occuper que de l'opération en elle-même et des moyens d'en favoriser le succès.

Tout en admettant que le milieu dans lequel vit l'opérée (campagne ou grande cité, hôpital ou habitation particulière) exerce, sur les résultats, une grande et incontestable influence, je reste néanmoins convaincu que les méthodes ou les procédés opératoires, les détails minutieux de l'exécution et les soins consécutifs de tout genre jouent également un rôle des plus considérables.

Assurément, c'est une croyance, on ne peut plus répandue, qu'à Paris la section césarienne a toujours été funeste aux femmes. Chaque jour encore, cette opinion se trouve reproduite dans les écrits les plus divers; et dernièrement, M. Sédillot lui-même, notre éminent collègue de Strasbourg, écrivait dans une note présentée à l'Académie des sciences les lignes suivantes :

« Ce n'est, certes, ni le talent ni l'habileté des chirurgiens de la capitale que l'on peut mettre en doute, mais les conditions où ils se trouvent sont presque fatales. *On sait qu'on n'a pas encore, à Paris, sauvé une seule femme de toutes celles auxquelles on a fait l'opération césarienne.* » (*Gazette des Hôpitaux*, 1869, p. 289.)

C'est là, pour le moins, une exagération, et pour le prouver, je n'aurais qu'à citer les six exemples de succès parfaitement authentiques, obtenus de 1740 à 1787.

Le premier en date est celui de Doumain, assisté de Puzos et de plusieurs autres membres de l'Académie de chirurgie. Le second appartient à Vermont; le troisième à Millot; le quatrième à Deleurye et Barbant, et les deux derniers à Lauverjat et Coutouly.

Objectera-t-on que tous ces cas appartiennent au siècle dernier et que, depuis lors, la population de la capitale s'est considérablement accrue? Cela est certainement vrai, mais nous répondrons que l'hygiène publique a progressé dans la même proportion et au delà, de façon à compenser toute influence fâcheuse provenant de l'encombrement, et que c'est en modifiant avantageusement le procédé opératoire qu'on pourra, à l'avenir, rendre salutaire une opération qui, depuis 83 ans, n'a donné dans Paris que des revers.

Dans ce but, trois ordres de faits doivent être pris en considération. Ce sont :

1° Les accidents ou complications qui entraînent la mort des femmes après la section césarienne;

2° Le mode suivant lequel s'opère la guérison dans les cas heureux;

3° Enfin, les enseignements précieux que nous fournit la pratique de l'ovariotomie.

De tous les accidents qui peuvent compliquer la césarienne, la *péritonite* est assurément de beaucoup le plus fréquent et le plus redoutable. C'est, on peut le dire, la pierre d'achoppement de l'opération. L'infection putride, ou plutôt *l'état adynamique et typhique* qui résulte de la gangrène utérine, vient en second lieu, mais à une grande distance de la péritonite. Quant à *l'hémorrhagie*, elle est bien rarement assez abondante pour tuer par elle-même, c'est-à-dire par l'anémie vraie qu'elle provoque; et la mort par *collapsus* ou *épuisement nerveux*, depuis l'emploi du chloroforme, est devenue plus rare encore. Ainsi, la *péritonite*, et la *métrite putrilagineuse* : voilà les deux complications qui, de nos jours, sont réellement et presque exclusivement fatales aux opérées de la césarienne. Il nous faut

(1) Fin. — Voir le numéro du 15 février 1870.

donc, pour assurer le succès, savoir ou les prévenir ou les combattre efficacement.

D'une autre part, que nous apprend l'histoire des cas de guérison? Deux faits de la plus haute importance. Le premier, c'est que très-souvent il se produit un écoulement de sang et de matières sanieuses ou purulentes à travers la partie inférieure de la plaie abdominale, écoulement dont la durée provoque parfois l'existence temporaire d'une sorte de fistule utérine.

Le second, c'est que la matrice contracte avec la paroi abdominale antérieure des adhérences plus ou moins étendues. Dans un cas de Lauverjat, cette adhésion s'étant produite entre l'utérus et les lèvres de la plaie abdominale, une pellicule épidermique semblait recouvrir à la fois la matrice et les parties adjacentes de la plaie extérieure. Michaëlis opérant, à la Maternité de Kiel, une femme qui avait déjà subi trois fois avec succès la césarienne, put pénétrer, grâce aux adhérences utéro-pariétales, jusque dans la matrice sans ouvrir la cavité du péritoine. Pareillement, sur une femme guérie d'une première opération, M. Stoltz, pratiquant pour la seconde fois l'hystérotomie, rencontra une adhésion fort étendue de l'utérus à la paroi de l'abdomen. Ces deux phénomènes : *adhérences utéro-pariétales et écoulement lochial* plus ou moins prolongé à travers la plaie abdominale, paraissant être des conditions de guérison, il convient donc d'en favoriser autant que possible la production.

Enfin, la pratique de l'ovariotomie a mis en lumière deux points d'une valeur capitale dans la question qui nous occupe. Elle a prouvé, en effet : d'abord que le péritoine n'est pas, comme on le pensait naguère encore, une sorte de *noli me tangere* chirurgical, mais qu'on peut, au contraire, l'inciser largement, l'éponger et le tenir *exposé* pendant un quart d'heure, une demi-heure et plus, sans qu'il en résulte nécessairement des complications mortelles, ni même des accidents très-graves. Elle a démontré, en outre, ce fait dominant, à savoir : que l'innocuité relative des opérations qui intéressent le péritoine ne peut être légitimement espérée qu'à la condition rigoureuse de ne laisser aucune souillure sur les viscères abdominaux, aucune parcelle de matière putrescible dans le péritoine, aucune bulle d'air emprisonnée dans la cavité du ventre. Ces données étant aujourd'hui parfaitement acquises à la science, il nous importe donc d'en faire bénéficier, au plus tôt, l'opération césarienne.

Telles sont les trois sources d'indications auxquelles il me paraît indispensable de puiser, pour modifier avantageusement les procédés opératoires de l'hystérotomie. Permettez-moi maintenant de vous exposer les modifications qu'il serait utile, à mon avis, d'introduire dans le manuel de cette opération.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La *Société protectrice de l'Enfance* met au concours la question suivante :

« Étude des causes de la mortalité excessive des enfants, pendant la première année de leur existence, et des moyens de la restreindre. »

Les concurrents devront :

1° Envisager, sous toutes ses formes et sous ses différents aspects, l'infanticide tel qu'il est défini par la loi (meurtre d'un enfant nouveau-né);

2° Rechercher et apprécier les circonstances diverses qui peuvent déterminer la mort des enfants : abandon, défaut, insuffisance, mauvaises conditions de l'alimentation naturelle ou artificielle; froid, incurie, malpropreté, insalubrité des habitations, etc.;

3° Examiner, au point de vue de la répression, la question de la responsabilité des parents, des nourrices, des gardeuses, etc.; dans les circonstances où la vie et la santé des enfants peuvent se trouver compromises par leur imprudence, la négligence ou leurs sévices.

4° Indiquer les dispositions préventives qui pourraient être introduites dans la législation actuelle pour restreindre la mortalité générale des enfants.

Le prix sera de 500 francs à 1,000 fr., suivant l'importance du mémoire qui l'aura mérité.

Les mémoires, écrits en français, doivent être adressés, francs de port, avant le 1er novembre 1870, au secrétaire général de la Société, M. le docteur Alex. Mayer, rue Béranger, 17.

Les travaux admis au concours, ne seront pas rendus à leurs auteurs.

Les membres du conseil d'administration sont, seuls, exclus du concours.

Les concurrents accompagneront leur envoi d'un pli cacheté contenant leur nom et leur adresse, avec une devise qui sera répétée en tête de leur travail.

— Par ce temps de variole, il ne sera pas inutile à nos confrères de savoir que des vaccinations publiques par le cow-pox ont lieu tous les jours dans les hôpitaux de Paris, ainsi qu'il suit :

Le lundi, à l'hôpital Lariboisière, à 8. h. 30.

Le mardi, à l'hôpital Beaujon, à 8 h. 30, et à l'hôpital de la Charité, à 9 h. 30.

Le mercredi, à l'hospice des Enfants-Assistés, à 8 h., et à l'hôpital Cochin, à 8 h. 45.

Le jeudi, à l'hôpital des Enfants, à 8 h. 15; à l'hôpital Necker, à 9 h. 15, et aux Dispensaires des hôpitaux, place du Parvis-Notre-Dame, 2, à 1 heure après midi.

Le vendredi, à l'hôpital Sainte-Eugénie, à 8 h. 30, et à l'hôpital Saint-Antoine, à 9 h. 15.

Le samedi, à l'hôpital de la Pitié, à 8 h. 30, et à l'hôpital Saint-Louis, à 10 heures; tous les quinze jours (les second et dernier samedis de chaque mois).

— M. Eug. Fournier, docteur en médecine et ès sciences, traitera le mercredi 23 février, à 8 heures 1/2 du soir, rue Bonaparte, 108, *De la respiration des végétaux comparée à celle des animaux.*

Le directeur, Dr E. Le Sourd

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an..... 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 23 février 1870.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La question de la mortalité des nouveau-nés vient d'être encore une fois renvoyée à la commission, qui devra préparer un quatrième rapport.

Cette interminable discussion, entamée il y a quatre ans, est donc de nouveau, pour le moment, interrompue.

Nous en félicitons bien sincèrement notre cher collaborateur, M. Brochin, auquel nous allons passer la plume pour un trimestre. Les séances de l'Académie auront un intérêt plus vif.

On reprendra sans doute le débat sur l'infection purulente : mais, cette fois, avec des éléments nouveaux.

L'attention devra maintenant se fixer particulièrement sur deux grands faits qui, jusqu'ici, étaient restés un peu dans l'ombre ou mis en doute : 1° sur la pénétration des leucocytes en nature, soit à travers les parois vasculaires, soit dans l'épaisseur des tissus; 2° sur l'abondance plus grande des leucocytes dans le sang des individus qui suppurent, la leucocythémie normale des opérés.

Quel est celui de ces deux faits qui joue un rôle capital dans l'infection purulente? C'est ce que l'on doit surtout chercher à déterminer.

La surabondance de globules blancs dans le torrent circulatoire peut exister indépendamment de toute espèce de suppuration. Elle constitue à elle seule le symptôme le plus saillant d'affections que l'on a nommées en conséquence *leucocythémies.* Elle peut se rattacher à l'hypertrophie d'organes considérés comme hœmopoïétiques : les ganglions lymphatiques, la rate, les plaques de Peyer et autres glandes intestinales, etc. Mais elle peut aussi s'observer indépendamment de toute lésion, de toute modification appréciable de ces organes. Or, lorsqu'elle se produit ainsi en dehors de toute suppuration extérieure, la leucocythémie n'amène pas la production d'abcès viscéraux semblables à ceux qui résultent de l'infection purulente.

On serait donc tenté de rattacher exclusivement cette dernière affection à l'introduction dans la masse du sang d'un pus tout formé et vicié peut-être d'une façon particulière.

On s'expliquerait très-bien comment les leucocytes pourraient devenir malades ou être frappés de mort par suite d'influences extérieures dans lesquelles figureraient sans doute certains germes capables de se multiplier dans les salles d'hôpitaux.

On comprendrait que, devenus alors de véritables corps étrangers, ils devraient s'arrêter dans les mêmes capillaires que les leucocytes normaux peuvent traverser en s'allongeant, et y produire des embolies, semblables à celles qu'on obtient en injectant dans les vaisseaux des poudres très-fines.

On comprendrait, en outre, que le germe morbide qui les aurait atteints pourrait être porté par eux dans la masse du sang, et y affecter d'autres leucocytes.

On pourrait même admettre, à la rigueur, que ce germe n'aurait pas besoin de leucocytes pour véhicule, et s'insinuerait dans le sang avec le seul liquide d'un pus vicié.

Pourtant cette dernière hypothèse est rendue moins probable par les profondes différences qui séparent l'infection putride et l'infection purulente, et surtout par la fréquence infiniment plus grande de cette dernière affection à la suite d'opérations chirurgicales, qui ont divisé les vaisseaux et ouvert un libre passage même aux leucocytes peu actifs ou complétement inactifs.

Mais avant d'attribuer un rôle trop exclusif aux leucocytes contaminés par l'extérieur lorsqu'ils se trouvaient sur une surface suppurante, il faut se rappeler que parfois des abcès multiples, semblables à ceux dits *métastatiques*, se sont produits en dehors de toute plaie, de toute suppuration antérieure, comme j'en ai vu dans les hôpitaux plusieurs exemples, particulièrement chez de jeunes sujets qui avaient été surmenés.

Ainsi la question est moins simple qu'elle ne paraissait au premier abord. D'une part, les interprétations purement mécaniques ne peuvent s'appliquer en pareil cas, et d'une autre part, on n'a pas encore, que je sache, constaté de leucocythémie chez de tels sujets, antérieurement à l'apparition de ces abcès, soit musculaires, soit viscéraux, etc.

Du reste, lorsqu'une irritation purement locale fait naître un abcès quelque part, et mieux encore lorsque survient quelque maladie inflammatoire, quelque phlegmasie spontanée, il ne peut évidemment pas être question d'embolie. La congestion vasculaire, l'accumulation de globules rouges et de globules blancs dans les vaisseaux hyperhémiés, la sortie des uns et des autres, et principalement des globules blancs hors du système circulatoire, leur réunion sur certains points où ils forment des collections purulentes, tous ces phénomènes se passent en dehors de tout leucocyte contaminé.

Il faut, pour les comprendre, admettre quelque action vitale dont le siége est encore mal connu.

On sait déjà, depuis les beaux travaux de M. Brown-Sequard, que les globules sanguins entretiennent la vie et peuvent la ranimer alors qu'elle paraissait éteinte.

Dans une série d'expériences restées célèbres, cet éminent physiologiste a rendu ainsi la contractilité à des muscles déjà frappés de rigidité cadavérique. Il a pu entretenir l'excitabilité musculaire et nerveuse, pendant plusieurs heures, sur un membre, tandis que le reste du corps entrait déjà en pleine putréfaction. Il a fait plus, il a ranimé une tête de chien séparée du corps, et je m'étonne que cette expérience n'ait pas été tentée par les deux médecins auxquels on a récemment livré la tête de Tropmann peu de minutes après la décapitation.

On ne peut donc nier que le sang vive, puisqu'il communique la vie à des tissus qui paraissaient l'avoir perdue, ou qui du moins l'auraient perdue sans lui.

Mais les tissus vivent aussi par eux-mêmes, car ils se développent dans l'embryon avant l'apparition de globules sanguins.

Des éléments actifs de natures très-diverses se trouvent donc toujours en présence, aussi bien dans l'état de santé que dans l'état de maladie. On n'en doit négliger aucun; il faut préciser leur rôle à tous, et lorsqu'il s'agit d'une maladie telle que l'infection purulente, la besogne n'est pas facile.

Espérons que la discussion académique qui va recommencer éclairera de nouvelles lumières cette délicate question.

— On vient de réorganiser à l'Académie un service provisoire de vaccination animale. Depuis quelques semaines, le chiffre des vaccinations et revaccinations s'était accru dans une proportion considérable et de plus en plus forte; les vaccinifères manquaient. Le conseil de l'Académie informé de la situation par M. Depaul, a dû s'adresser à M. le ministre; et M. le ministre a accordé de suite, vu l'urgence, la somme de deux mille francs, demandée :

1° Pour attirer à l'Académie, par des primes plus considérables, un plus grand nombre de vaccinifères;

2° Pour entretenir une vache vaccinifère dans les dépendances de l'Académie.

— Nous sommes à même d'indiquer le sujet de l'intéressante lecture que doit faire prochainement M. le secrétaire perpétuel, Dubois, d'Amiens.

En voici le titre : *Voltaire, histoire de ses maladies et de ses médecins.*

Dr V. Révillout.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. BARTHEZ

Accidents nerveux complexes, hystéro-épileptiformes chez une fille de 11 ans. — 5e ou 6e récidive depuis l'âge de 6 ans. — Expulsion d'ascarides lombricoïdes. — Guérison.

(Lu à la Société médicale d'Observation par M. Louis MONOD.)

Le 28 octobre 1867, entrait à l'hôpital Sainte-Eugénie, salle Sainte-Mathilde, nº 3, dans le service de M. Barthez, une fille âgée de 11 ans, Joséphine O..., et le matin même de son admission, sa mère nous donnait les détails suivants sur sa maladie :

Depuis la veille au matin (27 octobre), elle a été prise quatorze ou quinze fois d'attaques convulsives avec perte de connaissance et prédominance des mouvements du côté droit, sans écume à la bouche ni morsure de la langue; les attaques ne duraient pas plus d'une à deux minutes. Elles ont été aussi fréquentes dans la nuit que dans la journée d'hier. Dans l'intervalle, l'enfant ne paraît s'en ressentir en aucune façon. Elle garde seulement dans la jambe droite un tremblement nerveux, qui revient constamment lorsqu'elle se tient debout.

Au reste, ce n'est pas la première fois qu'elle éprouve de pareils accidents. Après avoir échappé aux convulsions dans sa première enfance, elle a eu de nombreuses attaques à l'âge de 6 ans, et cela dans un laps de temps assez court. Ces attaques étaient alors très-passagères, et ne s'accompagnaient pas de mouvements convulsifs comme aujourd'hui; c'étaient souvent de simples étourdissements.

Depuis lors, presque tous les ans et à des époques différentes, dont la mère n'a pas gardé le souvenir, les mêmes accidents ont reparu, et ont chaque fois cessé d'eux-mêmes après une durée variable. L'année dernière, elle a été malade vers la fin de l'été, à la campagne; mais cette fois, les accidents nerveux des années précédentes se sont compliqués de paralysie : elle a été pendant quelques semaines dans l'impossibilité de marcher. Puis, au bout d'un mois environ, elle s'est complétement rétablie sans avoir subi aucun traitement.

En fait d'autres maladies, elle n'a eu que la rougeole et la scarlatine, alors qu'elle était en bas-âge. A 7 ans, elle a subi une tentative de viol, et la mère voudrait rattacher ces crises à cet événement. Mais ainsi qu'il a été dit plus haut, elle en avait déjà été atteinte l'année précédente, et l'attentat dont elle a été victime ne paraît même pas avoir été la cause occasionnelle d'une nouvelle série d'attaques. Notons en passant qu'elle n'a présenté consécutivement aucun symptôme d'infection syphilitique. Le père et la mère se portent bien : il n'y a pas de névroses dans leurs deux familles.

29 octobre. C'est une enfant de bonne apparence, ni grasse ni maigre, au teint clair, à la physionomie éveillée et intelligente. Les règles n'ont pas encore paru, mais elle paraît physiquement développée pour son âge. Elle ne porte aucune trace de scrofules; elle ne tousse pas. L'auscultation de la poitrine, du cœur et des vaisseaux du cou, ne donne que des résultats négatifs. La langue est nette, humide, et l'appétit conservé. Elle se dit souvent constipée et sujette à des coliques et à des maux d'estomac, mais elle n'en souffre pas actuellement. Le pouls est normal, ainsi que la température.

Cette nuit elle a eu, nous dit-on, 6 attaques convulsives; chacune a duré environ quatre à cinq minutes. Actuellement, elle ne présente d'autres phénomènes nerveux que le tremblement de la jambe droite qui a été signalé par la mère, et qui se produit en effet de temps en temps, lorsqu'elle sent venir ses crises. Elle éprouve pendant quelques instants dans le pied droit, puis dans tout le membre inférieur, une sensation tout à la fois de pesanteur et de faiblesse; puis elle se sent tomber et perd connaissance. D'autres fois, mais plus rarement, elle aurait, au début de l'attaque, la sensation d'une boule qui lui remonterait de l'estomac au cou et l'empêcherait de respirer. Elle donne tous ces renseignements avec beaucoup de précision, et ne paraît pas vouloir nous entretenir de maux imaginaires. Son intelligence est intacte. Elle n'a pas de céphalalgie, pas de troubles de la vue. Ses yeux paraissent naturellement un peu saillants, mais il n'y a ni strabisme ni dilatation des pupilles. Enfin, l'examen du tronc et des membres ne nous révèle aucune altération permanente, soit de la sensibilité, soit de la motilité.

Du 29 octobre au 1er novembre, les attaques se sont renouvelées un assez grand nombre de fois, sans que nous ayons pu en voir une seule. On en a compté 4 dans la journée du 29 et 7 ou 8 dans la nuit suivante; 5 à 6 dans la journée du 30, et 8 ou 9 dans la nuit du 30 au 31. En même temps qu'elles se répétaient plus souvent, elles devenaient plus fortes et plus longues. L'une d'elles, au dire de la sœur, a duré environ dix minutes.

Le 1er novembre, nous sommes témoins d'une attaque, qui d'abord est franchement épileptiforme. L'enfant l'annonce par un cri, et tombe. Elle devient pâle et tout son corps se raidit pendant quelques instants; puis s'établissent des mouvements convulsifs, qui de la tête s'étendent au corps entier, sans prédominance marquée d'un côté. En même temps la face rougit, devient grimaçante; il y a un clignement spasmodique et précipité des paupières. Nous ne remarquons plus d'écume à la bouche. Au bout de deux minutes environ, l'enfant reste immobile, et la partie épileptique de l'attaque semble terminée; mais l'instant d'après, et presque subitement, elle fond en larmes, pousse des sanglots et des gémissements, s'étire dans tous les sens, et en un mot, nous donne le spectacle d'une crise d'hystérie pure. Au bout de deux à trois minutes, ce nouvel ordre de phénomènes se dissipe à son tour; l'enfant, revenue à elle et seulement un peu égarée, est replacée dans son lit. Là, on constate chez elle un nouveau symptôme : c'est une contracture marquée des deux pieds, qui sont portés dans l'extension forcée et dans la rotation en dedans. Cette contracture n'est pas douloureuse. La sœur nous dit que plusieurs des attaques précédentes ont été suivies de phénomènes analogues à ceux que nous venons d'observer.

Du 1er novembre au 3, les attaques ont conservé la même fréquence; aucune n'a eu lieu sous nos yeux. Du 3 au 4, elles ont été plus nombreuses, mais n'ont pas été comptées. En même temps, l'enfant s'est graduellement affaiblie. Déjà le 2, elle ne pouvait se tenir debout, et la contracture des pieds devenait permanente.

A partir du 4, elle ne peut rester assise. Ce même jour, M. Barthez la soumet au traitement de l'émétique à haute dose (méthode de Gillet), qui donne de bons résultats dans certaines hystéries à accès violents et répétés, comme dans les chorées intenses. Cette médication est essayée dans la pensée que nous nous trouvons en présence d'une hystéro-épilepsie; c'est là, eu égard aux symptômes observés jusqu'ici, à peu près le seul diagnostic possible.

Le 5, la petite malade se plaint de céphalalgie, de vertiges. Elle a un léger mouvement fébrile, et se trouve sous l'influence de l'émétique. Dans la nuit, elle a vomi plusieurs fois, et a rendu par la bouche un ascaride lombricoïde. Les attaques sont aussi nombreuses que la veille; elle est faible et abattue dans l'intervalle. On

remarque un peu de strabisme convergent des deux yeux, déjà noté le 4. Les pupilles se contractent toujours normalement, et la vue n'est pas altérée.

Le 6. Depuis vingt-quatre heures, on a compté 22 attaques.

A la visite du soir, nous apprenons qu'il y en a eu encore 6 dans la journée. Nous trouvons l'enfant couchée sur le dos, dans la plus complète immobilité. Elle se dit absolument sans force. Quand on insiste pour lui faire remuer la main ou le bras, elle parvient à les soulever faiblement, mais avec lenteur et avec peine. Elle ne peut rien serrer avec les doigts, ni rien tenir, et on est obligée de lui introduire les aliments dans la bouche.

Chez elle, la sensibilité (au moins la sensibilité tactile et peut-être musculaire) est devenue obtuse. Elle sent en effet les pincements, les chatouillements et la température des corps; mais si on lui donne un objet à toucher et qu'elle ne le voit pas, elle ne se rend aucun compte de sa nature. Si on lui place la main sur la poitrine, quand elle a les yeux fermés, elle dit que cette main pend à côté d'elle, et quand elle rouvre les yeux, elle dit « la voir, mais ne pas la sentir ». Ce sont ses propres expressions. Comme les membres supérieurs, les jambes sont immobiles. Les pieds sont toujours dans l'extension avec rotation en dedans, mais sans contracture marquée, car on change aisément leur position. Avec tout cela, à part un peu de somnolence, l'intelligence est intacte. L'enfant ne souffre pas; elle répond gaiement aux questions. Elle a peu d'appétit, mais cela n'a rien d'étonnant, puisqu'elle continue son émétique.

Nous examinons pour la première fois ses urines; elles sont jaunes, assez claires, et se troublent légèrement par la chaleur et l'acide nitrique. (Ajoutons immédiatement que depuis, les urines essayées à diverses reprises n'ont plus donné, à partir du 11, de précipités albumineux. Il s'agissait donc là d'un phénomène tout à fait passager. Nous nous bornons à faire remarquer sa coïncidence avec le moment où les accidents nerveux atteignaient leur maximum.)

Du 6 au 7, les attaques subissent une diminution notable. On en compte 13 seulement, c'est-à-dire presque la moitié moins que la veille.

Du 7 au 8, 11 attaques seulement.

Du 8 au 9, elles tombent au chiffre de 6. En même temps survient une amélioration marquée dans le caractère même des attaques et dans l'état général de la malade.

Déjà, le 8 au soir, nous constatons qu'elle remue beaucoup mieux les bras. Elle porte aisément les mains à sa figure, et commence à serrer les objets. Elle a cependant de la peine à soulever son gobelet, surtout quand on lui fait fermer les yeux.

Le 9 au matin, nous assistons à une attaque beaucoup plus courte et d'un tout autre caractère que les précédentes. Elle l'annonce, la sentant venir, dit-elle, dans la jambe droite; puis, pendant un instant, le corps se raidit, la face se congestionne sans grimaces, sans écume à la bouche. Les yeux se cachent sous les paupières supérieures. Quelques mouvements convulsifs agitent les membres inférieurs. Au bout d'une demi-minute, elle revient à elle complétement, mais sans transition.

Plus de stupeur, plus de pleurs ou d'autres symptômes hystériques, comme auparavant. Il y a progrès notable dans l'état des forces.

Du 9 au 10 il y a, comme la veille, 6 attaques toutes très-courtes, et avec des convulsions cloniques très-peu marquées. Le chiffre de 6 ou 7 se maintient les jours suivants jusqu'au 15. Mais dans l'intervalle, l'attention est attirée sur des faits nouveaux d'une grande importance.

Le 13 novembre, sous l'influence de sa potion stibiée qu'elle reprenait depuis trois jours, l'enfant a vomi deux ascarides lombricoïdes. Aussitôt, on suspend l'émétique et on institue un traitement vermifuge par la santonine (à la dose de 20 centigrammes dans les vingt-quatre heures).

Le 15 au matin, la petite malade est prise d'une diarrhée abondante, et rend 12 ascarides dans ses garde-robes. Le même jour, nous constatons une grande amélioration dans son état. En effet, nous la trouvons assise et tricotant dans son lit. Elle fait de ses bras et de ses mains ce qu'elle veut, Elle mange seule et serre fortement les objets. Les pieds ne sont plus contracturés, au moins d'une façon permanente. Il ne reste qu'une assez grande faiblesse des membres inférieurs. Nous la faisons lever; elle ne peut marcher sans aide. Elle sent le parquet, et fait des efforts pour avancer, mais ses pieds se raidissent ainsi que ses jambes. Nous remarquons, et elle-même s'est aperçue qu'elle n'a plus le même tremblement nerveux de la jambe droite observé les premiers jours.

Après quelques tentatives inutiles pour marcher, elle nous annonce une attaque. Elle tombe, étend les bras; sa face rougit, ses yeux se tournent en haut; elle a deux ou trois mouvements de déglutition rapides, et comme un spasme passager du larynx, puis quelques mouvements des jambes. En même temps, elle appelle la sœur à haute voix, se laisse étendre à terre, et dit tranquillement : « C'est fini!... » Tout cela n'a pas duré dix secondes. On la remet dans son lit; elle reste un peu pâle et conserve de la contracture des pieds, surtout du pied gauche. Pendant cette attaque, l'enfant ne paraît pas avoir perdu connaissance un seul instant. C'est la première fois que nous constatons le fait; mais la sœur affirme que, plusieurs fois, depuis deux ou trois jours, la malade a parlé pendant qu'elle était agitée de mouvements convulsifs : « Donnez-moi une tasse, lui disait-elle pour les faire cesser. »

Du 15 au 16, les attaques tombent de 6 à 4.

Le 16, avant la visite, expulsion de deux nouveaux ascarides. Nous essayons de faire lever l'enfant. Elle ne marche pas encore, et a de la peine à poser le pied à plat. Il ne porte guère que sur les talons. Au reste, dès les premiers pas, elle prend une petite attaque, en tout semblable à celle de la veille, et aussi promptement terminée.

Du 16 au 17, 3 attaques seulement. Elle a eu 3 selles en diarrhée, sans rendre de vers; on supprime la santonine.

Du 17 au 18, pas une seule attaque.

Le 20, les attaques n'ont pas reparu. Elle se lève, et devant nous se met à marcher, puis à courir dans la salle. Sa démarche reste cependant un peu gênée, et parfois chancelante. Cela tient à ce qu'il y a encore un certain degré de contracture des deux pieds, et surtout du droit, dont la pointe est portée dans la rotation, en dedans, et dont le bord interne est relevé, tandis que son bord externe porte seul sur le plancher. La santé générale est bonne.

22. Après être restée levée hier tout le jour, elle s'est plainte de fatigue et a eu un peu de fièvre avec diminution de l'appétit. Ce matin, le pouls n'est pas plus fréquent qu'à l'ordinaire, mais l'enfant a pâli; ses yeux sont cernés; elle accuse des douleurs intercostales. On prescrit le repos au lit pour aujourd'hui, et le sirop d'iodure de fer à l'intérieur.

Le 23, nous trouvons quelques pustules disséminées sur le tronc et les membres. C'est une varioloïde des plus légères, due probablement au voisinage d'une malade atteinte de variole franche depuis quelques jours. Pas de fièvre; l'appétit revient.

Le 25, les pustules sont desséchées, et l'enfant va très-bien. On lui permet de se lever. Elle marche toujours les pieds un peu en dedans, mais cette déviation est beaucoup moins prononcée.

Depuis ce jour, elle va de mieux en mieux, et nous cessons de la suivre quotidiennement.

Le 5 décembre, nous notons que la marche est tout à fait naturelle. D'attaques et de phénomènes nerveux quelconques, il n'en est plus question. Elle reste seulement un peu pâle. A l'auscultation du cœur, on trouve le premier bruit légèrement prolongé à la base. Au niveau des vaisseaux du cou, on entend un souffle assez intense correspondant aussi à la systole ventriculaire On continue le sirop d'iodure de fer et on la met au vin de quinquina.

Enfin, le 9 décembre, elle part, dans d'excellentes conditions, pour la maison de convalescence.

Vers la fin de son séjour à l'hôpital, nous avons eu l'occasion de revoir la mère et d'ajouter les détails suivants aux renseignements qu'elle nous avait donnés lors de l'entrée. Sa fille, nous a-t-elle dit, avait déjà des vers étant toute petite, et elle en a rendu à diverses reprises dans ses garde-robes. Mais il lui a été impossible de rien préciser quant aux époques, quant au rapport qui a pu exister entre ces expulsions d'entozoaires et les accidents nerveux. Jamais elle n'avait songé à faire ce rapprochement. L'enfant, interrogée à son tour, se rappelle très-bien avoir rendu des vers l'année précédente, et croit se souvenir qu'elle a guéri peu de temps après leur apparition. Elle a toujours été sujette à des coliques et à des maux d'estomac. Lorsqu'elle avait des attaques, elle se plaignait souvent de demangeaisons dans le nez. Son appétit n'était jamais diminué, mais quelquefois exagéré (1). Tels sont les faits que nous avons pu recueillir. Sans doute on pourrait les désirer plus précis, mais ils s'accordent bien avec ceux dont nous avons été témoins, et s'ils avaient été connus dès le début, on n'eût pas attendu, pour juger la maladie, que le diagnostic s'imposât en quelque sorte de lui-même.

(*A suivre.*)

(1) Nous ne lui avons pas demandé si elle avait jamais eu de la salivation, et il n'en est pas question dans les renseignements. Ajoutons que ce phénomène a fait constamment défaut pendant son séjour à l'hôpital.

TENETTE A MORS ARTICULÉS

Du docteur AMUSSAT.

(Présentée à l'Académie de médecine, dans sa séance du 15 février, par M. BÉCLARD.)

Cet instrument se compose de deux branches T et T' articulées en B, munies d'une crénaillère C, à cliquet D, destinée à maintenir ces branches au degré de rapprochement voulu. Les mors M sont articulés en A, de manière à pouvoir être placés suivant l'axe des branches de l'instrument ou perpendiculairement à cet axe. Sur la branche T' se trouve fixé un barillet, dans dans lequel s'engage un pignon, à l'aide duquel on peut imprimer un mouvement de va-et-vient à la tige K, articulée en B, avec deux autres tiges à coulisses F et F', articulés en G, avec les mors de la pince; mouvement qui détermine la direction que l'on veut donner aux mors de l'instrument.

Cette tenette se manœuvre de la manière suivante : Les mors de la pince étant placés suivant l'axe des branches, on l'introduit dans la vessie comme une tenette droite ordinaire; puis, au moyen du pignon, on imprime à la crémaillère K un mouvement en avant, qui place les mors perpendiculairement à l'axe des branches. On saisit alors la pierre comme avec une tenette courbe, en cherchant à placer le grand axe des mors dans la direction du grand axe du calcul, et on le fixe solidement; on imprime ensuite aux mors de la tenette un mouvement qui les ramène ainsi que le calcul dans la direction des branches de l'instrument, et on en fait l'extraction. Cette tenette a pour but de faire parcourir le trajet périnéal par le calcul, en présentant ses plus petits diamètres.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 22 février 1870. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de MM. les docteurs Dolbeau, Trélat et Delestre, qui se présentent comme candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

2° Des lettres de MM. Jeannel et Lefort, qui se présentent comme candidats pour la place vacante pour la section de pharmacie.

3° Un mémoire de M. Rabuteau sur les propriétés et le mode d'élimination des azotiques (Commissaires : MM. Poggiale et Boudet).

4° Des lettres de remercîment de MM. les docteurs Corradi (de Florence) et Verdier (de Grenoble), lauréats de l'Académie.

5° Une note de M. Mariani, sur un nouvel inspirateur sous-cutané.

M. DEPAUL présente une thèse inaugurale de M. le docteur Chantreuil, intitulée : *Études sur la déformation du bassin sur les cyphotiques.*

M. LEGOUEST présente une brochure de M. le docteur Morache, intitulée : *Pékin et ses habitants.*

M. GOSSELIN offre en hommage, au nom de l'auteur, M. le docteur de Montméja, un ouvrage ayant pour titre : *Pathologie iconographique du fond de l'œil.*

Discussion sur la mortalité des nouveau-nés.

M. PIORRY. Parmi les circonstances qui, en dehors d'une mauvaise alimentation, contribuent à la mortalité des nourrissons, il faut signaler l'altération de l'air qu'ils respirent, l'alimentation artificielle, au biberon, ou à la cuiller, le déplacement et les voyages imposés à ces malheureux enfants dès les premiers jours de leur existence. Quant à l'allaitement par les nourrices il faudrait que l'on attendît jusqu'à la fin de la seconde semaine, pour permettre aux nourrices de donner leur sein aux enfants qui viennent de naître; l'enfant, jusqu'alors nourri par sa mère, serait devenu plus apte à digérer un lait étranger; il supporterait mieux les alternatives de température, car ses organes auraient acquis un certain développement, et la mère elle-même, n'étant plus exposée aux accidents de la puerpéralité, se trouverait dans des conditions infiniment meilleures pour supporter la douleur causée par l'éloignement de son enfant, ainsi que l'arrêt inévitable de la sécrétion lactée.

Pourquoi ne pas donner aux filles-mères, femmes trompées, mais souvent honnêtes et laborieuses, des secours suffisants pour leur permettre de nourrir leurs enfants? Outre ces secours matériels, je demanderais que l'on rendît l'instruction gratuite et obligatoire, pour permettre aux femmes et aux paysans illettrés de s'instruire sur leurs devoirs et sur leurs droits, sur la morale et l'hygiène. Je réclamerais encore des récompenses patriotiques pour les auteurs des livres dans lesquels cette instruction serait donnée, et qui feraient connaître aux mères et aux nourrices les soins que réclament les enfants nouveau-nés et les dangers qu'entraîne une négligence coupable.

J'approuve d'ailleurs l'idée d'une surveillance attentive des nourrices, des maisons de sevrage et même des mères par des sociétés formées dans les communes, les cantons et les villes; il faut encourager les sociétés protectrices de l'enfance et charger les femmes, surtout les mères, de cette surveillance si utile, au lieu de les confier à des inspecteurs.

Les médecins de campagne ont pour mission d'éclairer ces surveillances affectueuses par les connaissances scientifiques, par l'hygiène et par leurs intelligents conseils.

En ce qui concerne l'allaitement artificiel, j'en suis le partisan lorsque l'allaitement naturel par la mère ou la nourrice ne peuvent se faire d'une manière convenable. Je préférerais le lait de vache au lait de chèvre, parce que le premier contient plus de crème ou de corps gras. Je ne voudrais pas qu'on le modifiât en y ajoutant de l'eau, de la décoction d'orge ou de gruau, des farines, des bouillons, du vin, etc. C'est ce détestable allaitement artificiel qui est pernicieux, et non pas l'alimentation bien entendue et bien dirigée au moyen du lait de vache.

M. BLOT. Après les débats prolongés aux quels l'Académie s'est livrée depuis si longtemps, je ne me dissimule pas les difficultés de ma tâche : j'arrive bien tard pour présenter des considérations nouvelles, aussi n'est-ce pas à cela que je m'appliquerai surtout; mes efforts tendront bien plus à replacer la question sur son véritable terrain. Plusieurs de nos honorables collègues l'ont tellement agrandie que le public médical et extra-médical a généralement perdu de vue son origine et a, par suite, appliqué à toute la France des résultats statistiques qui, cependant, ne sont applicables qu'à un très-petit nombre de départements, ceux dans lesquels l'industrie nourricière s'est, pour ainsi dire, centralisée.

La population, loin de diminuer comme on l'a dit à cette tribune, s'accroît rapidement en France. Cet accroissement a été de 680,000 âmes pour la période qui s'est écoulée de 1861 à 1866. Le mal n'existe donc que dans un très-petit nombre de départements, ceux dans lesquels l'industrie nourricière est exercée par presque toutes les femmes. Là seulement la mortalité des nourrissons se trouve portée à un chiffre proportionnellement déplorable. Ceci n'empêche pas qu'il faille s'attacher à combattre un résultat si fâcheux, mais comment?

La plupart de nos honorables collègues ont répété à l'envie qu'il fallait d'abord en rechercher les causes. Mais c'est ce qu'ont fait les rapports de votre commission, et avant eux les travaux remarquables qui en ont été l'occasion.

Si nous cherchons maintenant à faire le bilan de ce qu'a produit la discussion pour éclairer cette question d'un nouveau jour, nous trouvons d'abord dans les deux discours de M. Boudet de beaux sentiments philantropiques, et des aspirations très-nobles; M. Fauvel, qui est venu ensuite, dans un langage clair, précis et élevé, a accusé l'insuffisance du lait de femme. Mais en réalité cette insuffisance n'existe que dans les 10 ou 12 départements dont les jeunes mères viennent se placer dans les villes

comme nourrices sur lieu. Dans les grandes villes, jamais les nourrices n'ont fait défaut : depuis 21 ans que je me livre à la pratique obstétricale, je n'en ai jamais manqué. Le jour donc où on aura trouvé le moyen de *décentraliser l'industrie nourricière*, on aura, je crois, fait cesser cette pénurie du lait de femme, et toutes les graves conséquences qui en résultent.

Mais, dira-t-on, pourquoi ne pas développer, chez les jeunes femmes, le désir et l'habitude de l'allaitement maternel? Parce que beaucoup ne pourraient pas. Tous les cliniciens savent qu'il existe chez la femme, relativement à la fonction de la génération, des différences considérables. Les unes sont incapables de concevoir; d'autres conçoivent, mais ne peuvent porter à terme le produit de la conception; d'autres conçoivent, portent à terme le fruit conçu, mais elles sont incapables, à elles seules, de le mettre au jour. Enfin, d'autres ne peuvent pas allaiter, soit que les glandes mammaires soit restées dans un état rudimentaire, soit quelles ne sécrètent pas de lait. C'est à peine si la moitié des femmes, dans les grandes villes, sont pleinement douées des fonctions génératrices.

Reste donc, soit la nourrice, soit l'allaitement artificiel. L'allaitement artificiel a donné toujours et partout des résultats déplorables. L'expérience n'est plus à faire, comme l'a dit M. Fauvel. Elle est faite, et les chiffres mêmes que vous a cités M. Guérin montrent combien elle a été funeste aux enfants qui y ont été soumis. Tout ce qu'on peut donc accorder pour ne pas mériter le reproche de parti pris, c'est que, dans quelques cas exceptionnels, on peut, avec de grandes précautions, élever quelques enfants au biberon sans qu'il en résulte d'accidents sérieux, surtout si on commence quelques semaines ou quelques mois après la naissance.

Aux causes de mortalité que nous venons d'exposer, il faut ajouter la misère, l'alimentation prématurée, déjà indiqués dans nos deux premiers rapports et la faiblesse native, parfaitement étudiée dans le remarquable discours de notre collègue et ami M. Chauffard.

Il me reste maintenant à m'occuper de la seconde partie de la question : celle des voies et moyens, qui forme trois chapitres dans le rapport de la commission. De ces trois chapitres, on a négligé, je ne sais pourquoi, les deux derniers, qui contenaient : 1° un ensemble de conseils hygiéniques sur l'éducation de la première enfance et le sevrage; 2° une série de vœux destinés à améliorer l'état des nourrices et des nourrissons. Si on les avait lus, on ne se serait sans doute pas évertué à proposer des moyens qui s'y trouvent très-complétement indiqués.

En ce qui touche les services que pourrait rendre la réglementature, sans la considérer comme pleinement efficace, on peut espérer qu'elle empêchera les femmes incapables d'être nourrices de se présenter comme telles, et fera cesser ainsi un trafic éhonté.

En dehors de cette réglementation proprement dite, j'ai une grande confiance dans l'efficacité des secours temporaires alloués aux mères nécessiteuses qui peuvent allaiter leurs enfants. Ces secours dont M. Fauvel nous a parlé, j'avais dit avant lui, dans mon premier rapport, ce qu'on pouvait en espérer, et même où il fallait les prendre. Ils ont produit les meilleurs résultats dans le département du Calvados, à ce que nous apprenons de M. le docteur Pastel, professeur suppléant à l'École de médecine de Caen. A Bar-le-Duc et à Verdun, comme le prouve une statistique comprenant quatre années (1865, 66, 67, 68), il ont fait descendre la mortalité qui frappe la première enfance du chiffre de 51,74 p. 100 à celui de 21,08 p. 100. Ces renseignements nous sont donnés par M. Ballot de Bar-le-Duc. Je suis, du reste, parfaitement d'accord avec M. Chauffard sur les autres mesures qu'il conviendrait de prendre pour diminuer cette mortalité des nourrissons et sur les changements à apporter dans notre code.

En résumé, messieurs, l'ensemble des moyens qu'il me paraît opportun de proposer à l'autorité comme capables d'atteindre le but que nous poursuivons tous, l'abaissement du chiffre de la mortalité des enfants du premier âge, me semblaient pouvoir se grouper sous deux chefs :

1° ceux qu'on pourrait appliquer immédiatement, et que, à cause de leur nature, j'appelerais volontiers *provisoires*. Tels sont :

a. Une réglementation convenable basée sur des données médicales.

b. La multiplication des secours temporaires donnés aux mères nécessiteuses pouvant allaiter leurs enfants.

c. La vulgarisation des connaissances relatives à l'hygiène des enfants du premier âge.

d. Une surveillance efficace et sérieuse des enfants mis en nourrice.

e. L'extension la plus large possible donnée aux sociétés de patronage de l'enfance.

f. Une répartition mieux entendue des enfants envoyés en nourrice à la campagne.

2° Ceux que les améliorations successives de notre organisation sociale pourront produire dans un avenir plus ou moins prochain. J'appelerais ces derniers *moyens réels, fondamentaux et décisifs*. Ils comprennent : *a* la révision de nos institutions militaires; *b* une loi sur la séduction.

M. GUÉRIN. Je ne sais quel parti prendra l'Académie à propos de ce supplément de rapport. Mais je trouve que le rapport en son entier est au-dessous de sa mission, et je ne voudrais pas que le silence des membres présents pût passer pour un acquiescement tacite.

M. BOULAY. Je demanderai la parole sur la dernière conclusion de M. Blot.

M. COLIN. Je demande aussi la parole.

M. BOUDET. Je crois qu'il serait important que la commission se réunît. Le rapporteur a émis des idées tout à fait nouvelles. Il me paraît difficile que maintenant la discussion ne se prolonge pas indéfiniment et sans profit, si les orateurs attaqués par M. Blot veulent répondre.

M. LE PRÉSIDENT. Je demanderai d'abord à M. Blot si ses conclusions d'aujourd'hui lui appartiennent en propre, ou si, comme rapporteur, il a parlé au nom de la commission.

M. BLOT. Je n'ai pas voulu faire un nouveau rapport, mais une réponse à tous les orateurs qui ont attaqué le rapport de la commission. Ce que j'ai dit m'appartient en propre.

M. LE PRÉSIDENT. Je crois que l'Académie n'est pas d'humeur à recommencer la discussion. La proposition de M. Boudet est-elle appuyée?

M. KERGARADEC *et plusieurs autres membres*. Oui, oui, certainement.

M. GUÉRIN. Je l'appuierai moi-même, s'il est bien entendu que mon droit de réponse me sera réservé.

M. CHAUFFARD. Je l'appuie aussi, et je motive mon adhésion; les conclusions nouvelles de M. Blot n'ont point encore été soumises à la commission, et...

M. LE PRÉSIDENT. La proposition de M. Boudet étant appuyée, je la mets aux voix.

L'Académie décide à l'unanimité que la question de la mortalité des nourrissons sera renvoyée de nouveau à la commission, qui devra faire un nouveau rapport.

La séance est levée.

PRIX

PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1871.

PRIX DE L'ACADÉMIE

De l'ictère grave. — Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX PORTAL

Ce prix sera accordé au meilleur mémoire sur une question d'anatomie pathologique. — Il sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX BERNARD DE CIVRIEUX

De l'emploi du bromure de potassium dans les maladies nerveuses. — Ce prix sera de la valeur de 900 francs.

PRIX BARBIER

Ce prix, de la valeur de 3,000 francs, sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc.

PRIX CAPURON

De la fréquence relative des positions occipito-postérieures dans la présentation du sommet; leur influence sur la marche du travail de l'accouchement. — Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

PRIX ERNEST GODARD

Ce prix, de la valeur de 1,000 francs, sera accordé au meilleur travail sur la pathologie externe.

PRIX AMUSSAT

Ce prix, de la valeur de 1,000 francs, sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 2 février (1). — Présidence de M. VERNEUIL.

1° Sans attacher à ce détail une extrême importance, je crois néanmoins avantageux de préluder à l'opération par la *rupture artificielle des membranes*, quand celles-ci ont été jusque-là conservées intactes. L'évacuation de la matrice en trois temps séparés (liquide anniotique — fœtus — délivre) est un procédé constant de la nature dans les accouchements spontanés et réguliers. L'exemple me paraît bon à imiter. Les prétendus avantages qu'offre la conduite opposée sont, à mes yeux, purement illusoires; et, si la preuve en était opportune, je pense qu'il me serait facile de la donner.

2° *Incision de la paroi abdominale*. *a*. D'abord, dans quelle *direction* convient-il de la pratiquer? On trace aujourd'hui cette incision uniformément le long de la ligne blanche; et, quand il est nécessaire de la prolonger au-dessus de l'ombilic, on contourne celui-ci sur la gauche. Rien de mieux assurément, toutes les fois que l'utérus, en simple obliquité antérieure, n'a besoin que d'être relevé pour correspondre, par son plan médian, à l'incision extérieure. Mais c'est là un fait d'une extrême rareté. Presque toujours, au contraire, le corps de la matrice se trouve à la fois incliné à droite ou à gauche et contourné sur son axe vertical, de façon à regarder, par sa face antérieure, soit la région iliaque droite, soit la région iliaque gauche. Les auteurs conseillent alors de détordre la matrice, ce qui me paraît très-dangereux, attendu qu'à peine l'organe est-il abandonné après l'opération à lui-même, qu'il se laisse tordre de nouveau, et les deux plaies ne correspondent plus; l'utérus déverse dans l'abdomen ses produits liquides. Dans une autopsie que j'ai faite en 1864, et dont j'ai consigné les détails dans un précédent travail (*Parallèle entre la céphalotripsie et l'opération césarienne*. Paris, 1866, p. 26), la plaie utérine, longue de 11 centimètres et large de 9, se trouvait en regard de la fosse iliaque droite, en même temps qu'un caillot sanguin d'environ 100 grammes reposait sur cette dernière.

Dans mon opinion donc, ce n'est point cet organe qu'il faut ainsi mobiliser, mais c'est la plaie extérieure qui doit être dirigée, suivant l'inclinaison même de l'utérus; dût-on, en procédant ainsi, sectionner des fibres musculaires et quelques branches de l'artère épigastrique, attendu que c'est là une circonstance dépourvue de gravité. Les conséquences avantageuses qui résulteront de cette manière de faire sont :

1° de pouvoir inciser la matrice sur sa région médiane, tout en respectant sa direction naturelle, c'est-à-dire son inclinaison et sa rotation;

2° De faire que les deux plaies abdominale et utérine conservent entre elles, *après comme pendant* l'opération, leur parallélisme;

3° Enfin, de procurer un écoulement facile du liquide lochial au dehors, qui l'empêchera de s'épancher dans le péritoine.

(1) Voir le numéro du 22 février 1870.

b. Quelle *longueur* est-il nécessaire de donner à l'incision abdominale? Pour M. Stoltz, celle-ci « doit s'étendre de l'ombilic à deux ou trois travers de doigt du pubis, et avoir au moins 25 centimètres de longueur (la longueur de la circonférence de la tête fœtale). » (*Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. OPÉRATION CÉSARIENNE, t. VI, 1867, p. 698). Mais, une plaie de 25 centimètres présente deux lèvres qui ont chacune cette même longueur. Le contour de cette plaie n'est donc pas 25, mais bien 50 centimètres. Or, une ouverture aussi grande me paraît excessive; et, malgré toute l'autorité du maître éminent qui a formulé un tel précepte, je n'y puis souscrire.

Relativement à l'incision abdominale, je crois que, sans être parcimonieux, il convient cependant de n'être pas prodigue. Ici, l'inutile est souvent dangereux. Au lieu donc de 25 et même de 20 centimètres, 16 à 18 seront en général plus que suffisants; et cette réduction dans la longueur de la plaie extérieure, outre plusieurs avantages faciles à concevoir, permettra encore d'éviter plus sûrement la hernie de l'intestin ou de l'épiploon.

3° Puisque la péritonite est la cause de mort de beaucoup la plus fréquente, et que, pour l'éviter, il est indispensable de ne laisser aucune matière putrescible dans le péritoine, on conçoit à merveille comment cette condition n'étant pas remplie, la mort doit presque fatalement succéder à l'opération.

Tandis que, dans l'ovariotomie, l'ouverture abdominale, devenue libre par l'ablation de la tumeur, permet de pratiquer aisément la toilette du péritoine, dans la césarienne, au contraire, cette ouverture se trouve presque entièrement occupée par le globe utérin, et l'opérateur n'exécute ce nettoyage si essentiel que d'une manière absolument incomplète et insuffisante. C'est ainsi, du moins, que toujours j'ai vu les choses se passer. Comment donc remédier à cet inconvénient si désastreux?

Une grandeur démesurée de l'incision abdominale faciliterait, sans aucun doute, la toilette du péritoine. Mais, ce que l'on gagnerait ainsi, on le perdrait d'un autre côté par la nécessité de multiplier les points de suture, de même que par l'éventualité des hernies intestinale et épiploïque.

En réunissant, au moyen de la suture, comme l'a proposé notre collègue, M. Tarnier, dans la dernière séance, le globe utérin encore intact aux lèvres de la plaie extérieure, on pourrait certainement avoir l'espérance d'éviter ainsi tout épanchement dans le péritoine. Mais je trouve à cette pratique au moins deux inconvénients. Le premier, c'est que le grand nombre de piqûres que nécessite la suture produit par lui-même l'épanchement fatal auquel on voulait obvier, et quand la suture est terminée, on s'est mis précisément dans l'impossibilité complète d'y remédier. D'une autre part, la matrice, étreinte par deux rangées de fils, est des plus exposées à subir une inflammation gangréneuse. C'est ce que M. Tarnier lui-même a observé deux fois. Or, mourir de gangrène utérine ou mourir de péritonite, c'est bien chose équivalente. Sans donc condamner la suture utérine *réalable*, que l'expérience n'a pu encore suffisamment juger, je crains fort qu'elle ne réalise pas les avantages que notre collègue en a espérés.

Pour atteindre au but, le moyen qui me paraît offrir le plus de garanties d'efficacité et d'innocuité, peut se formuler en deux mots : *opérer hors du ventre*.

Dès que l'incision extérieure sera faite, il faut passer au niveau de son angle supérieur une anse métallique dans l'épaisseur de la paroi utérine. Les chefs de cette anse, maintenus avec fermeté par un aide serviront, concurremment avec les mains de l'aide principal, à faire saillir le segment antérieur de la matrice entre les lèvres de la plaie abdominale. Celle-ci se trouvera de la sorte complétement obturée comme par un tampon qui s'appliquerait sur son contour, d'arrière en avant. L'occlusion étant bien exacte, inciser alors l'utérus... Extraire ensuite l'enfant avec lenteur, en ayant soin, à mesure que la matrice diminue de volume, d'attirer celle-ci de plus en plus hors de l'abdomen. Cette extraction une fois effectuée, l'utérus aura son hémisphère antérieur presque totalement en saillie. Attendre cinq minutes et plus avant d'opérer la délivrance; éponger la plaie; exciter l'utérus à se contracter; appliquer de la glace si l'hémorrhagie est trop abondante; nettoyer avec un soin scrupuleux toute la portion visible de l'organe; et, quand celui-ci sera bien rétracté, que l'hémostase sera complète, retirer seulement l'anse métallique pendant que les mains d'un aide maintiendront dans un contact rigoureux et la matrice et la paroi abdominale; éponger les gouttelettes de sang qui s'échapperont du trajet de l'anse métallique et, enfin, laisser l'utérus, dont l'inclinaison et la torsion ont été respectées, rentrer derrière la paroi du ventre. Telle est la manœuvre qui, sévèrement exécutée, aurait, je pense, pour résultat de permettre l'accomplissement des temps les plus dangereux de l'opération, sans qu'il pénètre aucune matière étrangère dans le péritoine.

4° L'incision faite à la matrice et les moyens de favoriser l'adhérence de cet organe à la paroi abdominale, de même que le mode de réunion de la plaie extérieure et les soins consécutifs à l'opération pourraient fournir encore matière à de nombreuses réflexions. Mais, afin de ne pas prolonger une communication déjà longue, je me contenterai de signaler, en terminant, deux points qui, à mes yeux, ne sont pas sans importance pour le succès définitif. Ce sont : *a*. une longueur moindre de l'incision utérine qu'il suffirait, en général, de porter à 12 ou 13 centimètres, au lieu de 15 ou 16 comme on le pratique ordinairement; *b*. une immobilité absolue de la malade pendant les trente-six premières heures qui succèdent à l'opération, immobilité dont les conséquences peuvent être aussi salutaires que celles de l'immobilité appliquée aux perforations de l'intestin.

M. LEGOUEST. M. Guéniot a formulé, ce me semble, une accusation d'ignorance ou de mauvaise foi à l'égard de M. Sédillot, lorsqu'en parlant du mémoire présenté par le professeur de Strasbourg à l'Académie des sciences, il avance que c'est là une œuvre propre à induire en erreur sur le chiffre de la mortalité des opérations césariennes pratiquées à Paris. Je ferai observer à M. Guéniot que dans ce travail, M. Sédillot ne s'est occupé que des opérations césariennes faites dans les 60 ou 80 dernières années, et nullement de celles antérieures à cette époque. Lors donc qu'en comparant les résultats fournis à Paris et à Strasbourg, M. Sédillot arrive à conclure : « que l'opération césarienne réussit encore à Strasbourg,

alors qu'elle échoue constamment à Paris, » le professeur de Strasbourg ne s'écarte en rien de la vérité.

M. LARREY. J'appuie complétement ce que vient de dire M. Legouest relativement à l'interprétation qu'il faut donner au travail de M. Sédillot.

M. GUÉNIOT. Répondant à M. Legouest, je lui dirai que je n'ai eu nulle pensée de taxer M. Sédillot d'ignorance et encore moins de mauvaise foi. Tout ce que j'ai voulu dire, c'est que, M. Sédillot n'ayant pas bien spécifié qu'il n'a eu en vue dans son travail que les opérations relativement récentes, le lecteur pourrait conclure à tort que jamais opération césarienne n'avait réussi à Paris; conclusion d'autant plus regrettable, qu'il y aurait précisément lieu à se demander le pour quoi, l'opération césarienne qui réussissait autrefois dans notre ville, ne donne plus aujourd'hui que des insuccès. (*A suivre.*)

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

A PARIS

DISPENSAIRES DES HÔPITAUX

Ce service est établi au bureau central d'admission, place du Parvis-Notre-Dame, n° 2, et comprend un traitement externe complet, où des consultations gratuites, avec pansements et délivrance de médicaments, sont données aux personnes nécessiteuses atteintes de maladies aiguës ou chroniques et d'affections spéciales.

Les médicaments d'urgence sont délivrés gratuitement aux malades; les pansements sont faits, sous la direction des médecins, par des religieuses, avec le concours d'infirmiers et d'infirmières.

Les consultations et traitements ont lieu aux jours et heures indiqués ci-dessous :

Traitement externe. — Consultations gratuites, pansement des ulcères, pansements divers, délivrance de médicaments : MM. les médecins et chirurgiens du Bureau central, tous les jours, de dix à quatre heures.

Traitements spéciaux. — Maladies des yeux : M. le docteur Panas, chirurgien des hôpitaux, les lundis et vendredis, à deux heures. — Leçons cliniques d'ophthalmologie; exercices de l'ophthalmoscope par MM. les élèves.

Maladies des femmes : M. le docteur de Saint-Germain, chirurgien des hôpitaux, les mardis et samedis, à deux heures. — Tous les samedis, leçons sur le traitement des maladies des femmes.

Maladies du larynx : M. le docteur Isambert, médecins des hôpitaux, les mercredis, à trois heures. — Leçons cliniques de laryngoscopie; exercices du laryngoscope par MM. les élèves.

Teigne : M. le docteur Triboulet, médecin des hôpitaux, les mardis et samedis, à onze heures.

Orthopédie : M. le docteur Duval, les mercredis, à onze heures.

Maladies des dents : M. le docteur Delestre, chirurgien-dentiste des hôpitaux d'enfants, les lundis et vendredis, à neuf heures. — Leçons cliniques de chirurgie et de prothèse dentaires.

Services particuliers. — Vaccinations et revaccinations : M. le docteur Constantin Paul, médecin du Bureau central, avec le concours de M. le docteur Lanoix, les jeudis, à une heure. — Vaccination avec le vaccin de génisse et avec le vaccin humain.

Délivrance de bandages et appareils : MM. les chirurgiens du Bureau central, les lundis et vendredis, à onze heures. — Les personnes qui se présentent pour la délivrance des bandages et des appareils orthopédiques, doivent être munies d'un certificat délivré par un médecin du Bureau de bienfaisance.

Délivrance d'appareils et de chaussures orthopédiques : commission chirurgicale, les mercredis, à onze heures.

Consultation des aveugles et paralytiques : commission médicale, le troisième jeudi de chaque mois, à deux heures.

Délivrance de bains : tous les jours, à onze heures et demie et à trois heures et demie.

Application de ventouses et électrisation : tous les jours, à deux heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Une poursuite en exercice illégal de la médecine et de la pharmacie, et en escroquerie était dirigée contre une dame Leurau, qui demeure sur le quai de la Charité, à Lyon.

L'inculpée se livre à cette industrie depuis environ trente ans, et elle s'est fait, dans les diverses classes de la société, une clientèle importante. Elle prétend qu'elle a guéri, notamment à l'aide d'une pommade composée par elle, une foule de malades, dont quelques-uns étaient abandonnés par les médecins. Elle a fait entendre, en effet, plusieurs témoins qui ont déclaré qu'ils ont été traités gratuitement, et qu'ils attribuent leur guérison aux soins de la dame Leurau. Il en est d'autres, malheureusement, qui n'ont nullement ressenti les bons effets de ce spécifique.

La pommade dont il s'agit a été analysée par M. Ferrand, pharmacien-chimiste. Elle ne contient, d'après l'expert, que de la graisse blanche, de l'alcool et une légère addition de beurre de cacao ; elle n'a aucune propriété curative ; mais la prévenue prétend que l'analyse est impuissante à découvrir tout ce qui entre dans la préparation de son remède. C'est sans doute à cause de ce secret, qu'elle dit tenir d'un membre de sa famille et qu'un serment lui empêche de révéler, qu'elle faisait payer à raison de 250 fr. le kilogramme, ce qui ne vaut réellement qu 2 fr. 50 c.

Le tribunal, après avoir entendu M. Morin, substitut, Me de Villeneuve, qui a présenté habilement la défense et s'est attaché surtout à démontrer qu'il n'y a, dans la cause, aucunes manœuvres frauduleuses constitutives du délit d'escroquerie, a acquitté l'inculpée sur ce dernier chef, et l'a condamnée à 200 fr. d'amende pour exercice illégal de la médecine et de la pharmacie, par application des lois de ventôse et germinal an II, et de pluviôse an XIII.

Le directeur, Dr E. LE SOURD

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Sur quelques-uns des dangers de l'administration de l'iodure de potassium à hautes doses.

L'importance de jour en jour croissante que prend avec juste raison la médication par le bromure de potassium, dont les applications vont se multipliant et se diversifiant de plus en plus, nous engage à mettre sous les yeux de nos lecteurs quelques exemples d'accidents assez sérieux produits par l'administration de cet agent à des doses assez élevées, il est vrai, mais qui ne dépassent pas cependant celles que l'on voit prescrire et conseiller depuis quelque temps dans le traitement de certaines névroses. Il est bon que les praticiens soient prévenus de la possibilité des dangers que peuvent entraîner ces doses, afin qu'ils en surveillent attentivement les effets, et qu'ils se prémunissent au besoin contre leur retour possible.

M. Vulpian, dans une communication qu'il a faite récemment à la Société de biologie, a appelé l'attention de ses collègues sur quelques faits qu'il a eu l'occasion d'observer dans son service de la Salpêtrière, et qui montrent que le bromure de potassium, employé à des doses assez élevées, n'est pas aussi inoffensif que paraissent le croire quelques médecins. Il s'agit de plusieurs cas d'affections diverses du système nerveux, offrant des troubles graves qui semblaient indiquer et autoriser l'emploi du bromure de potassium à des doses rapidement croissantes.

Dans un premier fait, il s'agissait d'une femme atteinte d'une névralgie des nerfs sciatique et crural du côté gauche, depuis une quinzaine de jours, lorsqu'elle entra dans le service de M. Vulpian. Elle éprouvait des douleurs extrêmement violentes qui la privaient de repos et que le moindre contact exaspérait. Ayant essayé sans succès l'usage des opiacés, M. Vulpian prescrivit 4 grammes de bromure de potassium ; puis, quelques jours après, 6 grammes. Cette dernière dose n'ayant produit aucun effet, il en prescrivit 8 grammes. Cinq jours après l'administration de ces 8 grammes, la malade éprouva un affaissement considérable ; elle ne pouvait se tenir debout, et ne se tenait assise que pendant quelques moments ; elle éprouva des douleurs dans l'isthme du gosier et de la difficulté de deglutition ; cette région était rouge ; enfin, il survint de l'incontinence des matières fécales. — L'usage du bromure de potassium fut supprimé, et M. Vulpian prescrivit l'acétate de strychnine à la dose de 5 milligrammes par jour, qui fut prise pendant douze jours. Ce ne fut que quatre jours après la suppression du bromure que la malade reprit un peu de force. Les douleurs, qui étaient beaucoup moins vives alors que les jours précédents, diminuèrent de plus en plus et progressivement dans les jours suivants, et cette femme sortit quelques semaines après, en très-bon état, n'ayant plus de douleurs et marchant comme avant sa maladie.

Dans un deuxième cas, le bromure de potassium avait été donné dans le but de diminuer l'intensité d'une chorée chronique. C'était chez une femme de 63 ans, atteinte d'une chorée chronique généralisée, très-intense, et qui datait d'au moins dix ans. Le bromure de potassium fut prescrit à la dose de 4 grammes pour les vingt-quatre heures. Deux jours après, cette dose fut élevée à 6 grammes ; puis, deux jours plus tard, à 8 grammes, et enfin, le huitième jour, à 10 grammes (dans 250 grammes d'eau). A partir de ce moment, l'appétit diminua, et la malade s'affaiblit au point de ne pouvoir plus se tenir debout, et elle eut, comme la précédente, une incontinence fécale. Elle fut mise également à l'usage de l'acétate de strychnine, dont la dose fut graduellement élevée de 5 à 20 milligrammes en vingt-quatre heures. La malade n'a récupéré qu'incomplétement ses forces. Quant à la chorée, elle n'a été que peu modifiée.

Chez une troisième malade de 53 ans, atteinte depuis deux ans d'hémiplégie incomplète du côté droit, et qui éprouvait depuis longtemps des douleurs extrêmement vives dans le côté paralysé, le bromure de potassium a été administré d'abord à la dose de 3 grammes, quelques jours plus tard, à 4 grammes. Au bout de cinq semaines environ, aucune amélioration ne survenant, on porta successivement la dose à 6 grammes, et puis à 8. Après cinq jours de cette dose, on constata un affaiblissement considérable ; la malade ne pouvait plus se lever ni se recoucher seule. On cessa l'administration du bromure. Il y avait à cette époque une diminution très-notable des douleurs. Peu à peu la malade recouvra ses forces, et revint bientôt, par le seul fait de l'interruption du traitement, à l'état où elle était, sous ce rapport, avant l'emploi du bromure.

Enfin, chez une jeune malade atteinte de grave affection des centres nerveux, que M. Vulpian a présumé être une sclérose diffuse de la moelle épinière, le bromure de potassium a déterminé des effets analogues.

Il ressort manifestement du rapprochement de ces faits, les seuls dans lesquels M. Vulpian a prescrit le bromure de potassium à ces doses élevées, que cet agent ainsi donné à doses rapidement croissantes, peut déterminer des accidents assez graves, notamment un affaiblissement général extrême. Ils montrent, en outre, que si la guérison, ou du moins un amendement notable du phénomène qu'on s'était proposé de combattre par l'administration du bromure de potassium, a été acheté, dans quelques cas, au prix de ces accidents, il en est d'autres où les malades n'ont pas eu le bénéfice de cette compensation, l'action du bromure n'ayant fait qu'aggraver ou compliquer leur état primitif. Enfin, M. Vulpian a fait cette remarque que le bromure de potassium était généralement peu avantageux pour combattre les phénomènes douloureux liés aux affections de la moelle, mais qu'il réussissait bien dans la céphalalgie.

Ajoutons à ces faits, qui mettent si bien en lumière l'un des effets physiologiques du bromure de potassium sur l'économie, son action hyposthénisante sur le système nerveux, ceux que M. Brown-Séquard a rappelés à cette occasion. Sur les nombreux épileptiques qu'il a eu occasion de soigner, M. Brown-Séquard a produit de l'affaiblissement, sans dépasser la dose de 4 grammes par jour. Dans certains cas d'insomnie, ajoute-t-il, le médicament a été mieux supporté, et il lui a été possible d'atteindre la dose de 12 grammes sans occasionner aucun état fâcheux, et dans ces circonstances, il lui a paru que cette substance avait une efficacité très-grande. Dans les cas où il y a lieu de redouter des effets paralytiques analogues à ceux qu'a observés M. Vulpian, il associe le bromure à la strychnine, ou à l'arsenic, ou encore à la quinine.

Épithélioma de la lèvre antérieure du col de l'utérus. Ablation faite avec succès par l'instrument tranchant.

M. Demarquay a pratiqué récemment, dans son service de la Maison municipale de santé, l'ablation d'une tumeur de la lèvre antérieure du col utérin, dans des conditions de difficulté particulières, qui ont nécessité des manœuvres opératoires délicates et laborieuses, dont l'issue a été heureuse... quant à présent du moins, réservant la question de récidive possible.

Voici les circonstances principales du fait et les détails du procédé opératoire, tels qu'ils nous ont été communiqués par M. Geschwender, interne du service.

Mme X..., âgée de 37 ans, entre à la Maison de santé le 8 janvier dernier, pour des pertes utérines auxquelles elle est exposée depuis trois mois. Ces pertes sont survenues sans cause connue ; leur début a coïncidé avec un retour des règles. Celles-ci, au lieu de s'arrêter, au bout de huit jours, comme à l'ordinaire, continuèrent avec une abondance inquiétante ; elles n'ont point cessé depuis ; la malade perdait en ronge, presque constamment, surtout pendant la nuit ; le sang sortait par caillots presque purs. Visitée en décembre dernier par plusieurs chirurgiens, et notamment par M. Nélaton, qui reconnut une tumeur du col, elle se décida, sur son avis, à entrer à la Maison de santé. Voici quel était à ce moment son état.

La malade était pâle, anémiée. Le toucher vaginal fit constater une légère antéversion de l'utérus. Le col, dirigé en arrière, était abaissé ; le cul-de-sac postérieur et la lèvre postérieure étaient lisses, non indurés et indolents ; mais, en avant, il existait une masse irrégulière, volumineuse, comme déchiquetée, occupant la place de la lèvre antérieure. La surface de cette tumeur était mollasse, pulpeuse ; elle donnait au doigt la sensation de points ramollis par places et recouverts d'une couche semi-liquide, provenant évidemment du ramollissement et de la liquéfaction des lobes les plus superficiels de la tumeur.

Il n'était guère facile d'établir immédiatement la véritable nature de cette masse, assez nettement circonscrite d'ailleurs, et qui laissait les autres portions du col parfaitement intactes. D'un autre côté, l'absence de phénomènes généraux, l'absence totale de douleur et un état de santé relativement assez satisfaisant pouvaient permettre de douter que l'on eût affaire à une tumeur maligne.

Ces divers motifs engagèrent M. Demarquay à débarrasser cette malade de cette tumeur. Voici de quelle manière il a procédé à cette opération :

La malade étant couchée en travers du lit, on introduit dans le vagin un spéculum américain, à l'aide duquel on déprime fortement la paroi vaginale postérieure, de manière à découvrir et à éclairer convenablement les parties profondes. M. Demarquay glisse alors sur l'indicateur, introduit préalablement, des pinces à érigne, longues et recourbées, et saisit fortement la tumeur. Cette première application déchirant le tissu assez friable, la tumeur est saisie de nouveau et en deux points opposés.

Le col n'ayant contracté aucune adhérence morbide avec les tissus voisins, la traction lente et prudente entraîne aisément la partie malade en dehors de la vulve.

Il s'agissait de savoir s'il vaudrait mieux, pour extirper la tumeur, employer l'écraseur de M. Chassaignac ou l'exciser avec le bistouri. L'avantage de l'écraseur est d'affaisser et d'oblitérer les vaisseaux béants, et de prévenir par là une hémorrhagie fâcheuse. Mais la tumeur à extirper, quoique volumineuse, était pâle, presque exsangue ; elle était dure vers son insertion, ne devait contenir que des vaisseaux peu nombreux et peu considérables, et ne faisait point craindre *a priori* une perte de sang notable. Mais une autre raison encore détermina M. Demarquay à abandonner l'écraseur pour le bistouri. En effet, la production morbide n'occupait pas seulement la portion du col saillante dans le vagin, elle s'étendait plus ou moins haut dans le tissu utérin, et il eût été impossible de saisir avec l'écraseur toute l'étendue du tissu malade.

M. Demarquay opta donc pour le bistouri, et suivit le procédé de Jobert dans son opération de cystoplastie par locomotion, dans les cas de fistules vésico-vaginales. Il divisa le cul-de-sac vaginal antérieur, à l'union du vagin au col, et pénétra dans cet espace, long de 3 centimètres environ, où le col utérin conserve des rapports immédiats avec le bas-fond de la vessie. Habituellement, l'union de ce bas-fond vésical avec la portion correspondante du corps utérin se fait au moyen d'un tissu cellulaire facile à décoller. Ici, ce tissu était épais, hypertrophié, et notablement induré. Ce tissu fut donc disséqué, et le bas-fond de la vessie isolé dans l'étendue de 1 centimètre et demi ; enfin, par une section dirigée d'avant en arrière, et décrivant une courbe à concavité inférieure, M. Demarquay acheva l'excision de la tumeur.

Pendant toute cette opération, qui dura un quart d'heure environ, et durant laquelle la malade ne fut point endormie, il n'y eut que peu de sang perdu. Elle ne perdit, dans le courant de la journée, qu'une cuillerée de sang environ.

Le traitement consista en application de tampons imbibés de perchlorure de fer.

Opérée le 14 janvier, la malade allait bien au moment où M. Geschwender nous remettait cette relation.

La tumeur enlevée a été soumise à l'examen histologique. Voici, en quelques mots, quel a été le résultat de cet examen. Des parcelles ramollies de la surface, portées sous le microscope, ont montré des éléments cellulaires ; traité par l'acide acétique dilué, ces éléments ont présenté les caractères des cellules épithéliales. Des coupes pratiquées dans la portion moyenne de la tumeur, et traitées par l'acide citrique et la solution de carmin, ont montré que la tumeur en ces points était formée par des amas épithéliaux irréguliers, au milieu desquels on distingue quelques tractées formés par un stroma fibreux. Les masses épithéliales, sans formes précises, rappelaient l'aspect de culs-de-sac, de tubes glandulaires, c'est-à-dire l'aspect décrit par M. Robin sous le nom de tumeur hétéradéniques. Dans aucun point on ne trouvait la membrane d'enveloppe ou paroi glandulaire.

A la base de la tumeur on trouvait du tissu utérin et des amas de cellules épithéliales, se rapprochant davantage de la forme des glandes tubuleuses, mais sans parois propres.

En résumé, il résultait de cet examen que cette tumeur était une néoformation épithéliale diffuse ; il ne s'agissait donc point d'une hypertrophie glandulaire, mais bien d'un épithélioma du col, ulcéré à sa surface, et qui, dans la pensée de l'observateur, doit récidiver sans doute assez rapidement.

L'avenir justifiera-t-il le pronostic formulé au nom du microscope ? Il serait vivement à désirer que nous puissions être mis au courant de ce qui pourra survenir à cet égard. Nous avons vu trop souvent, et tout récemment encore, des témoignages de désaccords formels entre le pronostic déduit de l'examen histologique et celui qui avait été formulé d'après l'ensemble de tous

les éléments fournis par l'observation clinique, pour que nous ne devions pas désirer vivement voir résoudre ces difficultés par une expérience réitérée.

Eclampsie pendant la grossesse. — Saignées.

La saignée, qu'un de nos spirituels confrères qualifiait récemment, dans ce journal, d'événement, de fait quasi-monstrueux, alors même qu'elle viendrait à être exclue de la thérapeutique médicale et chirurgicale, conserverait un asile dans la pratique obstétricale. Il est impossible, quand on a été plusieurs fois témoin des résultats si efficaces et si prompts qu'elle produit dans l'éclampsie, de ne pas se rendre à l'évidence. Nous avons déjà rapporté un assez bon nombre d'exemples des bons effets qu'on en obtient à la Clinique. Dans le courant du mois dernier, les élèves qui suivent la clinique d'accouchement ont pu voir deux nouveaux exemples de femmes éclamptiques guéries par la saignée. Il s'en est présenté un encore tout récemment.

Le 14 février, une femme était apportée dans le service de M. le professeur Depaul, en pleine attaque d'éclampsie. Cette femme était enceinte de huit mois ; elle avait été prise la veille, à deux heures du matin, d'une première attaque; puis les autres s'étaient succédé si rapidement qu'elle en eût 26 en 12 heures. Au moment où M. Depaul vit pour la première fois la malade, elle était sans connaissance, dans un état comateux, ne répondant aux questions qu'on lui adressait que par un sourd grognement. On avait déjà fait en ville à cette femme deux saignées, l'une de 200 grammes, l'autre de 300 grammes, en tout 500 grammes. Le pouls était encore plein, résistant et fréquent; la face était colorée. M. Depaul prescrivit une nouvelle saignée de 500 grammes. Il y eut deux petites attaques, à de très-courts intervalles, immédiatement après la saignée, et qu'on pouvait très-bien attribuer à ce qu'on avait nécessairement secoué et tourmenté un peu cette femme pour la saigner ; mais à dater de ce moment, les attaques ont cessé de se reproduire.

Plus de 16 heures s'étaient écoulées ainsi sans nouvel accès, au moment de la visite. La malade était revenue à elle; elle entendait et comprenait ce qu'on lui disait. M. Depaul n'avait pas voulu, la veille, pratiquer le toucher, dans la crainte de réveiller les convulsions. On avait appris, du reste, par l'examen qui avait été fait en ville, qu'il s'était fait un commencement d'effacement du col. Une nouvelle exploration faite pendant la visite, a confirmé l'appréciation faite l'avant-veille ; les choses étaient restées dans le même état; la dilatation, à peine suffisante pour admettre l'extrémité du doigt, n'avait point fait de progrès. Enfin, l'auscultation a permis de constater que le cœur de l'enfant continuait à battre avec force et régularité.

La saignée, répétée trois fois en moins de 24 heures, et qui a donné en tout 1,000 grammes de sang, paraît avoir eu ici pour double effet d'arrêter les convulsions et d'enrayer le commencement de travail qui s'était établi prématurément sous l'influence de ces convulsions. En outre, loin de nuire à l'enfant, elle l'a très-probablement prémuni contre le danger imminent que lui aurait fait courir la persistance des convulsions. Il y a toute apparence, en effet, que cette femme arrivera ainsi jusqu'au terme normal de sa grossesse et qu'elle accouchera d'un enfant vivant.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. Barthez

Accidents nerveux complexes, hystéro-épileptiformes chez une fille de 11 ans. — 5e ou 6e récidive depuis l'âge de 6 ans. — Expulsion d'ascarides lombricoïdes. — Guérison (1).

(Lu à la Société médicale d'Observation par M. Louis Monod.)

Résumé de l'observation. — Il s'agit donc ici d'une fille de 11 ans, qui, après avoir, dès l'enfance, rendu des vers à plusieurs reprises, a présenté, à diverses époques, depuis l'âge de 6 ans, des accidents à forme convulsive. Cette année, ces accidents reparaissent le 27 octobre, et le 28, elle entre dans le service. A ce moment, elle a des attaques complexes, hystéro-épileptiformes, précédées d'une espèce d'aura partant de la jambe droite, et dans l'intervalle desquelles on ne constate d'autre symptôme nerveux qu'un tremblement de cette même jambe dans la station verticale. Du 28 octobre au 6 novembre, ces attaques deviennent de jour en jour plus fortes et plus fréquentes; elles s'élèvent graduellement de 10 à 22 dans les vingt-quatre heures. En même temps s'établissent des phénomènes permanents de divers ordres.

Dès le 1er novembre, on note la contracture des pieds dans l'extension forcée ; le 4 et le 5, on observe un peu de strabisme, de la céphalalgie, des vertiges, et les forces décroissent à tel point que l'enfant ne peut rester assise dans son lit. Le 6, elle remue à peine les bras et les jambes; elle ne peut se servir de ses mains, et sa sensibilité tactile est, sinon abolie, du moins considérablement diminuée. A ce moment, et seulement alors, on trouve les urines légèrement albumineuses.

A partir du 6, la maladie commence à décroître, et cela, d'une façon rapide. En trois jours, les attaques tombent de 22 à 13; puis à 11, et enfin à 6 dans les vingt-quatre heures. En même temps, elles deviennent beaucoup plus légères et plus courtes, et les phénomènes paralytiques s'effacent graduellement. Cette amélioration semble se produire sous l'influence du traitement par l'émétique à haute dose, commencé depuis deux jours.

Mais déjà le 5 novembre, l'enfant avait vomi un ascaride. Elle en rend deux le 13; le 15, elle en expulse douze, et le 16 deux, par les garde-robes, sous l'influence de la santonine. En même temps, les forces reviennent complétement; les attaques se réduisent à quelques mouvements convulsifs, sans perte de connaissance, et après s'être maintenues jusque-là au chiffre de 6, elles tombent à 4; puis, à 3 le 17.

A dater de ce jour, elles ne reparaissent plus, et la malade se lève. Seule, la contraction des pieds persiste. On l'observe encore le 23, mais beaucoup moins accusée. Vers cette époque, une varioloïde bénigne retarde de quelques jours la sortie de l'enfant. Enfin, le 9 décembre, elle part pour la convalescence complétement remise, sauf un état légèrement anémique. La durée totale de la maladie peut être évaluée à environ un mois.

Réflexions. — Les observations positives d'accidents vermineux ne sont pas communes à Paris, et toutes celles qui se présentent méritent la publicité, ne fût-ce que pour affirmer l'existence de ces accidents et montrer l'importance qu'on doit leur attribuer dans l'étiologie de certaines affections nerveuses. En effet, comme le dit M. Davaine (1) : « Si la fréquence et la gravité des phénomènes sympathiques déterminés par la présence des lombrics dans l'intestin, ont été fort exagérées à une autre époque, peut-être aujourd'hui ces phénomènes sont-ils quelquefois méconnus. »

La réaction, très-légitime d'ailleurs, inaugurée par Bremser, continuée par Guersant et d'autres auteurs, contre les idées anciennes qui rendaient les vers responsables d'une foule de maladies, a fini par dépasser le but et par accorder une trop large part aux coïncidences dans les faits observés. Certes, parmi ces faits, beaucoup sont incomplets, douteux et discutables ; mais il en est dont on ne saurait contester la valeur, et l'observation qui vient d'être relatée nous semble, dans tous ses détails, justifier pleinement son titre.

En effet, à quoi pourrait-on rattacher, sinon à la présence des ascarides dans le tube digestif, ces troubles nerveux multiples, si promptement calmés par leur expulsion?

Envisagés dans leur ensemble, ils ne pourraient guère rappeler qu'une maladie, l'hystérie, ou plutôt l'hystéro-épilepsie, si complexe dans ses manifestations, et par cela même si distincte de l'épilepsie pure. Mais l'enfant qui fait le sujet de notre observation n'avait que 11 ans, et l'hystérie est assez rare avant la puberté, rare surtout à l'âge de 6 ans, où commencèrent les attaques. De plus, en dehors des phénomènes convulsifs qui, chez elle, se sont reproduits à cinq ou six reprises dans l'espace de cinq ans, et par conséquent à plusieurs années d'intervalle, rien, dans les antécédents, ne révèle cet état nerveux permanent et spécial qui, tout autant que les attaques, caractérise l'hystérie. D'une manière générale, n'est-il pas difficile de rattacher des accidents de cette nature venant troubler de loin en loin un état de santé excellent, à une altération permanente quelconque, fonctionnelle ou organique? Ils s'expliquent fort bien, au contraire, par le fait d'une perturbation physiologique passagère, comme celle qui peut résulter à certains moments de l'accumulation des entozoaires dans l'intestin grêle. Ainsi l'hypothèse d'une simple coïncidence entre les convulsions et la présence des ascarides nous paraît ici en désaccord avec les antécédents de la malade aussi bien qu'avec les phénomènes observés à l'hôpital.

La plupart des cas d'affections sympathiques vermineuses publiés à diverses époques sont réunis dans le tableau que M. Davaine a placé au commencement de son livre. Parmi ces cas, nous n'en avons trouvé que fort peu dont on peut faire remonter les premières manifestations à plusieurs mois, et à plus forte raison à plusieurs années en arrière, comme dans l'observation actuelle. Dufan donne l'exemple d'une petite fille hystérique depuis un an, et guérie par les vermifuges; et deux cas, l'un de Bremser, l'autre de Consolin, portent à deux ans la durée de la maladie convulsive chez des sujets qui avaient le téria. Hors de là, il s'agit presque toujours de faits récents suivis quelquefois de mort et le plus souvent d'une guérison prompte et définitive. Il faut donc admettre ou que la persistance, la récidive de ces accidents chez un même individu est chose rare, ou, ce qui nous semble plus probable, que, dans beaucoup d'observations, l'histoire du malade, antérieure et consécutive à l'état du moment, est demeurée plus ou moins inconnue.

Quant à la nature des accidents nerveux, le fait qui nous occupe ne présente rien de nouveau dans ses détails. De toutes les manifestations sympathiques dues aux vers, la convulsion épileptiforme est en effet la plus commune. L'hystérie, nous l'avons vu tout à l'heure, a été signalée aussi, quoique bien plus rarement. Mais, dans son ensemble, le cas actuel est remarquable, d'abord par la fusion de ces deux formes, ordinairement isolées : attaques d'apparence épileptique et symptômes hystériques, et puis par les phénomènes consécutifs; la contraction des extrémités inférieures, et surtout cette paralysie passagère, générale, presque complète quant aux mouvements, incomplète quant à la sensibilité, vraie paralysie hystérique si elle n'était vermineuse. M. Davaine cite trois faits de paralysie produite par la présence des lombrics dans l'intestin. Dans le premier, dû à Hannes, elle constitue à elle seule toute la maladie; dans le deuxième, de Mennich, elle s'accompagne de strabisme; dans le dernier, qui appartient à Mangon, comme dans le nôtre, elle suit les convulsions. Elle occupe les jambes et le membre supérieur droit, et cède au bout de douze jours, après l'expulsion des ascarides.

Ici se pose une question de pathogénie que nous aborderons en terminant, sans avoir la prétention de la résoudre. A quel accident physiologique, à quelle lésion fonctionnelle doit-on rapporter cet affaiblissement momentané de la faculté motrice succédant aux convulsions, et produit évidemment sous l'influence de la même cause? Il n'y a pas longtemps, avec Brown-Séquard, on expliquait, par les actions réflexes, ces deux effets contraires. Aujourd'hui, devons-nous admettre, avec M. Gubler, M. Jaccoud et un certain nombre de physiologistes, que l'action réflexe détermine bien l'exagération, mais non la diminution ou l'abolition du mouvement, et que les paralysies dites sympathiques, réflexes, sont des phénomènes d'épuisement nerveux dus à la persistance, à l'intensité même de l'excitation périphérique? Il ne nous appartient pas de nous prononcer à cet égard. Néanmoins, dans le cas actuel, nous ne pensons pas que cette théorie puisse s'appliquer à la nature des phénomènes observés. En effet, si nous comprenons bien les idées exposées par M. Jaccoud dans son *Traité des paralysies*, l'épuisement ainsi provoqué consiste dans le défaut momentané de l'excitabilité normale d'un segment quelconque de la moelle, dont la portion sous-jacente est dès-lors soustraite à l'action cérébrale ; et la paralysie qui en résulte frappant les parties en rapport avec cette portion de l'axe nerveux central, est d'autant plus étendue que le segment atteint est plus élevé. C'est-à-dire que les choses se passent absolument comme dans les cas de lésion organique, abstraction faite de la question de durée. Or, chez notre jeune fille, nous voyons que la perte de la motilité n'était pas ainsi limitée. Les membres supérieurs étaient sans force comme les inférieurs, mais la respiration était parfaitement libre; le plexus brachial n'était donc point frappé tout entier dans ses origines. De plus, cet affaiblissement général n'empêchait ni les convulsions de se produire, ni la contracture des extrémités inférieures de persister. Nous avons déjà dit que cet état ne pouvait être comparé qu'à celui qu'on observe chez certains sujets hystériques, et les troubles spéciaux de la sensibilité que nous avons notés en même temps que l'abolition du mouvement, rendent l'analogie plus frappante encore. Cela étant, appliquerons-nous ici ce qui a été proposé quant au mode de production des paralysies hystériques, et dirons-nous que les attaques, par leur multiplicité, ont entravé soit la déperdition du fluide nerveux, suivant l'opinion de Landouzy, soit comme le pense M. Jaccoud, une perturbation psychique produisant « l'impuissance volontaire ou l'insuffisance de l'impulsion motrice? » Peut-être vaut-il mieux nous arrêter devant cette obscure pathogénie des névroses, et reconnaître que le nom de sympathiques donné autrefois aux accidents nerveux provoqués par les vers intestinaux, est encore, dans bien des cas, celui qui leur convient le mieux aujourd'hui.

(1) *Traité des entozoaires de l'homme et des animaux domestiques*, p. 131.

DES MOYENS PRATIQUES D'OBVIER A LA MORTALITÉ

DES ENFANTS NOUVEAU-NÉS

Par M. le docteur P. Chalvet (1).

III

Cette nécessité pour la mère d'abandonner son enfant aux soins salariés d'une inconnue, n'est pas le moindre défaut de notre économie domestique. Il n'est pas de pays civilisé où les charges de la famille pèsent plus lourdement sur la femme ouvrière qu'en France. En Allemagne et en Amérique surtout, le mari pourvoit habituellement, par son travail, aux besoins matériels de la famille. La femme s'occupe presque exclusivement des soins du ménage; elle allaite ses enfants. Aussi dans ces pays l'industrie des nourrices, qui nous préoccupe à si juste titre à Paris, est tout à fait inconnue.

En France, l'ouvrière est obligée de travailler autant que l'homme pour les besoins de la communauté. Elle trouve généralement un avantage matériel à payer des mois de nourrice, car l'excédant de son salaire vient en aide au ménage, mal entretenu par le mari qui, dans un grand nombre de familles ouvrières, fait de grandes dépenses au dehors, à tel point, qu'il est, pour son intérieur, aussi souvent une charge qu'un soutien ! Si honteuse que soit cette constatation, je ne crains pas de l'exprimer ici, elle donne une haute opportunité au sujet que je traite et au projet que je cherche à faire prévaloir.

Assez de publications flattent l'ouvrier et approuvent indistinctement ses actes pour que l'on puisse se permettre de le rappeler fraternellement à la réalité de sa situation morale. Cependant, ne trouve-t-on pas le point de départ de sa mauvaise conduite, à l'égard de la famille, dans la fausse éducation qu'on lui donne? L'éducation primaire en France, manque généralement de cette virilité qui caractérise l'éducation populaire en Allemagne et en Amérique, où les liens de la famille sont mieux respectés dans la classe ouvrière. Dans notre pays, quand on instruit l'enfant, on le met constamment en face d'un devoir et d'une peur ! Dès que l'homme fait n'accepte plus la peur de l'enfance, il n'entend plus les voix du dehors, et comme on ne lui a pas appris à consulter la voix naturelle de sa conscience, qu'on l'a toujours subordonné à une autorité étrangère, il en résulte que l'homme manque de dignité et qu'il n'obéit qu'à des instincts non perfectionnés. Au lieu de faire un appel à la raison, il fait un appel à la force; il garde son indépendance dans le ménage, ne comprend jamais le *dévouement à deux*, et laisse pour ainsi dire à la mère seule toutes les nobles charges de la famille.

La situation faite à beaucoup d'ouvrières, soit par les vices que je viens de signaler, soit par d'autres conditions sociales indépendantes de la volonté des parents, les met dans l'impossibilité de se livrer à l'allaitement maternel, et les force d'avoir recours à une nourrice salariée.

Aucune statistique officielle ne donnant avec exactitude la proportion des mères ouvrières que la nécessité de travailler elles-mêmes oblige à se séparer de leurs enfants, j'ai suppléé provisoirement à cette lacune par une statistique personnelle. J'ai pris pour base de cette statistique une série de trente accouchements *successifs*, faits chez des travailleurs de toute condition, dans un quartier de Paris essentiellement ouvrier; j'ai relevé les chiffres suivants :

8 enfants ont été allaités par leur mère ;

3 au biberon d'après mes indications, c'est-à-dire, après un commencement d'allaitement maternel, et avec du lait de la même vache;

19 ont été envoyés en nourrice dans les départements.

Au bout d'une année, voici quels ont été les résultats :

Des 8 enfants nourris par la mère, un seul avait succombé à une maladie aiguë (bronchite capillaire); les trois allaités au biberon vivaient et jouissaient d'une assez bonne santé.

(1) Voir les nos des 25, 27 janvier, 8 et 15 février 1870.

(2) Fin. — Voir le dernier numéro.

Des 19 envoyés chez des nourrices salariées, trois *étaient morts*; quatre auraient succombé si les parents ne les avaient mis en de meilleures mains ou ne les avaient repris chez eux, après avoir constaté qu'ils étaient très-mal chez ces nourrices.

6 étant élevés chez des parents ou surveillés par des amis dévoués, vivaient *tous*, bien qu'un seul fût incomplétement élevé au sein, et les cinq autres au *petit pot*: j'avais bien recommandé de ne donner que du lait de la même vache, mais je ne suis pas sûr qu'on ait toujours obéi à cette prescription.

Enfin, les six autres vivaient plusieurs mois après la naissance; mais des nouvelles plus directes ont été impossibles à recueillir, car j'ai perdu les parents de vue par suite de déménagements.

Quelque restreinte que soit cette statistique, elle a son importance. Si chaque médecin exerçant dans des quartiers analogues, veut bien se donner la peine de faire le relevé de ses accouchements, on verra que nous sommes dans la moyenne, en déclarant que les deux tiers des mères de la classe ouvrière de Paris sont dans l'impossibilité relative d'allaiter et de conserver leurs enfants chez elles. Je dis dans l'impossibilité *relative*, car lorsque la situation est bien raisonnée, les femmes qui travaillent chez elles ont un avantage matériel à nourrir en travaillant. Depuis deux ans surtout, je fais tous mes efforts pour engager les mères qui ont quelque bien-être à nourrir elles-mêmes. En même temps, j'établis d'après leurs indications la *moins-value* de leur travail, et j'établis la balance avec les frais du nourrissage salarié. Je suis arrivé à me convaincre que les femmes qui travaillent dans leur chambre avec une ou plusieurs ouvrières ou apprenties, telles que les giletières, les piqueuses de bottines, etc., manquent de gagner à peine le prix des mois de nourrices, 1 franc à 1 fr. 50 par jour.

Afin de pouvoir apprécier le degré de confiance que l'on doit accorder à ces nourrices, il faut examiner comment les familles se les procurent.

Un grand nombre, le plus grand nombre peut-être, sont prises au bureau dirigé et surveillé par l'Assistance publique; quelques-unes sont fournies par des bureaux privés, plus spécialement destinés aux nourrices sur *lieux* : ces dernières ne sont pas soumises à une surveillance sérieuse; d'autres, enfin, sont directement procurées par des intermédiaires, qui les connaissent plus ou moins, et vivent ou ont vécu dans le même pays.

Les nourrices prises au bureau de l'Assistance publique présentent des garanties particulières de santé, car elles sont soumises à l'examen d'un homme compétent.

Mais est-il toujours vrai que la nourrice qui se présente donnera le sein au nourrison qu'on lui confie? Ne sait-on pas que dans cette industrie, des femmes se sont chargées de faire le *recrutement* des nourrissons au profit d'éleveuses qui n'ont pas de lait! Mettons de côté ces objections, et prenons le cas le plus favorable; il arrivera ceci : la nourrice sèvrera son enfant au profit du nourrisson étranger, et lui imposera l'alimentation prématurée. En restant fidèle à son mandat, cette mère commet une mauvaise action, elle compromet la santé de son propre enfant, pour un salaire! Qui se sentira le courage d'approuver moralement une pareille exploitation? Cette nourrice allaitera-t-elle les deux enfants à la fois? Une pareille tentative aboutira presque toujours à l'alimentation prématurée des deux nourrissons, car l'expérience est là pour le prouver, les meilleures nourrices ne peuvent suffisamment allaiter deux nourrissons le temps nécessaire, pas plus à la fois que successivement. Les exceptions sont tellement rares, que nous ne devons pas en tenir compte dans ce travail d'organisation générale.

Le seul moyen qui permettrait de concilier tous les intérêts serait le suivant :

La nourrice cesserait d'allaiter son enfant au profit du nourrisson étranger; elle continuerait l'allaitement du premier au biberon, avec du lait *vivant* de la chèvre ou de la même vache, en ayant soin d'ajouter *seulement de l'eau* pure, en quantité variable, suivant l'âge ou les aptitudes digestives du nouveau-né. Avec ces précautions, et beaucoup d'autres que nous allons indiquer, tout irait pour le mieux; mais ces précautions, on ne les prend pas, et on ne les prendra pas, à cause des mauvaises habitudes d'élevage qui sont invétérées dans les campagnes et qu'on ne pourra corriger que lentement par les démonstrations scientifiques faites dans des *écoles publiques de puériculture*.

La surveillance administrative ne suffit pas pour protéger les nouveau-nés contre les mauvais traitements, souvent involontaires dont ils sont victimes.

Malgré les grands efforts de l'Assistance publique pour surveiller les enfants confiés aux nourrices prises dans ses bureaux, nous voyons tous les jours revenir chez leurs parents, des enfants étiolés, dont la constitution est à jamais compromise par les ravages d'une mauvaise alimentation, et cependant on reçoit, même dans ces conditions, les meilleures nouvelles sur la santé de ces petits malheureux.

Si cette surveillance est insuffisante pour les nourrices prises au bureau de l'administration, que sera-ce des enfants livrés sans contrôle dans les bureaux privés, qui sont le rendez-vous commun de ces femmes qui se livrent en quelque sorte à la traite des nourrissons? Les nouveau-nés confiés à cette seconde catégorie de nourrices, non-seulement ne sont pas allaités au sein, mais souvent ils ne sont pas nourris avec du lait. Nous avons pu recueillir des observations qui établissent que ces malheureuses femmes, dépourvues du nécessaire, alimentent ces nouveau-nés avec des panades et les aliments grossiers dont elles se nourrissent elles-mêmes, et cela dès les premiers jours de la naissance.

Ce sont ces prétendues nourrices qui imposent à l'humanité cette effrayante mortalité dont parlent les statistiques, et qu'on ne devrait pas même subir aux plus mauvais jours des épidémies meurtrières, car les nouveau-nés subissent peu les influences épidémiques durant les deux premières années, et cependant les statistiques officielles prouvent que cette mortalité porte sur les enfants de la première année. De plus, c'est en général à des accidents diarrhéiques qu'ils succombent. Or, comme ces accidents sont relativement rares avant le sevrage chez les enfants allaités par la mère, ne doit-on pas les rattacher à un vice d'élevage quand la mortalité atteint le chiffre officiel de 53,88 p. 100 dans la première année de la vie?

Les nourrices de la troisième catégorie, celles qui sont procurées par *connaissance*, et surveillées par des intéressés, font assurément moins de victimes. Dans ce cas, les enfants sont rarement allaités au sein, mais il le sont abondamment avec du lait de vache ou du lait de chèvre de bonne qualité.

Généralement ce sont des femmes âgées, ayant une grande habitude de l'élevage au *petit pot*, qui en prennent soin. Bien qu'on ait encore à déplorer ici les conséquences de l'alimentation prématurée, il est certain que cette dernière situation est la moins fâcheuse pour l'avenir des nouveau-nés, notre statistique personnelle ne laisse aucun doute à cet égard. Ces enfants ne seront jamais aussi *forts* et aussi *résistants* que s'ils avaient été *bien* allaités par la mère, mais encore une fois, ils se *sauvent* en grand nombre, et fournissent des hommes d'une constitution moyenne. Que ceux qui voudront se rendre compte de l'influence des divers systèmes d'élevage recherchent, comme je l'ai fait, chez les divers membres d'une même famille, *originaire de la campagne*, ceux qui ont été allaités par la mère et ceux qui ont subi le *petit pot*; ils constateront des différences dans la constitution à l'âge adulte et à l'âge mûr. J'ai sous les yeux en ce moment, deux frères et deux sœurs appartenant à une vigoureuse famille d'Alsace : les deux frères et une des sœurs ont été allaités par la mère, ils sont organisés en athlètes et doués d'une force tout à fait exceptionnel; ils n'ont jamais subi l'influence des maladies régnantes.

L'autre sœur a été allaitée au lait de vache dès sa naissance. Lorsqu'on la voit isolément, on ne peut s'empêcher de lui reconnaître une bonne constitution apparente; mais aussitôt qu'on établit *de visu* la comparaison avec ses frères et sa sœur, on reste convaincu qu'elle est physiquement au-dessous de ce qu'elle pouvait être. Cette même différence se traduit dans la prédisposition morbide. Cette jeune fille a constamment subi l'influence des maladies régnantes : je lui ai donné des soins pour des angines, des bronchites, des érysipèles, des indispositions fréquentes qui n'atteignent jamais les autres membres de la famille, qui sont aptes du reste, à fournir plus de travail dans un temps donné. Je pourrais multiplier les observations de cette nature, elles aboutissent toutes aux mêmes conclusions. Ces conclusions ont été déduites depuis longtemps par les éleveurs des races domestiques destinées à la traction ou à la course.

Lorsque l'on compare, au moyen des statistiques (1) qu'on a publiées à propos des dernières guerres, la résistance relative des soldats des différents pays, on reste convaincu que le soldat français, le plus fougueux dans l'action, est celui qui s'épuise le plus rapidement. L'armée française a partout fourni un épouvantable contingent de mort, suite de maladies. Il serait utile de comparer dans cette mortalité le tribut payé par les soldats nés dans les grandes villes et ceux qui sont originaires des départements où les mères allaitent leurs enfants. Tout tend à prouver que cette étude viendrait à l'appui de notre thèse, et que la *constitution acquise* a autant d'influence sur cette mortalité, que la mauvaise organisation de l'intendance que je ne cherche pas à disculper.

La conclusion rigoureuse à tirer de l'ensemble des faits précédemment exposés est que les nouveau-nés de Paris envoyés dans les départements ne sont que *très-exceptionnellement* allaités au sein; qu'il serait même impossible de trouver dans les campagnes de bonnes nourrices pouvant allaiter, attendu que les bonnes mères ont déjà élevé leur enfant lorsqu'elles se décident à faire une *seconde nourriture*, que l'on peut déclarer généralement dangereuse.

La nourrice mercenaire n'est moralement possible que dans le cas particulier où elle perd accidentellement son enfant dans les premiers mois de l'allaitement.

Les nourrisons de Paris ne sont donc pas confiés à une véritable nourrice, mais à une *éleveuse*. L'observation démontre que l'élevage de ces nouveau-nés conduit d'après des habitudes vicieuses, est contraire aux règles de l'hygiène la plus élémentaire; que la routine empêchera toujours la voix de la science d'être entendue dans un milieu si plein de défiance pour les conseils qui touchent à leurs traditions : il faut donc cesser de maintenir un système qui défie toutes les combinaisons administratives depuis plusieurs siècles. Pour atteindre un résultat meilleur, il suffirait de faire cet *élevage* sous la surveillance d'autorités compétentes. Point n'est besoin d'exiler les nouveau-nés dans des villages inconnus où les parents ne peuvent jamais les visiter. Au lieu de cet élevage routinier et dangereux, puisqu'il *tue* un nombre considérable d'enfants et multiplie de plus en plus les mauvaises constitutions, faisons aux portes des grandes villes, un élevage régulier, hygiénique, sous la double surveillance de l'administration et de la famille.

(*A suivre.*)

(1) Rapport du docteur Chenu sur la campagne de Crimée.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 2 février (1). — Présidence de M. VERNEUIL.

M. TARNIER. En prenant la parole dans la dernière séance, je n'ai point voulu traiter le sujet de l'opération césarienne, en général, mais bien limiter le débat à la seule question de la suture utérine. L'heure avancée de la séance m'avait empêché de répondre aux objections qui me furent adressées par mes collègues, que je remercie d'ailleurs de leur empressement; aussi demanderai-je à la Société la permission de le faire aujourd'hui.

M. Guéniot m'objecte que l'opération que j'ai appelée de Lebas et Lauverjat, n'appartient en réalité qu'à Lebas, Lauverjat n'ayant cité cet auteur dans son livre, qu'en vue de repousser son procédé. C'est précisément parce que cela n'avait jamais fait le moindre doute pour moi que j'ai eu soin de citer le nom de Lebas; et quant à celui de Lauverjat, je dirai à M. Guéniot que, cet auteur ayant décrit tout au long le procédé de Lebas, on a pris l'habitude de l'appeler aussi souvent procédé de Lebas que de Lauverjat. C'est là, j'en conviens une inexactitude, mais enfin elle est admise.

M. Legouest, à son tour, a bien voulu me faire observer que mon procédé de suture utéro-pariétale avait son analogue dans celui préconisé par M. Nélaton, pour l'établissement d'un anus artificiel. Je dirai à mon collègue que non-seulement ce procédé m'était connu, mais que je m'y était précisément fondé pour arriver à l'essai de suture utéro-pariétale, dont j'ai parlé dans la dernière séance.

Une des objections importantes que m'a adressées M. Depaul c'est celle tirée de la friabilité du tissu utérin, qui s'opposerait à toute tentative de suture. Aussi, ajoutait-il, cinq de vos points de suture sur quatorze avaient cédé. Les choses ne se passeraient pas, d'après M. Depaul, autrement sur le vivant que sur le cadavre, et à l'appui de cette assertion, M. Depaul a cité l'exemple d'une femme chez laquelle deux points de suture, appliqués à l'utérus, avaient fini par couper les tissus. Je répondrai à M. Depaul que Lestoquoi a parfaitement réussi dans son procédé de suture, et je puis ajouter que dans ma dernière opération, faite depuis trois jours environ, en présence de M. Depaul qui a bien voulu m'assister, les points de suture tiennent jusqu'ici parfaitement.

M. Chassaignac a proposé d'ouvrir l'utérus, une fois la suture faite, à l'aide de l'écraseur linéaire. Ayant l'honneur d'être un de ses anciens élèves, je n'ai pas manqué d'y songer, d'autant plus que mon collègue M. de Saint-Germain, également élève de M. Chassaignac, m'y poussait de toute la force de ses convictions à cet égard. J'avoue, toutefois, que l'idée de trop froisser l'utérus et la crainte de blesser le placenta, en cas où celui-ci s'insérerait sur la paroi antérieure de la matrice, m'en ont définitivement détourné.

L'idée de M. Depaul d'arriver jusqu'à l'utérus ou même jusqu'au fœtus, à l'aide du caustique, en vue de provoquer des adhérences salutaires, m'était venue pareillement à l'esprit. Toutefois, la crainte que les contractions de l'utérus, réveillées par le caustique pourraient s'opposer à la formation des adhérences, ou que des contractions physiologiques, survenant après l'extraction du fœtus, détruiraient des adhérences encore trop récentes et trop molles pour résister, m'empêchèrent, je l'avoue, de donner cours à mon projet.

Dans l'opération que je viens de pratiquer, il s'est offert à moi divers contretemps, dont il est bon, je crois, d'entretenir la Société, ne fût-ce que pour empêcher d'autres opérateurs de se trouver aux prises.

Après avoir pratiqué une incision médiane de 15 centimètres comprenant toute l'épaisseur de la paroi abdominale, je me suis mis en devoir d'appliquer la suture de l'utérus. A ce moment, un écoulement sanguin assez abondant, fourni par chaque piqûre, avait rendu la manœuvre plus difficile et créé de la sorte un premier ennui. On l'éviterait, je crois, en se servant, pour la suture, au lieu d'aiguilles lancéolées, des aiguilles rondes tubulaires qui serviraient à conduire des fils métalliques.

Un autre ennui s'est montré lorsque j'ai dû piquer les membranes sur deux ou trois points différents pour laisser écouler ainsi le liquide amniotique. Il y a eu de véritables jets d'eau qui inondèrent la plaie, et, ce qui est plus grave, firent qu'on ne put empêcher une grande partie du liquide séreux de se déverser dans le péritoine par l'angle inférieur de la plaie. Pour obvier à cet inconvénient, je ne manquerai pas, une autre fois, de perforer les membranes à travers le col utérin avant que de commencer l'opération.

A part les détails qui précèdent, deux points de l'opération sont encore bons à noter : l'un, concernant la suture, et l'autre, la position que doit prendre le chirurgien pour agir commodément.

Comme en définitive, le sang fourni par les points de suture, alors même qu'il ne serait pas abondant, peut gêner l'opération, on fera bien de commencer la suture par le point le plus déclive. C'est ce que je n'ai pas fait, faute d'en avoir été suffisamment averti. Aussi me suis-je trouvé considérablement gêné par la nappe du sang qui coulait pendant tout le temps que j'appliquais la suture.

Habituellement, je me place à la gauche de la malade, et je procède par conséquent à l'incision des parois et de l'utérus de *bas en haut*. Cette fois, je me suis placé à la droite de la malade, et j'ai incisé de haut en bas, ce dont j'ai eu à me repentir pour deux raisons : la première, c'est que le sang, fusant de la partie supérieure vers le bas, me gênait constamment; la seconde, c'est que, ayant affaire à une naine dont les cuisses peu développées pouvaient à peine être écartées, je craignais, à chaque instant que, par une contraction brusque des membres pelviens, elle ne vint s'enfoncer dans le ventre le bistouri que je tenais à la main.

La suture utérine et l incision de l'utérus et des membranes étant faites comme il a été dit, le reste de l'opération, à savoir : l'extraction du fœtus et du délivre, s'est effectué avec la plus grande simplicité. Il est bon d'ajouter que l'intestin, loin de faire hernie, ne s'est même pas présenté à nous pendant tout le cours de l'opération, et cela, grâce à la suture utéro-pariétale.

L'état de la malade est resté très-satisfaisant depuis lundi, jour de l'opération, jusqu'à ce matin mercredi; le pouls n'avait pas dépassé 100 pulsations. Malheureusement, depuis quelques heures, des vomissements et autres signes de péritonite se sont déclarés; de sorte que je crains que, dans notre prochaine séance, je n'aie à vous annoncer un nouvel insuccès.

Anévrysme poplité. — M. VERNEUIL. Je désire entretenir la Société d'un cas d'anévrysme de l'artère poplitée qui ne manque pas d'intérêt au double point de vue des signes emboliques auxquels l'anévrysme a donné lieu, et de la facilité avec laquelle on a obtenu la guérison par une méthode relativement nouvelle de traitement, la flexion de la jambe sur la cuisse.

La flexion forcée de la jambe sur la cuisse n'a pas encore été employée assez souvent en France pour qu'il n'y ait pas intérêt à publier les faits qui prouvent pour ou contre l'efficacité de cette méthode de traitement. Pour mon compte, je lui devais déjà un succès éclatant dans un cas où d'autres méthodes avaient échoué, et notre collègue, M. Legouest, a également réussi dans un cas des plus difficiles.

La méthode de la flexion, comme du reste toutes celles qu'on a opposées aux anévrysmes, a eu sa période d'essais et de tâtonnements, dont elle sort à peine aujourd'hui. Elle a été employée d'une manière continue ou d'une manière intermittente. De là deux procédés distincts qui comptent chacun des succès, mais dont le second, toutefois, me paraît de beaucoup le plus sûr, le plus efficace et surtout de beaucoup le plus facile à supporter.

En regard des guérisons surprenantes et rapides, se trouvent des insuccès dus évidemment à ce qu'on a prolongé trop longtemps et

(1) Voir le numéro du 22 et 24 février 1870.

rendu trop forcée une attitude que certains sujets ne supportent qu'avec peine. Actuellement, la théorie et la pratique semblent s'accorder pour donner la prééminence aux séances plus ou moins longues, mais espacées, surtout au début du traitement. Déjà, les résultats statistiques annoncés dans la remarquable thèse de M. Stopin et dans le consciencieux travail de M. G. Fischer (1), sont très-encourageants, mais j'espère qu'on obtiendra mieux encore.

Je ne prétends pas dire que le procédé intermittent réussisse toujours, mais je ne crois pas m'avancer trop en disant que si les choses se passent souvent comme dans l'observation qu'on va lire, la cure des anévrysmes poplités ne sera véritablement qu'un jeu.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société médicale d'émulation de Courtrai vient de soumettre à un concours la question suivante :

« Histoire de Jean de Palfyn. Sa vie et ses travaux et l'influence qu'ils ont exercée sur la médecine en son temps. Appréciation de ses titres à l'invention du forceps. »

Les ouvrages destinés au concours peuvent être écrits en français ou en flamand. Ils seront reçus, conformément aux conditions ordinaires, avant le 1er mars 1871, par M. le docteur Lagae, de Courtrai, président honoraire de la Société. Le nom de chaque concurrent sera contenu dans un pli cacheté joint à l'ouvrage, et portant la répétition de l'épigraphe qui figurera en tête de ce dernier.

Les mémoires seront soumis à l'examen d'un jury nommé par les membres de la Société. Les ouvrages dont l'auteur se sera fait connaître seront mis hors de concours.

Ne sont pas admis à concourir les membres titulaires de la Société de médecine de Courtrai.

Le pli renfermant le nom de l'auteur couronné sera seul ouvert et proclamé le deuxième mercredi de septembre 1871.

(1) *Die digital compression und flexion bei aneurysmen.* Prager Viertel-jahrscrifft. Band CII, CIII, 1869.

Il sera décerné à l'auteur du mémoire couronné une médaille d'or de la valeur de 100 francs. En outre, comme son mémoire demeure la propriété de la Société, il lui sera alloué une gratification de 500 francs.

— La Société médico-chirurgicale de Liége accordera un prix de 500 francs et le titre de membre correspondant à l'auteur du meilleur mémoire sur un sujet librement choisi de la médecine, de la chirurgie, des accouchements, de la pharmacie, ou de la chimie dans ses rapports avec la médecine et la pharmacie.

Le mémoire couronné sera publié dans les Annales de la Société.

Il est interdit aux auteurs des mémoires de se faire connaître, soit directement, soit indirectement; le mémoire doit être accompagné d'une devise répétée dans un pli cacheté, contenant le nom, les qualités et le domicile de l'auteur.

Les travaux devront être remis avant le 1er août 1870 à M. le docteur O. Ansiaux, secrétaire de la Société, quai de l'Université, 6, à Liége.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 13 au 19 février 1870, donne les chiffres suivants :

Variole, 83. — Scarlatine, 7. — Rougeole, 34. — Fièvre typhoïde, 19. Érysipèle, 11. — Bronchite, 83. — Pneumonie, 119. — Diarrhée, 11. — Dysenterie, 2. — Choléra, 2. — Angine couenneuse, 2. — Croup, 9. — Affections puerpérales, 5. — Autres causes, 905. — Total : 1,292.

Celui de Londres donne les chiffres suivants, du 6 au 12 février 1870 :

Variole, 4. — Scarlatine, 103. — Rougeole, 23. — Fièvre typhoïde, 22. — Typhus, 6. — Érysipèle, 5. — Bronchite, 265. — Pneumonie, 74. — Diarrhée, 11. — Dysenterie, 2. — Choléra, ». — Angine couenneuse, 3. — Croup, 10. — Affections puerpérales, 5. — Autres causes, 1,035. — Total : 1,568.

Errata du dernier article de M. Chalvet qui a paru dans le numéro du 15 février.

Page 74, 2e colonne, *au lieu de :* « Traite l'atrophie de l'utérus, » *lisez :* « Hâte l'atrophie. »

Plus loin, *au lieu de :* « A la polyurie, » *lisez :* « A la polysarcie. »

A la 3e colonne, *au lieu de :* « Cette résistance à cette faculté, » *lisez :* « Cette résistance, c'est-à-dire, la faculté. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Traité pratique des maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes, considérées principalement au point de vue du diagnostic et du traitement médical et chirurgical, avec un Appendice sur les maladies de la vulve et du vagin, par Courty, professeur de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier. 2e édition, revue et augmentée. 1 très-fort volume gr. in-8e de 1,200 pages, avec 280 figures intercalées dans le texte. — Prix : 18 francs.

Les 800 premières pages sont en vente; les autres paraîtront en avril prochain.

Nouveaux éléments de pathologie générale et de séméiologie, par le docteur E. Bouchut, professeur agrégé, médecin de l'hôpital des Enfants malades. 2e édition, avec 284 figures intercalées dans le texte. Un très-fort volume grand in-8°, 1,312 pages. — Prix : 18 francs.

Guide pour reconnaître les champignons comestibles et vénéneux du pays de France, par Krœnishfranck, botaniste. In-16 carré, avec nombreuses gravures coloriées. — Prix : 5 fr.

Le directeur, Dr E. Le Sourd

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 28 février 1870.

Samedi, à sept heures du soir, les membres de la presse médicale se sont réunis dans un banquet, à l'Hôtel du Louvre.

Cette réunion, où se trouvait représentée la totalité des journaux qui sont consacrés à la science médicale, a été des plus cordiales.

De nombreuses questions ont été soulevées ; mais le moment ne nous semble pas encore venu d'en parler. On nous pardonnera cependant de commettre une indiscrétion, en disant que la voix si chaude et si sympathique de notre excellent confrère M. Marchal (de Calvi) s'est élevée en faveur de nos confrères malheureux : son appel a été entendu, vivement appuyé, et toutes nos méditations sont appelées sur ce douloureux sujet.

M. Lapeyrère, auquel revient l'honneur de ce rapprochement entre les membres de la presse médicale, a bien mérité de ses confrères.

Saluons en même temps la naissance d'un nouvel organe médical, cautionné et timbré, et destiné par conséquent à traiter les questions que la loi nous interdit. *L'Opinion médicale* a pour fondateur M. Félix Roubaud, un des organisateurs de notre réunion de famille.

Un banquet mensuel doit réunir tous les membres de la presse médicale et médico-scientifique. Une commission composée de MM. Caffe, Lapeyrère, Le Sourd, Linas, de Ranse et Roubaud, est chargée de veiller aux dispositions à prendre pour faciliter ces réunions.

Dr E. LE SOURD.

La commission chargée d'étudier la question de la liberté de l'enseignement supérieur, et de préparer à ce sujet un projet de loi, a été, avec l'approbation de l'Empereur, formée de concert avec M. Segris, ministre de l'instruction publique, et M. Guizot, qui a bien voulu en accepter la présidence en l'absence du ministre. Elle est composée de :

MM.

Le ministre de l'instruction publique, président ;
Guizot, président en l'absence du ministre ;
Andral, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie des sciences ;
Mgr l'archevêque de Paris ;
Bersot, membre de l'Académie des sciences morales et politiques ;
Bertrand, professeur au collège de France, membre de l'Académie des sciences.
Bois, professeur de théologie protestante à la Faculté de Montauban ;
Boissier, professeur au Collège de France ;
Duc de Broglie, membre de l'Académie française ;
R. P. Captier, supérieur des dominicains, à Arcueil ;
Général de Chabaud-Latour, membre du conseil impérial de l'instruction publique ;
Darcy, maître des requêtes au conseil d'État ;
Denonvilliers, inspecteur général pour la médecine ;
Dubois, ancien député, ancien membre du conseil supérieur de l'instruction publique ;
Dumas, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences ;
Général Favé, commandant l'École polytechnique ;
Franck, professeur au Collège de France, membre de l'Académie des sciences morales et politiques ;
Léopold de Gaillard, publiciste ;
Laboulaye, professeur au Collège de France, membre de l'Académie des inscriptions et belles-lettres ;
L'abbé Perraud (Adolphe), professeur à la Faculté de théologie ;
Prévost-Paradol, membre de l'Académie française ;
Ravaisson, inspecteur général de l'instruction publique, membre de l'Académie des inscriptions et belles-lettres ;
De Rémusat, membre de l'Académie française et de l'Académie des sciences morales ;
Saint-Marc Girardin, professeur à la Faculté des lettres, membre de l'Académie française ;
Saint-René Taillandier, professeur à la Faculté des lettres, secrétaire général du ministère de l'instruction publique ;
Serret, professeur à la Faculté des sciences et au Collège de France, membre de l'Académie des sciences ;
Thureau-Dangin, publiciste ;
Valette, professeur à la Faculté de droit, membre de l'Académie des sciences morales et politiques.

La commission se réunira mardi 1er mars, au ministère de l'instruction publique.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. AXENFELD.

Intoxication mercurielle. — Pas d'albuminurie — Présence du mercure dans la salive et dans les urines. — Extraction du mercure à l'état métallique sous l'influence de bains électriques.

(Lu à la Société médicale d'observation, par M. BORDIER, interne du service).

Au mois de mai 1868, entrait, dans le service de M. Axenfeld, à l'hôpital Saint-Antoine, un homme de 54 ans, employé depuis dix ans à la préparation des peaux de lapin par le nitrate acide de mercure.

Ce malade présentait un tremblement considérable des membres supérieurs et inférieurs, donnant lieu à une extrême difficulté de la préhension des objets, ainsi que de la marche. Avec une constitution primitivement robuste, son teint, la décoloration des muqueuses, la flaccidité des tissus indiquaient un état cachectique prononcé. Les gencives étaient exemptes de toute altération analogue à la gingivite mercurielle, et n'offraient, ainsi que les dents, que les traces d'un défaut de soins absolu. La mémoire, quoique encore assez nette à l'interrogatoire du malade, avait, disait-il, beaucoup diminué depuis quelques mois ; il accusait, en outre, un amoindrissement notable des facultés génésiques.

Le début du tremblement remontait à trois ans ; ce symptôme était donc apparu après sept ans d'indemnité apparente de toute intoxication professionnelle.

Plusieurs fois disparu sous l'influence du repos, il n'avait jamais donné qu'un répit de courte durée. Cette fois, le repos et l'abandon complet d'une profession insalubre avaient été impuissants à le faire disparaître.

Dès son entrée, le malade est mis au régime tonique ; des bains sulfureux sont ordonnés, qui donnent lieu à un dépôt noir de sulfure de mercure sur les ongles et sur la surface cutanée.

Les urines, examinées plusieurs fois par semaine, offraient chaque fois les mêmes caractères : quantité normale, coloration extrêmement faible sous l'influence de l'acide nitrique ou de la chaleur. Jamais le moindre trouble albumineux ; enfin, la densité, un peu au-dessous de la moyenne, était de 1014. Afin de compléter l'examen des urines, M. Morand, interne en pharmacie du service, voulut bien se charger de la recherche du mercure dans ce liquide.

Après avoir fait évaporer une certaine quantité d'urine et soumis le résidu à l'influence décolorante d'un hypochlorite, il traita par l'acide sulfhydrique et obtint un précipité noir de *sulfure de mercure*.

Une autre portion du résidu, traitée par l'iodure de potassium, lui donna un précipité rouge de *biiodure de mercure*.

Enfin, et pour un clinicien cette preuve est la plus concluante, il plongea dans un dernier lot du résidu additionné, comme les autres du reste, d'eau distillée, une pile de Smithson, qui n'est autre chose qu'une lamelle d'étain autour de laquelle s'enroule en spirale une petite feuille d'or. La feuille d'or se recouvrit d'un dépôt métallique blanc-grisâtre, qui disparut à la chaleur d'une lampe à alcool.

Après avoir soumis pendant quelques jours le malade à l'influence du pyrèthre dont on lui fit mâcher la racine, et recueilli la salive, on fit subir à ce liquide les mêmes épreuves qu'à l'urine. Le résultat de cette expérience fut aussi concluant que celui de la première. Dans les deux cas : réactions caractéristiques du mercure ; dépôt de ce métal sur la feuille d'or, avec éclat métallique par le frottement, volatilisation par la chaleur.

Enfin le malade fut placé dans une baignoire en bois remplie d'eau acidulée ; les deux pôles d'une série d'éléments de Bunzen furent mis en communication avec le bain. Une plaque de cuivre disposée à l'un des pôles ne tarda pas à se recouvrir d'un dépôt de mercure.

Le succès plusieurs fois répété de cette dernière expérience, l'élimination du mercure par l'urine et par la salive, élimination artificiellement exagérée pour cette dernière voie par le pyrèthre, le régime tonique prescrit au malade ainsi que les conditions plus favorables où il se trouvait ne tardèrent pas à l'améliorer ; et environ deux mois après son entrée, il quittait l'hôpital dans un état très-satisfaisant.

RÉFLEXIONS. — Bien que déjà signalée par Kusmaul, l'élimination du mercure par les urines et par la salive m'a paru digne d'intéresser la Société médicale d'observation.

J'insisterai surtout sur l'absence de l'albuminurie que j'ai cherchée maintes fois, et toujours en vain, quoique avec le plus grand soin.

Ce phénomène négatif me semble mériter l'attention, quand on songe à la fréquence de l'albuminurie par élimination de substances toxiques, si bien étudiée par M. Ollivier.

Quant à la faible densité d'une urine contenant du mercure, la petite quantité du métal qu'elle possède, la diminution considérable des matières salines l'expliquent suffisamment. Il y a là une

FEUILLETON

M. le Docteur PAYEN.

Dans notre époque troublée et agitée de tant de façons, où il est déjà si difficile de subvenir aux premiers besoins de la vie ; où la fièvre de l'ambition s'empare de toutes les âmes, même des plus vulgaires ; où chacun, sans mesurer ses forces, se croit capable d'arriver aux plus hautes destinées et d'occuper toutes les positions, il est bien peu d'hommes qui sachent arranger leur vie selon les lois de la sagesse et de la raison. Parmi les médecins, combien peu qui sachent mener de front l'art et la science, et qui ne se fassent pas marchands de santé ! Combien peu surtout, parmi les meilleurs, qui sachent conserver quelques heures pour eux-mêmes et pour la culture de leur intelligence ! Ils deviennent trop rares ceux qui pensent à la science pour elle, à l'histoire pour les enseignements qu'on peut en tirer, à la littérature pour les satisfactions intimes qu'elle donne. Il n'y a que les esprits délicats qui comprennent toutes ces choses, et les esprits délicats s'en vont, sans être remplacés. Ils font une besogne, par ce temps-ci, trop ingrate, et eux-mêmes finissent par s'en dégoûter. Autrefois, la médecine comptait, parmi ses enfants, un grand nombre de lettrés remarquables, d'érudits profonds, de chercheurs consciencieux ; elle en était fière, et avait raison. Aujourd'hui, il ne nous reste plus guère que le devoir de signaler à l'attention publique ceux de nos rares confrères qui avaient su conserver ces goûts exquis et les saines traditions. Parmi ceux-ci l'homme, dont nous allons esquisser la vie, fut un des plus remarquables.

Jean-François Payen naquit à Paris le 5 thermidor an VII (24 janvier 1800). Il appartenait à une famille de petite bourgeoisie, qui le destina de bonne heure à la médecine. Il fit de fortes études universitaires et se signala de bonne heure par son amour du travail ; il était doué d'une mémoire prodigieuse, qu'il a d'ailleurs conservée jusque vers les derniers temps de sa vie. Il n'était pas encore reçu bachelier, lorsqu'il commença ses études médicales. En 1819, il était externe à l'Hôtel-Dieu ; en 1820, il fut nommé interne de deuxième classe dans le service de Dupuytren. Il y resta plusieurs années, attaché presque exclusivement au service des autopsies. Le célèbre chirurgien, qui l'avait remarqué, l'aimait et l'estimait particulièrement, et lui donna plus d'une fois des marques de son affection.

Le docteur Payen, reçu docteur le 23 juillet 1828, se trouva bientôt aux prises avec les dures nécessités de la vie. Cette situation un peu précaire, et les soins que nécessitait une santé délicate, ont très-certainement arrêté notre confrère dans une carrière que des facultés exceptionnelles lui permettaient de parcourir brillamment. En 1831, il est nommé chirurgien de la Société philanthropique, où il remplace Velpeau ; en 1833, médecin du bureau de bienfaisance ; en 1851, il a l'idée de créer une société des médecins des bureaux de bienfaisance, sur le modèle de la Société médicale des hôpitaux ; cette société est définitivement fondée en 1852, et le docteur Payen en est nommé président. Malheureusement elle n'a pas rendu les services qu'en attendait son fondateur, et il ne tarda pas à la quitter.

Pendant ce temps, il se livrait à des travaux scientifiques, que l'état de sa santé lui faisait trop souvent interrompre ; l'Institut accordait le prix Monthyon à un mémoire sur *l'opération de la taille*, qui portait le nom de Souberbielle, mais que Payen avait entièrement composé ; il faisait, avec Bernard-Derosne et Ossian Henry, un travail important sur le *monesia* ; il insérait dans le journal de Malgaigne un mémoire curieux sur les *luxations de champ de la rotule*, et sur un nouveau mode de réduction ; il composait sur les *acéphales* un mémoire très-important et resté manuscrit ; il publiait en même temps de nombreux articles critiques, biographiques et bibliographiques dans plusieurs journaux de médecine, dans la *Gazette* en particulier, et dans le *Journal des savants*.

Le docteur Payen était un chercheur, un fureteur et un collectionneur ; les questions historiques le passionnaient, et il éprouvait un besoin irrésistible d'éclairer les points douteux. Sa riche bibliothèque, des lectures nombreuses, des notes recueillies avec soin, les ressources de sa mémoire, lui permettaient d'entreprendre les recherches de ce genre. Il était chirurgien de la Société philanthropique (il en fut plus tard l'agent-général), il crut devoir écrire l'histoire de cette institution charitable, dont personne n'avait conservé une tradition certaine. La *Notice* qu'il publia sur *l'origine, les travaux et les publication* de cette Société est un chef-d'œuvre de pa-

raison analogue à celle qui permet à l'urine la plus riche en albumine d'avoir une densité inférieure au chiffre normal.

Je signalerai en même temps l'absence de gingivite en présence d'une absorption, et, qui plus est, d'une élimination manifeste. Ce fait prouve au moins que la gingivite peut n'être pas consécutive à l'élimination du poison, mais bien celle-ci à l'irritation de la muqueuse buccale. Cette absence de gingivite, déjà constatée dans plusieurs cas d'intoxication professionnelle par le mercure, tient sans doute à la chronicité, pour ainsi dire, de la cause, à une sorte de tolérance de la muqueuse.

Une objection se présente à l'esprit à propos du dépôt métallique sur la plaque de cuivre placée dans le bain électrique : Le mercure ne provient-il pas de la décomposition du sulfure de mercure dont était imprégné l'épiderme de ce malade, soumis depuis longtemps à l'usage des bains sulfureux ? Tout en tenant compte de cette objection à laquelle on ne pourrait répondre d'une façon irréfutable qu'en ne plongeant dans le bain qu'une surface préalablement dépourvue de son épiderme par un vésicatoire, je dois dire que la coloration noire offerte par le malade après son premier bain sulfureux était presque insensible à l'époque du premier bain électrique ; qu'après chaque bain sulfureux, le malade prenait un bain de vapeur qui hâtait la chute de l'épiderme ; enfin, que depuis plus de deux mois il vivait à l'abri de toute vapeur mercurielle.

Si, comme je le crois, l'épiderme n'était pas ici la source du mercure, les bains électriques, disposés comme je viens de le dire, pourraient être un auxiliaire thérapeutique à utiliser dans l'empoisonnement mercuriel en particulier, dans les intoxications métalliques en général, afin de hâter l'élimination de la substance toxique.

HOPITAL MILITAIRE DE BELFORT. — M. Prud'homme.

De l'occlusion intestinale incomplète.

Jusqu'à présent, quand les auteurs ont traité de l'occlusion intestinale, et de ses effets, ils ont voulu parler de l'interruption complète du cours des matières. Les deux observations qui suivent nous semblent constituer une variété de l'espèce, c'est-à-dire l'occlusion intestinale incomplète ; variété qui n'en est pas moins une cause de mort rapide par la perforation qu'elle détermine en amont de l'obstacle. C'est au lecteur à juger si nous apprécions à leur juste valeur les deux observations qu'il nous a été donné de recueillir.

Obs. I. — *Cancer de l'S iliaque, occlusion intestinale incomplète, larvée de diarrhée rebelle, mort par perforation du colon.*

M. X..., 40 ans, émacié par une diarrhée qui dure depuis plus d'un an, nous arrive dans un état qui ne laisse aucun espoir. Il a été traité chez lui, pendant une quinzaine de jours, par notre confrère M. le docteur Challan qui voyant, malgré les moyens employés, l'état s'aggraver, a conseillé au malade d'entrer à l'hôpital. M. X... y vient en voiture, et peut à peine monter à sa chambre. Voici l'état à l'entrée : 27 octobre. Pouls, 72,84 ; température axillaire, 38,1 ; circonférence à l'ombilic, 82 centimètres ; abdomen rendant partout un son tympanique, urines ammoniacales. Le toucher par l'anus ne fait percevoir aucun rétrécissement, la prostate est normale, et cependant, il y a à n'en pas douter un obstacle au cours des matières. Nous posons le diagnostic suivant : carcinome du gros intestin ? colon ascendant ou S iliaque ; faisant remarquer à MM. Jeaux et Challan que, si l'on prend en considération le point de départ habituel des douleurs (fosse iliaque droite), on doit pencher pour le premier siége ; que si au contraire on constate (ce qui existe effectivement) que l'intumescence abdominale est uniforme dans les deux flancs, on penchera pour un rétrécissement portant sur l'S iliaque.

Cet obstacle, cet étranglement, cette occlusion, comme on voudra l'appeler, existe-t-il réellement ? Pour nous le doute n'est pas possible, et cependant le malade ne nous parle que de diarrhée rebelle remontant à un an ; aujourd'hui encore, il va à la selle tous les jours, dit-il (ou plutôt il essaie d'y aller), cinq ou six fois dans les vingt-quatre heures ; mais il ne peut émettre que très-peu de matière liquide noirâtre, à peine de quoi couvrir d'une pellicule le fond du vase. Il est à noter que M. X... a été traité cette année à la Maison Dubois, qu'il y a été examiné par MM. Jaccoud et Cazalis. On a combattu la diarrhée par la viande crue, les lavements d'acétate de plomb et de perchlorure de fer. Si, toutefois, ces éminents praticiens ont soupçonné le substratum carcinomateux (ce que semblerait indiquer l'examen scrupuleux du rectum qu'ils ont pratiqué), ils se sont bien gardé de faire part de leur diagnostic au pauvre malade, qui, fatigué de la viande crue, est allé achever son congé dans ses montagnes. Nous devons ajouter, qu'à part l'amaigrissement, le teint est loin d'indiquer une cachexie. Rien que de normal du côté des poumons et du cœur. A la visite du 27 au soir, douleurs abdominales atroces. L'intestin grêle forme des bosselures appréciables à la vue et au toucher ; circonférence abdominale, 86 centimètres ; le malade est tellement faible qu'on ne peut songer qu'à des palliatifs.

28. Pouls 80, température axillaire 37,5, circonférence abdominale 81 centimètres.

3 heures soir. Pouls 104, température axillaire 38,1 ; douleurs atroces dans tout le dos, remontant jusqu'à l'épaule gauche.

29. Urine rouge brique, pouls 120, température axillaire 37,1, peau sudorale. Le ballonnement augmente. Le désaccord entre le pouls et la température est du plus fâcheux augure.

Mort à 2 heures 1/2 soir.

Autopsie le 30 octobre, 9 heures du matin. Présents, MM. Prud'homme, Jeaux et Challais.

Abdomen à l'ombilic, 90 centimètres. J'ouvre avec précaution le thorax et l'abdomen de manière à conserver les rapports. Rien d'anormal dans le thorax ; poumons rosés crépitants ; cœur bien musclé ; le cœur droit rempli de sang coagulé.

Abdomen. La surface du paquet intestinal est couverte d'une couche de matière fécale, et il y a plusieurs centaines de grammes de matière liquide au fond et dans les interstices des anses de l'intestin. Donc, il y a eu perforation qui s'est faite au plus tard le 28, si ce n'est plus tôt. La matière fécale a sidéré le péritoine, qui n'a pas eu la force d'organiser la moindre néo-membrane. Le bizarre est l'absence de vomissements, absence qui nous avait frappé dès le premier interrogatoire, ainsi que le défaut d'hémorrhagie. Une seule fois le malade se rappelait avoir eu une indigestion et des vomissements immédiatement après un repas. Le gros intestin, en totalité, offre le volume d'un intestin d'herbivore (12 centimètres de diamètre). Il contient beaucoup de gaz et de matière fécale de moyenne consistance, non moulée. Nous détachons avec précaution tout le paquet intestinal. L'intestin grêle ne contient que des gaz ; il est moyennement dilaté ; la muqueuse pâle. La dilatation du gros intestin se prolonge jusque dans le petit bassin, où elle cesse brusquement, à la hauteur du sacrum. Là, le doigt constate un rétrécissement dur enveloppant tout le calibre intestinal. L'S iliaque est détaché, ainsi que le rectum, jusqu'à la prostate y compris. Après avoir lavé l'intestin à grande eau, et constaté qu'il contient plusieurs kilogrammes de matière fécale, nous trouvons, sur la face externe du colon transverse et descendant, trois plaques violacées, gangréneuses, chacune du diamètre d'une pièce de cinq centimes. La perforation s'est faite sur la moyenne, à hauteur de la pointe de la rate, par conséquent à la jonction du colon transverse avec le descendant.

La perforation est à 80 centimètres de l'anus (l'intestin déployé) ; la rate est pâle, macérée, le foie petit. Si le gros intestin a cru considérablement en diamètre, il est aussi notablement allongé. Ainsi, bien que le rétrécissement intestinal soit logé dans le petit bassin, nous ne comptons pas moins de 22 centimètres entre sa partie inférieure et la prostate (le méso-rectum détaché). Le rétrécissement siége à la fin de l'S iliaque ; il est inaccessible au doigt, enveloppe complétement l'intestin ; le diamètre interne admet à peine une plume d'oie. C'est par ce pertuis que les parties les plus liquides des fecès passaient et simulaient la diarrhée. Le rétrécissement occupe en hauteur 4 à 5 centimètres, mesure en épaisseur de 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres ; il est constitué par un tissu dur, résistant, lardacé, blanc fibreux, le type, en un mot, du cancer cru.

Voilà donc la maladie qui a simulé, pendant un an, une diarrhée incoercible ; c'est un cancer annulaire de la fin de l'S iliaque. Le pauvre malade n'allait plus à la selle que par regorgement, absolument comme urinent les malades atteints de rétrécissements.

S'il n'y a pas eu de vomissements pendant la période d'occlusion, cela tient, selon nous, d'abord à ce que l'occlusion a été incomplète et progressive, puis à ce que le malade mangeait très-peu, ce qui prouve un estomac très-petit, et ensuite à ce que ce viscère se trouvait au-dessous et en arrière de la zone de compression. En effet, la dilatation portait surtout sur le gros intestin, et le colon transverse ayant son attache mésentérique au-dessous de l'estomac, ce dernier se trouvait en quelque sorte en dehors de la cause comprimante.

Nous avions bien songé, pendant le peu de jours que le malade est resté entre nos mains, à rechercher la cause et le lieu de l'occlusion à l'aide d'une sonde œsophagienne introduite par l'anus, puis à la tentative d'un anus artificiel (qui, dans le cas présent, eût dû être pratiqué à gauche si l'on eût voulu remédier efficacement à l'occlusion) ; mais le patient était tellement à bout de forces qu'il fut le premier à se refuser à toute tentative de notre part.

En résumé, cancer en anneau de l'S iliaque, occlusion intestinale progressive et incomplète simulant une diarrhée rebelle, tels sont les traits caractéristiques de cette observation, auxquels il faut ajouter que le malade n'a pas succombé par le fait de la cachexie ; mais a été prématurément enlevé par les effets mécaniques de la lésion.

Cette observation nous semble établir l'existence de l'occlusion intestinale incomplète graduée que je compare volontiers, dans ses effets, à certains barrages de cours d'eau d'Afrique, retenant scupuleusement les terres arrachées aux berges d'amont et laissant passer le liquide.

L'observation n° 2 nous montre la même variété d'occlusion siégeant à la partie supérieure du tube intestinal. Il n'y a pas, par conséquent, de rétention de matière, puisque l'estomac les expulse par le vomissement ; mais l'occlusion infra-pylorique incomplète n'en détermine pas moins une perforation au-dessus de l'obstacle, qui est, comme plus haut, un cancer annulaire ou presque annulaire à l'état cru.

Obs. II. — *Cancer infra-pylorique. Mort par perforation au-dessus de l'obstacle.*

F... (Mathias), 25 ans, soldat au 100e régiment, malade depuis mai 1860, revenu tout récemment de convalescence, est apporté à l'hôpital militaire de Belfort le 6 février 1861, à 4 heures du matin. Il n'y a plus de pouls radial ; peau froide, face cyanosée, douleurs abdominales atroces, abdomen tuméfié, ballonné ; régurgitation de matières couleur chocolat. Diagnostic : cancer de l'estomac ; perforation.

Mort le même jour, à 4 heures soir.

Autopsie, 23 heures après la mort. Présents : MM. Prud'homme et Carmouche, médecin du corps.

Sujet fortement musclé ; forte rigidité ; emphysème du scrotum, de la paroi abdominale et thoracique antérieures.

Rien à signaler dans le thorax, sinon des adhérences pleurales au tiers inférieur gauche.

Abdomen. Cavité péritonéale remplie de liquide noirâtre (2 litres), exhalant l'odeur de l'alcool : épiploon fortement graisseux ; teint en noir. L'intestin grêle a ses anses plaquées les unes aux autres, sans fausses membranes apparentes. Estomac allongé, cylindrique, présentant à sa face supérieure et à l'extrême droite une perforation circulaire de 4 millimètres environ, au niveau du pylore. En comprimant l'estomac, on fait sortir, par la perforation, un liquide semblable à celui qui est épanché dans l'abdomen. Au-dessous de la perforation, nous palpons une induration ovoïde. L'estomac, incisé par sa grande courbe, nous notons l'épaisseur des parois, qui est de 7 à 8 millimètres ; extrémité pylorique dilatée ; valvule effacée.

Immédiatement au-dessous, quatre ulcérations de 5 à 8 millimètres de diamètre, bords taillés à pic. Une seule, la supérieure, communique au dehors. Celle-ci et les autres, dont une remplie de sang, sont disposées en couronne, et creusées dans la partie supérieure d'une induration de consistance cartilagineuse, blanc-bleuâtre à la coupe, criant sous le scalpel (cancer cru mais plus avancé que le précédent, vu les ulcérations). Cette induration enveloppe presque entièrement le duodénum (dont le calibre est rétréci au tiers) d'un anneau incomplet de 3 centimètres de haut, irradiant dans le pancréas.

Notre second malade, comme le premier, a été enlevé par une perforation déterminée par les effets mécaniques de la lésion dont il était porteur depuis au moins un an. Il faut y joindre, comme cause accessoire, l'ivrognerie du sujet, qui eût pu durer plus longtemps en restant sobre.

Notre seconde observation peut se résumer ainsi : cancer duodéno-pancréatique initial, rétrécissant, mais n'obturant pas complétement le calibre intestinal ; réaction des parois muscu-

---

tience, d'érudition et de science. Il publia plus tard une autre *Notice sur l'Assistance publique à Paris*, spécialement au point de vue des secours à domicile, qui se fait remarquer, comme la première, par une grande érudition et des recherches aussi nombreuses que difficiles. Sur ces points, d'ailleurs, comme sur un grand nombre d'autres, le docteur Payen doit laisser, parmi ses manuscrits, des notes et des documents variés d'une très-haute importance.

Notre confrère allait tous les ans, pour des raisons de santé, aux bains de Saint-Gervais. Quand la Savoie fut réunie à la France, le gouvernement nomma Payen inspecteur de cette station thermale. Il ne faisait rien à moitié, et, dans toutes ses actions, il dépassait presque toujours le but, non par excès de zèle assurément, mais son honnête conscience ne lui laissait de repos que lorsqu'il avait accompli plus que son devoir. Ses rapports officiels sur les eaux de Saint-Gervais méritent d'être cités comme des modèles ; aussi l'Académie de médecine lui a-t-elle décerné une médaille d'or et un rappel de médaille d'or. Ce n'était pas assez, et il publie un *Essai sur les eaux de Louèche*, une *Notice sur les eaux minérales de Saint-Gervais*, une *Carte topographique de la vallée de Montjoye* et des environs des bains de Saint-Gervais, etc., ce n'est pas encore assez et voilà que, par amour de la science, il se met à ramasser, sur les eaux minérales d'Europe, la plus riche et la plus nombreuse collection qui existe, où il réunit, à côté des brochures les plus communes, les pièces les plus rares, les plus précieuses et quelques-unes introuvables, recueillant ainsi pour la science hydrologique, et à très-grands frais, les matériaux les plus abondants et les plus curieux.

Le docteur Payen a passé sa vie à former une bibliothèque qui, à coup sûr, est une des plus précieuses de Paris ; il n'avait ménagé à cela ni travail, ni argent. Au milieu des pièces les plus rares sur divers points de la médecine, de l'histoire, de la littérature, se rencontre un véritable joyau, c'est une collection 1° de toutes les éditions de Montaigne, les plus rares et les plus communes, jusqu'à l'édition de 1580, jusqu'à l'exemplaire de la reine Élisabeth, et 2° d'un très-grand nombre de livres ayant appartenu à Montaigne et qui portent, soit la signature, chose rare déjà, soit quelques lignes et quelques notes du célèbre écrivain, chose bien plus rare encore. Sur ce point, Payen était vraiment passionné, et rien ne lui coûtait pour satisfaire cette passion ; aussi pouvait-il se vanter d'être plus riche qu'aucun amateur, plus riche même qu'aucune bibliothèque publique. Nul ne connaissait mieux que lui le grand penseur, le magnifique écrivain du seizième siècle, et les notices, au nombre de 10 ou 12 qu'il a publiées à ce sujet, bien connues des amateurs et des savants, forment une collection très-difficile à réunir, très-recherchée et chèrement disputée dans les ventes publiques. Malheureusement Payen n'a pas rempli le but de toute sa vie, la mort l'a surpris au moment où il préparait une édition de Montaigne. Les littérateurs déploreront sa perte, car personne n'était, autant que lui, capable de commenter ce penseur profond, qui fut en même temps un admirable écrivain et l'un des créateurs de la langue française.

Payen était, par-dessus tout, un homme de bien, plein de conscience, esclave de ses devoirs et un praticien d'une rare loyauté. Il avait peut-être un peu trop pris de l'égoïsme raffiné de son auteur de prédilection ; mais, sous des apparences rudes et brusques, était au fond plein de dévouement et de bienveillance.

Il soignait ses malades comme ses propres enfants, les interrogeait et les examinait avec un soin méticuleux, les pansait lui-même et se dévouait d'une façon admirable, ne tenant compte ni de la perte de temps ni de ses propres fatigues. Il avait un esprit mordant et satyrique, fort analogue à celui de Gui-Patin ; comme lui, fort peu soucieux de la mode et des conventions, il avait un très-grand respect pour toutes les supériorités légitimes, sociales ou scientifiques. Il n'était nullement malveillant et jamais, à coup sûr, la nature de son esprit ne lui a fait commettre une méchante action. Payen possédait, nous l'avons déjà dit, une mémoire prodigieuse ; il savait beaucoup, il avait beaucoup lu et n'avait rien oublié ; c'était un livre toujours ouvert et qu'on pouvait consulter à toute heure, et sur les sujets les plus divers. Cependant, depuis quelques années, il se faisait des lacunes dans cette faculté autrefois si remarquable ; nous l'attribuions à l'usage de l'opium dont Payen faisait, tous les jours, une consommation énorme. Il n'est pas sûr que l'abus de ce médicament n'ait pas hâté sa mort, survenue le 7 février 1870.

Il était membre de la Société impériale d'agriculture, sciences et arts du département du Nord, de la Société littéraire de Lyon, de l'Institut génevois, de la Société des sciences naturelles de Bruges, etc., etc.

Dr H. Montanier.

laires de l'estomac, qui s'hypertrophient pour vaincre l'obstacle; ulcérations et mort par perforation.

Nous avons pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de rapprocher ces deux cas, qui nous semblent démontrer qu'un obstacle incomplet au cours des matières intestinales (en d'autres termes l'occlusion incomplète), à quelque hauteur qu'il soit placé, peut déterminer la perforation en amont et la mort à courte échéance, sans que la péritonite puisse ou ait le temps de s'établir.

GANGRÈNE DE LA VERGE

TRAITEMENT PAR LA CRÉOSOTE CAMPHRÉE. — GUÉRISON

Par M. le docteur LAVIT

Le 23 septembre 1869, je suis appelé en consultation auprès d'un homme âgé de 70 ans, encore fort et vigoureux, malgré son âge avancé. Il reçut, trois semaines auparavant, sur le bout de la verge, une légère contusion, produite par le mouvement irrégulier d'un bras de charrette. Ce petit accident était oublié, lorsque, huit jours après environ, il éprouva des symptômes de balano-posthite, causés par un petit bouton blanc, qui devint bientôt noirâtre et s'excoria, d'après le dire du malade.

Se croyant atteint d'une maladie vénérienne, cet homme cacha son mal pendant quinze jours, en se traitant à sa façon, ou d'après les indications de quelque médicastre, étranger à l'art de guérir. Mais voyant son mal empirer et prendre un aspect effrayant, le malade se décide à appeler deux médecins, mon père et moi, quinze jours après le début de ses accidents.

Nous voyons une verge amplifiée par un gonflement considérable ; la partie supérieure et gauche du prépuce et du gland présente une teinte noire très-prononcée et répand dans l'appartement une forte odeur de gangrène.

Ces parties sont insensibles, molasses, et, en soulevant cette moitié de prépuce privée de vie, nous voyons un cloaque rempli d'une matière grise, sale, mal liée, qui se répand sur le pourtour de la verge et s'écoule goutte à goutte. La partie inférieure du prépuce est gonflée, rouge, d'une dureté ligneuse, mais sans trace de point gangréné.

L'état général du sujet est assez bon, à part une insomnie complète depuis quelques jours ; l'appétit est conservé.

Le malade ne garde pas le lit; il s'assied, mais passe souvent d'un appartement dans l'autre pendant le jour.

Que faire en pareil cas? Je pensais déjà à l'amputation partielle de l'organe, lorsque, me rappelant les bons effets obtenus par la créosote camphrée et l'alcool, il y a deux ans, dans un cas de gangrène de la bouche (Observation publiée dans le *Bulletin de thérapeutique*, t. LXXIII, 9e livraison), je me décidai pour ce traitement médical en attendant la délimitation de la gangrène, que j'appelai *sénile*, affection incurable, pour laquelle un grand nombre de chirurgiens s'accordent à blâmer l'amputation.

Tout en portant un pronostic fort grave auprès de la famille, je je me mets vite en œuvre, excisant, autant que possible, jour par jour, des portions de gland et de prépuce mortifiées, et cautérisant ces surfaces noirâtres et putrides avec la créosote camphrée, d'abord pure, plus ou moins étendue d'alcool selon l'amélioration produite. Ces cautérisations ne produisaient pas de douleur sur les portions malades ; mais le liquide, en s'étendant, allait blanchir et impressionner vivement la partie inférieure droite du prépuce, qui présentait quelques excoriations.

L'excision des parties mortifiées, d'un noir foncé, faite avec la pince et les ciseaux, donnait une sensation de caoutchouc, surtout au gland, et nous faisait arriver sur des couches jaunes insensibles, sans trop oser poursuivre plus loin l'exploration, de peur d'enlever la paroi du canal de l'urètre et d'y faire pénétrer un liquide aussi irritant que la créosote. En même temps, nous prescrivons un régime tonique et fortifiant, plus du vin de quinquina, du sirop d'iodure de fer et une pilule d'opium, le soir, pour calmer l'insomnie.

Au bout de deux ou trois jours de ce traitement, trois cautérisations énergiques par jour, faites par nous alternativement, lavages fréquents avec vin aromatique et alcool camphré, faits par le malade même ou par son entourage; médication interne tonique et réparatrice ; régime bon et abondant; le malade perd l'appétit, ne dort pas (la pilule d'opium n'est pas continuée à cause de la constipation qui existe), offre un faciès mauvais, se plaint de dysurie et de cystite, l'état local ne s'améliorant guère, la gangrène gagnant à droite le terrain que nous lui disputions à gauche, et *vice versa*. Malgré notre découragement, conséquence de ce premier insuccès, je résolus de continuer assidûment notre labeur, et, après quinze jours de patience et de soins minutieux, disséquant petit à petit et cautérisant des tissus qui exhalaient une odeur repoussante, nous avons fait disparaître tout point gangréneux. Il n'est plus resté qu'une plaie de bonne nature, marchant peu à peu vers la guérison, qui a été à peu près complète le 18 octobre.

État de la verge. Plus de gonflement ; il ne reste que la moitié inférieure droite du gland ; l'autre portion a disparu, et le canal de l'urètre n'a que la moitié de sa paroi dans 1 centimètre d'étendue environ; la moitié supérieure gauche du prépuce a aussi disparu, à peu près dans la même étendue que le gland. L'orifice du canal ayant l'aspect d'une valvule, permet aisément la miction, mais l'urine se répand sur le pourtour de la verge si le malade n'a pas le soin d'écarter les parties molles voisines, qui vont obstruer l'ouverture de l'urètre. L'état général du malade est excellent; il commence à vaquer à ses occupations habituelles sans s'inquiéter de la petite infirmité qui lui reste, peu disposé à subir une opération de régularisation des parties si je la lui proposais.

Cette observation nous montre une fois de plus les ressources de la thérapeutique, alors même que tout semble perdu. Voilà deux succès produits par la créosote camphrée, employée contre des accidents de gangrène dans des régions différentes et chez deux sujets d'un âge opposé : gangrène de la bouche chez une enfant, gangrène de la verge chez un vieillard.

Cette dernière peut être considérée comme spontanée, en attribuant tout au plus un rôle de cause occasionnelle à la légère contusion reçue huit jours avant le début des accidents.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 2 février (1). — Présidence de M. ALPH. GUÉRIN.

Anévrysme poplité. — Signes d'embolie. Flexion intermittente exercée pendant dix-huit heures environ. — Guérison en cinq jours. — F... (Joseph), 46 ans, chapelier de profession, entre à Lariboisière, service de M. Verneuil, salle Saint-Louis, n° 7, le 10 décembre 1869.

Antécédents : Le malade dit n'avoir jamais eu d'attaque rhumatismale, ni de lésions syphilitiques. Sa profession l'oblige à rester debout une grande partie de la journée, et à faire de nombreuses courses.

Début : il y a quatre ans environ. Douleurs névralgiques, intermittentes, d'abord au niveau de la malléole interne. Il y deux ans, le malade s'aperçut d'une petite tumeur située à la partie inférieure de la cuisse, et qui, en un an, acquit la grosseur d'un œuf. Il vit alors qu'elle était pulsatile, et qu'elle augmentait légèrement par la marche.

Le 4 décembre 1869, ayant les pieds mouillés, il se chauffait devant le feu, lorsqu'il sentit tout à coup une douleur très-violente, une crampe subite dans le mollet, suivie de froid et de fourmillements dans le pied. Transporté chez un pharmacien, on lui fit des frictions avec l'alcool camphré, et comme les douleurs persistaient aussi intenses, on lui appliqua plusieurs sinapismes sur la jambe et sur la tumeur elle-même. Rentré chez lui, le malade trouva sa tumeur augmentée presque du double.

Les jours suivants, les douleurs continuèrent, beaucoup moins vives; les engourdissements du pied, les fourmillements, le froid, persistèrent aussi intenses, surtout quand le malade était couché, et malgré les frictions, les linges chauds et la ouate.

État actuel, 10 décembre. — Vers le cinquième inférieur de la cuisse droite, se voit une tumeur animée de battements isochrones aux battements du cœur. La main sent un léger mouvement d'expansion, et peut, par une pression lente et soutenue, diminuer un peu son volume. Elle occupe la partie antéro-interne de la cuisse, et la partie supérieure du creux poplité, de telle sorte qu'elle paraît s'être développée immédiatement au-dessous de l'anneau du grand adducteur. Pulsatile dans toute son étendue, elle l'est plus spécialement au niveau de sa partie antérieure. La consistance paraît plus ferme dans sa portion poplitée. Le stéthoscope permet de constater un souffle doux, unique, coïncidant avec la pulsation, et limité exactement à la tumeur. La peau, au niveau de la tumeur, est mobile, de couleur normale, et sans trace d'ecchymose. La compression de l'artère fémorale au pli de l'aine fait disparaître immédiatement l'expansion et le bruit de souffle, en même temps que le volume de la tumeur se réduit d'un quart environ. Pour obtenir ces résultats, une pression très-légère sur l'artère suffit parfaitement. Toute la jambe est froide; léger œdème au niveau des malléoles; menace de sphacèle. Les battements de la pédieuse et de la tibiale postérieure ont complétement disparu ; ils sont facilement constatables sur le membre sain.

L'examen du cœur ne révèle rien d'anormal. Les radiales ne sont pas dures au toucher, et le sphygmographe ne donne pas de plateau, ce qui exclut très-probablement l'état athéromateux des artères.

On porte le diagnostic suivant : anévrysme de la partie supérieure de l'artère poplitée. Le 4 décembre dernier s'est faite une oblitération embolique du tronc tibio-péronier, par un caillot parti de la tumeur, d'où menace de sphacèle de la jambe.

On enveloppe soigneusement la jambe avec de la ouate.

Pendant les premiers jours de janvier, voici quel était l'état du malade :

Le membre est redevenu chaud, il n'y a plus menace de gangrène de toute la jambe. Mais en découvrant le pied, on trouve l'extrémité du petit orteil sphacélée. Le travail d'élimination se fait sans que la gangrène s'étende davantage.

Quant à la tumeur elle-même, elle est unie, rénitente, ses parois paraissent épaisses; il semble qu'elle contienne une quantité notable de caillots actifs, condition favorable au point de vue de la guérison. Elle fait une saillie modérée sous la peau : en la mesurant aussi exactement que possible, on trouve qu'elle offre 7 centimètres dans le sens vertical, 13 dans le sens transversal, et que, limitée en haut par l'anneau du troisième adducteur, séparée en bas de l'interligne articulaire par une distance de 4 à 5 centimètres, elle soulève en avant le grand adducteur, est bridée en arrière par le tendon du demi-tendineux, et occupe la moitié interne du triangle supérieur du creux poplité.

Son volume a diminué d'un quart environ depuis l'entrée du malade, comme si l'oblitération du tronc tibio-péronier, après avoir exagéré subitement ses dimensions (ainsi que le raconte le malade), avait agi à la manière de la ligature de Brasdor, en favorisant la coagulation du sang et l'affaissement de la tumeur.

On remarque, comme on l'avait déjà fait à l'entrée du malade, qu'une compression très-légère de la fémorale suffit pour supprimer complétement les pulsations de l'anévrysme; puis, en imprimant au membre quelques mouvements, on s'aperçoit qu'une flexion assez modérée de la jambe rend l'anévrysme silencieux.

Ces circonstances font espérer une guérison facile, et M. Verneuil songe dès lors à employer la flexion comme principal moyen de traitement. On commencera, cependant, par la compression intermittente.

Pendant deux jours, le 13 et le 14 janvier, le malade fait lui-même la compression de la fémorale avec le sac de plomb, pendant 3 heures sur 24, et à trois reprises, sans résultat. Quelque simple que soit ce moyen, il est un peu douloureux, et n'offrirait sans doute aucun avantage sur la flexion. M. Verneuil se décide à employer la flexion seule, mais intermittente; et cela pour deux raisons : 1° parce que l'intermittence des séances de flexion doit rendre ce moyen nécessairement supportable; 2° parce que la flexion intermittente doit suffire à la guérison, étant données les conditions où se trouve l'anévrysme, et que le malade pourra ainsi se guérir en quelque sorte lui-même, et sans être astreint à un traitement rigoureux.

Le 15 janvier le malade fait, à trois reprises sur les 24 heures, une heure de flexion. La jambe est d'abord maintenue fléchie avec une courroie élastique ; mais celle-ci est bientôt abandonnée, car le malade préfère maintenir lui-même sa jambe au degré de flexion qui suffit pour supprimer les battements, et cela simplement en plaçant le pied sous la cuisse du côté sain. Pendant le premier quart d'heure, il sent un peu d'engourdissement, puis plus rien, jusqu'à ce que l'heure soit terminée.

Le 16, 6 séances séparées de flexion, de une heure chacune.

Le 17 au matin, on trouve, et le malade a remarqué lui-même, que les pulsations sont déjà plus faibles. Le 17, 6 nouvelles séances de flexion.

Le 18, comme il y a quelques douleurs dans la jambe, un peu d'empâtement et de sensibilité au-devant du tibia, on recommande au malade de se ralentir un peu, afin de n'être pas obligé d'interrompre le traitement. Le 18, 3 heures de flexion intermittente, environ. Une flexion beaucoup moindre suffit déjà pour supprimer les pulsations de la tumeur, qui est un peu réduite de volume. Dans l'intervalle des séances de flexion, le malade a la permission de se lever un peu, afin que le traitement soit aussi peu sévère que possible.

Le 19, toute pulsation a cessé dans la tumeur. Le malade a fait environ 18 heures de flexion intermittente depuis le 15 janvier. On prescrit un jour de repos au lit, afin de ménager les caillots récents.

Les jours suivants, on permet au malade de circuler dans la salle. Les battements ne reparaissent pas.

On constate, au côté interne de la cuisse, à 1 ou 2 centimètres au-dessus de la tumeur, les battements d'une collatérale. Ces battements sont évidemment extérieurs au sac, et on les suit sur une ligne verticale, jusqu'à 3 ou 4 centimètres au-dessus du condyle. On ne sent pas de collatérales au niveau du genou. Les battements n'ont pas reparu dans la pédieuse et la tibiale postérieure.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. TRÉLAT présente une femme atteinte de nécrose phosphorée, chez laquelle il fit l'extirpation totale de l'os maxillaire inférieur et diverses opérations complémentaires destinées à boucher des trous fistuleux. Cette femme porte aujourd'hui un appareil prothétique, et M. Trélat se propose de communiquer l'observation en entier dans la prochaine séance.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. GIRALDÈS présente un instrument écarteur des mâchoires fabriqué par M. Smith, de Londres, et destiné à tenir la bouche ouverte en même temps qu'il abaisse la langue chez les jeunes enfants, lorsqu'il s'agit de pratiquer la staphyloraphie.

La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

CORRESPONDANCE

MAISON DE SANTÉ DE CHARENTON

Charenton, le 26 février 1870.

A M. le Dr Le Sourd, directeur de la Gazette des hôpitaux.

Monsieur et très-honoré confrère,

J'ai appris avec regret qu'une des réflexions qui accompagnaient l'observation de folie partielle publiée par moi dans le numéro de la *Gazette des Hôpitaux* de mardi dernier avait paru laisser quelque incertitude sur mon opinion personnelle dans la question.

J'avais voulu laisser les faits parler d'eux-mêmes ; c'est pour cela que je m'étais abstenu de toute appréciation personnelle, et lorsque j'avais dit que la controverse était possible, c'était en me mettant au point de vue des récits inexacts colportés par les journaux non scientifiques, ou d'une insuffisante connaissance de la vérité. C'est pourquoi j'avais cru devoir la mettre, toute nue, sous les yeux du corps médical.

Si, au contraire, j'avais voulu abandonner cette réserve et formuler, en mon nom, une opinion pratique, rationnelle et motivée, je n'aurais pas hésité à dire :

Lorsqu'un malade présente l'ensemble des symptômes que présente M. X..., lorsqu'il vit depuis longtemps dans un isolement absolu, abandonné à tous les inconvénients qui découlent de son état de décadence intellectuelle, lorsque personne n'est à ses côtés, pour le défendre, lui, contre ses entraînements insensés et ses rêveries ruineuses, et pour défendre la morale publique contre les conséquences de sa déraison et sa perte du sens moral, le placement dans une maison de santé est non-seulement légitime, il est, de plus, utile et nécessaire.

Je n'aurais pas cru que mon observation pût laisser des doutes à cet égard ; puisqu'il s'en est produit, je m'empresse de les faire cesser.

Veuillez agréer, monsieur et très-honoré confrère, l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

Dr Ach. FOVILLE fils.

Le sénateur préfet de la Seine vient d'adresser aux maires des vingt arrondissements de Paris la circulaire suivante :

« Paris, le 20 janvier 1870.

« Monsieur le maire,

« Par une lettre en date du 25 février courant, je vous ai prié de prendre les mesures nécessaires pour l'installation, dans votre mai-

(1) Fin. — Voir le numéro du 22, 24 et 26 février 1870.

rie, d'un service de vaccination ou de revaccination au moyen de génisses à cow-pox, analogue à celui que l'administration générale de l'Assistance publique a organisé dans les salles de ses hôpitaux, et je vous annonçais que j'allais m'entendre, à ce sujet, avec le docteur Lanoix.

« Ce service général de vaccination commencera le mercredi 2 mars prochain, pour être fait pendant tout le cours de l'épidémie régnante, dans chaque mairie, à tour de rôle, et, à partir de cette époque, une génisse cow-pox sera conduite, par les soins du docteur Lanoix, dans les mairies, aux jours et heures ci-après indiqués :

« Le lundi : à 10 heures, pour le 10e arrondissement ; — à 11 heures, pour le 11e arrondissement.

« Le mardi : à 9 heures, pour le 8e arrondissement ; — à 9 heures 45, pour le 7e arrondissement ; — à 10 heures, pour le 16e arrondissement ; à 11 heures 1/2, pour le 15e arrondissement.

« Le mercredi : à 9 heures, pour le 4e arrondissement ; — à 10 heures, pour le 3e arrondissement ; — à 11 heures, pour le 2e arrondissement ; — à 11 heures 45, pour le 9e arrondissement ; — à midi et demi, pour le 1er arrondissement.

« Le jeudi : à 10 heures, pour le 14e arrondissement ; — à 11 heures, pour le 6e arrondissement ; — à midi, pour le 5e arrondissement.

« Le vendredi : à 10 heures, pour le 12 arrondissement ; — à 11 heures pour le 13e arrondissement.

« Le samedi : à 9 heures, pour le 18e arrondissement ; — à 10 heures, pour le 17e arrondissement.

« Le dimanche, à huit heures et demie, pour le 20e arrondissement ; — à 10 heures, pour le 19e arrondissement.

« Je vous prie, monsieur le maire, dès la réception de cette lettre, de vouloir bien vous entendre avec le bureau de bienfaisance de votre arrondissement, pour qu'aux jours et heures indiqués, l'un de ses médecins, ou deux si vous le jugez nécessaire, se tiennent très-exactement à la disposition du public dans une des salles de votre mairie, et je vous prie de vouloir bien donner à cette mesure toute la publicité désirable.

« Je vous prierai également, monsieur le maire, de prendre une note exacte du nombre des vaccinations et revaccinations qui seront faites dans votre mairie, avec distinction des adultes et des sexes, et de m'en adresser le relevé chaque semaine.

« Recevez, monsieur le maire, l'assurance de ma considération très-distinguée.

« *Le sénateur préfet de la Seine*,

« Henri Chevreau. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêt du 19 février 1870, le tribunal civil de la Seine a jugé, par interprétation de la loi de germinal an XI, que les pharmaciens de 2e classe ne peuvent avoir d'officine ouverte dans les départements où siégent les trois écoles supérieures de pharmacie.

— Par arrêté du 16 février 1870, pris de concert entre les ministres de la justice et de l'intérieur :

MM. Pbilis, secrétaire général du ministère de la justice et des cultes ; D'Auribeau, directeur général du personnel au ministère de l'intérieur ; Edmond Blanc, secrétaire général du ministère de l'intérieur ; Desmaze, conseiller à la cour impériale de Paris, ont été nommés membres de la commission instituée au ministère de l'intérieur, pour étudier les modifications que pourrait comporter la législation actuelle relative aux aliénés.

— Le conseil municipal de Paris a voté, dans sa séance du 25 février, sur la proposition de M. le sénateur préfet de la Seine, une allocation de 10,000 francs qui doit être affectée à l'organisation d'un service de vaccination gratuite dans chacune des mairies de Paris. M. le préfet a immédiatement donné des ordres pour que ce service pût être installé et fonctionner le plus tôt possible.

Les vaccinations pourront être faites dès le début dans plusieurs des mairies avec du vaccin de génisse, et la mesure sera rendue générale aussitôt que l'administration aura pu se procurer un nombre suffisant de ces animaux.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance à l'Hôtel-de-Ville le vendredi 4 mars, à trois heures et demie très-précises.

Ordre du jour : 1° Éloge de Grisolle, par M. Géry fils ; — 2° lecture sur les maladies mentales, par M. Motet ; — 3° note sur la pleurésie purulente, par M. Durozier.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 20 au 26 février 1870, donne les chiffres suivants :

Variole, 79. — Scarlatine, 1. — Rougeole, 30. — Fièvre typhoïde, 24. Érysipèle, 13. — Bronchite, 113. — Pneumonie, 176. — Diarrhée, 8. — Dysenterie, 1. — Choléra, ». — Angine couenneuse, 4. — Croup, 20. — Affections puerpérales, 12. — Autres causes, 881. — Total : 1,362.

Celui de Londres donne les chiffres suivants, du 13 au 19 février 1870 :

Variole, 10. — Scarlatine, 104. — Rougeole, 17. — Fièvre typhoïde, 21. — Typhus, 9. — Érysipèle, 6. — Bronchite, 335. — Pneumonie, 109. — Diarrhée, 20. — Dysenterie, 2. — Choléra, ». — Angine couenneuse, 3. — Croup, 26. — Affections puerpérales, 7. — Autres causes, 1,047. — Total : 1,716.

— L'établissement d'hydrothérapie d'Auxerre est à vendre, par suite de la mort du docteur Fontaine, directeur de cet établissement. S'adresser à Mme veuve Fontaine, à Auxerre.

Des causes de la mort à la suite des brûlures superficielles. Des moyens de l'éviter, par le docteur H. Baraduc. Paris, 1862, in-18 de 47 pages. — Prix : 1 fr. 50.

Le directeur, Dr E. Le Sourd

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois.. 16 — Un an..... 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 2 mars 1870.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance aux mouches : tel est le nom qu'on pourrait donner à la séance d'hier. A quoi sont bonnes les mouches? quel est leur rôle dans le monde? On s'est souvent fait cette question. Les curieux de la nature et tous les chercheurs en quête de but providentiel et de causes finales ont plus d'une fois jeté leur langue aux chiens, et sauf les mouches à miel et la cantharide, le reste n'a paru bon, jusqu'à présent, qu'à être voué à l'arsenic. On se trompait. Les mouches accomplissent une grande fonction dans la nature, celle de la dissémination. Que disséminent-elles? Le bien et le mal à la fois ou alternativement, la fécondité et la vie, la destruction ou la mort, suivant les circonstances. Nous n'avons pas à nous occuper pour le moment du bien qu'elles peuvent faire. Ce peut être, à coup sûr, un objet d'étude intéressant. Nous ne voulons parler que du mal qu'elles font.

L'un des plus grands griefs qu'on leur impute est la propagation du charbon. Il y a longtemps que ce soupçon pèse sur cette classe d'insectes ailés, et on les a rendus en grande partie responsables de la plupart des faits de transmission du charbon des animaux à l'homme. Quant à la transmission aux animaux, des uns aux autres, elle ne paraît avoir été que rarement invoquée jusqu'ici pour expliquer la propagation épizootique du charbon. M. Davaine a voulu avoir le dernier mot de cette question : il l'a demandé à l'expérimentation. Tel est l'objet de la lecture qu'il a faite hier à l'Académie.

Partant d'un fait qu'il avait déjà constaté, la propagation par les mouches de certaines maladies contagieuses des végétaux (autre méfait à mettre sur leur compte), M. Davaine a été conduit à étudier l'action particulière de ces insectes sur la propagation du charbon. Dans un précédent travail, communiqué à l'Académie en 1868, il avait déjà établi, par des expériences multipliées, qu'il suffisait de la millionième partie d'une goutte de sang infecté pour transmettre la maladie, et il exprimait dès lors la pensée que, dans les troupeaux, la contagion du charbon, si difficile à expliquer, pourrait souvent se faire de la même manière. C'est ce qu'il a voulu vérifier expérimentalement.

Une première série d'expériences a consisté à inoculer à des cobayes des portions de mouches se trouvant, au moment de l'inoculation, en contact avec du sang charbonneux. Le résultat a été positif. Les cobayes ont contracté le charbon. Mais ces expériences ne pouvant expliquer les faits dans lesquels la transmission était présumée avoir eu lieu un certain temps après le contact des mouches avec le sang charbonneux, il a fallu, pour répondre à ce second point de la question, instituer une deuxième série d'expériences réalisant ces conditions. De ce deuxième groupe, il est résulté que des mouches pouvaient inoculer le charbon trois jours encore après avoir sucé le sang d'un animal atteint de cette maladie.

Faut-il conclure de là que c'est par les piqûres de mouches que se produisent et se propagent les épizooties charbonneuses? Un instant. N'allons pas si vite. M. Davaine incline très-visiblement, sans doute, vers cette conclusion, et les faits que l'on trouve dans les relations d'épizooties, faits souvent singuliers et en apparence inexplicables par l'intervention des causes communes le plus habituellement invoquées, lui semblent pouvoir s'expliquer bien plus naturellement dans l'hypothèse de la transmission de l'élément contagieux par les mouches. Mais avant de conclure formellement d'expériences de laboratoire, faites sur une seule espèce, le cobaye, à ce qui se passe chez les grands animaux tels que ceux des espèces bovine et ovine, il y a encore bien des vides à combler, bien des conditions particulières à prendre en considération,

Aussi la communication de M. Davaine, extrêmement intéressante d'ailleurs et très-savamment exposée, a-t-elle rencontré quelque résistance de la part des vétérinaires de l'Académie. Quelques-unes des objections qui ont été faites à son système de contagion médiate avaient été prévues et très-habilement réfutées d'avance dans son travail. Mais il ne nous paraît pas que toutes soient aussi faciles à réduire, et M. Davaine a trouvé en MM. Leblanc, Bouley, Huzard et Colin des contradicteurs assez décidés. Quelques doutes et quelques observations sur divers points de cette communication ont été présentés aussi par MM. Gosselin et Depaul. Mais ce n'est là encore qu'une escarmouche... (honni soit qui mal y pense !) La discussion paraît devoir s'engager plus sérieusement sur ce sujet dans la prochaine séance, M. Bouley ayant déjà retenu la parole. Nous suivrons cette discussion avec tout l'intérêt qu'elle mérite.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Bucquoy.

Goutte chez un saturnin.

Par le docteur F. Bricheteau, chef de clinique de la Faculté de médecine.

(Observation lue à la Société médicale d'observation.)

J..., peintre en bâtiments, âgé de 36 ans, entre à l'hôpital de la Charité le 12 novembre 1866, service de M. Bucquoy.

Cet homme paraît fort et robuste; il est bien constitué. Toute sa vie, il a été bien portant, et n'a jamais fait de maladie. Son père étant peintre en bâtiments, il a appris de bonne heure cet état, et n'a jamais eu d'accidents saturnins, si ce n'est à l'âge de 20 ans, où il eut des coliques avec constipation, pendant 3 ou 4 jours. Les gencives ont cependant un liséré noirâtre caractéristique, et cet homme nous avoue qu'il ne prend guère de précautions contre des accidents qu'il ne redoute nullement.

Il n'est pas sujet à des troubles digestifs habituels; ses digestions sont bonnes, son appétit est modéré et il n'a jamais fait d'excès alcooliques. Jamais de syphilis.

Personne dans sa famille n'a été sujet à la goutte. Son père, qui toute sa vie a été peintre en bâtiments, a eu à diverses reprises des coliques violentes, mais jamais de douleurs articulaires. Il nous donne des renseignements précis sur la santé de ses grands parents, ses frères, ses oncles, et aucun d'eux n'a été sujet à cette maladie.

La première attaque de goutte est survenue il y a neuf ans; elle n'a atteint que le pouce de la main droite, qui a été le siége de douleurs pendant 8 à 9 jours; mais leur intensité n'a pas été très-grande, car cet homme a pu continuer son travail, et se servir de son pinceau.

L'année suivante, l'affection goutteuse se porte sur le gros orteil du pied droit, et envahit toutes les articulations des orteils de ce côté. Le malade n'a pu marcher et est resté au lit pendant trois semaines.

Ces deux manifestations de la goutte, comme toutes celles qui surviendront dans la suite, ont débuté brusquement sans prodrôme aucun, et toujours à la même heure pendant la nuit, entre deux et six heures du matin. Le soir, cet homme se couchait bien portant, et le matin il était réveillé par l'apparition des douleurs.

A la troisième attaque, les deux mains et les deux pieds ont été envahis simultanément. Ce n'est qu'à la quatrième que les grandes articulations, celles des genoux, des coudes, des épaules, ont été affectées; depuis, chaque fois les douleurs sont généralisées, mais elles débutent toujours par les petites articulations (doigts ou orteils).

Ainsi tous les ans, depuis neuf années, ce malade a eu une attaque de goutte aiguë, survenant toujours aux mêmes époques, soit le printemps, soit l'automne; les mois de novembre et décembre lui sont surtout funestes.

Dans l'intervalle, le malade ressent de temps à autre dans les articulations quelques douleurs vagues, mais qui ne l'empêchent nullement de travailler, bien que depuis les dernières attaques il lui soit resté de la roideur des articulations phalangiennes,

La dernière attaque qui l'amène à l'hôpital a débuté il y a quatre jours. Le pouce de la main droite est devenu douloureux et a augmenté de volume; néanmoins le malade continua son travail pendant deux ans; mais les douleurs devinrent intolérables et le gonflement des mains le força à entrer à l'hôpital.

État lors de son entrée. — Douleurs vives dans les deux mains et les deux pieds, plus intenses à droite qu'à gauche. Les grandes articulations ne sont pas encore prises.

Les deux mains sont le siége, à la face dorsale surtout, d'une énorme tuméfaction œdémateuse qui s'étend jusqu'au poignet. La peau est tendue, luisante, et offre l'aspect caractéristique de la pelure d'oignon. Les doigts ont un volume triple de l'état normal et forment des boudins volumineux avec des saillies au niveau des premières phalanges. Les mouvements sont impossibles. Les doigts ne peuvent être fléchis dans la paume de la main et restent dans l'extension, ce qui tient d'une part à la douleur, et de l'autre aux déformations articulaires, que nous décrirons plus tard.

On remarque, à la face dorsale du pouce et de l'annulaire gauche, des taches blanchâtres, de forme irrégulière, elliptiques, circulaires, de la largeur à peu près d'un bouton de chemise, tout à fait superficielles, si bien qu'elles ne paraissent pas recouvertes par la peau. Elles résistent sous l'ongle, donnent une sensation de dureté pierreuse; elles sont dues à des dépôts tophacés qui se sont fait jour à la surface de la peau, par un mécanisme que nous verrons plus tard se produire sous nos yeux.

Ses pieds ne sont pas encore tuméfiés, mais ils sont rouges et douloureux. Le malade accuse, en outre, quelques douleurs dans les épaules.

Le pouls est à 104. La température axillaire à 38,8. La peau est sèche, chaude. L'appétit est nul. Pas de céphalalgie.

Les organes thoraciques et abdominaux explorés ne révèlent rien d'anormal; le cœur est sain et n'est le siége d'aucun bruit de souffle. Aucun murmure dans les vaisseaux du cou.

Les urines sont claires et limpides, elles ne déposent pas de précipité. Il n'y a aucune trace d'albumine, ni par la chaleur, ni par l'acide nitrique.

Prescription. — Enveloppement des articulations malades avec de la ouate, imbibée de laudanum. Sulfate de quinine, 60 centigrammes en 2 prises. Chiendent nitré, 2 pots.

14 novembre. Douleurs violentes qui ont duré depuis onze heures du soir jusqu'à cinq heures du matin, et ont privé le malade de sommeil. Pouls, 104. En examinant le malade, nous remarquons que le sein gauche présente un engorgement appréciable. L'aréole présente un volume double de celle du côté droit, et par le toucher, on sent au milieu de l'empâtement une concrétion dure, résistante, non-douloureuse à la pression. La peau n'est pas rouge. Le malade dit qu'il y a cinq mois que le sein a commencé à devenir sensible, il a grossi peu à peu, mais sans lui causer de douleurs vives.

Il y a là, bien évidemment, une concrétion goutteuse; mais recherchons alors s'il n'y en a pas d'autres, notamment aux oreilles où on les rencontre si fréquemment; mais à cette région il n'y a pas la moindre trace, et nous ne trouvons qu'un petit noyau, situé à la face antérieure de la rotule gauche.

Traitement. — Sulfate de quinine, 1 gramme en 4 prises. Bicarbonate de soude, 2 grammes.

15 novembre. Les articulations des hanches sont très-douloureuses, à ce point que le malade est obligé de rester immobile dans son lit. La douleur a beaucoup diminué aux pieds, et le gonflement des mains est moindre. Sulfate de quinine, 1gr,20.

16 novembre. — Même état. Le pouls se maintient toujours entre 96 et 100 pulsations. Depuis hier le genou droit est tuméfié, douloureux; on y constate un peu d'épanchement. Continuation du sulfate de quinine à la dose de 1gr20.

17 novembre. — Les deux genoux sont pris; en revanche, les mains sont libres, et le malade peut imprimer quelque mouvements à ses doigts. Il y a un peu de sommeil depuis deux nuits. Sulfate de quininine, 1 gramme.

18 novembre. — Amélioration notable. Le pouls est à 88, les doigts sont dégonflés, les douleurs articulaires sont calmées, et le seul phénomène à signaler est la persistance d'un peu de liquide épanché dans les deux genoux. On prescrit les pilules suivantes :

Sulfate dequinine	0,15
Extrait de digitale	0,02
Extrait de colchique	0,05
Pour une pilule.	

Quatre par jour.

19 novembre. — L'analyse de l'urine, faite par M. Bonnefon, interne en pharmacie, donne les résultats suivants:

Urée	11,05
Acide urique	9,40
Chlorures, Sulfates, Phosphates	0,08
Pour 1,000 grammes.	

20 novembre. — Il reste quelques douleurs dans les pieds, et le genou gauche présente encore un peu d'épanchement. Un vésicatoire est appliqué au genou. Le lendemain matin, la sérosité a été recueillie dans un verre de montre : on y a versé quelques gouttes d'acide acétique, on y a mis plusieurs fils baignant dans le liquide, et tout a été laissé sous une cloche de verre.

Deux jours après, les fils ont été retirés et examinés au microscope; alors on a pu voir facilement qu'ils étaient recouverts de cristaux d'acide urique. Ce procédé si simple, qui permet de reconnaître la présence de l'acide urique dans la sérosité, est connu sous le nom d'épreuve du fil, que lui a donné son inventeur Garrod.

23 novembre. — L'amélioration continue ; il n'y a plus de douleur que dans les orteils. Le sommeil est à peu près revenu et l'appétit est assez bon. Les pilules dont nous avons donné la formule sont toujours continuées.

25 novembre. — Le malade se sent bien mieux et n'accuse plus de douleurs, mais il ne peut encore quitter le lit. C'est alors que nous constatons à la face dorsale de la dernière articulation phalangienne du petit doigt de la main droite une petite tumeur rouge à la surface, laissant voir un contenu blanchâtre et donnant une fausse sensation de fluctuation. Une incision faite avec une lancette ne donne issue qu'à quelques gouttes de sang, mais les jours suivants on fait sortir par la pression une bouillie blanchâtre, crayeuse, qui, examinée au microscope, renferme de nombreux cristaux en aiguilles d'urate de soude, qui, traités par l'acide acétique, donnent des cristaux d'acide urique.

Il sort aussi par l'orifice de la matière analogue pendant cinq à six jours, et nous voyons se former sous nos yeux une plaque blanchâtre analogue à celles qui existent sur la face dorsale de l'index de la main gauche.

Le 1er décembre, ce malade, qui allait bien, est repris, sans qu'il ait quitté son lit, de douleurs dans les poignets, sans gonflement aucun. L'appétit est diminué; le pouls et à 9,2. On lui prescrit 60 centigrammes de sulfate de quinine en deux doses.

2 décembre. — Les douleurs ont envahi ce matin le pied gauche; le pouls est à 96. Sulfate de quinine, 1 gramme.

Les jours suivants, toutes les articulations deviennent douloureuses, aussi bien aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs; mais elles sont modérées, supportables.

6 décembre. — On découvre, en auscultant le malade, au niveau du sternum, à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen, une tumeur de la grosseur environ d'un œuf de poule, La peau qui la recouvre est rouge, tendue. Par la palpation, on sent une tumeur dure. comme osseuse, à grand diamètre transversal, douloureuse à la pression. Cette tumeur est adhérente au sternum, et nous n'hésitons pas à diagnostiquer une périostose de nature goutteuse. Le malade nous raconte alors que c'est la seconde fois qu'il éprouve ce phénomène morbide. Il y a un an, il a eu la même tumeur, qui a disparu quelque temps après la cessation des douleurs.

A ce moment seulement, bien que l'examen en ait été fait plusieurs fois, nous constatons un souffle anémique à la base du cœur et dans les vaisseaux du cou. Le malade prend tous les jours 1 gramme de sulfate de quinine et 4 grammes de bicarbonate de soude.

9 décembre. — Il n'y a plus de douleurs. La tuméfaction présternale et la rougeur de la peau ont disparu; mais on sent toujours à ce niveau une tumeur osseuse, dure, de la grosseur d'une petite noix.

Le 10 décembre on suspend tout traitement, et l'on commence le benzoate de soude à la dose de 60 centigrammes. Ce médicament est bien supporté, et l'on augmente progressivement jusqu'à 2 gr.50.

Le 26 décembre, c'est-à-dire le quinzième jour de ce traitement, on fait analyser l'urine de ce malade, et l'on constate que l'acide urique a diminué en proportion notable; la quantité n'est plus que de 30 centigrammes au lieu de 40 pour 1000, et qu'il s'y trouve de l'acide hippurique en assez grande abondance; malheureusement, ce dernier produit n'a pu être dosé.

Ayant quitté le service au 1er janvier, ce médicament n'a pas été continué; mais nous avons suivi le malade, qui est resté longtemps faible et sans pouvoir quitter le lit. Ce n'est qu'au mois de mars qu'il a commencé à marcher facilement; et lorsqu'il a quitté l'hôpital, au mois d'avril, il était dans un état relativement satisfaisant; mais les articulations des doigts sont restées raides et déformées; les deux pouces et les indicateurs sont surtout gênés dans leurs mouvements de flexion. Néanmoins le malade vient reprendre son travail, et dit qu'il pourra tenir son pinceau.

Cette observation peut se résumer en quelques lignes : accès de goutte aiguë, répétés, chez un peintre en bâtiments, La présence de l'affection goutteuse chez un homme de cette profession, non prédisposé par les antécédents héréditaires, fait tout l'intérêt de ce fait.

Ce n'est que tout récemment, en 1854, que Garrod signala l'influence de l'intoxication saturnine sur le développement de la goutte. Cette assertion, étrange au premier abord, qui choquait les opinions admises jusqu'ici sur la transmission des affections diathésiques, bien qu'il ne nous répugne nullement d'admettre des diathèses acquises, était basée sur un assez grand nombre de faits, et fut bientôt confirmée par d'autres médecins anglais, et Garrod en donnait une explication toute simple. Ayant examiné le sang de douze individus atteints d'une maladie de plomb bien déterminée, dont dix n'avaient jamais eu la moindre attaque de goutte, il y trouva de l'acide urique en excès. D'après ces résultats, l'intoxication saturnine aurait donc ceci de commun avec la goutte, qu'elle produirait, comme cette dernière, l'altération du sang par excès d'acide urique, et Garrod, dans son *Traité de la goutte*, parmi les causes prédisposantes de cette maladie, range l'imprégnation saturnine.

Cependant une objection sérieuse a été faite. On sait combien la goutte est fréquente en Angleterre, à Londres surtout, dans la population ouvrière. La prédominance du régime animal, l'usage habituel, et trop souvent l'excès, de certaines bières fortes, telles que le porter et le stout, placent les ouvriers dans des conditions hygiéniques toutes spéciales qui expliquent le développement de la goutte, et il est bien difficile de démêler la part d'influence qui revient au plomb et à l'alimentation. Il fallait donc vérifier le fait dans les autres pays, où la goutte ne sévit que par exception sur les populations ouvrières. Christison a fait une enquête chez les ouvriers saturnins, et n'a trouvé que très-rarement les affections goutteuses chez eux.

En France, M. Charcot, qui a publié en 1863 un excellent mémoire sur ce sujet, n'avait observé qu'un seul fait de ce genre. L'observation que nous avons rapportée offre beaucoup de ressemblance avec celle publiée par le médecin de la Salpêtrière, et doit prendre place à côté; mais il n'en reste pas moins démontré que les affections goutteuses sont très-rares en France chez les saturnins.

Notre malade, on ne peut le nier, était un type de goutteux. A l'origine, la maladie ne se manifestait qu'aux petites jointures des extrémités inférieures; mais lorsqu'elle atteignit les grandes articulations, les attaques devinrent périodiques, et l'on peut dire qu'actuellement la maladie est continue, puisqu'il reste des lésions persistantes. Il suffirait, du reste, de voir les déformations des doigts de cet homme pour reconnaître la caractéristique de la goutte depuis les nodosités, articulation à surface plane comme polygonale, jusqu'aux cicatrices blanchâtres indiquant que des concrétions goutteuses s'étaient fait jour au dehors. Si les dépôts tophacés des oreilles faisaient défaut, en revanche on observait des concrétions à 12 mamelle gauche, au genou gauche, et nous avons vu une périostite goutteuse se produire sous nos yeux.

La quantité d'acide urique trouvée dans la sérosité du vésicatoire montre aussi d'une façon évidente qu'outre les signes cliniques de la goutte vraie, il y avait cet état du sang et du liquide de l'économie si caractéristique qui a fait dire que la goutte n'était qu'une des manifestations de la diathèse urique.

DE L'EMPLOI DE LA SUCCION

DANS LE TRAITEMENT DES PLAIES ENVENIMÉES, AVEC OBSERVATIONS A L'APPUI DE CETTE MÉTHODE.

Par M. le docteur A. Viaud-Grand-Marais,
professeur à l'École de médecine de Nantes.

Faire sortir le plus tôt possible le poison de la plaie où il a été versé est une des premières indications qui se présentent à l'esprit dans le cas de morsure de serpent, et cette indication est tellement précise qu'elle a été saisie par les guérisseurs de tous les pays et dès la plus haute antiquité.

La succion des plaies envenimées faisait tout le mérite des *ophiogènes* de l'Hellespont, qui prétendaient tenir leur vertu de leur origine, et qui exposaient, dit-on, leurs enfants à la morsure des animaux les plus venimeux pour s'assurer de la fidélité de leurs femmes, des *psylles* du nord de l'Afrique, dont la salive passait pour un contre-poison du venin, et des *marses* de l'Italie méridionale se prétendant issus de Circé, et, depuis le christianisme, parents de saint Paul.

Ne hercule scientiam præcipuam habent hi, écrit Celse, *sed audaciam, usu ipso confirmatum. (De re medica.)*

De nos jours, les *curados de calubras*, de Tuxpan, dont M. le docteur Jacolot raconte l'histoire, dans un curieux article publié en 1867 par les *Archives de médecine navale*, emploient le même moyen comme principal remède contre la morsure des dangereux serpents du Mexique. Ils disent que seuls ils peuvent sucer sans danger les piqûres de crotale, et attribuent leur impunité aux inoculations qu'ils ont précédemment subies.

Les panseurs de la Martinique pratiquent l'aspiration du venin du fer de lance à l'aide de petites courges, dans lesquelles ils font le vide et dont ils se servent comme de ventouses.

La ventouse, si on l'avait toujours sous la main, pourrait, en effet, dans un grand nombre de cas, remplacer les lèvres.

Mais le venin est sans danger déposé dans la bouche ou introduit dans l'estomac, pourvu que la muqueuse ne soit point excoriée.

Un certain Jacob, preneur de serpents, cité par Redi dans les *Observationes de piperis*, faisait le pari d'avaler impunément une cuillerée de venin et gagnait sa gageure.

Bien d'autres expérimentateurs depuis Redi ont avalé impunément du venin ou en ont introduit sans aucun résultat dans l'estomac de divers animaux.

Des pigeons et des poules ont cependant été tués par le poison pris à l'intérieur, mais il ne faut pas oublier que les gallinacés avalent de petits cailloux et autres corps durs pour broyer les graines dont ils font leur nourriture habituelle et qu'ils peuvent ainsi s'éroder facilement la muqueuse du tube digestif, quelque résistante qu'elle soit chez eux.

Lucain montre, dans sa *Pharsale*, qu'il connaissait aussi lui l'innocuité du venin introduit dans l'estomac de l'homme.

Les soldats de Caton arrivent mourant de soif près d'une source infectée de reptiles, et n'osent s'y désaltérer. « Ne craignez rien, leur dit leur général, qui, du reste, dans ses expéditions en Lybie se faisait toujours suivre d'un psylle : *Morsu virus habent et sutum dente minantur; pocula morte carent.* Et il but le premier liquide supposé vénéneux.

Par excès de prudence, l'opérateur qui pratique la succion peut cracher toutes les fois qu'il applique ses lèvres sur la plaie.

Dans ces conditions, c'est une des plus sûres méthodes, si on en fait immédiatement usage. *Venenum serpentum*, dit encore Celse, *non gustu, sed in vulnere nocet. Ergo quisquis, exemplum psylli secutus, id vulnus exsuxerit et ipse tutus erit et tutum hominem præstabit.* Il est rare que quelques ulcérations de bouche empêchent d'y recourir.

En 1858, C..., âgé de 34 ans, et demeurant aux environs de Blain (Loire-Inférieure), fut mordu par une vipère commune de couleur rouge, pendant qu'il saisissait dans ses mains une gerbe de blé. Arrivé, au moment même, le docteur Sortais plaça une ligature et suça la plaie qui siégeait au pouce droit, puis il conseilla l'alcali en applications locales et en boisson. La piqûre suivit la marche des plaies simples, et le lendemain le malade était complétement guéri.

A la fin du mois de juillet 1855, Mme G... étant à sa campagne des Granges de Villeneuve (commune du Bignon), entendit, vers une heure de l'après-midi, des cris déchirants poussés par son neveu et sa nièce qu'elle savait occupés à jouer dans le jardin. Elle trouva les deux enfants tellement effrayés, qu'elle ne put tout d'abord se rendre compte de la cause de tout ce bruit. Enfin, elle finit par comprendre que le petit garçon, âgé de 7 ans, avait voulu prendre de la main gauche une vipère, et que le reptile l'avait mordu à l'extrémité du pouce, où se voyaient deux piqûres saignant à peine.

Mme G... m'avait souvent entendu dire que si l'on pouvait, dans les premiers moments de la morsure des serpents, exercer sur la partie mordue une énergique succion ou appliquer une ventouse, on éviterait les dangers bien connus de ces blessures. Elle n'hésita pas un seul instant, et suça de toute sa force le pouce du petit blessé pendant environ un quart d'heure, puis elle crut bien faire en appliquant une ligature sur le milieu de la première phalange de ce doigt. Pendant ce temps, la jeune fille, âgée de 9 ans, n'avait cessé de pleurer, et même de crier. Mme G... apprit seulement alors, qu'après l'accident de son frère, elle avait voulu saisir à son tour la vipère, et avait été mordue au niveau de la partie moyenne du premier métacarpien gauche, où il n'existait qu'une piqûre. Mme G..., pensant que le venin était déjà absorbé, plaça une ligature fortement serrée à la partie moyenne du bras, et m'amena les deux enfants mordus depuis environ quatre heures. Le garçon ne présentait pas le moindre accident local ou général. J'enlevai le lien et je n'eus plus à m'en occuper. Quant à la jeune fille, son avant-bras et sa main avaient presque doublé de volume; cet œdème était rétinent, élastique. De larges taches bleuâtres couvraient tout le membre jusqu'à la ligature que je détachai. Je prescrivis à la malade d'abondantes boissons chaudes aromatiques, et du vin en aussi grande quantité qu'elle pourrait le supporter. Pendant la nuit, fièvre forte, nausées, transpiration. Le lendemain, l'état général devint meilleur, le gonflement s'étendit jusqu'à l'aisselle, ainsi que les pétéchies qui prirent une teinte plus foncée. A partir de ce moment, la fièvre, les nausées, la faiblesse disparurent peu à peu, mais le gonflement persista toute la semaine, et quinze jours après on voyait encore des taches livides ayant fini par prendre toutes les teintes de l'ecchymose. (Le docteur Chenantais, professeur de pathologie externe à l'École de médecine de Nantes.)

Ce double fait est d'autant plus remarquable que la jeune personne offrait deux conditions devant rendre le venin moins actif pour elle que pour son frère : elle était plus âgée et fut mordue la seconde, c'est-à-dire quand la vipère était déjà privée d'une partie de son poison. Chez le petit garçon comme chez C...., la succion immédiate a enlevé à la plaie ses caractères spécifiques et empêché l'envenimation de se produire.

M. Meynier nous a communiqué les trois cas suivants d'emploi de la succion contre la morsure de la vipère, recueillis à la Marne (Loire-Inférieure). L'aspiration du venin, quoique un peu tardive chez deux des blessés, a cependant eu des résultats heureux.

Le 19 mai 1866, François R..., âgé de 9 ans, traversait avec son père un champ de trèfle, vers six heures du soir, quand il fut mordu au bas de la jambe droite par un reptile. Je ne le vis qu'une demi-heure après l'accident. Le membre siége de la piqûre était enflé jusqu'à l'aine, et les empreintes des crochets s'y distinguaient difficilement. Les maux de cœur et les syncopes ne s'étaient pas encore manifestés. La mère poussait des cris lamentables. Je l'assurai qu'elle pouvait, sans danger pour elle, sauver son fils en suçant sa blessure, et qu'une compresse d'alcali achèverait la guérison. Elle me refusa net.

Indigné de la froideur avec laquelle avait été accueillie ma proposition, j'appliquai mes lèvres sur la plaie et je la suçai avec énergie sans reconnaître le goût du venin, ni me préoccuper de celui de la crasse. Je plaçai ensuite une compresse d'ammoniaque sur la piqûre et je mis quelques gouttes de ce liquide dans un verre d'eau, que je fis boire à l'enfant. Le blessé fut alors conduit chez le docteur Martin, qui approuva le traitement provisoire, et engagea R... à lui ramener son fils.

Le lendemain, je me rendis près du petit malade pour savoir ce qu'en pensait le médecin. On avait négligé de retourner chez lui, les parents ayant préféré recourir au rebouteur. Je vis que ma présence le gênait et je me retirai. L'enfant eu un léger mouvement de fièvre et l'enflure gagna les cuisses, puis elle disparut, et les piqûres se fermèrent après avoir offert un peu de suintement. Au bout de huit jours, le petit R... retournait à l'école.

Par une coïncidence singulière de date, le 29 mai 1867, pareillement à six heures du soir, Mélanie M..., âgée de 9 ans, du village de Brandais, marchant pieds nus sur le milieu de la grande route, fut mordue par une petite vipère. Son frère consentit à sucer le pied blessé (vingt minutes après l'accident). J'agrandis ensuite les piqûres avec mon canif, et je plaçai dessus une compresse d'alcali. Puis, après avoir donné à l'enfant quelques gouttes d'ammoniaque dans un verre d'eau, je la conduisis à Machecoul près du docteur Fortineau, qui débrida la plaie plus largement et prescrivit un liniment ammonional. Je recommandai au père de ne pas employer d'autres remèdes que ceux du médecin, et je l'engageai à venir me donner des nouvelles. Il n'en fit rien. J'ai su depuis qu'il était allé à Bouaye chez un guérisseur, et que, ledit guérisseur étant mort, sa veuve avait ordonné certaines herbes en lotions et en fumigations. La jambe enfla jusqu'à l'aine; la fièvre fut nulle ou à peu près; il n'y eut ni maux de cœur, ni syncope, et le huitième jour, l'enfant était entièrement guérie. »

Ainsi, vingt minutes après la morsure, la succion n'arrête point la tuméfaction, mais elle peut encore empêcher le venin d'infecter l'économie toute entière.

Pierre H..., chantre, âgé de 30 ans et d'une bonne constitution, fut mordu au pied droit, dans son aire, par un aspic. Le fait se passait au mois de juillet dernier.

Un ami et le fils du blessé sucèrent courageusement la plaie pendant trois quarts d'heure. La ligature peut être considérée comme nulle, ayant été pratiquée après certaines considérations cabalistiques avec un *cheveu de femme!* Des scarifications avaient été faites sur la plaie à l'aide d'un rasoir et suivies d'une application de gousses d'ail écrasées.

Un de nos amis, professeur d'histoire naturelle, fut cruellement mordu par une vipère à laquelle il avait enlevé les crochets quelques jours auparavant. La scène se passant devant un étranger, notre ami remit le reptile dans sa cage sans manifester d'émotion, et suça son pouce avec force pendant quelques minutes; il en exprima ensuite parfaitement le sang comme d'une piqûre d'aiguille, et dès le soir il ne ressentait plus la moindre douleur au doigt. Il constata depuis qu'il avait laissé à la vipère un crochet d'attente, qui s'était ankylosé.

Nous avons toujours sauvé les pigeons mordus par des vipères dont nous avons sucé nous-mêmes immédiatement la plaie, et il ne nous est jamais rien arrivé de fâcheux de cette opération,

quoique dans une de nos expériences, nos gencives fussent fongueuses et saignantes.

Nous considérions donc la succion comme parfaitement inoffensive pour l'opérateur, quand nous fûmes mis sur la trace du fait suivant :

J..., cordonnier à Ancenis, passait, le 7 mai 1867, dans une rue où se trouvait déchargée une charretée de fagots; deux vipères en étaient sortie et se chauffaient au soleil; ne les voyant pas, il marcha sur l'une d'elles, qui se redressa pour s'enrouler autour de sa jambe. C'est alors qu'un mouvement instinctif lui fit saisir le reptile de la main gauche, pour s'en débarrasser. Mais déjà il avait été mordu au doigt, qu'il se mit à sucer; puis il l'exposa à la lumière d'une petite lampe et le lia au-dessus de la plaie.

Ces premières précautions prises, il court chez trois médecins sans en rencontrer un seul, et ce ne fut qu'au bout d'environ vingt minutes que le docteur Hautreux le trouva vomissant en abondance.

J'arrivai trois heures après. Le membre mordu, le cou, la tête, la langue et l'arrière-gorge offraient une tuméfaction des plus inquiétantes. Déjà des lotions d'alcali avaient été faites, et un litre de quinquina, prescrit par mon confrère, était absorbé; les amis qui entouraient le malade jugeaient qu'on n'en pouvait trop donner.

L'engorgement augmentait toujours; tout le côté gauche se prenait; J... était dans une anxiété et une agitation indicibles, et d'autant plus déraisonnable qu'il était complétement ivre. J'obtins néanmoins qu'on diminuât la quantité de vin, et je me bornai à des fomentations émollientes sur les parties engorgées et à des dérivatifs intestinaux.

Je fis délier le doigt qui menaçait de se sphacéler, et je fus assez heureux pour voir les accidents du côté de la bouche céder et être suivis de la diminution graduelle des autres. Puis il ne s'est plus rien passé qui ne se passe habituellement dans les empoisonnements de cette nature, et le malade a parfaitement guéri. (Le docteur Puybaraud.)

Quoique J.... ne se souvienne pas d'avoir eu d'écorchure dans la bouche, il nous paraît impossible qu'il n'ait pas eu quelque apthe ou autre solution de continuité à la muqueuse buccale, le venin, avons-nous dit, étant sans action quand l'épithélium est intact.

Nous n'avons pu recueillir, dans notre pays, aucun autre fait analogue à celui de J.... (1).

Un malade de M. le docteur Bourdin, de Sainte-Pazanne, François R..., ayant été, le 21 avril 1862, mordu au pied, a offert des accidents presque immédiats à la face, et en particulier, un gonflement inquiétant de la langue et des lèvres; mais bien entendu, ils n'étaient pas dus à la succion. Le malade avait une plaie récente à la lèvre inférieure, et dans son trouble, il y avait par inadvertance porté le doigt, après l'avoir mis sur la piqûre.

Nous croyons donc qu'en cas de morsure de serpents venimeux (vipères, crotales, najas, etc.), on peut sans crainte pratiquer la succion pour le plus grand avantage du blessé, à moins de plaie de la bouche. *Qu'on suce sur ma foi et je réponds de tout*, disait avec raison Marc-Aurèle Séverin.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 1er mars 1870. — Présidence de M. Denonvilliers.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° trois rapports d'épidémie, par M. le docteur Lemaire (de Dunkerque), M. le docteur Chantreuil (de Cambrai), et par le médecin des épidémies de l'arrondissement de Niort; — 2° les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné pendant l'année 1869 dans les départements de l'Ain, de l'Orne, du Gard, du Maine-et-Loire et des Vosges (commission des épidémies); — 3° des rapports sur le service médical des eaux minérales de Lamalon (Hérault), par M. le docteur Privat, de Vichy, par M. le docteur Dubois (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

Elle comprend : 1° des lettres de MM. les docteurs Desormeaux, Maurice Perrin, Léon Lefort, qui se présentent comme candidats pour la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale; — 2° une lettre de M. le docteur Roussin, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section de pharmacie; 3° une lettre de M. le docteur Bertillon, par laquelle il se désiste de sa candidature pour la place vacante dans la section des associés libres; — 4° deux notes de M. le docteur Chevalier (de Provins) : l'une relative aux causes de la mortalité des nouveau-nés (commission des nourrissons; l'autre, concernant la conservation du vaccin (commission de vaccine); — 5° une observation d'iléus guéri à l'aide d'un courant induit, par M. le docteur Macario, de Nice (commission : MM. Richet et Alph. Guérin); — 6° Une note sur la rage, par M. le docteur Matton Bouzonville (commission de la rage).

M. Larrey dépose sur le bureau un certain nombre de recueils, de revues, de journaux de médecine pour l'année 1869.

M. le secrétaire annuel rappelle qu'à dater de ce jour, 1er mars, les travaux adressés pour le concours des prix de l'année 1870 ne sont plus admis.

RAPPORTS

M. Chevallier lit, au nom de la commission des eaux minérales, une série de rapports officiels sur des demandes en autorisation d'exploiter de nouvelles sources pour l'usage médical.

Les conclusions de ces rapports sont adoptées sans discussion.

LECTURE

Contagion du charbon. — M. Davaine donne lecture d'un mémoire sur la contagion du charbon chez les animaux domestiques (Voir le Premier-Paris).

M. Gosselin regarde comme démontrée par les expériences de M. Davaine, la question de la transmission du virus charbonneux aux animaux par des mouches. Cependant il ne voudrait pas que l'on abusât de ces expériences pour conclure trop facilement à la transmission dans l'espèce humaine. Il y a des raisons de penser que la propagation de la maladie charbonneuse à l'homme est plus difficile, surtout s'il existe entre l'animal charbonneux et l'homme une distance assez grande, pour que, pendant le trajet, la mouche ait le temps de se débarrasser du virus charbonneux qu'elle transporte avec elle.

C'est par erreur de diagnostic que l'on a cru souvent à l'existance de la pustule maligne dans des cas où il s'agissait seulement de maladies ayant quelque ressemblance avec la précédente, par exemple, certains furoncles, certaines pustules d'ecthyma, certains érysipèles, où l'on rencontre parfois une petite eschare supportée par un engorgement inflammatoire plus ou moins considérable, et entourée d'une auréole de petites vésicules. Il faut, désormais, avant de se prononcer sur la nature de la maladie, avoir recours à tous les moyens que l'on possède aujourd'hui pour éclairer le diagnostic. examen microscopique et recherches des bactéridies, expériences sur les animaux auxquels on inocule la sérosité de la vésicule ou des parcelles de l'escbare.

M. Gosselin demande à M. Davaine si le virus charbonneux desséché comme il l'est dans la peau d'animaux qui ont subi diverses préparations, peut être également transmis par les mouches soit aux animaux, soit à l'homme.

M. Davaine répond qu'il a inoculé à des cobayes du sang charbonneux, desséché depuis 18 mois, et qu'il a fait naître le charbon chez ces animaux.

M. Leblanc affirme, contrairement à l'opinion de M. Davaine, que la généralisation du charbon chez les animaux est due, non pas à la propagation par les mouches, mais au développement spontané par suite de conditions particulières aux localités où la maladie s'est manifestée, telles que constitution médicale, température atmosphérique, conditions de régime, etc. Cela est si vrai, qu'il suffit de faire émigrer les troupeaux dans d'autres localités, ou de changer les conditions du régime pour voir les épizooties disparaître. Si les mouches étaient les agents de transmission, l'émigration n'arrêterait rien, car les mouches en suivant les troupeaux transporteraient partout le mal avec elles. Les cultivateurs intelligents savent aujourd'hui arrêter les épizooties charbonneuses, soit en faisant émigrer leurs troupeaux, soit en changeant les conditions de leur régime; si bien que dans des fermes où l'on voyait les bergeries et les vacheries décimées par le charbon, d'heureuses et intelligentes réformes hygiéniques ont aujourd'hui banni la maladie. Ainsi, sans révoquer en doute le mode de transmission par la contagion, M. Leblanc déclare que pour lui, la cause la plus ordinaire des grandes épizooties est le développement spontané du charbon sous l'influence de conditions hygiéniques et morbides déjà indiquées.

M. Davaine répond qu'il a puisé en partie la doctrine qu'il vient d'exposer dans les discussions qui se sont élevées, depuis vingt ou trente ans, au sein de la Société de médecine vétérinaire. Dans ces documents on voit cités des cas dans lesquels l'émigration des troupeaux, atteints de la maladie charbonneuse, loin de faire cesser l'épizootie, n'a réussi qu'à la propager au loin.

M. Bouley a de la peine à croire à l'influence du mode de propagation de la maladie charbonneuse invoqué par M. Davaine, et contraire à tout ce qui a été enseigné jusqu'à ce jour. Quand on songe à la difficulté qu'il y a pour l'homme de transmettre le charbon aux animaux, au moyen de l'inoculation par la lancette imprégnée de virus charbonneux, on a de la peine à croire que des mouches, et surtout la mouche commune, qui serait, d'après M. Davaine, l'agent principal de propagation du virus, puissent ainsi provoquer le développpement des épizooties charbonneuses. D'ailleurs, pour que la mouche transporte le virus, il faut qu'elle le puise premièrement sur un animal charbonneux, et si on admet que le charbon se développe spontanément sur un animal, pourquoi ne pas admettre qu'il puisse naître à la fois, sous l'influence des mêmes causes, sur un grand nombre d'animaux ? Enfin, en hiver, alors que les mouches ont disparu ou qu'elles sont engourdies au point de ne pouvoir piquer, pourquoi verrait-on le charbon se développer dans les étables ?

M. Davaine. Il y a des mouches en hiver dans les étables. J'en ai vu !

M. Briquet cite l'opinion de M. Verrier, de Provins, vétérinaire très-distingué, qui professe que la maladie charbonneuse se développe le plus ordinairement d'une façon spontanée.

M. Huzard déclare qu'il n'a jamais vu de mouches, l'hiver, dans les bergeries, et que cependant la maladie charbonneuse s'y développe incontestablement en cette saison. Ce développement spontané tient le plus souvent à des conditions locales que les cultivateurs considèrent comme fatales, si bien qu'il ne font rien pour en prévenir ou en empêcher les effets.

M. Colin a vu également la maladie charbonneuse se développer dans les bergeries, en l'absence des mouches. La doctrine de M. Davaine, basée sur des expériences de M. Raimbert, de Châteaudun, ne lui paraît pas fondée, parce que les expériences sur lesquelles elle repose ne sont rien moins que concluantes. D'abord, le suçoir des mouches est incapable de percer la peau épaisse des animaux de l'espèce ovine ou bovine. Ensuite, si les mouches pouvaient transmettre le charbon à ces animaux, il suffirait qu'un seul animal fût atteint de charbon pour que la maladie se transmît immédiatement au troupeau tout entier, ce qui est contraire à l'observation de tous les jours. D'ailleurs il faut, pour inoculer la maladie charbonneuse à un animal de l'espèce ovine ou bovine, une quantité de sang charbonneux beaucoup plus considérable que ne peut en contenir le suçoir ou la trompe d'une mouche. C'est à tort que M. Davaine soutient qu'une quantité pour ainsi dire infinitésimale de virus charbonneux peut suffire pour inoculer le charbon aux animaux. C'est peut-être vrai pour les cobayes; ce n'est pas exact pour les grands animaux. Quant au mode de transmission du charbon par contagion à l'aide d'une sorte de miasme charbonneux volatil, M. Colin déclare qu'il n'y croit plus à la suite des nombreuses expériences, toutes négatives, qu'il a instituées pour élucider cette question. Il a laissé, pendant vingt-quatre heures et davantage, du charbon en contact avec des animaux vivants, et jamais ceux-ci n'ont contracté de la sorte la maladie charbonneuse.

M. Colin fait observer, en terminant, que la maladie charbonneuse frappe ordinairement les animaux gras, qui sont trop bien nourris, tandis qu'elle épargne les animaux maigres et épuisés de fatigue. Tous les cultivateurs intelligents savent cela.

M. Depaul rappelle que, dans une discussion antérieure, à l'occasion d'un rapport de M. Gosselin sur les mémoires présentés à l'Académie par MM. Gallard et Devers, M. Gosselin s'était prononcé en faveur de l'opinion du développement spontané de la pustule maligne dans l'espèce humaine. Aujourd'hui M. Gosselin est moins affirmatif, et se borne à faire des réserves relativement à l'application à l'espèce humaine des résultats des expériences sur les animaux. M. Depaul saisit cette occasion de défendre de nouveau l'opinion qu'il a soutenue déjà contre M. Gosselin, du développement de la pustule maligne chez l'homme par transmission contagieuse. Les expériences nouvelles instituées par M. Davaine lui semblent péremptoires à cet égard. Elles confirment d'ailleurs les observations faites par une foule de praticiens des départements où l'on a trop fréquemment l'occasion d'observer la pustule maligne chez l'homme, Tous ces praticiens sont d'accord pour attribuer le développement de la pustule maligne chez l'homme à des piqûres faites par des mouches, ou, ce qui revient au même, à des piqûres que certains individus se sont faites à eux-mêmes en dépouillant des animaux morts du charbon, ou bien encore en maniant des crins, des laines et autres matières imprégnées de sang charbonneux frais ou desséché. Il n'est pas, suivant M. Depaul, un seul fait invoqué par les partisans de la spontanéité de la pustule maligne chez l'homme, qui repose sur une saine observation et qui ne puisse être rattachée à quelque erreur de diagnostic.

M. Gosselin déclare qu'il n'a jamais soutenu l'opinion de la spontanéité de la pustule maligne chez l'homme; dans le rapport auquel M. Depaul a fait allusion, il a, au contraire, combattu la doctrine de MM. Gallard et Devers. Il a cherché à montrer que, dans les faits invoqués par ces messieurs, le diagnostic n'avait pas été établi avec toute la rigueur désirable, et que jusqu'à preuve du contraire il fallait se tenir sur la réserve, eu égard à la question du développement de la pustule maligne chez l'homme.

M. Bouley cite à M. Davaine un fait d'observation qu'il a eu l'occasion de constater avec M. André Sanson, en Auvergne, où ils avaient été chargés d'étudier une épizootie de charbon. Ils ont constaté que l'épizootie sévissait parmi des troupeaux répandus sur les flancs d'une montagne, tandis que sur l'autre flanc de la même montagne tous les troupeaux étaient épargnés. La crête de cette montagne était comme une frontière que les mouches avaient respectée.

M. Bouley dit en terminant qu'il se réserve de revenir sur la discussion du mémoire important de M. Davaine, dans la prochaine séance, alors qu'il aura pu en prendre pleinement connaissance par une lecture attentive. La question en vaut la peine.

M. le président annonce que M. Bouley, rapporteur de la commission chargée de l'examen des titres des candidats à la place vacante dans la section des associés libres, donnera lecture de son rapport mardi prochain.

La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE

A M. le Dr E. Le Sourd, directeur de la *Gazette des hôpitaux.*

Paris, le 2 mars 1870.

Très-honoré et cher confrère,

Je reçois votre petit mot et j'y réponds aussitôt. Vous me faites l'honneur et l'amitié de me demander quel est mon sentiment intime sur le malade qui est retenu en ce moment à la maison de Charenton, et dont vous avez publié l'intéressante observation dans la *Gazette des Hôpitaux* du 22 février. Je comptais rester absolument en dehors du débat si passionné qui s'est élevé dans la presse, à l'occasion de M. X..., mais, en face de votre gracieuse provocation, j'ai trop le courage de mes opinions et de mes actes pour continuer à garder le silence.

Toute difficulté médico-légale aboutit, en somme, à une question de diagnostic. Or, j'affirme que, pour tout médecin compétent, l'état cérébral de M. X... ne peut pas donner lieu à deux opinions contradictoires. Le malade est très-affaibli intellectuellement; il a des associations très-bizarres d'idées; il forme les projets les plus saugrenus, manque absolument de jugement et présente une véritable lésion du sens moral. MM. Lunier et Rousselin l'ont déclaré, M. Calmeil l'a certifié, les premiers experts l'ont répété et, très-probablement, les seconds experts le rediront encore. La clinique n'a qu'un diagnostic, la vérité n'a qu'une voix.

Le seul point, à mon avis, sur lequel on puisse loyalement différer d'opinion, est celui-ci : le malade est-il assez calme et assez inoffensif pour pouvoir être rendu à sa famille *sous la réserve de mesures restrictives déterminées*, ou doit-il être à jamais séquestré? J'ai cru et je crois encore que M. X... pourrait à la rigueur se retirer dans ses domaines et y vivre tranquille, après avoir été préalable-

(1) Quant aux faits de mort suite de s ccion cités par Matthiole et Amatus Lusitanicus, ils sont trop loin de nous pour être bien appréciés et racontés par des autres un peu trop crédules.

Voici, à leur sujet, l'opinion de Redi (*Obs. de vip.*) « *Meo judicio probabile videtur dictu, eos esse mortuos non quia sua sibi vulnera exsucerint, sed utique quia a vipera erant morsi, aut sugendo non omnem extraxerant venenositatem, aut quia habebant aliquot in ore vulnus cui eam communicarunt.*

ment pourvu d'un conseil judiciaire; mais je m'explique très-bien que l'opinion contraire puisse être soutenue.

Tous les jours, dans les consultations, une divergence se produit : dans un cas de pneumonie, lorsque chacun est bien d'accord sur le diagnostic, ne voit-on pas tel médecin proposer les émissions sanguines, tel autre le tartre stibié, et tel autre encore la médication alcoolique? La situation est ici absolument identique : le diagnostic formulé par tous est le même; mais les agents thérapeutiques ou les moyens de protection spéciale proposés sont différents. Voilà tout!

La question des aliénés et des divers modes d'assistance qui leur sont applicables est tout à fait à l'ordre du jour. La Société médico-psychologique vient d'évoquer, à très-bref délai, l'examen des problèmes considérables que soulève la pathologie de l'intelligence. Lorsque vous saurez que M. le professeur Lasègue et que M. Alfred Maury (de l'Institut) font partie de la commission qui a été chargée d'élaborer un programme de discussion, vous aurez comme moi une entière confiance dans les travaux qui se préparent et dans les résultats pratiques qui les suivront infailliblement. Si vous le permettez, je tiendrai vos lecteurs au courant.

En terminant, laissez-moi déplorer tout le bruit qu'a occasionné le placement de M. X... à la maison de Charenton! Deux honorables et distingués confrères, MM. Lunier et Rousselin, ont été exposés dans la presse extra-scientifique aux insinuations les plus malveillantes, aux soupçons les plus iniques. Ils étaient si sûrs d'eux-mêmes et si sûrs de l'opinion publique, qu'ils ne se sont même pas justifiés dans les journaux politiques; tant il est vrai que le dédain désarme l'attaque, que le mépris neutralise le poison.

Se laisser calomnier est une force. MM. Lunier et Rousselin ont eu cette force, et la main de tous les honnêtes gens se tourne sympathiquement vers eux.

Croyez, très-honoré et cher confrère, à ma haute estime et à ma vive amitié.

LEGRAND DU SAULLE,
Médecin de Bicêtre.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École de médecine de Caen. — M. Charbonnier, pharmacien de 1re classe, est nommé suppléant pour les chaires de thérapeutique et de matière médicale, de pharmacie et de toxicologie, à ladite école.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Bonamy, professeur d'anatomie et de physiologie, est nommé professeur d'anatomie à ladite école.

M. Joly, professeur-adjoint, chargé du cours de physiologie, est nommé professeur de physiologie à ladite école.

— Le banquet annuel des internes en médecine de Paris aura lieu samedi 5 mars, à six heures et demie, dans les salons du grand Véfour (Palais-Royal).

Les membres de la commission permanente du banquet sont : MM. Denonvilliers, Béhier, le professeur Hardy, le professeur Dolbeau, Bouchut, Horteloup fils, Piogey, Gombault, Martineau, Damaschino, Dieulafoy, Blache fils, Tillot (Émile).

Le prix de la souscription est fixé à 15 fr. et pourra être remis à l'un de nous, ou bien dans les hôpitaux, à l'interne économe de la salle de garde.

— Les travaux de construction ont repris depuis deux jours au nouvel Hôtel-Dieu de la Cité. On fait les toitures et les couvertures de l'édifice, les planchers et les ravalements.

Dès que le bâtiment qui longe la rue Saint-Christophe va être terminé, on y va installer l'administration, la lingerie, etc.; alors on pourra démolir les bâtiments qui sont au sud-ouest et à l'ouest du parvis Notre-Dame, qui va devenir une des belles places de la capitale.

Cette place se trouvera limitée à l'orient par le splendide portail de la cathédrale; à l'occident par la rue de la Cité et la caserne de la garde de Paris; au midi par le bras de la Seine, dit bras Saint-Michel, canalisé, qui coule au midi de l'île; enfin au nord par le nouvel Hôtel-Dieu.

— A Bucharest, une école de chirurgie, destinée à fournir les aides-chirurgiens, a été organisée en 1856 et dotée d'un capital de 240,000 piastres. Cette école est placée sous la direction du médecin de l'hôpital militaire, qui a pour aides deux sous-officiers chargés de la discipline et de la correspondance de l'école, un comité composé d'un membre de l'éphorie des hôpitaux, du proto-medicus et du directeur de l'école. On y forme 50 élèves à l'étude de la chirurgie.

Les appointements annuels des professeurs sont pris sur la caisse de l'éphorie des écoles.

Après quatre années d'études, l'élève doit pratiquer trois ans au détachement ou au service de l'hôpital où il est inscrit, avec une solde d'aide-chirurgien.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Manuel d'opérations chirurgicales, par le docteur DUBREUIL, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux. 6e et dernier fascicule, contenant les pages 157 à 192, et les planches 25 à 28.

Prix du fascicule : 1 fr. 50.
Prix de l'ouvrage complet en 6 facicules : 9 fr.
Le même, cartonné toile anglaise : 10 fr.

Recherches sur l'état sénile du crâne, par le docteur E. SAUVAGE. Paris, 1870, 1 vol. in-8o de 138 pages et 2 planches. Prix : 3 fr. 50.

Le directeur, Dr E. LE SOURD

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 27. — SAMEDI 5 MARS 1870. 43e ANNÉE. SAMEDI 5 MARS 1870. — N° 27.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE : REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. De l'emploi du cubèbe dans la diphthérie à l'hôpital Sainte-Eugénie. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De l'emploi du cubèbe dans la diphthérie à l'hôpital Sainte-Eugénie.

Nous avons été des premiers à appeler l'attention de nos lecteurs sur le traitement de la diphthérie par les balsamiques, institué par M. le docteur Trideau, et à faire connaître les résultats qu'ont donnés les premiers essais faits à Paris, soit dans les hôpitaux, soit dans la pratique civile. Parmi les médecins des hôpitaux d'enfants, où se voient le plus communément les faits de diphthérie, M. Bergeron est un de ceux qui ont poursuivi ces essais avec le plus de zèle et de persévérance. Il a déjà signalé à la Société médicale des hôpitaux plusieurs observations témoignant en faveur de cette médication. M. L. Vaslin, interne du service de M. Bergeron à l'hôpital Sainte-Eugénie, a bien voulu nous communiquer un compte rendu des résultats obtenus dans ce service pendant l'année 1869. Nous nous empressons de mettre cet intéressant document clinique tout entier sous les yeux de nos lecteurs.

42 cas de diphthérite ont été observés, dans le service de M. Bergeron, pendant l'année 1869, dont 8 angines, 34 croups.

Sur 8 angines : 7 se sont terminées par la guérison, la 8e par la mort, qui a été consécutive à une paralysie diphthéritique généralisée.

La diphthérite pharyngée a été primitive dans presque tous les cas. Les fausses membranes siégeaient principalement sur les amygdales. Dans 2 cas, la tuméfaction tonsillaire a été portée au point de gêner très-notablement la respiration. Cependant le gonflement inflammatoire s'est résolu sans produire d'accidents. De même l'engorgement ganglionnaire cervico-médullarie, qui a été constant et porté à divers degrés d'intensité, s'est toujours terminé par résolution.

Les symptômes généraux se sont bornés, dans la majorité des cas, à ceux d'une légère réaction fébrile. Chez deux enfants, est apparu un *subdelirium* très-passager, qui n'a aucunement aggravé la maladie.

Un seul médicament, le cubèbe, a été administré, chez tous les enfants, sous forme de saccharure, à la dose de 20 grammes par jour. Aucun traitement n'a été dirigé sur les organes envahis par les fausses membranes. Celles-ci se sont dissoutes sur place, leur durée et celle de la maladie n'ont pas dépassé dix jours. C'est vers cette époque qu'est survenue la paralysie diphthéritique, dont nous avons signalé la funeste conséquence. Après avoir débuté par le voile du palais, elle a gagné les muscles thoraciques et déterminé l'asphyxie. L'électricité a été vainement employée pour combattre son envahissement.

L'autopsie n'a révélé aucune altération dans les nerfs et muscles des organes paralysés. Leur examen histologique a été fait par M. Lefèvre.

Sur les 34 croups, 13 ont guéri; dont 3 sans opération, 10 avec opération. 21 ont succombé, 1 seul sans opération. En somme sur 34 croups, 30 ont dû être trachéotomisés.

Les 34 croups que nous avons observés se sont développés chez des enfants de 16 mois à 9 ans.

Au-dessous de 3 ans, nous n'avons pas obtenu de guérison.

La maladie a été primitive chez 32 enfants, secondaire chez 2 seulement. Ces 2 enfants ont succombé.

Dans tous les cas où nous avons pu avoir des renseignements précis sur le début de la diphthérite laryngée, nous avons noté que. deux ou trois jours avant l'apparition des troubles locaux, les enfants étaient pris de fièvre, puis de dysphagie, et le plus souvent de toux catarrhale.

La majorité des petits malades présentaient des fausses membranes sur l'isthme, en même temps que se manifestaient les signes d'envahissement du larynx par les mêmes produits. Chez un certain nombre, l'organe de la phonation a été pris d'emblée; l'isthme, dans ce cas, a presque toujours offert un aspect normal; parfois, cependant, on a constaté une légère vascularisation de la surface des amygdales et des piliers du voile du palais. L'atteinte primitive du larynx par la diphthérite a été celle des deux croups secondaires : l'un, s'est déclaré pendant la période d'éruption de la rougeole; l'autre, dans le cours d'une broncho-pneumonie consécutive à la même fièvre éruptive. Enfin, le développement et la propagation de la diphthérite des bronches, vers le larynx, mode d'invasion de la laryngite pseudo-membraneuse, qu'on désigne sous le nom de croup *ascendant*, s'est montré chez deux malades; l'un deux a guéri, il avait 9 ans.

En observant, comme nous venons de le voir, les trois modes d'invasion du croup sur lesquels les auteurs ont appelé l'attention, nous n'avons remarqué l'engorgement cervical et sous-maxillaire que dans les cas où la laryngite pseudo-membraneuse était accompagnée de fausses membranes à l'arrière-gorge.

D'après les commémoratifs, car presque tous les enfants nous ont été apportés à une période qui nécessitait immédiatement la trachéotomie, la maladie a rapidement produit l'obstruction du larynx, malgré l'emploi de médications actives.

Tous les enfants, en effet, avant leur admission avaient été traités à domicile par des vomitifs répétés. Aux principaux évacuants, ipéca, tartre stibié, sulfate de cuivre, on avait joint, dans différents cas, l'émission sanguine locale, la cautérisation au nitrate d'argent; lorsqu'il existait une angine prodromique, les fumigations de cinabre, le soufre à l'intérieur.

Sitôt leur admission, tous les malades sans exception ont été soumis à l'usage du cubèbe. Mais pour juger de l'action de ce médicament, il importe de tenir compte des conditions que présentaient à leur réception les 34 malades.

1° 6 seulement ont été apportés dans le cours de la première à la seconde période : alors que la voix commençait à s'éteindre, que la toux demeurait catharrale, qu'il n'existait qu'un peu de tirage abdominal et que le murmure vésiculaire allait s'affaiblissant.

Ces 6 enfants ont guéri : 3 sans opération, 3 après avoir été trachéotomisés. Des 3 premiers, 2 portaient des fausses membranes à l'arrière-gorge.

Les produits se sont dissous sur place, et à mesure qu'ils disparaissaient pour cesser de se reproduire, les troubles laryngés s'amendaient aussi graduellement. Chez le troisième, dont le croup avait débuté d'emblée par le larynx, les accidents se sont calmés, grâce à l'expulsion de lambeaux pseudo-membraneux considérables.

La durée du croup, dans ces trois cas, a été en moyenne de huit jours.

Chez les trois autres, qui ont dû être opérés, bien que soumis à l'emploi du cubèbe, dans les mêmes conditions que les trois précédents, les accidents laryngés se sont de plus en plus accentués. Deux ont été trachéotomisés vingt-quatre heures après leur entrée; le troisième, au bout de quarante-huit heures. La guérison a été rapide dans les trois cas. Elle s'est effectuée en neuf jours pour le premier, treize jours pour le second. Le troisième a été pris, le huitième jour de l'opération, d'une arthrite du genou droit, qui s'est bornée simplement à retarder la cicatrisation de la plaie.

2° 27 enfants sont entrés dans un état réclamant immédiatement la trachéotomie. Tous présentaient, comme indications urgentes de l'opération, une apnée complète dans toute l'étendue des deux poumons. L'asphyxie concomitante était portée à un degré plus ou moins profond. Trois malades ont été apportés *in extremis*.

Les 27 croups dont je viens de décrire sommairement la situation ont tous été opérés, tous ont été également soumis à l'usage du cubèbe immédiatement après l'ouverture de la trachée. Lorsque celle-ci a entraîné une perte de sang assez notable, ou que, sans accident opératoire, la dépression vitale était très-marquée, on a joint le rhum au cubèbe. Chez ceux qui, après l'ablation définitive de la canule, étaient exempts d'accidents, le cubèbe a été supprimé; mais son usage a été prolongé lorsqu'il existait un catarrhe des muqueuses trachéale et bronchique. L'alcool a été continué, à titre d'excitant, jusqu'à ce que les forces fussent complétement rétablies.

Sur les 27 croups ainsi traités après l'opération, 7 ont survécu, 20 ont succombé.

La guérison s'est, en moyenne, effectuée en l'espace de vingt jours. Dès le quatrième ou le cinquième jour, les enfants cessaient de rejeter des fausses membranes par la canule. Le larynx rendait déjà, à cette époque, des sons assez nets, lorsqu'on rapprochait les lèvres de l'ouverture trachéale. L'époque de l'ablation définitive de la canule a varié entre le cinquième et le vingt-cinquième jour. Une telle variation dans le temps le plus délicat et le plus périlleux du traitement du croup, a tenu à deux complications, dont la marche et la durée sont fort irrégulières.

La première, c'est le catarrhe de la muqueuse trachéale et bronchique, qui succède à leur diphthérite et surtout à leur irritation par le séjour de la canule. On enlève celle-ci pour prévenir le mal. Mais bientôt des mucosités épaisses sont chassées par les efforts de toux vers le larynx et la plaie trachéale; elles s'y accumulent et bouchent les voies qui naguère offraient un libre accès à l'air. La suffocation devient menaçante, on est obligé de remettre la canule pour faciliter la sortie des mucosités et l'entrée de l'air. Ces accidents se répètent plusieurs fois par jour et pendant un temps plus ou moins long. Toutefois, l'hypersécrétion se tarit peu à peu, et sa suppression paraît activée par l'emploi prolongé du cubèbe.

La seconde complication, moins fréquente que la précédente, mais plus rebelle, est la paralysie des organes de la déglutition. Les liquides passent dans le larynx et la trachée. Surviennent des accès de suffocation, qui obligent à réintroduire la canule. L'enfant est exposé à ces troubles chaque fois qu'il boit un peu vite, jusqu'à ce que l'innervation du voile du palais et du pharynx ait recouvré son intégrité. Les accidents paralytiques disparaissent à mesure que se dissipe l'intoxication diphthéritique.

Les 20 enfants qui ont succombé peuvent être répartis comme il suit :

1° Trois sont morts à la fin de l'opération, parce qu'ils ont été apportés *in extremis* et que la trachéotomie n'a pu être pratiquée assez rapidement.

2° Deux sont décédés au bout de vingt-quatre heures, bien que l'opération, exécutée avec promptitude, ait permis le libre accès de l'air dans les poumons. Mais l'intoxication diphthéritique, jointe à un degré extrême d'asphyxie, avait jeté les deux malades dans un anéantissement tel que les forces ne purent se relever.

3° Dix ont succombé du deuxième au quatrième jour. Chez tous, la trachéotomie avait produit un soulagement instantané, aussi favorable qu'on pouvait le désirer. 9 ont été enlevés par la broncho-pneumonie, survenue immédiatement après l'opération, et existant probablement chez quelques-uns avant l'ouverture de la trachée. Le deuxième, âgé de 7 ans, a été emporté subitement par un accès de suffocation; accident qui a été occasionné par une fausse membrane détachée des grosses bronches et projetée dans l'ouverture de la trachée, alors que la canule venait d'être enlevée.

4° Trois ont succombé du huitième au douzième jour. Les suites de l'opération se passèrent régulièrement. Dès le quatrième jour, les petits malades, qui avaient rejeté à plusieurs reprises des fausses membranes, commençaient à respirer sans canule. Il était permis d'espérer leur guérison. Mais le cinquième jour, la plaie trachéale prit un aspect grisâtre, se dessécha, s'ulcéra sur ses bords et profondément. En même temps les enfants pâlirent, la peau devint très-chaude, le pouls très-fréquent, la respiration laborieuse. Une broncho-pneumonie s'était déclarée. L'emploi de l'alcool soutint les forces encore pendant quelques jours, et la terminaison ultime arriva au milieu de l'adynamie la plus profonde.

5° Un enfant de 21 mois a survécu quinze jours à l'opération. Il était arrivé au huitième jour, pouvant respirer sans canule, mais refusant de s'alimenter. On espérait le nourrir à l'aide de la sonde œsophagienne, jusqu'à ce que les forces digestives se réveillant, l'enfant acceptât de s'alimenter lui-même. Mais la mère le reprit, et il succomba peu de temps après sa sortie.

6° Un enfant âgé de 3 ans mourut le vingtième jour de l'opération, par suite de broncho-pneumonie. Il présenta, le sixième jour, une belle éruption cubébique accompagnée de fièvre. Vers le douxième jour, l'éruption était complétement disparue et l'enfant respirait sans canule. A la même époque, se déclara, sans cause appréciable, la complication pulmonaire à laquelle il succomba.

En somme, sur les 20 décès que nous venons de passer en revue — 4 sont dus à l'asphyxie croupale et à l'intoxication diphthéritique; on peut même joindre à ces deux causes le traumatisme; — 1 à une asphyxie subite purement accidentelle; — 15 à la broncho-pneumonie secondaire de nature diphthéritique.

Pour compléter le nombre des décès, malheureusement déjà trop élevé, nous ajouterons, en dernier lieu, le seul croup qui soit mort sans être opéré. Mais, dans ce cas, la trachéotomie n'était pas indiquée. Le larynx demeurait perméable, et la mort résulta presque uniquement de l'intoxication diphthéritique.

La médication de ce malade fut la même que celle des précédents : cubèbe et alcool. On n'observa pas la plus légère amélioration sous l'influence de ce traitement; la maladie engendra la mort par un anéantissement lent, et progressif de l'économie.

CONCLUSIONS. — Nous avons vu toutes les angines se terminer

par la guérison, une seule exception; mais la mort à été la conséquence d'une paralysie généralisée, accident contre lequel le cubèbe ne peut évidemment rien. Ce médicament, comme nous l'avons fait remarquer, ne s'attaque qu'aux manifestations diphthériques des muqueuses, et il a, ce semble, puissamment contribué à leur disparition. Les observations d'angines, résumées dans notre statistique, paraissent établir que le cubèbe a imposé aux fausses membranes les limites qu'elles avaient primitivement pour les dissoudre sur place et prévenir ainsi leur propagation au larynx.

Il n'est certes pas douteux que l'angine diphthéritique ne guérisse parfois d'elle-même, c'est-à-dire sans médication. Mais cette guérison spontanée est exceptionnelle et ne doit pas nous encourager dans une fausse sécurité sur les ressources de la nature, et, par suite, dans l'abstention des moyens thérapeutiques.

L'idée de cautériser les surfaces envahies par les produits diphthéritiques, mise en vigueur par Bretonneau et Trousseau, est encore malheureusement trop accréditée, et cela, malgré les attaques les plus vraies, les plus rationnelles, déjà dirigées contre elle. On crayonne, comme on peut, avec le nitrate d'argent, l'arrière-gorge des enfants, le plus souvent au prix de difficultés inouïes. Empêcher par une modification particulière qu'imprime le caustique aux muqueuses, la reproduction des fausses membranes et leur extension au larynx, tel est le but que se proposent les partisans de la cautérisation. Mais on peut hardiment leur objecter que les accidents qu'ils s'efforcent de conjurer, le cubèbe les combat plus facilement et plus sûrement que les topiques irritants.

Plus facilement. Les enfants, en effet, acceptent assez volontiers, de 10 à 20 grammes de saccharure de cubèbe par jour. On leur donne cette quantité en plusieurs prises, et dissoute dans l'eau. Mais lorsqu'il s'agit de leur pratiquer une cautérisation, c'est engager une lutte véritable, qui ne laisse pas que d'être très-fatigante pour les petits malades et très-laborieuse pour le médecin.

Plus sûrement. Le cubèbe et les balsamiques, le premier surtout, pénètrent facilement l'économie pour aller tarir la source des sécrétions muqueuses; de là leur propriété de supprimer la sécrétion pseudo-membraneuse. Le nitrate d'argent et autres cathérétiques n'agissent que par leur contact, encore faut-il ajouter qu'ils n'atteignent qu'avec peine la muqueuse protégée, si je puis m'exprimer ainsi, par l'exsudat diphthéritique, épais et très-adhérent. Leur action est momentanée, locale, celle du cubèbe, continue et générale. Enrayer une maladie étendue à toute l'économie, par un médicament qui en poursuit les effets sur les principaux points où elle se localise; tel est le rôle du cubèbe par rapport à la diphthérite des muqueuses, rôle que le nitrate d'argent et ses succédanés ne peuvent remplir.

La cautérisation a, en outre, un très-grave inconvénient, signalé par Fischer et Bricheteau et dont nous avons été témoins plusieurs fois, celui de laisser après elle du dégoût pour les aliments et de la dysphagie. Ce double accident serait à lui seul suffisant pour détourner de l'emploi des caustiques tout médecin qui a apprécié l'extrême importance de l'alimentation chez les enfants en proie à la diphthérite.

En passant à l'étude de la médication cubébique dans le croup, nous nous prenons à regretter que les enfants nous soient apportés, la plupart, à une période de la maladie qui nécessite presque immédiatement la trachéotomie. En effet, sur six que nous avons reçus dans le cours de la première à la seconde période, trois sont guéris sans opération. Ces faits, nous les signalons tout spécialement à l'attention de ceux qui sont appelés auprès des petits malades dès le début de l'affection. C'est à cette période du croup, que le médicament a le plus d'action, parce que les grandes fonctions ne sont pas encore assez troublées, pour gêner son absorption. Il est bon d'aider l'expulsion des fausses membranes, quand elles ont de la tendance à s'éliminer pendant l'administration du cubèbe, par l'emploi d'un ou plusieurs vomitifs. Ils seront choisis parmi les moins déprimants : l'ipéca, le sulfate de cuivre.

La trachéotomie, procédé rapide, aidée du cubèbe et de l'alcool, a donné des succès nombreux. Sur trente enfants ainsi traités, dix sont guéris.

Exécutée rapidement, la trachéotomie a le grand avantage d'épargner à l'enfant une perte de sang aussi considérable que celle qui doit se produire dans le procédé lent. Pour une existence débile et profondément déprimée par la diphthérie, la quantité de sang que lui coûte la trachéotomie, est beaucoup à considérer.

Le cubèbe, après l'opération, semble favoriser l'élimination des fausses membranes, et combattre efficacement l'état catharral de la muqueuse laryngo-trachéale, succédant à la diphthérite ou à l'irritation produite par la canule. Toutefois, on est obligé, dans certains cas, de cesser l'emploi du médicament prématurément, parce qu'il détermine de la diarrhée ou que le petit malade ne veut plus l'accepter.

L'alcool uni au cubèbe, tantôt immédiatement, tantôt quelques jours après l'opération, suivant les indications que nous avons données, constitue également un puissant auxiliaire de la trachéotomie dans le traitement du croup. N'est-il pas rationnel de réunir contre la diphthérie, deux forces médicatrices, destinées l'une à supprimer la sécrétion pseudo-membraneuse, pendant que l'autre fournit à l'économie les moyens de triompher de l'intoxication.

Quatre enfants, qui n'ont succombé que du huitième au vingtième jour, après l'opération, ont dû, évidemment, cette résistance à l'emploi de l'alcool. S'ils eussent été placés dans un milieu plus favorable que celui d'une salle d'hôpital, ils auraient peut-être survécu.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 26 février 1870. — Présidence de M. Bergeron.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

Parmi les pièces de la correspondance M. le secrétaire général signale un travail de M. Colin, sur les fièvres intermittentes.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les maternités.

Suite de la discussion sur les maternités.

M. TARNIER répond aux critiques que MM. Hervieux, Bernutz et Gallard ont faites de son plan. M. Hervieux, dit-il, s'est élevé contre le projet que je vous ai soumis, en attaquant la pensée doctrinale qui y a présidé. J'avais dit que toute agglomération de femmes était malsaine. M. Hervieux repousse cette manière de voir au point de vue de l'hygiène. J'ai cherché alors dans les auteurs d'hygiène et dans le livre de M. Michel Lévy, entre autres, j'ai trouvé de nombreux passages où il est dit que l'agglomération est une mauvaise chose; et pour ce qui regarde spécialement les maternités, M. Michel Lévy ajoute que le seul moyen d'arriver à de bons résultats est l'isolement. Je n'ai donc trouvé dans ce livre que des arguments en ma faveur; cependant je n'ai pas voulu m'en tenir là; j'ai consulté M. Coindet et c'est ainsi que commence la lettre par laquelle il m'a répondu :

« Jean-Jacques-Rousseau disait : l'haleine de l'homme est malsaine à l'homme. » Je n'ai pas besoin d'ajouter que ce qui est vrai pour les hommes doit l'être pour les femmes, et surtout pour les femmes nouvellement accouchées.

M. Hervieux s'en est donc pris à l'isolement en prétendant qu'il était inutile, puisque l'agglomération, selon lui, n'est pas nuisible; et à l'appui de son opinion il a dit que nous vivions continuellement en agglomération, dès notre enfance au collége, puis, plus tard, dans les cafés, les théâtres, les sociétés savantes et les réunions de toutes sortes, sans, pour cela, nous en trouver plus mal.

Sans doute, nous nous trouvons en agglomération au théâtre, mais combien de temps y restons-nous? quatre heures au plus; puis nous en sortons pour respirer forcément le grand air avant de rentrer chez nous; mais, supposez qu'au lieu d'y rester quatre heures, nous y restions huit jours ou plus sans en sortir; il est évident pour tout le monde qu'au bout de ce temps il y aurait une épidémie de typhus. M. Hervieux a dit encore, en faisant allusion à cette société même, que, loin de trouver des inconvénients à cette agglomération, il n'y trouvait que du plaisir. Sans doute, je partage son avis. Mais si, au lieu de rester deux ou trois heures dans cette salle, nous y passions toute la journée et toute la nuit, M. Hervieux pense-t-il que nous n'en ressentirions aucun inconvénient? Quant aux colléges qui, du reste, sont un des plus mauvais exemples qu'on puisse suivre, car je regarde l'éducation de collége comme fort défectueuse au point de vue de l'hygiène, il n'en est pas moins vrai que les enfants ne séjournent jamais plus de deux ou trois heures dans la même salle. Le dortoir seul est naturellement occupé toute la nuit. Aussi, je le répète, le collége est un mauvais lieu pour les enfants, au point de vue de l'hygiène; et il est évident que si on pouvait les mettre chacun dans une chambre séparée, on n'hésiterait pas à prendre ce parti.

Mais arrivons aux maternités proprement dites.

M. Hervieux ne voit aucun inconvénient à ce que les femmes en couches soient réunies dans une même salle commune, et il prétend que l'odeur infecte qui se répand dans ces salles n'est nullement nuisible.

Il est impossible qu'en cela, M. Hervieux ne soit pas seul de son avis, car il est évident pour tout le monde que cela constitue un mauvais état sanitaire. M. Hervieux s'appuie sur ce qu'il y a des périodes où les femmes pourront être réunies impunément.

Mais pourquoi alors, à un moment donné, toutes ces femmes pourront-elles être atteintes?

Toutes les femmes accouchées valides, ajoute M. Hervieux, doivent se bien porter, et ce n'est que dans le cas où la brebis galeuse, dit-il, sera introduite dans le troupeau, qu'il y aura du danger pour les autres, et il pense qu'une grande surveillance suffira pour que cette brebis galeuse soit isolée sitôt qu'elle paraîtra.

Mais le plus souvent il ne sera plus temps. Que faut-il de temps, en effet, pour que le mal se propage? Nous n'en savons rien; mais ce qu'il y a de certain, c'est que nous faisons courir un grand danger aux femmes en les réunissant dans une salle commune. Car, pour parler comme M. Hervieux, si la brebis galeuse s'introduit dans la bergerie, que deviendra le troupeau? Et, en outre, s'il nous est démontré que l'agglomération est mauvaise pour les personnes saines, à plus forte raison l'est-elle pour des femmes en couches qui sont, pour ainsi dire, des sensitives au point de vue pathologique.

Toutefois, en repoussant le plan que j'avais proposé pour la Maternité proprement dite, c'est-à-dire pour les femmes en couches non malades, M. Hervieux, je l'ai cru du moins, semblait vouloir accepter mon système de chambres séparées pour les femmes en couches malades. J'y comptais, du moins. Mais il n'en est rien, et M. Hervieux repousse encore mon plan pour l'infirmerie, parce qu'il prétend qu'il faudrait un personnel spécial pour chaque malade, sans quoi, dit-il, le personnel qui desservira seul l'infirmerie propagera la maladie de chambre en chambre. Il faudrait pour cela admettre la propagation par les tiers, et ce c'est pas pour moi un fait avéré.

Mais cependant en admettant qu'il y eût quelque chose de vrai, il y aurait à mon sens encore un grand avantage à adopter le système des chambres séparées. Car en admettant que le tiers emporte avec lui une ceraine quantité du poison, en emportera-t-il jamais une aussi grande quantité que celle que respirent les autres femmes quand elles sont toutes réunies dans une même salle commune? Quelle est donc la conclusion de M. Hervieux, c'est l'immobilité. Or avec l'état actuel des choses, nous avons une mortalité certaine; je viens vous proposer quelque chose de nouveau, d'inconnu, que je crois de beaucoup préférable à ce qui existe, et cela par des raisons que je vous ai exposées. Que coûte-t-il donc d'en essayer, puisqu'il est certain que cela ne peut pas être plus mauvais que ce qui se fait actuellement.

J'arrive à M. Gallard. M. Gallard dit que toutes les Maternités sont mauvaises. Je suis de son avis, seulement M. Gallard a le tort, à mes yeux, de condamner la Maternité que je propose comme les autres. Il ne sait pas, en effet, si elle est mauvaise, puisqu'elle n'a pas été essayée. Quoi qu'il en soit, il les condamne toutes en principe et propose de faire accoucher chez des sages-femmes les dix mille femmes qui accouchent par an dans les hôpitaux.

M. Gallard sait aussi bien que moi que les maternités ne font pas le même nombre d'accouchements dans tout le cours de l'année et qu'il est des époques où l'on en fait beaucoup plus qu'à d'autres. L'été vous aurez donc en moyenne deux accouchements par mois pour chaque sage-femme, et l'hiver vous en aurez sept et huit, et ce ne serait pas le seul inconvénient. Mais les sages-femmes ne négligeront-elles pas les malades qui leur seront envoyées par l'Assistance pour les malades de la ville? Et puis les lits et les chambres elles-mêmes s'infecteront; et un autre inconvénient plus grave encore que tous ceux-là est celui-ci : on donne asile actuellement aux femmes enceintes de huit mois à la Clinique et à la Maternité; et bien où iront-elles ces femmes? Puisque d'après le système de M. Gallard, elles ne pourront être reçues chez les sages-femmes qu'au moment d'accoucher. Et puis une autre chose encore à laquelle n'a pas pensé M. Gallard, c'est que ce ne seront plus seulement huit milles femmes qui viendront demander à se faire accoucher, mais bien vingt mille et trente mille. Toute femme se trouvant dans une position précaire, qui ne veut pas aujourd'hui aller accoucher à l'hôpital, sera trop heureuse de trouver cette occasion de se faire accoucher chez une sage-femme, et voyez d'ici l'encombrement que vous aurez. Pour les accouchements difficiles, M. Gallard dit qu'ils se feront dans tous les hôpitaux. Mais ce serait là un mauvais système; car sans mettre en doute la capacité de personne, il est des cas où la présence de l'interne ne suffit pas, et où l'intervention d'un médecin doué de connaissances spéciales devient indispensable. De là des pertes de temps considérables. Et je pourrais vous citer plusieurs exemples tout récents dans lesquels cette perte de temps causée par la recherche du médecin a eu les résultats les plus funestes. Tous ces inconvénients disparaissent si l'on conserve une Maternité.

Arrivons maintenant à la question de l'enseignement.

Il y a un double enseignement, celui des étudiants et celui des élèves sages-femmes.

M. Gallard pense que mille accouchements à peu près, qui se feraient, d'après son système, par an, dans les hôpitaux, suffiraient aux études obstétricales des élèves. Mais que M. Gallard soit bien persuadé que, même dans l'état actuel des choses, il y a un grand nombre d'élèves qui ne savent pas faire d'accouchements. Que sera-ce donc avec le système qu'il demande?

Pour les sages-femmes, M. Hervieux dit que s'il n'y avait pas d'élèves, il y aurait moins de malades. Je crois qu'il s'est absolument trompé. A l'époque des vacances, aux mois de juin et de juillet, l'état sanitaire est meilleur, non pas parce qu'il n'y a plus d'élèves, mais parce que c'est aux mois de juin et de juillet; et puis, il reste toujours au moins une vingtaine d'élèves qui pourraient aussi bien propager la maladie.

Quant à M. Gallard, il propose que les élèves sages-femmes soient instruites désormais chez des sages-femmes; mais elles verront alors très-peu d'accouchements. La maternité est, en outre, une excellente école pour les sages-femmes; aucune école de sages-femmes, en France, ne la vaut. Il nous faut donc, autant que possible, la garder; et cela est si vrai que, dernièrement encore, j'ai reçu une lettre d'un professeur d'accouchement, de Clermont-Ferrand, qui me demande comment il faut qu'il s'y prenne pour envoyer ses élèves suivre la clinique de la Maternité de Paris, et ce fait est loin d'être le seul.

Voyez donc combien seraient considérables les inconvénients de la suppression de la Maternité, au point de vue de l'enseignement.

J'arrive aux critiques, propres au plan, qu'ont faites ces messieurs. Ils se sont accordés à dire que c'était un système cellulaire que je proposais. Sans doute, ce sont des cellules où les femmes seront seules, mais où elles pourront, cependant, recevoir toutes sortes de visites, et où, j'en suis bien persuadé, elles se trouveront beaucoup mieux, la plupart du temps, que dans les chambres où vous les enverrez chez les sages-femmes. M. Bernutz a dit que le défaut de surveillance qui résulte forcément de cette organisation, serait fatal aux enfants et aux mères elles-mêmes; et il a cité plusieurs exemples de femmes ayant étouffé leurs enfants. Ce qui prouve que quand une femme criminelle veut tuer son enfant, elle le tue aussi bien dans une salle commune qu'elle le pourrait faire dans une chambre isolée; et puis, enfin, toutes les femmes qui viennent à la maternité, ne sont pas criminelles.

Le danger que courront les enfants n'est donc pas si grand que le croit M. Bernutz, et, en outre, ils le courent aussi bien dans les salles communes.

Quant aux accidents qui peuvent se produire chez les femmes, la surveillance à cet égard est encore plus complète qu'elle pourra jamais l'être chez les sages-femmes, puisqu'elle n'a qu'à sonner pour avoir des secours, tandis que si la sage-femme est absente, elle aura beau sonner, les secours ne viendront pas. Il est certain aussi que la surveillance est moins complète que dans une salle commune, mais adoptez alors pour la Maternité le système de glaces que je propose pour l'infirmerie, et vous aurez une surveillance aussi complète que possible. M. Bernutz a dit en terminant qu'il préférerait le premier système que j'ai proposé, celui des chambres à deux lits. Il y a là des tâtonnements à faire qui, pour le moment, du reste, ont peu d'importance, puisque les chambres de mon plan pourront contenir deux lits. On sera donc toujours à temps à revoir cette question.

Je crois donc qu'on pourrait, dans des conditions très-modestes,

essayer de la Maternité que je propose, car si l'on réussit, il est évident que l'assistance des femmes en couches à la Maternité a beaucoup d'avantages sur leur assistance en ville.

M. CHAUFFARD propose qu'il y ait séance vendredi prochain.

La proposition de M. Chauffard est mise aux voix et adoptée.

La séance est levée à cinq heures un quart.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 9 février 1870. — Présidence de M. ALPH. GUÉRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine. — Le *Montpellier médical*. — Le *Bulletin médical du nord de la France*.

— Le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique* (3e série). Tome III, n° 11.

— *Perfectionnements récents des lieux d'aisances*, rapport au conseil d'hygiène de Reims, par le docteur Decès père.

— M. le docteur Fleury, de Langon (Gironde), adresse à la Société le résumé intégral des opérations pratiquées par lui de 1853 à 1870. — Renvoyé à la commission de statistique.

COMMUNICATION

Nécrose phosphorée. — M. TRÉLAT. La malade dont je vais communiquer l'observation vous a été présentée dans la dernière séance, et vous avez pu constater chez elle que, malgré la perte totale de la mâchoire inférieure, la physionomie n'avait rien de disgracieux, la parole s'exerçait avec facilité, et elle pouvait enfin mâcher de la viande, du pain et en général toute espèce d'aliments mous avec aisance.

Voici, du reste, l'observation en entier :

Nécrose phosphorée du maxillaire inférieur. — Ablation totale de l'os. — Guérison. — Appareil prothétique. — Rétablissement complet de la forme du visage et des fonctions de phonation et de mastication. — Annette C..., âgée de 40 ans, metteuse en boîte, depuis dix-huit années, dans une fabrique d'allumettes chimiques. Jusqu'au mois d'août 1867, elle n'avait éprouvé aucun accident. Deux dents seulement étaient cariées de longue date et ne causaient pas de douleur; l'une d'elle avait été plombée; l'autre, grosse molaire supérieure gauche, était brisée au niveau de la couronne; mais la racine restait dans l'alvéole. Quelques soins de propreté suffisaient pour maintenir la bouche en bon état.

Au mois d'août 1867, cette femme commença à éprouver des douleurs au côté gauche de la face. Ces douleurs furent mises sur le compte de la racine de la dent brisée, qui fut arrachée. Mais, loin de diminuer, la souffrance augmenta et força la malade à entrer dans le service de M. Hardy, à Saint-Louis. Elle en sortit au bout de six mois pour venir dans le service de M. Trélat, au même hôpital.

Elle était depuis six jours seulement chez M. Hardy, lorsqu'un premier abcès s'ouvrit derrière l'angle de la mâchoire inférieure gauche. Ce fut la première manifestation d'une affection qui devait entraîner la perte de toute la mâchoire inférieure. Les accidents se succédèrent sans interruption dans l'espace de dix mois environ. Huit abcès se formèrent autour de cette mâchoire, et laissèrent de larges ouvertures fistuleuses. Ces fistules étaient rangées à peu près symétriquement de chaque côté. Trois siégeaient dans la région sus-hyoïdienne, dans l'espace compris entre la ligne médiane et l'angle de la mâchoire. La quatrième, qui s'était formée beaucoup plus tard, correspondait à peu près à l'articulation temporo-maxillaire. Pendant cette première période, toutes les dents de la mâchoire inférieure s'ébranlèrent et furent enlevées par la malade elle-même. A la mâchoire supérieure, quelques-unes tombèrent également, la plupart se brisèrent au niveau de la couronne; d'autres, les molaires et une incisive gauche persistèrent intactes. La malade était tourmentée par de vives souffrances, et la bouche était baignée par des liquides d'une odeur repoussante.

La période de séquestration succéda ensuite à la nécrose et dura environ un an, jusque vers le mois de mai 1869. Pendant tout ce temps, la malade est restée dans le service de M. Trélat, d'abord à Saint-Louis, ensuite à la Pitié, où elle entre le 18 janvier 1869.

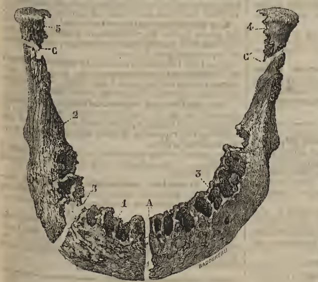


FIG. 1. — Os nécrosé.

A ce moment, le bord alvéolaire ou maxillaire inférieur était dénudé, noirâtre; tandis que le bord inférieur se doublait en avant et en arrière d'un périoste épaissi, en voie d'ossification. Ne voulant pas agir avant la mobilisation du séquestre, M. Trélat aida à la nature, d'abord en décollant progressivement les parties molles avec une spatule, puis en imprimant des mouvements de plus en plus étendus à la partie mortifiée. Enfin il jugea suffisante la séparation du séquestre, et en fit l'extraction le 6 mai 1869.

L'opération fut des plus simples : avec une scie à chaîne, section médiane du séquestre; puis avec un levier, extraction par la bouche des deux parties latérales. Les parties enlevées représentaient à peu près complétement l'os maxillaire inférieur. Le condyle manquait seulement du côté gauche, mais il s'élimina spontanément en deux fragments, trois semaines plus tard.

L'os mortifié avait conservé son volume et sa forme. Les ostéophytes qu'on rencontre d'habitude sur ces séquestres étaient à peine marqués. Il n'en existait aucune trace du côté droit. A gauche, il y avait un îlot sur la face externe, et quelques îlots sur la face interne.

A la suite de cette ablation, l'os nouveau, encore un peu flexible, devint de plus en plus consistant. Il ne ressemblait qu'imparfaitement à un maxillaire inférieur normal. On pouvait plutôt le comparer au moule creux de la partie inférieure du corps de l'os ancien. Il y avait une portion à peu près horizontale, large de 2 à 3 centimètres, dans le sens antéro-postérieur, et représentant le fond du moule; deux rebords, l'un antérieur et l'autre postérieur d'un demi-centimètre d'élévation, correspondaient aux faces antérieure et postérieure de l'os enlevé. L'épaisseur du nouveau maxillaire était plus considérable à mesure qu'on s'avançait vers la ligne médiane, parce que le nouvel os était plus ancien en ce point qu'en arrière. C'est là que la nécrose avait débuté.



FIG. 2. — Bouche avec deux doigts.

Pendant quelque temps encore après l'opération, les fistules versèrent à l'extérieur du pus mêlé à de la salive, mais enfin elles se fermèrent toutes, sauf une seule située dans la région sus-hyoïdienne à gauche de la ligne médiane. Extérieurement, cette ouverture était située au fond d'une sorte d'entonnoir, et avait plus de 3 centimètres d'étendue dans le sens transversal. Intérieurement, elle aboutissait au fond de la gouttière osseuse que représentait le nouvel os. Après en avoir attendu longtemps la guérison, M. Trélat fit l'avivement des bords et réunit avec cinq points de suture métallique. L'opération, faite le 21 octobre, fut assez délicate, parce que la malade ne pouvait renverser que difficilement la tête, et qu'il fallut aller décoller les tissus qui adhéraient aux rebords de la gouttière osseuse. Dans les premiers jours qui suivirent l'opération, l'occlusion parut complète, puis on reconnut un pertuis très-fin, vers l'angle externe de la plaie. Une cautérisation au nitrate d'argent en eut facilement raison, et à la fin de novembre la malade pouvait quitter l'hôpital complétement guérie.

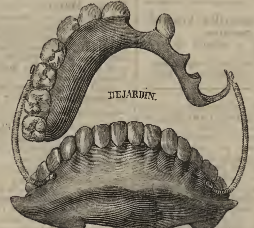


FIG. 3. — Appareil prothétique.

Depuis plus d'un mois, elle portait une pièce artificielle, très-bien exécutée par M. Déjardin, dentiste à Paris, remplaçant la partie alvéolaire de la mâchoire inférieure, ainsi que les dents de la mâchoire supérieure. L'aspect extérieur de cette femme n'aurait point fait supposer l'infirmité dont elle était atteinte. Le menton avait seulement un peu diminué de hauteur, de sorte que les joues semblaient un peu saillantes, mais cet élargissement apparent du visage était loin de produire une difformité.

Aujourd'hui, 9 février, la prononciation est absolument normale et la malade peut mâcher avec son appareil prothétique tous les aliments possibles, pain et viande de toute espèce. C'est donc une guérison aussi satisfaisante que possible.

Me conformant aux principes que j'ai cherché à faire prévaloir dans la monographie que j'ai publiée, il y a 14 ans, sur la nécrose phosphorée, je me suis abstenu, comme toujours, de toute intervention hâtive, pendant la longue période de progrès du mal, l'expérience n'ayant fait que confirmer depuis cette vérité, que toute opération entreprise avant la séparation spontanée de l'os nécrosé, loin d'être de quelque utilité, ne fait que détruire l'os périostal naissant et rend l'application ultérieure d'un appareil prothétique d'autant plus difficile.

Je ne saurais ne pas insister un instant sur cette reproduction périostale du maxillaire inférieur nécrosé, alors que rien de pareil ne s'observe pour la mâchoire supérieure.

Du tissu fibreux seul comble habituellement la perte de substance de l'os maxillaire supérieur, ce qui s'explique par l'absence de périoste interne, à la place duquel on trouve une membrane fibromuqueuse dépourvue de propriétés ostéogéniques. Supposez, en effet, que le périoste externe vienne à se détruire par suppuration ou autrement et rien ne pourra plus reproduire l'os ancien.

Il y a une quinzaine d'années, M. Broca a très-bien décrit dans le « *Medical cyclopedia* » le mode d'après lequel se font dans le cas de nécrose, le retrait du périoste et le déchaussement du maxillaire.

A mesure que le mal fait des progrès, on voit le bord alvéolaire de celui-ci s'isoler du périoste enflammé, qui se rétracte sur lui-même de haut en bas.

Ce travail de retrait continuant, il arrive un moment où la presque totalité du corps de l'os se trouve à nu dans la bouche, pendant que l'ossification progressive des lames périostales interne et externe reproduit la forme du maxillaire nécrosé.

Dans les cas où la rétraction en question est lente et la reproduction osseuse très-tardive, on constate un retrait tel des parties molles et du périoste, que l'os nouveau, loin de reproduire la forme de l'os ancien ne représente plus qu'un arc de cercle très-court dirigé transversalement et offrant une courbure à concavité supérieure.

En 1863, M. Forget, à propos d'une observation du professeur Rizzoli de Florence intitulée *Résection sous périostée du maxillaire inférieur*, nous a fait connaître dans son rapport qu'une première fois Rizzoli avait scié l'os et enlevé la moitié du maxillaire qui était malade, puis l'autre moitié s'étant nécrosée, une nouvelle opération devint nécessaire; cela prouve, une fois de plus, la vérité de ce que j'ai dit plus haut, à savoir, qu'il n'y a aucune utilité à intervenir activement pendant la période de progrès du mal.

Ajoutons que le titre de cette observation est inexact, attendu qu'il ne s'agit point d'une résection sous périostale, mais, tout simplement, de l'extraction d'un séquestre.

Un détail qu'il est bon de ne pas passer sous silence, c'est le parti avantageux que j'ai pu retirer des injections détersives faites deux fois par jour dans la bouche, par la malade elle-même, à l'aide d'un irrigateur muni d'une canule.

Pendant les seize mois qui ont précédé l'opération, la malade, grâce à ces lavages, n'a jamais offert des signes d'infection septique.

Des derniers trajets fistuleux qui sillonnaient la mâchoire, un seul avait persisté, et il me fallut par la suite faire une petite opération autoplastique pour en boucher l'orifice, d'où il s'écoulait constamment de la salive.

L'appareil prothétique en caoutchouc durci que porte la malade et qui lui rend, comme je l'ai dit, de signalés services, a été très-habilement conçu et exécuté par M. Déjardin.

Le dessin numéro 3, que voici, en donne une idée exacte.

M. MARJOLIN. Je désirerais savoir pendant combien de temps la malade a travaillé dans la fabrique d'allumettes chimiques, et depuis quel âge elle s'est livrée à cette occupation. On sait que, pendant longtemps, il subsiste une espèce d'immunité pour les émanations phosphrées, et que c'est brusquement, et parfois après plusieurs années de travail à l'atelier que l'intoxication par le phosphore se déclare. Un détail non moins important, c'est qu'il existe encore dans Paris de petites fabriques clandestines d'allumettes chimiques qui, pour échapper à la surveillance légale, se recrutent d'un nombre d'adultes inférieur à vingt, et qui, par contre, occupent beaucoup d'enfants. C'est précisément dans ces conditions que l'intoxication phosphorée fait le plus de ravages, et MM. Ollivier et Lailler ont eu à signaler, dans ces conditions, des morts survenues rapidement par suite d'un véritable empoisonnement aigu. Il serait bon de signaler à l'autorité ces abus, qui journellement font des victimes.

M. TRÉLAT. Ma malade, comme je l'ai dit dans l'observation, travaillait dans la fabrique depuis dix-huit ans; elle n'avait éprouvé les premières atteintes de son mal que quinze ans après son entrée dans les ateliers, ce qui vient à l'appui de l'espèce d'immunité relative dont vient de parler M. Marjolin.

M. LARREY. Le conseil de salubrité avait été saisi de la question de la fabrication clandestine des allumettes chimiques, il y a quelques années. Depuis cette enquête, le mal a diminué; mais, enfin, il existe encore bien des abus à cet égard, qui doivent être signalés à la sollicitude de l'administration compétente.

PRÉSENTATION DE MALADES

Tumeur de la racine de la cuisse. — M. BOURGEOIS, D'ÉTAMPES. Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société est venu me consulter, il y a quelque temps, au sujet de la tumeur qu'il porte à la cuisse depuis six mois seulement, dit-il.

A l'examen de celle-ci, qui est ronde, lisse, sans changement de couleur à la peau, j'ai pu constater manifestement des battements isochrones au pouls, tandis que je n'ai pu saisir aucun souffle, au moins d'une façon tant soit peu nette.

Sans porter de diagnostic définitif, j'engageai le malade d'aller consulter M. Nélaton, qui n'hésita pas à déclarer qu'il s'agissait d'une tumeur maligne avec développement de vaisseaux dans la masse.

M. DOLBEAU. Au premier abord, on pourrait croire à une tumeur érectile, tant les battements sont nets. Toutefois, en prenant en considération l'âge du sujet, le manque de souffle et le développement rapide de la tumeur, on doit se rattacher, je crois, à l'idée d'un encéphaloïde très-vasculaire.

M. BOINET est du même avis.

M. CHASSAIGNAC. Lorsque le malade se couche, la tumeur semble diminuer de volume, comme s'il s'agissait là d'une tumeur vasculaire bénigne. L'artère fessière, il est vrai, ne paraît pas plus grosse qu'à l'état normal, ce qui aurait lieu s'il s'agissait véritablement d'un anévrysme.

Toutefois, avant de désespérer, on pourrait tenter une ponction exploratrice, d'autant plus que, rarement, une tumeur cancéreuse est aussi molle et aussi uniformément consistante.

M. DESPRÈS. J'ai observé un cas analogue dans le service de M. Richet. Il s'agissait, dans ce cas, d'un sarcome vasculaire à

myeloplaxes de nature maligne que M. Richet, et plus tard moi-même nous traitâmes par des injections de queques gouttes (4-5) de perchlorure de fer. Le résultat fut une diminution temporaire des battements et une réduction partielle de la masse. Il est bon d'ajouter que deux de mes piqûres ayant été faites trop près l'une de l'autre, j'ai eu une petite eschare, qui n'a pas tardé à se se guérir, sans avoir provoqué d'hémorrhagie.

M. TRÉLAT. J'ignore les antécédents du malade, et aussi si la tumeur se prolonge ou non dans le bassin. Comme M. Chassaignac, j'ai pu constater la forme régulière de la tumeur, sa mollesse partout égale, sa réductibilité surtout lorsque le malade se couche; enfin, il m'a semblé avoir saisi du souffle, et pour toutes ces raisons, je serais porté à diagnostiquer un anévrysme.

M. LIÉGEOIS croit que la tumeur se prolonge dans l'excavation pelvienne en se fondant sur ce que l'effort augmente la tension de la tumeur.

M. DESPRÈS ajoute à ce qu'il a dit précédemment que toutes les tumeurs vasculaires ramollies sont en partie réductibles, ainsi qu'il ressort entre autres d'une observation de la clinique de Velpeau, qu'il a publiée antérieurement.

M. TRÉLAT fait observer que l'effort, à lui seul, suffit pour tendre la tumeur, sans qu'on doive en inférer que celle-ci communique pour cela avec l'excavation du bassin.

M. FORGET partage l'avis de ceux qui voient dans cette tumeur un cancer vasculaire ramolli, et à l'appui de sa manière de voir, cite un cas analogue qui lui est propre, et un autre qu'il a été à même d'observer avec Robert. D'après ce qu'il a vu en pareils cas, M. Forget croit que toute intervention chirurgicale, fût-ce la simple ponction, doit être écartée comme dangereuse.

M. LE FORT incline à admettre ici une tumeur anévrysmatique, vu la grande mollesse et l'uniformité de consistance de la masse.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

M. DEPAUL montre à la Société un placenta fort curieux en ce sens qu'il est le siege d'un caillot apoplectique de 2 centimètres d'épaisseur, situé sur la face fœtale du délivre. Cette face en est entièrement recouverte.

L'examen histologique fait par M. Cornil a démontré qu'il s'agissait bien là d'un caillot de fibrine.

La mère était aphasique depuis qu'elle avait eu une attaque d'apoplexie cérébrale quelques mois auparavant. Elle est accouchée d'un enfant vivant et qui vit encore, preuve que les hémorrhagies, même abondantes, qui se font sur la surface fœtale du placenta n'ont pas la gravité de celles qui ont pour siége le parenchyme même du délivre. M. Depaul conserve le dessin d'un cas analogue, avec cette différence, qu'au lieu d'un grand caillot en nappe, comme ici, il y avait vingt à trente petits épanchements disséminés et tous récents.

M. Depaul ne partage pas l'avis de ceux qui, comme M. Bailly, admettent que les hémorrhagies placentaires ne peuvent se faire primitivement, mais qu'elles sont toujours consécutives aux altérations fibro-graisseuses des papilles choriales.

M. BLOT. Je demanderai à M. Depaul le poids exact de l'enfant qu'il a dit être, je crois, de 5 livres et quelque chose. C'est là un développement à peu près normal et qui se trouve, je dois le dire, en contradiction avec tout ce que j'ai vu dans les cas de placenta malade. Invariablement, le poids des enfants s'est montré à moi diminué au point de n'être que de 1,550 grammes, de 1,500 grammes et même de 1,250 grammes, ce qui n'a pas empêché les nouveau-nés de continuer à vivre.

Quoique Lobstein ait avancé le contraire, je crois, pour mon compte, qu'il y a un rapport exact entre le développement du fœtus d'une part, et le volume du placenta de l'autre. De là cette conclusion capitale en médecine légale que nul n'est autorisé à se prononcer sur l'âge exact d'un fœtus sans avoir examiné en même temps le développement comparatif du délivre. Sans cette précaution, on s'expose à déclarer, comme n'étant pas à terme des enfants qui le sont en réalité, mais qui se sont peu développés par suite de l'altération pathologique du délivre.

L'examen du placenta, généralement très-petit en pareils cas, peut mettre à l'abri de l'erreur.

M. DEPAUL. Tout ce ce que M. Blot vient de dire s'applique aux altérations parenchymateuses du placenta, non à celles qui occupent la surface fœtale de celui-ci, comme dans mon cas, où l'épanchement sanguin était simplement sur-ajouté.

Tout en admettant ce qu'a dit M. Blot comme généralement vrai, il y a des exceptions aussi bien dans un sens que dans l'autre.

La Société se forme en comité secret à cinq heures.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 16 février 1870, ont été nommés membres du conseil de surveillance de l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris :

MM. Genteur, président de la section de l'intérieur au conseil d'État; — Paul Fabre, procureur général près la cour de cassation; — Hellot, membre du conseil municipal de la ville de Paris.

— Par décret du 2 mars, M. Lallemand (Marie-Étienne-Alexandre), professeur de physique à la Faculté des sciences de Montpellier, a été nommé professeur de physique à la Faculté des sciences de Poitiers.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 9 mars, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

Ordre du jour : 1° Du nombre et de la répartition des malades dans les circonscriptions médicales des bureaux de bienfaisance, par M. le docteur Thelmier. — 2° Moyens pratiques de diminuer la proportion des accouchements dans les hôpitaux, par M. le docteur Passant.

Le directeur, Dr E. LE SOURD

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GALLARD.

Méningite cérébro-spinale chez un alcoolique

Lu à la Société médicale d'Observation par M. HEMEY.

M..., âgé de 27 ans, exerce la profession de houlanger. Il habite Paris depuis plusieurs années, et les personnes chez lesquelles il loge ne l'ont jamais vu malade. Elles racontent que ce garçon, grand et vigoureux, était souvent taciturne, que plus souvent encore il se prenait de hoisson, et que maintes fois il se réveillait couvert de vomissements presque exclusivement formés de vin. Jamais d'attaques convulsives.

Le 13 mai, quand il revint de son ouvrage, il était malade, assez pour que depuis ce jour il fût ohligé de garder le lit. On appelle auprès de lui un médecin, qui le purgea et le fit vomir, et pendant neuf jours cet état fut stationnaire; il se plaignait de la tête, il avait un certain délire parlant, mais assez tranquille, et le plus souvent son sommeil était calme. La diarrhée ne survint, paraît-il, qu'après l'administration du purgatif, ainsi que les vomissements, qui ne furent pas hilieux. Il ne toussait pas, mais il saigna du nez le 19 mai.

Le 22, ne pouvant pas lui donner chez lui des soins assez assidus, on l'amena à l'hôpital. Il vint à la consultation; il se tenait dehout soutenu par deux personnes, il avait l'air très-prostré, mais il répondait assez hien aux questions qu'on lui adressait.

Le 23 au matin, cet homme était dans un état comateux, il ne paraissait pas avoir conscience de ce qui se passait autour de lui; la figure était pâle, mais plutôt souriante, et couverte de croûtes semblables à celles qui résultent d'une éruption d'herpès; les renseignements, du reste, leur donnent cette origine. Il existe un peu de raideur de tout le corps, la sensibilité et la motilité paraissent légèrement atteintes du côté droit; le bras et la jambe de ce côté semblent percevoir moins bien les pincements, et le malade n'exécute pour s'y soustraire qu'un bien léger mouvement. Il cherche, au contraire, à éloigner la cause de la douleur avec son bras gauche. Il semhle donc y avoir un léger degré d'hémiplégie droite. On a heaucoup de peine à asseoir le malade sur son lit pour l'ausculter, et cela, à cause de la raideur du torse. La poitrine, du reste, ne présente aucun signe morhide hien appréciable; les yeux sont fermés, il paraît y avoir de la photophohie, et peut-être aussi un peu de strabisme; les pupilles sont égales, mais bien peu contractiles; les doigts sont serrés, la langue paraît un peu collante, sans être sèche. Il n'y a eu chez ce malade, depuis son entrée, ni délire bruyant, ni cris, ni sueurs, ni tremhlement, et le coma n'est survenu que pendant la nuit; le pouls est faible, à 72 pulsations. La ligne unguéale est très-marquée, il y a un peu de hallonnement du ventre et un léger degré de météorisme.

Comme traitement, une émission sanguine locale fut ordonnée. 20 sangsues furent successivement appliquées derrière les oreilles dans la journée. En même temps, le malade prit 40 centigrammes de calomel, qui amenèrent une ou deux selles liquides. Les matières fécales, ainsi que l'urine, s'échappent du reste involontairement.

Le 24, aux renseignements déjà obtenus, un des camarades de chambre du malade vient en donner de nouveaux. Il confirme ses habitudes alcooliques, mais il ajoute qu'un mois environ avant de tomher malade, l'intelligence de son camarade lui semhlait singulièrement atteinte, à tel point, qu'on lui disait souvent en plaisantant qu'il devenait fou. Pendant les quelques temps qui précédèrent le jour où il fut forcé de garder le lit, il se plaignait assez sonvent de céphalalgie. Les parents du malade habitent la campagne et se portent hien.

Le 24 mai au matin, les sangsues ont donné beaucoup de sang, et le malade est resté sensiblement dans le même état; la chaleur est modérée, le pouls à 88 par minute, 36 inspirations. L'auscultation est rendue presque impossible. Le côté droit du corps est, par la raideur du tronc et le peu d'amplitude des inspirations, sensiblement plus paralysé que la veille, et de plus, il existe un léger degré de contracture du côté gauche. La face ne paraît pas être plus paralysée d'un côté que de l'autre; l'orhiculaire des lèvres se laisse projeter par la respiration, la ligne unguéale apparaît toujours autant.

Le 25 mai, les vésicatoires placés aux cuisses ont bien pris. Les urines, examinées pour la première fois, sont assez limpides, et de couleur normale; traitées par l'acide nitrique, elles donnent un abondant précipité, qui se teinte hientôt en *noirâtre*, et qui paraît être de l'albumine, car la chaleur le fait naître également. Le malade a toujours les paupières fermées; en les soulevant, on constate du strabisme externe de l'œil gauche. Les pupilles sont légèrement contractées. La paralysie droite est plus complète, l'insensibilité est presque absolue; à gauche, la contracture est la même, la chaleur est très-vive, 48 inspirations par minute et 104 pulsations. L'auscultation ne donne qu'une faible expansion. Les urines et les matières fécales s'échappent toujours involontairement. Le malade tousse un peu, mais à de longs intervalles, et son visage exprime de temps en temps la souffrance.

Le 26, état sensiblement le même. Il n'y a pas eu de selles depuis vingt-quatre heures; les urines continuent à s'échapper involontairement. Le malade ne tousse que hien rarement. Tous les autres symptômes subsistent comme la veille, et cet homme succombe à onze heures du soir, sans présenter aucun phénomène particulier à noter.

L'autopsie fut faite le 28 mai, 36 heures après la mort. L'aspect général du cadavre dénotait un certain degré d'affaiblissement; les parties déclives étaient fortement cyanosées. Les pupilles étaient inégales, la gauche plus dilatée que la droite.

Les poumons étaient généralement congestionnés; celui du côté droit avait même une teinte rouge livide dans toute sa hauteur, teinte qui n'existait que dans une portion très-limitée du poumon gauche, à la partie postérieure du lobe inférieur; le reste de cet organe présentait les lésions caractéristiques de l'emphysème. Il était facile de percevoir au toucher, dans toutes les parties qui avaient la teinte livide dont j'ai parlé, une série de petits nodules, ou grains durs, que l'on sent si fréquemment dans les infiltrations tuberculeuses, et dont la grosseur moyenne était celle d'un grain de chenevis; ni l'aspect à la simple vue, ni le microscope n'ont assigné une origine tuberculeuse à ces nodosités; elles étaient, en effet, noirâtres. A la coupe, et sous le champ du microscope, on les voyait formées par une grande quantité de filaments fibrineux, contenant dans leur réseau une immense quantité de globules. Autant qu'il m'a été possible d'en juger, ces petits noyaux, que je considérais volontiers comme inflammatoires, m'ont paru être situés dans le tissu cellulaire, et non pas dans les ampoules pulmonaires.

Les plèvres présentaient pour toute lésion un certain degré d'injection et quelques adhérences récentes.

Le cœur était de volume normal. Son tissu, très-flasque, était chargé de graisse.

L'endocarde était d'un rouge foncé, et les valvules sigmoïdes et mitrales présentaient sur leurs hords un épaississement notable.

L'estomac offrait un plissement considérahle de la muqueuse, laquelle présentait en outre, vers le cardia et la grande courhure, de nombreuses ecchymoses, et même quelques petites ulcérations à ce niveau; d'une façon générale, cette muqueuse avait une teinte gris ardoisé très-remarquable.

Tout l'intestin était congestionné, et vers l'iléon, les follicules clos isolés offraient une saillie très-perceptible à la vue comme au toucher; on ne voyait pas d'ulcération, les plaques de Peyer étaient saines, mais il y avait aussi, sur tout le trajet de la muqueuse, quelques légères ecchymoses.

Le foie était congestionné, légèrement gras, mais de volume normal; le microscope montrait les lobules très-limités par un tissu conjonctif, plus abondant qu'à l'état normal, et dans l'intérieur du lobule une certaine quantité de globules graisseux.

La rate était volumineuse, 13 centimètres de hauteur, assez friable et congestionnée. *Les reins* ne présentaient eux-mêmes qu'un certain degré de congestion, sans altération organique appréciable.

Enfin, *le système nerveux* offrait des lésions fort remarquables et très-étendues. Les méninges étaient épaissies, et leurs vaisseaux extrêmement gorgés de sang. Après avoir enlevé la dure-mère, on apercevait le cerveau, dont les circonvolutions étaient légèrement aplaties. Outre la congestion qui était très-marquée, on voyait çà et là, sur la face convexe et aux environs de la grande tente du cerveau, des îlots purulents d'un jaune clair, qui paraissaient situés entre l'arachnoïde et la dure-mère, et dont la cohésion était très-grande; les dimensions de ces îlots purulents variaient, depuis le volume d'une lentille jusqu'à celui d'une pièce de 1 franc; ils avaient presque la consistance de fausses membranes molles, et ils étaient représentés sous le champ du microscope par des éléments fibrineux et des glohules de pus. Ces altérations des méninges céréhrales se continuaient sans interruption sur les méninges rachidiennes et sur les parties postérieures de la moelle; depuis le hulbe jusqu'à la queue du cheval, on voyait encore cinq ou six amas purulents, dont le plus considérable siégeait au renflement inférieur; il avait environ 5 centimètres de long sur 2 de large. Toute la substance nerveuse elle-même du cerveau et de la moelle était extrêmement congestionnée, mais on ne voyait en aucun point de destruction du tissu, et les méninges se séparaient assez facilement de cette substance nerveuse plutôt légèrement indurée. Le liquide céréhral n'était pas très-abondant, et les ventricules ne paraissaient pas être dilatés.

En résumé, un homme dans toute la force de l'âge, offrant des antécédents alcooliques très-accusés, présentait depuis six semaines environ des troubles intellectuels; le 13 mai il tombe tout à fait malade, il se plaint de violents maux de tête, et, sans présenter ni délire furieux, ni convulsions, ni tremblement, ni sueurs, il est pris, le 23 mai, d'un état comateux, qui s'accompagne bientôt de paralysies partielles et pl us ou moins complètes du côté droit du corps. Le 24, cette paralysie augmente, et la contracture apparaît du côté gauche. Le 26, le malade succombe, sans être sorti de son coma et sans présenter aucun autre phénomène remarquahle. A l'autopsie, on trouve, dans presque tous les organes, le cachet des lésions de l'alcoolisme, en même temps qu'une méningite encéphalo-rachidienne purulente et généralisée.

Le titre même de mon observation montre toute la réserve que j'apporte dans la pathogénie de la lésion des méninges trouvée chez ce sujet.

Les cas de méningite simple, tels que l'on admet ceux de pneu-

FEUILLETON BIBLIOGRAPHIQUE

I. **Traité pratique des maladies de l'utérus, des ovaires et et des trompes**, par M. le professeur COURTY (1). — II. **Traité clinique et pratique des maladies puerpérales**, par M. HERVIEUX, médecin de la Materuité (2). — III. **Manuel des humeurs**, par M. Fernand PAPILLON (3). — IV. **Tumeurs osseuses des fosses nasales et des sinus de la face**, par M. le docteur Paul OLIVIER (4). — V. **Étude sur les tumeurs de la glande lacrymale**, par M. le docteur SAUTEREAU (5). — VI. **Essai sur l'aplasie lamineuse progressive**, par M. le docteur Louis LANDE (6).

I

Avons-nous bien besoin d'analyser le livre de M. Courty? Le succès rapide de cet ouvrage met l'éditeur dans la nécessité de mettre immédiatement en vente les deux tiers de la deuxième édition, le dernier ticrs devant suivre très-rapidement.

Le savant ouvrage du professeur de Montpellier méritait cet accueil. Il y a trop peu de temps que nous en entretenions nos lecteurs, pour ne pas nous exposer à des redites. Qu'il nous suffise donc de rappeler ici que le *Traité des maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes*, est avant tout un livre pratique. « La précision du diagnostic et l'opportunité du traitement sont les garants du succès dans la pratique. » Ces paroles de l'auteur sont l'expression de la pensée qui a présidé à son travail. C'est grâce à cette préoccupation que M. Courty a fait un livre excellent et digne d'un véritable praticien.

II

Nos lecteurs ont suivi avec intérêt les discussions engagées depuis quelques années sur les maladies puerpérales et le régime des maternités. Parmi les médecins qui ont pris part à ces discussions, M. le docteur Hervieux s'est créé une place toute particulière, par les études spéciales qu'il avait faites de la matière.

Aujourd'hui, notre confrère nous présente un livre très-remarquable sur les maladies puerpérales. Ce traité clinique et pratique s'ouvre par une savante étude de l'empoisonnement puerpéral. Après une revue historique et critique des principales doctrines qui ont régné sur l'ensemble des maladies puerpérales, l'auteur aborde la doctrine de l'empoisonnement puerpéral; il recherche l'historique des épidémies puerpérales, les causes et la prophylaxie de cet empoisonnement. Cette première partie est d'une lecture fort attachante.

M. le docteur Hervieux se livre alors à l'étude des maladies du péritoine, de l'appareil génital, du tissu cellulaire pelvien et de l'appareil urinaire, alors que les suites de couches ont imprimé un caractère spécial à ces diverses affections.

Comme on le voit, ce travail, dont nous n'analysons que la première partie — seule parue en ce moment — est l'œuvre d'un vrai clinicien. La position de l'auteur, médecin de la Maternité, explique l'autorité avec laquelle est écrit ce traité des maladies puerpérales. Le lecteur y trouvera des documents précieux sur une question si débattue en ce moment.

III

Voici maintenant un petit livre destiné surtout aux étudiants. Sous le titre de *Manuel des humeurs*, M. F. Papillon publie un résumé complet des cours de chimie biologique de M. Würtz, et des leçons relatives aux humeurs, professées par M. Ch. Robin. Les élèves qui se préparent à leur premier et à leur troisième examen de doctorat trouveront donc dans ce livre des notions concises, mais très-exactes, pour suhir leur examen.

Le médecin retrouvera lui-même avec plaisir, dans cet ouvrage, des études qui ne lui sont pas toujours familières. L'auteur a exposé des méthodes d'analyse et la description des procédés qui servent

(1) 1 vol. in-8°. Prix de l'ouvrage complet : 18 fr.
(2) 1 vol. in-8°. Prix de l'ouvrage complet : 15 fr.
(3) 1 vol. in-12. Prix : 4 fr. 50.
(4) 1 vol. in-8°. Prix :
(5) 1 vol. in-8° Prix :
(6) 1 vol. in-8° avec 3 planch. lith. Prix : 4 fr.

monie ou de pleurésie simple, tendent de jour en jour à devenir plus rares, à mesure que la science progressive et que les observations sont soumises à une critique plus sévère; à tel point que depuis dix années que je suis les hôpitaux de Paris, je n'ai pas encore rencontré un seul cas de méningite simple vérifié par l'autopsie. L'observation que je viens d'avoir l'honneur de lire à la Société nous présente-t-elle un cas de cette nature? ou devons-nous chercher à lui assigner une cause plus spéciale? On comprendra facilement combien, d'après mon observation personnelle, je suis enclin à n'admettre la méningite simple que sous toute réserve, et à lui chercher toujours une cause pour ainsi dire spécifique.

Disons d'abord que la méningite qui nous occupe mérite par son siége le nom de cérébro-spinale, et comme on a pu le remarquer, beaucoup de symptômes relatés dans l'observation se rapportent bien à la description faite de cette maladie, par le professeur Tourdes, sur l'épidémie de Strasbourg en 1840; le siége et l'aspect des produits morbides : les lésions concomitantes de certains viscères, telles que l'hypertrophie de la rate et l'augmentation de volume des follicules clos de l'intestin, se rencontraient chez notre sujet. Nous remarquons que l'alcoolisme, moins bien connu à cette époque qu'il ne l'est aujourd'hui, est néanmoins signalé parmi les causes occasionnelles de cette méningite cérébro-spinale épidémique. Or notre malade était un alcoolique, à n'en pas douter, les renseignements donnés sur son genre de vie, et les lésions trouvées à l'autopsie, ne permettent même pas l'hésitation. D'autre part, nous avons eu connaissance de deux autres cas à Paris de cette méningite cérébro-spinale épidémique, dont la place n'est pas encore nettement établie dans le cadre nosologique, et qui, encore aujourd'hui, est considérée par les uns comme une fièvre et par les autres comme une inflammation, M. Siredey à Beaujon, et M. Chauffard à la Maison de santé, ont eu, vers la même époque, l'occasion d'observer chacun un cas de ce genre. Dans la séance de la Société médicale des hôpitaux du 8 mars 1867, M. Guyot annonçait qu'un malade qu'il croyait atteint de *delirium tremens*, avait succombé à une méningite aiguë purulente; cette erreur de diagnostic m'a frappé, et je me suis demandé si le malade observé par M. Guyot ne pourrait pas être rapproché de celui dont j'ai rapporté l'histoire aujourd'hui; et, sans oser conclure, je suis disposé à attirer l'attention des observateurs sur cette méningite cérébro-spinale, qui pourrait bien être, comme les autres lésions, sous la dépendance de l'intoxication alcoolique.

Un dernier point m'a encore vivement frappé dans l'observation de ce malade : je veux parler de la lésion pulmonaire, lésion qui, au toucher, ressemblait à s'y méprendre à une infiltration de granulations tuberculeuses; mais à la coupe ces granulations étaient noirâtres, et le microscope les montrait très-nettement formées par d'abondants globules sanguins emprisonnés dans des filaments de tissu fibrineux; ce n'était donc qu'une infiltration de granulations inflammatoires, que j'appellerais volontiers lésion fort curieuse, et que pour ma part je rencontre pour la première fois.

Enfin, messieurs, que cette observation soit regardée comme un cas de méningite cérébro-spinale épidémique, ou bien comme une des nombreuses lésions possibles de l'intoxication alcoolique, le fait tel qu'il est m'a paru digne de vous être signalé. Je profite de l'occasion pour demander à la Société quelques renseignements sur la lésion pulmonaire que je viens de lui décrire, et pour remercier M. Gallard, dans le service duquel j'ai pu prendre cette observation, de la bienveillance qu'il met chaque jour à nous faciliter l'examen de ses malades.

ACCOUCHEMENT LABORIEUX

NÉVRALGIE SCIATIQUE ET MÉLANCOLIE CONSÉCUTIVES. — GUÉRISON

Par le docteur Fleury (de Langon).

La lecture d'une observation d'aliénation mentale, forme mélancolique, chez une femme récemment accouchée, recueillie dans la clinique de M. le professeur Béhier, et publiée par la *Gazette des Hôpitaux* dans le n° 21 du 19 février 1870, m'engage à vous soumettre la relation d'un fait à peu près semblable, et qui est intéressant encore à un autre titre :

Mme L..., âgée de 36 ans, d'un tempérament lymphatique et d'un caractère faible, a fait, en trois ans, trois avortements : à deux mois, à trois mois et à six mois.

Le 17 février 1869, à terme d'une grossesse heureuse, elle est prise des douleurs de l'accouchement. Après trente-quatre heures de travail, l'enfant ne donnant plus signe de vie, la tête n'étant pas encore descendue sur le plancher du bassin, le travail n'avançant plus, les forces de la malade étant épuisées, je suis appelé en consultation par M. le docteur Mongie, qui avait déjà fait, sans résultat, une application de forceps. L'introduction de cet instrument, faite avec beaucoup de ménagements, fut difficile, des tractions furent opérées avec énergie pendant trois quarts d'heure, et je terminai enfin ce laborieux accouchement. La position était occipito-iliaque droite postérieure; l'enfant était mort. Le mouvement de rotation qui aurait dû amener l'occiput sous le pubis, ne s'était pas complétement effectué; de plus, la tête était très-volumineuse, et enfin le bassin, au moins pour le détroit inférieur, présentait des diamètres un peu au-dessous de la moyenne.

J'insiste sur ces faits, parce qu'ils ont été la cause et parce qu'ils fournissent l'explication des accidents qui se développèrent ensuite.

22 février. La malade, depuis sa délivrance, se plaint de *crampes* violentes dans la jambe gauche. La fièvre de lait s'est déclarée, mais elle n'est accompagnée d'aucun accident du côté de l'utérus, grâce, sans doute, aux cataplasmes et aux autres soins appropriés qui ont été mis en usage dans cette prévision. En effet, la longueur du travail et la difficulté de l'accouchement étaient bien de nature à faire redouter l'explosion des accidents inflammatoires dans les organes intra-pelviens.

25 février. Les crampes sont accusées dans la jambe gauche avec la plus grande vivacité : hoquet, sommeil interrompu par des rêves pénibles, hallucinations, idées lugubres, délire qui est attribué à l'inanition, car l'état général reste satisfaisant, et la malade, jusque-là, a été tenue à une demi-diète, pour tarir la sécrétion lactée. Alimentation.

27 février. La malade a trop mangé : anorexie, céphalalgie violente, délire d'action, découragement.

28 février. Fièvre, face altérée, le front est plissé, sensibilité pervertie au cuir chevelu, perte de la mémoire, assoupissement, regard fixe, odeur typhoïde, gargouillement stomacal, nausées, langue blanche, bouche pâteuse, ventre un peu sensible à gauche, les lochies sont satisfaisantes, crampes très-douloureuses dans la cuisse et dans la jambe gauches. Diagnostic : *fièvre puerpérale* par épuisement nerveux. Traitement : potion gommeuse avec extrait mou de quinquina, 5 grammes; cataplasmes et huile de camomille camphrée sur le ventre, onctions de laudanum sur la jambe.

1er mars. La vulve est douloureuse; à l'examen, elle paraît seulement rouge. Même état, même traitement, un lavement par jour.

2 mars. Un peu mieux.

3 mars. Le mieux continue, mais les crampes deviennent intolérables pendant la nuit et privent de sommeil la malade. Onctions avec le liniment anodin de Boyer.

4 mars. Découragement, crainte de la mort, hébétude : trois cuillerées de bouillon toutes les deux heures, café, thé, vin, quinquina.

5 mars, 15e jour. Les douleurs de crampes *se modifient* et font place à des sensations permanentes de fourmillement, de picotements, d'engourdissement, de chaleur, de brûlure, de tiraillements, de contractions fibrillaires, de tremblement, de secousses, de rétraction, d'érosion et de torsion; ces deux dernières sensations ont leur siége dans les orteils. Plusieurs points douloureux sont accusés spontanément et mis en évidence par la pression : au jarret, au milieu du mollet, au bas du mollet, à la base des orteils et à la plante du pied, par conséquent sur le trajet du nerf poplité externe et de sa branche musculo-cutanée. La pression n'est pas douloureuse au niveau de l'échancrure sciatique; une douleur peu intense, erratique et fugace est accusée dans l'aine et en dedans de la cuisse, mais la malade la comprend dans cette expression générale que tout le membre inférieur gauche lui fait mal. Du reste, on n'observe nulle part ni rougeur, ni chaleur, ni œdème, ni gonflement; les mouvements volontaires sont conservés même dans le pied, et une perversion si grande dans la sensibilité n'excite aucune réaction générale. Ces douleurs, qui présentent désormais le caractère de la *névralgie*, sont atroces et tout à fait intolérables; elles enlèvent à la malade tout repos, tout sommeil, l'intelligence en est affaiblie, l'ouïe en est diminuée, il y a des éblouissements et des lypothymies causées par la violence de la douleur. Enfin le visage porte l'empreinte de la terreur. Vésicatoire de 3 centimètres de diamètre à la base du gros orteil, qui est le point le plus douloureux.

6 mars. Les douleurs ont été moindres. Difficulté à uriner. Le vésicatoire est pansé avec 1 centigramme de chlorhydrate de morphine. Deuxième vésicatoire à la base des orteils.

7 et 8 mars. Rémission complète des douleurs pendant le jour, mais elles reparaissent pendant la nuit, de minuit à quatre heures du matin, et elles n'ont pas encore permis à la malade de prendre du sommeil; si elle s'assoupit, elle fait des rêves terribles et se réveille avec un sentiment de frayeur; engourdissement dans la jambe qui lui semble avoir un poids énorme. On a appliqué successivement deux vésicatoires : l'un, à la base des orteils; l'autre, sur le point douloureux, au bas du mollet. Après que les vésicatoires sont pansés avec 1 centigramme de morphine, la malade est prise d'une agitation excessive, due à l'impression de cette poudre. Elle repousse cette application, elle appréhende celle des vésicatoires, ses souffrances la jettent dans un douloureux affaissement, elle doute de sa guérison et témoigne du caractère le plus pusillanime.

9 mars. Délire complet toute la nuit, et cependant, à l'interrogation, elle explique très-bien le caractère de ses douleurs. Pas de sommeil. Cinquième vésicatoire au côté externe du pied.

10 mars. Amélioration, quelques heures de sommeil. La potion à l'extrait de quinquina a été continuée tous les jours, depuis le 28 février.

11 mars. Encore mieux.

12 mars. *Idem*. Sommeil.

L'état de la malade reste assez satisfaisant pendant six jours. Supprimer le quinquina.

18 mars, 28e jour. Les douleurs névralgiques reparaissent : jambe lourde, engourdie, son pied lui semble être une éponge, douleurs dans les orteils et à la plante du pied; ces douleurs retentissent et semblent remonter vers la racine du membre inférieur. Sixième vésicatoire au côté externe du pied.

19 mars. Elle ne sent pas les deux pointes d'un compas, écartés de 1 centimètre à la plante et au dos du pied. Journée bonne et nuit douloureuse. Septième vésicatoire sur le dos du pied.

20 mars. Un peu de sommeil. Huitième vésicatoire près du précédent.

21 Mars. Mieux.

22 mars. Les douleurs sont revenues très-vives. Sensation de torsion et d'écartement forcé des orteils, qui lui semblent se superposer. La malade refuse les vésicatoires. Onctions avec le laudanum sur tout le pied.

23-28 mars. L'amélioration se prononce et se maintient, bien que les douleurs soient encore accusées par moments. En même temps, l'état normal devient meilleur, on peut même dire qu'il est bon puisque la malade est naturellement d'un caractère faible, pusillanime et un peu mélancolique. Elle se lève et prend des fumigations sèches et humides sur la jambe gauche. Sirop de codéine pendant les moments de douleurs. Nous espérons enfin que la convalescence va s'établir, et qu'elle ne sera plus interrompue par de nouveaux accidents.

Mais le 1er avril, après un petit écart de régime, elle a des renvois, un gargouillement stomacal, et elle est prise d'un hoquet, auquel, du reste, elle est sujette, mais qui, actuellement, devient incessant et lui cause un vrai supplice. Ce hoquet très-pénible, et que la potion antispasmodique parvient difficilement à calmer, la fatigue pendant quatre jours, et semble le dernier coup porté à une personne qui est naturellement sans courage, à un caractère sans fermeté, et trop cruellement éprouvé par un accouchement malheureux, par le chagrin que la malade éprouve de la mort de son enfant, et par les souffrances d'une névralgie excessivement douloureuse. Son intelligence, si l'on peut faire cette comparaison, flotte encore, mais elle va bientôt sombrer.

Le 4 avril, 46e jour. La *mélancolie* éclate et s'accuse par les symptômes suivants :

Idées délirantes : elle ne peut pas guérir, elle ne peut pas manger parce, dit-elle, ce qu'elle avale est arrêté au gosier; elle a donné son âme au démon, et a fait un pacte avec lui, elle est indigne des soins qu'on lui prodigue.

La mémoire est altérée.

Les sentiments affectifs sont éteints : elle est indifférente à tout, même au chagrin que ses parents éprouvent en voyant son état, et le sentiment du devoir n'existe plus, c'est en vain qu'on cherche à le réveiller.

La sensibilité est pervertie, elle accuse des spasmes à la joue, elle ne se sent pas le derrière de la tête, elle a les jambes et les mains engourdies.

Elle est en proie à des actes automatiques : elle remue la tête, elle agite les jambes dans tous les sens, et finirait par glisser et

---

à reconnaître et à doser les divers principes immédiats organiques dans les produits sains et morbides de l'économie.

Ce *Manuel des humeurs* mérite une mention particulière, et nous le croyons appelé à rendre service.

IV

M. le docteur Paul Olivier, ancien interne des hôpitaux de Paris, consacre une étude aux tumeurs osseuses des fosses nasales et des sinus de la face.

Ces tumeurs ne renferment, dans leur constitution anatomique, que les éléments du tissu osseux, spongieux ou compacte. Elles sont primitivement développées dans la membrane fibro-muqueuse qui tapisse les cavités des fosses nasales et des sinus.

Mentionnées seulement par les auteurs du *Compendium*, ces tumeurs ont été signalées par Lenoir, Maisonneuve, Legouest, Dolbeau. M. Paul Olivier a relevé, dans le service de M. Richet, deux cas semblables, et à peine, quelques autres faits servant de base à ce travail et qui ont permis à l'auteur d'écrire une monographie pleine d'intérêt.

V

Un autre interne des hôpitaux de Paris, M. F. Sautereau, s'est proposé d'examiner les différentes espèces de tumeurs qui peuvent se former aux dépens de la glande lacrymale.

Abandonnées à elles-mêmes, ces tumeurs modifient plus ou moins la forme, les rapports et les axes de l'organe de la vision; elles entravent sa nutrition et finissent même par le détruire. On comprend donc l'intérêt qui s'attache à leur étude.

Ces tumeurs sont le plus souvent formées aux dépens d'un des éléments de la glande, ou sont consécutives à sa dégénérescence. On en distingue plusieurs variétés : le kyste, le chloroma, les adénomes, le myxome, la dégénérescence colloïde, le squirrhe et l'encéphaloïde.

M. Sautereau étudie ces diverses formes; il rapporte toutes les observations qu'il a pu recueillir sur ce sujet dans les auteurs français et étrangers.

VI

Si l'on jette un coup d'œil sur les planches qui accompagnent le travail que M. le docteur Louis Lande publie sur *l'aplasie lamineuse*, on croit tout d'abord avoir affaire à une ancienne brûlure. Et cependant il ne s'agit en aucune façon de brûlure. L'affection singulière qui donne cette première impression n'est autre que *l'aplasie lamineuse* progressive, ou si l'on veut, l'atrophie du tissu connectif (trophonévrose de Romberg).

M. le professeur Bitot (de Bordeaux) avait eu l'occasion d'observer deux de ces cas; il en fit l'abandon à son élève, M. Lande. De son côté, M. Ball, notre savant collaborateur, avait fait une allusion à cette maladie dans son article Atrophie du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Avec la bienveillance et l'urbanité que chacun lui connaît, il ouvrit à M. Lande toutes ses recherches bibliographiques, et, grâce à MM. Ball et Bitot, M. Lande s'est trouvé en possession de documents importants. Empressons-nous d'ajouter que ces matériaux sont tombés entre bonnes mains, et que le travail de M. Lande constitue l'une des plus intéressantes études de ces derniers temps.

Il existe donc — nous apprend M. Lande — une atrophie acquise frappant particulièrement le côté gauche de la face. Elle réside dans le tissu cellulo-adipeux, affecte l'élément adipeux, la fibre de la cellule et les corpuscules embryoplastiques. Cette maladie ne peut être attribuée qu'à une affection spéciale du tissu lamineux.

Dr E. Renaud.

Études sur le suicide et les maladies mentales dans le département de Seine-et-Marne, avec points de comparaison pris en France et à l'étranger, par le docteur Emile Le Roy, médecin légiste du tribunal de Meaux. 1 vol. in-8°, avec une carte coloriée. — Prix : 5 fr.

Électricité médicale. Nouvelle méthode d'application de l'électricité pour la guérison des maladies, par le docteur Tontain. 1 vol. in-8° de 350 pages. — Prix : 5 fr.

tomber hors de son lit si on ne la maintenait pas. Elle fait entendre des gémissements continuels, le visage est hébété, et le regard ne peut pas se fixer sur la personne qui lui parle.

Enfin, l'insomnie est complète; cependant il n'y a pas d'hallucinations.

7 avril. Cette explosion d'accidents psychologiques semble se calmer, mais il reste toujours une profonde tristesse. La névralgie ne se fait plus sentir qu'à de rares intervalles. On porte la malade au jardin, on lui fait même faire quelques promenades en voiture, mais pour cela il faut presque lui faire violence. Elle afflige les personnes qui l'entourent en désespérant toujours de son retour à la santé, et elle paraît peu sensible aux distractions qu'on veut lui procurer. elle prend des bains salés et de Pennès, du vin de quinquina et de l'élixir ferrugineux du docteur Thermes, et elle parcourt ainsi une période de vingt jours, qui permet d'entrevoir une guérison prochaine.

28 avril. Règles peu abondantes, pendant quatre jours.

5 mai. La mélancolie reparaît avec tous ses symptômes, encore plus accusés qu'ils ne l'ont été il y a un mois, et surtout avec le refus presque absolu de toute nourriture. La névralgie sciatique n'est plus en cause.

10 mai. La nutrition, qui s'était opérée convenablement pendant un mois, ce qui avait produit un état d'embonpoint satisfaisant, semble aujourd'hui s'altérer par une alimentation insuffisante, et on croit remarquer un peu de maigreur.

La malade est transportée dans l'établissement hydrothérapique de M. le docteur Delmas, à Bordeaux, mais le traitement qu'elle y suit, pendant un mois, n'est suivi d'aucun résultat avantageux. Le refus de nourriture a été absolu, et il a fallu alimenter la malade par l'introduction presque journalière de la sonde œsophagienne.

Aussitôt après que Mme L... avait pris quelque nourriture, soit par intimidation, soit pour céder aux supplications de sa famille, et même après l'emploi de la sonde œsophagienne, elle faisait remonter, sans effort, tous les aliments que son estomac avait reçus, et les rejetait. Elle exécutait cette sorte de myricisme volontaire dans un intervalle de temps variable après ses repas. Aussi sa nutrition avait souffert, au point d'amener un amaigrissement voisin du marasme. L'application d'un large vésicatoire, à l'épigastre, fut impuissante à modifier cette perversion de l'estomac, dont la cause était ailleurs.

A dater de cette époque, j'ai cessé d'être appelé à donner mes conseils à cette malade, mais j'ai appris de M. le docteur Mongie que sa mélancolie, après avoir parcouru des phases diverses, avait fini par être amendée de telle sorte, que dans le mois de décembre, c'est-à-dire sept mois après son début, la malade pouvait être considérée comme à peu près guérie, bien qu'elle présente encore aujourd'hui quelques phénomènes psychologiques qui rappellent, en l'aggravant, la faiblesse originelle de son caractère.

Ainsi, en résumé, à la suite d'un *accouchement laborieux*, et après des accidents qui ont fait craindre une fièvre puerpérale, des crampes très-douloureuses persistent pendant quinze jours, et se modifient en présentant le caractère d'une *névralgie sciatique* d'une gravité capable de mettre en danger la vie de la malade par la perte du sommeil et par l'intensité des douleurs. Ces douleurs de névralgie, apaisées par cinq vésicatoires, reparaissent le 28e jour, et cette rechute, qui dure dix jours, est calmée encore par trois vésicatoires. Enfin, à la suite d'un nouvel accident, et au 46e jour, un découragement profond s'empare de la malade, et elle tombe dans une mélancolie nettement caractérisée, qui a failli entraîner sa mort.

Cette observation me paraît remarquable à deux points de vue : 1° par la névralgie sciatique, résultant d'un accouchement laborieux et dû à la compression de la tête volumineuse d'un enfant dans un bassin un peu étroit.

Cet accident n'est pas absolument rare, cependant tous les traités d'accouchements ne le mentionnent pas; Chailly et Cazeaux ne s'en préoccupent pas, et certainement, à ce degré d'intensité, il est digne de toutes les sollicitudes de l'accoucheur, puisqu'il peut créer à lui seul le danger de mort, et qu'il a été probablement dans ce fait la cause prochaine, occasionnelle de l'explosion de la mélancolie.

Je pense que je ne trouverai pas d'opposition en attribuant cette névralgie à la compression prolongée pendant le travail de l'accouchement, qui a duré trente-quatre heures, compression que la tête très-volumineuse de l'enfant a exercée sur les nerfs du plexus sacré, les causes ordinaires de la sciatique, ne pouvant pas être invoquées dans ce fait. Les traités généraux de pathologie J. Frank, Grisolle, etc., ne rapportent pas d'une manière nette et catégorique la cause possible de la névralgie sciatique à la compression due à un accouchement laborieux; Réveillé-Parise, dans son *Guide des rhumatisants*, un livre d'or cependant, n'en parle même pas; il n'est donc pas inutile d'affirmer cette cause par des faits bien établis, et qui ne permettent ni le doute ni l'hésitation. Valleix, dans son *Traité des névralgies*, au chapitre du Diagnostic, page 596, n'en cite qu'une seule observation, ce qui tendrait à prouver qu'il n'en a pas recueilli d'autres, et la lecture de ce fait remarquable et presque identique à celui que je viens d'exposer, m'amène à discuter le diagnostic de la maladie qui s'est offerte à mon observation.

Est-ce une névralgie? Est-ce une névrite? Valleix, en effet, se prononce pour l'existence d'une névrite dans le fait qu'il a rapporté. Il partageait, sans doute, les opinions de Dugès, qui déjà, en 1824, dans un *Mémoire sur la névrite puerpérale*, publié par la *Revue médicale*, avait dit que l'état puerpéral est une cause de névrite. La discussion à laquelle il se livre, pour appuyer son opinion, est intéressante, assurément, mais je cherche, et je ne trouve pas, des motifs suffisants pour admettre l'existence d'une névrite dans la maladie de Mme L..., et les détails dans lesquels je suis entré, me paraissent suffire pour établir que cette affection est une névralgie. Le début tardif, au 15e jour, le siége, le caractère intermittent, la marche, la rechute, la terminaison et le traitement de cette affection douloureuse, me semblent fournir à ce diagnostic une base assez solide. Entre toutes ces conditions, je n'insisterai que sur le siége de la douleur. Si une névrite a existé, elle a dû nécessairement se développer sur le point qui a été comprimé, disons contusionné; or la malade n'a jamais accusé de douleurs dans le bassin et au niveau de l'échancrure sciatique. Il me paraît difficile, dans l'hypothèse d'une névrite, d'admettre que cette inflammation se soit développée dans la branche musculo-cutanée du nerf poplité externe, c'est-à-dire, aussi loin que possible du lieu où l'action traumatique a été exercée. Les crampes qui ont suivi immédiatement cet accouchement laborieux, et qui, du reste, sont un accident journalier des accouchements les plus naturels sont-elles donc également occasionnées par une névrite du nerf sciatique?

Il reste un point à discuter; cette névralgie n'a existé que dans la jambe et dans le pied du côté gauche. D'où vient que la jambe du côté droit en a été exempte? Je crois que pour cette névralgie, comme pour les crampes qui, souvent, n'existent que d'un côté, une particularité dans la position de la tête de l'enfant peut fournir une explication satisfaisante.

Au point de vue thérapeutique, il m'a semblé que l'action du vésicatoire, action si héroïque et si souveraine contre la névralgie due au refroidissement, était moins nette et moins immédiate dans cette névralgie due à la compression et en quelque sorte traumatique, bien qu'il me paraisse difficile de lui refuser une influence favorable sur la cessation des douleurs. On a vu que les applications narcotiques avaient été insuffisantes, et je dois ajouter que les injections hypodermiques ont été repoussées par la famille de la malade.

2° Cette observation est encore remarquable par la complication de la mélancolie. Si la première partie de ce fait pathologique ressemble à l'observation citée par Valleix, la seconde phase de cette longue maladie peut être rapprochée du fait qui vient d'être recueilli dans la clinique de M. le professeur Béhier, quoiqu'elle ait été bien autrement grave.

La mélancolie, chez Mme L..., n'a éclaté que le quarante-sixième jour après l'accouchement. Elle doit cependant être rapportée à l'état puerpéral. Ce long intervalle de temps n'est pas un obstacle qui empêche d'établir la relation de cause à effet entre l'état puerpéral et la mélancolie, car l'observation apprend que les choses se passent ainsi le plus habituellement. C'est donc une mélancolie puerpérale. Mais l'état puerpéral paraît être une cause plutôt prédisposante qu'efficiente de la mélancolie; car, comme dit Georget, la folie, après les couches, n'éclate ordinairement que par suite d'une seconde cause, morale ou autre. Cette cause seconde est ici très-évidente, et j'ai eu le soin de la faire ressortir, c'est la névralgie sciatique, qui a été comme le lien, le trait d'union, qui a rapproché et réuni l'état puerpéral et la mélancolie. Sous l'influence de la dépression excessive causée par cette névralgie, l'intelligence s'est affaissée et a fait naufrage. Il n'est pas possible d'invoquer ici l'hérédité : les antécédents de la famille repoussent cette intervention, et l'état moral de la malade elle-même pendant sa grossesse avait été excellent. Elle vit, du reste, au milieu des conditions sociales les plus heureuses. On peut seulement tenir compte de son tempérament faible et nerveux.

Le pronostic a été de la plus grande gravité, puisque le refus absolu de nourriture rappelait chaque jour le danger de la mort par inanition, et que la nutrition a subi les plus profondes atteintes. De plus, un état si alarmant s'est prolongé pendant sept mois.

Enfin, le traitement a consisté dans l'emploi de l'hydrothérapie, qui n'a pas réussi, bien que ce moyen fût dirigé par un médecin qui se recommande par une aptitude spéciale; des vésicatoires, à titre révulsif, à l'épigastre et aux apophyses mastoïdes; des bains variés simples et prolongés, salés et de Pennès; et surtout des préparations ferrugineuses et de quinquina. Mais l'étude attentive de la marche de cette mélancolie montre bien que la guérison ne peut être rapportée directement à aucun de ces moyens thérapeutiques, et qu'il faut en attribuer tout l'honneur au temps seul, c'est-à-dire à la nature médicatrice.

Les conditions d'étiologie de forme spéciale, de pronostic et de traitement par lesquelles, cette observation diffère de celle de M. le professeur Béhier, sont autant de circonstances qui rendent intéressante la comparaison de ces deux faits pathologiques.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION

Séance du 27 décembre 1869. — Présidence de M. Barthez.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

Lettre de M. Rigal s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE

M. le docteur Vast offre à la Société une brochure intitulée : *Note sur l'élimination de certains calculs par le périnée.*

M. BARTHEZ fait une communication au sujet d'un cas de *diverticulum* de l'œsophage.

Croup. — M. BLACHE. A propos de la présentation que vient de faire M. Barthez (Recherches expérimentales sur le rôle physiologique et thérapeutique du phosphate de chaux, par M. L. Dusart), je veux appeler l'attention de la Société sur une nouvelle application du lacto-phosphate de chaux dans le croup.

Dans les médicaments qu'on doit employer contre les productions pseudo-membraneuses, on est naturellement conduit à rechercher ceux qui s'opposent à la transsudation des éléments albumino-fibrineux. En continuant nos recherches physiologiques sur le lacto-phosphate de chaux, M. Dusart a pu démontrer que l'introduction de ce produit dans l'économie, détermine la formation des cellules et de la fibre musculaire aux dépens des matières albuminoïdes, provenant soit des matières azotées fournies par les aliments, ou même au dépens de l'albumine du sang. Ce fut en nous appuyant sur la notion de ce fait, que nous avons pensé qu'en administrant aux enfants atteints du croup le lacto-phosphate de chaux, on parviendrait peut-être à fixer dans l'économie les matières albuminoïdes, et à entraver ainsi la tendance à l'exsudation de ces mêmes matières, qui constituent en grande partie les fausses membranes de la diphthérite. Il est d'ailleurs bien évident que cette exsudation pseudo-membraneuse doit être regardée comme la conséquence d'un état général spécial, dans lequel domine un mouvement énergique de désassimilation, contre lequel on ne saurait trop employer les analeptiques de toutes sortes. Or, nous avons pu constater mainte et mainte fois que le lacto-phosphate de chaux développe la nutrition en réveillant l'appétit. C'est donc encore remplir une des indications thérapeutiques de la diphthérite que d'administrer le lacto-phosphate de chaux. Ajoutons à cela que parmi les substances qu'on a vues avoir une action directe sur les fausses membranes, l'acide lactique et le suc gastrique sont celles qui, à bon droit, passent pour être les plus actives. Nous avons dit ailleurs les propriétés spéciales du lacto-phosphate de chaux aussi n'y reviendrai-je pas, je me contenterai de rappeler ici qu'avec cet agent actif nous avons pu faire des digestions artificielles; je ne mentionne ce fait que pour mémoire, et j'ai hâte d'arriver à l'observation d'un cas de croup bien confirmé, guéri par l'usage du lacto-phosphate de chaux.

M. le docteur Riant, auquel mon ami Dusart et moi avions parlé de l'emploi que nous désirions faire de ce médicament dans le croup ou l'angine couenneuse, a bien voulu expérimenter ce nouveau genre de traitement sur une petite fille de 2 ans et demi qu'il avait à soigner.

« Le 24 novembre, je fus appelé auprès de la petite M. V..., qui n'offrait alors que les symptômes d'une bronchite avec fièvre; des râles muqueux s'entendaient dans toute l'étendue de la poitrine.

Le 25, il y avait, en outre, de la laryngite et la fièvre avait augmenté; j'ordonnai un vomitif.

Dans la nuit, M. le docteur Vivier est appelé en mon absence et constate beaucoup de dyspnée avec raucité de la voix. Vers cinq heures du matin, il y eut un accès de suffocation. L'usage du sulfate de cuivre n'amena dans le vomissement aucune fausse membrane, qui d'ailleurs n'existait pas dans la gorge. Dans la matinée, les menaces d'asphyxie se répétèrent, alors on appela en consultation, M. le docteur Archambault qui, après avoir examiné la petite malade, jugea l'opération nécessaire, et fit tout préparer pour la trachéotomie, qui pouvait devenir urgente d'un moment à l'autre. En effet, la voix était éteinte; l'inspiration sifflante et pénible, était marquée par une grande dépression du ventre à chaque respiration. Le pouls était incomptable et l'agitation extrême; à tout moment, l'enfant portait la main à sa gorge comme pour arracher quelque chose qui l'étouffait. Ce fut à ce moment que je commençai à donner à l'enfant le lacto-phosphate de chaux par cuillerée à dessert, d'heure en heure; je lui fis prendre en même temps un peu d'alimentation qu'elle refusa d'abord, puis accepta ensuite. Sous cette influence, on vit d'abord un peu de calme apparaître, et enfin du sommeil, qui arriva pendant quelques heures de la nuit et fit le plus grand bien.

Le 27 au matin, M. Archambault, qui pensait venir pour opérer la petite malade, constata d'abord une diminution dans les phénomènes d'asphyxie, et remit encore à plus tard la trachéotomie. Toute la journée du 27, le lacto-phosphate fut continué; le soir, on vit l'enfant notablement mieux, avec une respiration plus libre.

Le 28, on ne songe déjà plus à l'opération, et le 29, on peut répondre du succès, car l'enfant mange avec appétit et n'offre plus aucune gêne de respiration.

Malgré l'absence de fausses membranes dans la gorge, nous ne pouvons cependant douter que nous avons eu affaire à un croup laryngé, que l'emploi du phosphate de chaux a évidemment contribué à guérir. »

Voici, messieurs, jusqu'ici le seul fait que je puisse invoquer en faveur de la théorie que j'énonçais tout à l'heure devant vous; en tout cas, si l'un de vous veut tenter l'essai de ce traitement, basé sur des données de physiologie expérimentale, il faut penser que, pour obtenir un résultat, il faut agir vite, c'est-à-dire saturer l'économie de lacto-phosphate de chaux, pour retenir sous son influence les matières plastiques qui tendent à s'échapper sous forme de fausses membranes.

L'ordre du jour de la séance du 10 janvier 1870 appelle la lecture des observations suivantes :

M. LABADIE-LAGRAVE : *Claudication intermittente.*

M. HUCHARD : *Pneumonie avec parotides et œdème de la glotte.*

Le secrétaire : A. Sanné.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DES SCIENCES DE LILLE

—

PRIX WICAR

—

CONCOURS DE 1869 (1)

REPORTÉ EN 1870.

SECTION DES SCIENCES. — PHYSIQUE

La Société décernera un prix de 1,000 francs au meilleur travail *inédit* sur l'une quelconque des branches de la physique expérimen-

(1) Ce prix n'ayant pas été décerné en 1869, le concours est reporté en 1870; il sera prorogé, s'il y a lieu, d'année en année, jusqu'en 1872.

tale. — Par décision spéciale, les manuscrits devront être parvenus au siége de la Société avant le 1er juin 1870.

CONCOURS DE 1872

SECTION DES SCIENCES. — MÉDECINE

La Société décernera un prix de 1,000 francs au meilleur travail *inédit* sur la thermométrie clinique.

Les pièces destinées au concours pour le prix Wicar doivent être adressées *franc de port* au secrétariat général de la Société, à l'hôtel de ville, à Lille. Passé le 15 octobre, aucune pièce ne sera admise. (Il y a une décision spéciale au concours de 1869.)

PRIX PROPOSÉS

I. — SCIENCES PHYSIQUES

Questions proposées pour le concours de 1870.

1° Faire un exposé élémentaire, propre à être introduit dans l'enseignement, de la théorie mécanique de la chaleur et de ses applications aux machines.

2° La viande de boucherie est, comme on le sait, répartie en plusieurs catégories ou qualités dont le prix au kilogramme est fort différent.

On n'a aucune analyse chimique comparative de ces diverses qualités de viande du même animal.

Quelles sont les différences que ces qualités présentent sous le rapport de la composition immédiate ?

Sous le rapport alimentaire, ces qualités offrent-elles réellement des différences tranchées et en conformité de leurs valeurs vénales?

Pourquoi les bas morceaux, à quantités égales de *chair*, nourriraient-ils moins bien que les morceaux de premier choix ?

Est-il possible à la chimie de donner des réponses précises à ces questions, qui intéressent si puissamment l'hygiène publique ?

3° Déterminer les moyens les plus simples pour obtenir l'aération et la ventilation des cafés-estaminets, cercles et appartements, à l'aide de l'éclairage et du chauffage.

4° Étude des questions chimiques qui se rapportent à la fabrication du sucre.

5° Étude nouvelle sur les matières colorantes.

6° Étude nouvelle sur les matières décolorantes.

II. — SCIENCES NATURELLES ET PHYSIOLOGIE.

Questions proposées pour le concours de 1870.

1° Établir le catalogue des mollusques marins qui vivent sur les côtes du département du Nord; comparer cette faune locale avec celles de la Belgique, du Pas-de-Calais et de l'Angleterre.

2° Le mode de reproduction des anguilles est complétement inconnu des naturalistes; on ne sait pas quels sont les organes producteurs des éléments qui servent à la génération, et l'on ignore si les anguilles produisent des œufs ou des petits vivants.

On connaît plusieurs espèces ou variétés d'anguilles; certains naturalistes ont pensé que ces différentes formes pourraient bien n'être que des formes sexuelles.

Examiner et résoudre ces différents problèmes, importants pour la physiologie et pour la pisciculture.

3° Faire connaître la distribution des végétaux fossiles dans le bassin houiller du nord de la France, et indiquer les conclusions que l'on peut tirer de cette distribution par rapport à la constitution géologique du bassin et à son mode de formation.

4° Étudier les phénomènes cadavériques qui précèdent la période de putréfaction, à l'effet de déterminer, par des recherches positives à quelle époque apparaît et cesse la rigidité chez l'adulte et l'enfant nouveau-né.

Tirer de cette étude des applications à la médecine légale.

5° Déterminer, d'après l'état actuel de la science, les influences chimiques et mécaniques qu'exercent sur le torrent circulatoire les gaz absorbés par les muqueuses intestinale et pulmonaire.

Rechercher les affections et les effets produits sur l'économie animale par le passage des principales substances gazeuses dans le système sanguin.

6° Rechercher les troubles apportés dans les fonctions de nutrition et de relation par l'usage du tabac; déterminer, en s'appuyant sur de nombreuses observations, quelle est la manière de fumer la plus nuisible à la santé.

7° On connaît l'action physiologique et thérapeutique de la quinine : étudier et faire connaître par des expériences, les effets physiologiques des autres principes contenus dans le quinquina.

8° Faire la même étude pour le tabac.

CONDITIONS GÉNÉRALES DU CONCOURS

Chaque année, les mémoires et travaux présentés au concours seront adressés *franc de port* au secrétaire général de la Société, à l'hôtel de ville, avant le 15 octobre.

Chaque envoi portera une épigraphe reproduite en forme d'adresse sur un billet cacheté, contenant l'indication du nom et du domicile de l'auteur, avec une attestation signée de lui, constatant que le travail envoyé est inédit et n'a été présenté antérieurement à aucun concours. Ce billet ne sera ouvert que dans le cas où le concurrent aurait mérité une récompense.

Tout ouvrage manuscrit, dessin, plan ou modèle, envoyé pour le concours, reste la propriété de la Société, qui peut autoriser les auteurs à en faire prendre copie à leurs frais.

Le secrétaire général, J. GOSSELET. — *Le président,* CHON.

Erratum. — Dans le numéro de samedi dernier, première colonne, ligne 45, au lieu de M. Lefèvre, lisez M. Lépine.

Errata. — Page 102, 41e ligne, au lieu de : « *Observationes de piperis,* » lisez : « *Observationes de viperis* ».

Même colonne, 58e ligne, au lieu de : « *et sutum dente minantur,* » lire : « *et fatum dente minantur* ».

Le directeur, Dr E. LE SOURD

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 9 mars 1870.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La séance, que devait déjà abréger un comité secret, a été abrégée encore par un incident provoqué à l'occasion d'une présentation. Il s'agissait de la présentation faite par un membre de l'Académie d'un échantillon de produit chimique destiné à l'usage pharmaceutique, et dont le présentateur a énuméré et apprécié, à son point de vue, les propriétés chimiques et thérapeutiques; d'où réclamation et protestation de la part d'un de ses collègues. Nous croyons que ce collègue a été entraîné un peu trop loin par un de ces scrupules, honorables sans doute, mais exagérés, que nous avons vu souvent se produire dans les sociétés savantes, la crainte de voir la spéculation s'emparer d'une appréciation qu'on ne manquerait pas de mettre sous le couvert de l'Académie. Cette crainte nous touche peu au fond. Le produit présenté est-il bon ou non? Là est toute la question. S'il est bon, pourquoi ne pas le dire, sans se préoccuper autrement de l'usage qu'on pourra faire, par la suite, de cette déclaration? Mais ici, qu'on le remarque, il ne s'agissait pas d'un jugement porté au nom de l'Académie. C'était une opinion toute personnelle exprimée par le présentateur, et qui n'engageait absolument en rien la responsabilité de ses collègues. Or, depuis quand un membre de l'Académie n'aurait-il pas le droit, lorsqu'il présente un produit quelconque, un instrument, un appareil, un travail scientifique manuscrit ou imprimé, un livre ou un mémoire, d'exprimer, sous sa responsabilité personnelle, son opinion sur la valeur de cet objet ou de ce travail?

Nous n'avons, dans l'espèce, aucune opinion à formuler sur le bien ou le mal fondé de l'appréciation qui a été faite de l'objet présenté. Mais il y a là une question de principe, celui de la liberté d'appréciation de chacun des membres de l'Académie, que nous aurions vivement regretté de voir compromettre par un zèle intempestif et quelque peu illibéral. Ce principe a été, du reste, parfaitement défendu et sauvegardé par MM. J. Guérin et Bouley, qui nous ont paru avoir sur ce point l'assentiment à peu près unanime de l'assemblée.

Cet incident vidé, revenons à l'objet principal de la séance, qui a été consacrée à l'audition d'un très-bon rapport, court, net et précis, de M. Würtz, sur un mémoire de MM. Caventou fils et Willin, relatif aux produits d'oxydation de la cinchonine, et d'une lecture de M. Trélat, candidat pour la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale, sur un procédé opératoire destiné à combattre une variété de rétrécissement de l'œsophage.

A quatre heures et demie, l'Académie s'est formée en comité secret pour entendre le rapport de M. Bouley, au nom de la commission d'élection, sur les titres des candidats à la place d'associé libre, à laquelle il devra être pourvu dans la séance prochaine.

Les votes auront à se répartir entre trois candidats, MM. Payen, Amédée Latour et J. Michon...., les deux autres candidats inscrits s'étant désistés.

Dr Brochin.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. BARTHEZ

Albuminurie aiguë consécutive à la scarlatine. — Convulsions épileptiformes. — Amaurose. — Guérison.

(Lu à la Société médicale d'observation, par M. LOUIS MONOD.)

Le 7 octobre 1867 entre à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de M. Barthez, salle Saint-Benjamin, n° 29, le nommé F... (André), âgé de 11 ans.

Les parents nous donnent les renseignements suivants sur la maladie qui l'amène :

Il y a un mois, cet enfant a eu la scarlatine; angine, éruption cutanée générale, puis desquamation par larges plaques aux mains et aux pieds : aucun des symptômes caractéristiques n'a fait défaut. Cette scarlatine a d'ailleurs été bénigne, et les parents croyant, comme il arrive trop souvent, que leur fils était guéri alors que sa fièvre était tombée, ne l'ont fait rester au lit que deux jours. Jusqu'au 1er octobre, il s'est très-bien porté sous tous les rapports; mais à dater de ce jour, il aurait remarqué lui-même que ses urines devenaient rares. Le 5, au matin, on a aperçu pour la première fois une légère bouffissure à la face, sous les yeux, et en même temps une enflure limitée aux organes génitaux externes. Le même jour, l'enfant était pris d'un malaise général et se mettait au lit, se plaignant surtout de la *tête* et de la gorge. La nuit du 5 au 6 a été assez bonne. Le 6 au matin, c'est-à-dire la veille de l'entrée, il a refusé de se lever, disant que son mal de tête allait en augmentant. Ce symptôme a persisté toute la journée au même degré, et dans la nuit du 6 au 7, vers une heure du matin, il a été pris très-soudainement d'une attaque convulsive, dont les principaux caractères paraissent avoir été : au début, une immobilité passagère avec roideur du tronc et congestion de la face, puis l'instant d'après, des contractions saccadées, violentes, générales, avec renversement des yeux sous les paupières et distorsion du visage.

Au bout de cinq minutes environ, ces phénomènes ont fait place à une stupeur de courte durée. Dès le début, la perte de connaissance aurait été complète; en se réveillant, l'enfant a dit ne plus y voir et ne pas savoir qui lui adressait la parole; depuis ce moment, il serait complétement aveugle. Dans la journée du 7, cinq nouvelles attaques semblables à la première se sont succédé entre huit heures du matin et trois heures et demie; elles ont présenté les mêmes caractères et la même intensité. Immédiatement après la dernière, les parents se sont décidés à amener l'enfant à l'hôpital, où il entre avant quatre heures.

Ce garçon n'a pas eu avant sa scarlatine d'autres maladies aiguës que la rougeole. Il était seulement un peu délicat et sujet à des malaises passagers. Il n'a pas eu de convulsions en bas âge.

Le père et la mère sont bien portants.

7 octobre soir. — Immédiatement appelé dans la salle, je trouve le malade encore plongé dans le collapsus qui a terminé la dernière attaque; il est immobile, les yeux sont fixes, la respiration un peu stertoreuse, ni ralentie, ni accélérée. Il paraît d'abord privé de connaissance; mais au bout de quelques minutes nous voyons cet état de stupeur diminuer graduellement, et l'enfant, devant nous, recouvre promptement toute son intelligence. Il répond bien aux questions, dit son âge et se plaint de la tête; il ajoute qu'il n'y voit plus depuis le veille. Il a parfaitement conservé la mémoire, et me donne sur les débuts de sa maladie divers renseignements dont les uns confirment et les autres complètent ceux des parents.

Ainsi il m'apprend qu'il s'est déjà trouvé un peu bouffi quelques jours avant le 5, qu'il a complétement cessé d'uriner depuis trois ou quatre jours, et que depuis huit jours environ il urinait rarement et en très-petite quantité à la fois. C'est un enfant d'apparence lymphatique, aux cheveux blond foncé. Le pouls est à 120, assez fort et régulier. La peau est un peu chaude et sèche; la langue est humide et légèrement saburrale; peu d'appétit; pas de vomissements, pas de selles. Les jours précédents les garde-robes étaient rares, mais naturelles (deux en quatre ou cinq jours). Il n'y a jamais eu, au dire du malade, ni nausées ni vomissements soit avant, soit après le début des accidents. Le ventre, modérément tendu, n'est pas sensible à la pression et ne paraît pas contenir de liquide. Il y a seulement un peu d'infiltration de la paroi abdominale vers la région hypogastrique. La vessie n'est pas distendue et il n'existe aucun besoin d'uriner. Pas de douleurs localisées au niveau des reins. Le scrotum et le fourreau de la verge sont le siége d'un œdème très-marqué. Les membres inférieurs ne présentent aucune apparence d'infiltration. Rien au cœur; rien du côté des poumons et des bronches.

Bien que la connaissance soit tout à fait revenue, l'expression du visage n'est pas naturelle. La face est légèrement, mais manifestement bouffie. Il n'y a pas de strabisme, mais les yeux sont animés d'un mouvement incessant de va-et-vient dans le sens horizontal. Les pupilles sont largement dilatées, et cependant elles ont conservé toute leur contractilité. Nous constatons l'existence d'une amaurose complète, à part une certaine sensibilité aux impressions lumineuses.

(Eau-de-vie allemande, dix grammes. Sinapismes aux jambes. Eau froide sur la tête. Potion éthérée.)

8 au matin. — Dans la soirée, jusqu'à minuit, les attaques éclamptiques se sont répétées à trois reprises, puis, de minuit à huit heures du matin, elle ne sont plus revenues que deux fois. En même temps qu'elles se sont espacées, leur caractère paraît s'être modifié. Elles ont duré, d'après la sœur, de six à sept minutes. Au début, il y avait congestion de la face, immobilité et suffocation passagères, puis survenaient des secousses convulsives aux quatre membres, plus prononcées aux membres supérieurs et sans prédominance du côté droit ou du côté gauche. La langue n'a pas été mordue; il n'y a pas eu d'écume à la bouche; chacune des *attaques s'est accompagnée d'une transpiration abondante*. Non-seulement l'intelligence était conservée dans leur intervalle, mais même elle a semblé persister dans tout le cours de chaque paroxysme convulsif.

Le malade lui-même affirme n'avoir pas perdu connaissance un seul instant; et, en effet, à diverses reprises il a parlé tandis que les convulsions cloniques agitaient ses membres. Une fois même, comme on lui pinçait la peau de la main gauche, il a déclaré ne rien sentir. La purgation a provoqué quatre selles assez abondantes.

Le matin au 8, l'enfant est calme; la face, un peu rouge et congestionnée, est moins bouffie que la veille. La mydriase est moins prononcée, mais non complétement disparue. La cécité est toujours absolue; il y a de plus un peu de strabisme convergent des deux yeux. Il se plaint toujours de la tête avec la même insistance, et compare la douleur qu'il éprouve à des coups qu'il recevrait sur le front.

Le 8 au soir, il n'y a pas eu une seule attaque dans la journée. Le malade a uriné le matin pour la première fois depuis son entrée; pas de nouvelles garde-robes. Il s'est senti un peu d'appétit et a pris un potage. Le pouls est à 114 et naturel; la céphalalgie persiste au même degré, ainsi que l'amaurose.

Le 9, les convulsions ne se sont pas reproduites. Le pouls est à 120 et régulier, la face est colorée, la peau un peu chaude, la langue humide, très-légèrement saburrale. L'appétit revient. *La vision s'est rétablie presque brusquement* et d'une façon complète peu de temps avant la visite. Il n'y a pas de photophobie.

Le 9 au soir, l'amélioration continue. L'enfant a spontanément une selle liquide très-abondante. Le regard est naturel, les pupilles normales et contractées, la vue excellente. Il n'y a plus aucun trouble appréciable de la motilité; pas de *paralysie*, pas de faiblesse des membres, pas de contracture. La peau, qui paraissait anesthésiée dans le cours des dernières convulsions, est sensible aux pincements, sans hyperesthésie. La céphalalgie seule n'a point cédé. Seulement elle est modérée et localisée à gauche.

Nous constatons que l'œdème de la face et celui du scrotum ont complétement disparu, que le ventre est souple et sonore. Il y a seulement une très-légère infiltration des membres supérieurs, appréciable par l'empreinte que laisse le doigt sur la peau au-devant des jambes.

Le 10, la céphalalgie a disparu; l'appétit est bon, les selles naturelles. Le pouls est à 90; la peau sans chaleur et sans sécheresse. La céphalalgie s'est enfin dissipée, et cela dans la matinée.

La miction s'est bien rétablie; elle est même, depuis le 9, d'une *abondance remarquable*. Les urines, que nous n'avions pu examiner jusqu'à ce jour, sont claires et sans dépôt. Elles donnent par la chaleur et par l'acide azotique un précipité albumineux assez abondant,

Le 11, il n'y a plus trace d'œdème en aucun point du corps. L'urine présente les mêmes caractères que la veille; elle contient cependant moins d'albumine. L'état général est excellent sous tous les rapports.

A partir de ce moment, la guérison est assurée. L'albuminurie va diminuant. Le 12 et le 13, cette décroissance est encore peu marquée; mais, le 17, les réactifs ne donnent plus qu'un nuage opalin, appréciable seulement sur une assez grande quantité d'urine.

Le 26, nous notons à peine quelques traces douteuses d'albumine. Les urines sont toujours limpides, abondantes et acides.

Enfin, le 27 octobre, l'enfant quitte le service en pleine santé,

En résumé, un garçon de 11 ans fait une scarlatine pour laquelle il ne garde le lit que quarante-huit heures. Environ trois semaines après, vers le 1er octobre, la face est légèrement bouffie et les organes génitaux externes s'infiltrent; en même temps la sécrétion urinaire diminue. A partir du 3 ou du 4, la miction se supprime entièrement; les selles sont rares.

Le 5, mal de tête et malaise; le 6, persistance de céphalalgie, et, dans la nuit du 6 au 7, première attaque qui paraît avoir été franchement éclamptique. Les convulsions se répètent ensuite cinq fois avant l'admission, et cinq fois à l'hôpital même, dans la nuit du 7 au 8. Il y avait onze attaques en trente heures au plus. Elles sont générales. Leur durée est de cinq à sept minutes. Elles suivent, comme intensité, une marche décroissante, au moins à partir de la sixième, et la connaissance paraît conservée dans les cinq dernières. Dans l'intervalle, intelligence nette, vision abolie, pupilles dilatées mais contractiles, strabisme passager, céphalalgie continue; pas de paralysie, pas de contracture; sensibilité générale momentanément éteinte pendant un paroxysme.

Le 8 au matin, cessation des convulsions, persistance de l'amaurose (qui s'est établie à la suite de la première attaque), jusqu'au matin du 9, et de la céphalalgie jusqu'au 10. La durée totale des phénomènes cérébraux a été de cinq fois vingt-quatre heures.

D'autre part, la maladie puerpérale a commencé à décroître dès le 8 et le 9, à la suite des convulsions, sous l'influence du rétablissement des selles, de la transpiration et d'une diurèse abondante. Dès le 8, diminution de l'œdème; le 9, il est considérablement réduit; le 11, il a disparu, et l'albuminurie diminue à son tour, Le 17, elle est à peine appréciable, et le 27 la guérison est définitive.

Si j'abordais l'examen de toutes les questions physiologiques, chimiques et surtout théoriques qui se rattachent à la maladie dont je viens de lire un exemple, je serais entraîné bien vite hors du cadre et des limites raisonnables d'une simple observation. Je demanderai donc à ne présenter ici que quelques réflexions sur les conditions pathologiques qui ont présidé et accompagné l'apparition des accidents cérébraux chez notre malade, sur les principaux caractère de ces accidents, sur leur marche et sur leur issue.

Si la théorie urémique est vraie, au moins dans son principe essentiel, cet enfant était merveilleusement prédisposé à la complication cérébrale dont nous avons été témoin. En effet, tandis que la sécrétion urinaire, déjà diminuée depuis quelques jours, se suspendait complétement, aucune voie supplémentaire ne s'ouvrait pour l'élimination des principes excrémentitiels et pour l'épuration du sang. Les selles étaient rares, la peau sèche; il n'y avait pas de

vomissements, pas de sécrétions bronchiques; enfin, l'œdème se réduisait à très-peu de chose. La plupart des auteurs qui ont traité des accidents cérébraux dans le mal de Bright et en particulier les auteurs anglais, depuis Bright et Barlow jusqu'à Wieks et Richardson, ont insisté sur la valeur, sinon étiologique, au moins pronostique de chacun de ces signes en particulier, et à plus forte raison de tous ces signes réunis. La coïncidence entre la suppression de l'urine et l'encéphalopathie convulsive ou comateuse est un fait dont Golding Bird, entre autres, a signalé de nombreux exemples chez les enfants. Ce fait est antérieur aux doctrines urémiques; c'est même sa constatation qui leur a donné naissance. Quant au faible degré de l'anasarque, c'est encore une condition prédisposante généralement admise, et que M. Fournier a retrouvée et mentionnée dans un grand nombre d'observations. Que ces divers symtômes, que cet arrêt des principales sécrétions (d'ailleurs assez souvent noté dans l'albuminurie aiguë), ne provoque pas constamment l'explosion des accidents cérébraux; que le fonctionnement normal et même exagéré de ces sécrétions n'éloigne pas toujours cette redoutable complication, cela ne peut faire l'objet d'un doute. Mais les faits contraires existent; ils sont assez nombreux; cette observation en est un nouvel exemple. On doit donc en tenir compte, d'autant plus qu'il y a là une question de traitement préventif dont l'importance n'échappera à personne.

Au point de vue des symptômes, le cas actuel offre un type complet de cette variété de l'encéphalopathie brightique que Frerichs a désignée sous le nom d'urémie aiguë à forme convulsive, et que Rilliet a décrite chez les enfants, dans un mémoire publié à Genève en 1853. « En général, dit l'auteur que je viens de citer, cette affection débute par une violente céphalalgie... avec ou sans mouvements... au bout de peu d'heures, rarement d'un à deux jours, survient brusquement une attaque d'amaurose ou une crise éclamptique. Que l'éclampsie ait marqué le début ou qu'elle ait succédé à la céphalalgie ou à l'amaurose, c'est elle qui imprime à la maladie un cachet particulier. » Chez notre malade, le seul prodrome observé a été la céphalalgie. L'amaurose est survenue à la suite de la première attaque; puis, ces deux phénomènes ont marché côte à côte et ont survécu aux accidents convulsifs pour s'éteindre à un jour de distance aussi soudainement qu'ils étaient apparus. C'est cette brusquerie dans le début qui a surtout fixé l'attention de certains observateurs, ce qui a fait dire à M. Sée que la période prodromique manquait presque toujours. Nous croyons, au contraire, avec Fripe, avec Rilliet, que les prodromes font rarement défaut, et que, de tous ces signes avant-coureurs, le plus commun est la céphalalgie. Seulement, chez les malades observés à l'hôpital, et surtout chez les enfants, elle peut aisément passer inaperçue.— La cécité, dans le cas actuel, a été absolue. — Nous aurions voulu vérifier par nous-même cette absence complète de lésion du fond de l'œil que Wagner et M. Charcot ont signalée comme caractérisant l'amaurose urémique et la distinguant des exsudats, des hémorrhagies, des dégénérescences rétiniennes qui ne manquent jamais dans l'amblyopie à marche lente du mal de Bright. Mais la prompte disparition du phénomène nous a pris par surprise, et l'examen ophthalmoscopique n'a pas été fait. — Pour ce qui est de l'éclampsie elle-même, elle a présenté, ai-je dit, la forme convulsive pure; c'est-à-dire que, sauf la période de collapsus, qui suit ordinairement toute attaque de cette nature, il n'y a pas eu de phénomène comateux dans l'intervalle. Cette variété est bien moins commune que la forme mixte, où les convulsions et le coma sont associés; mais un fait plus rare encore, c'est la conservation de l'intelligence pendant les convulsions. Nous n'en avons pas été témoin chez notre malade; mais, d'après les renseignements très-précis qui nous ont été donnés d'un côté par lui-même, de l'autre par la sœur, les dernières attaques, tout en conservant leur caractère épileptiforme, ont réellement eu lieu sans perte de connaissance. Au reste, M. Jaccoud, dans ses leçons cliniques, a signalé le fait en énumérant toutes les indispositions, toutes les atténuations possibles de la convulsion urémique.

Les attaques paraisent donc avoir suivi, au point de vue de leur intensité, une marche décroissante. West a signalé comme fréquente la marche inverse. Pour lui, la deuxième attaque est, en général, plus forte que la première. Ici les accidents paraissent avoir atteint leur *summum* dès le début.

Pour l'ensemble de la complication nerveuse, on remarquera combien la marche a été rapide. C'est un type d'encéphalopathie aiguë; la période éclamptique n'a pas dépassé trente heures. Il semble que l'acuité de cette affection secondaire soit souvent en rapport direct avec l'époque prématurée de son apparition, et surtout avec l'acuité de la maladie primitive, de l'albuminurie brightique. Dans l'observation actuelle, celle-ci précédait de cinq jours le début de l'éclampsie, et sa durée n'a pas dépassé vingt-sept jours.

Enfin, la *terminaison* a été favorable; on sait qu'elle est rarement funeste. MM. Rilliet et Barthez n'ont vu les accidents convulsifs suivis de mort que trois fois sur treize, M. Sée une fois sur douze. Aucun trouble permanent des facultés motrices, sensitives et intellectuelles, n'a été la conséquence de cette brusque et violente attaque. Bien plus, et c'est ici peut-être le point le plus intéressant de cette observation, l'éclampsie paraît avoir joué, à l'égard de la maladie puerpérale, le rôle d'un phénomène critique, ou du moins elle semble avoir favorisé l'apparition des crises. Les dernières attaques ont provoqué la transpiration; elles ont été suivies d'une diurèse abondante; les selles ont reparu, d'abord il est vrai sous l'influence de l'eau-de-vie allemande, mais bientôt spontanément. En même temps, le dernier jour des accidents, on notait la décroissance de l'œdème; le surlendemain, son absence et la diminution de l'albuminurie; six jours après, la presque complète disparition de ce dernier symptôme.

Ce fait curieux a déjà été relevé. M. Lasègue citait, en 1852, dans les *Archives*, deux cas analogues d'Erlenmayer et de Fonger, publiés dans le journal de Prague. M. Piberet, M. Fournier, ont également parlé de cette terminaison, qui n'est peut-être pas aussi rare que ces auteurs semblent le croire. Chez notre enfant, elle est d'autant plus remarquable qu'elle a été réellement spontanée, puisque, sauf la purgation du premier jour, aucune médication n'a été faite.

DE LA NATURE ET DE L'ORIGINE DES GLOBULES DU SANG

par MM. A. Béchamp et A. Estor.

A part la description, faite par les anatomistes pour chaque espèce, on ne connaît guère sur les globules du sang que des faits chimiques ayant jusqu'à présent jeté fort peu de lumière sur le fonctionnement de ces organes. On considère ordinairement les globules sanguins de l'homme et des mammifères comme de petites masses élastiques, dans lesquelles on ne découvre ni membrane, ni noyau, de sorte que beaucoup de physiologistes modernes n'osent pas les considérer comme des cellules (Herman). Trompé par l'aspect que présentent les globules sous le microscope, on est donc porté à les regarder comme de petites masses homogènes. Contrairement à cette opinion, nous venons démontrer par l'expérience que les globules du sang ne sont pas autre chose que des amas de granulations moléculaires, de microzymas agglutinés.

A. Quand on reçoit du sang directement, du vaisseau qui le fournit, dans un vase contenant de l'alcool à 45 degrés centésimaux, il reste complétement liquide; il ne se dépose ni fibrine, ni globules; la masse paraît rouge et limpide. Mais bientôt on voit la transparence s'affaiblir, et il se forme au fond du vase un dépôt abondant, que le microscope démontre à peu près exclusivement formé de granulations moléculaires libres et mobiles ou bien encore agglutinés. On peut, en quelque sorte, élever ces granulations moléculaires et assister à leur rapide prolifération. Pour cela, on jette le premier mélange dans un filtre; la masse du dépôt est retenue, mais il passe toujours quelques microzymas qui prolifèrent si bien, qu'à une température de 25 à 35 degrés environ, on voit, après deux heures, le dépôt se reformer, et, après trente-six heures, être aussi abondant que le premier. Et la même série de phénomènes se reproduira jusqu'à ce que, le liquide étant complétement décoloré, les matériaux de nutrition fassent défaut. L'expérience pouvant être faite avec du sang battu et défibriné, ce n'est pas la fibrine qui fournit les microzymas: ils proviennent des globules, où l'on peut les retrouver par quelques artifices bien simples.

On peut retenir sur un filtre des globules ayant préalablement subi l'action d'une solution de sulfate de soude; on les place ensuite sur une lame de verre, et on les broie à l'aide d'une molette de verre; les globules sont déchirés, et les microzymas, devenus libres, nagent dans le liquide, avec le mouvement oscillatoire qui leur est propre.

On peut varier l'expérience: on prend une goutte de sang défibriné, on l'examine au microscope, et l'on trouve une masse de globules où il est souvent difficile, ou même impossible, de trouver entre eux un seul microzyma. On dépose alors une goutte d'eau distillée sur le bord de la lame couvre-objet; aussitôt, par le fait de la pénétration de l'eau, les globules pâlissent, puis deviennent granuleux, puis se désagrégent, en laissant à leur place des masses de microzymas très-mobiles, sans qu'on puisse jamais apercevoir de lambeaux d'une membrane préexistante, question sur laquelle nous aurons à revenir. On peut suivre de l'œil la transformation des globules en masses granuleuses d'abord, et enfin en granulations libres.

B. Les microzymas des globules sanguins se comportent, au point de vue de leur évolution, comme ceux du foie, que nous avons étudiés depuis longtemps, et comme ceux de la fibrine. D'abord libres, ils peuvent, dans certaines circonstances déterminées, se rencontrer sous la forme de chapelets plus ou moins longs. Placés dans des fioles contenant de l'empois créosoté, additionné ou non de carbonate de chaux pur, ils se développent très-rapidement en bactéries, bactéridies. Dans un bon nombre d'expériences, nous avons pu saisir toutes les formes intermédiaires du microzyma à la bactérie.

C. Les microzymas des globules sanguins agissent à la manière des ferments, d'abord sous la forme de microzymas, plus tard sous la forme des microzymas, en chapelets et en bactéries, pendant ou après leur évolution. L'empois de fécule créosoté est rapidement liquéfié par eux; le mélange présente bientôt les caractères de la fécule soluble et de la dextrine. Si l'on a préalablement additionné la liqueur de carbonate de chaux pur, cette liqueur filtrée, après une réaction prolongée du mélange, précipite par l'acide oxalique, ce qui démontre la présence d'acides organiques (que nous avons mis en évidence) formés sous l'influence de ces ferments. Ils restent quelquefois pendant toute la durée de la transformation à l'état de microzymas; certaines expériences positives nous ont démontré, en effet, que l'évolution des microzymas en chapelets ou en bactéries n'est nullement nécessaire pour assurer leur action sur la fécule, l'empois est toujours fluidifié avant l'apparition des bactéries.

D. Bien plus, nous croyons pouvoir affirmer que ces microzymas, jadis contenus dans des cellules, sont aptes à les reproduire. Dans les mélanges en expérience, nous avons souvent vu naître un grand nombre de petites cellules, pâles, un peu framboisées, fort analogues aux leucocytes, mais généralement plus petites et plus transparentes. Nous en avons parfois trouvé beaucoup (12 à 15 par champ des microscopes, obj. 7 de Nachet), dans des liqueurs qui, quelques jours auparavant, n'en présentaient pas une seule; et ces cellules ne nous ont jamais offert les caractères d'organes en voie de prolifération; nous n'avons jamais observé les traces d'une scission de ces globules ou d'un bourgeonnement; au contraire, nous avons souvent rencontré des cellules très-pâles, à peine indiquées par des microzymas agglomérés en forme de sphère et immobiles; on en voyait d'autres à côté, un peu plus nettement délimitées, plus loin, de vrais leucocytes; l'observation a été assez souvent répétée pour que nous n'hésitions pas à voir, dans ces apparences diverses, les diverses phases du développement de ces cellules.

Des faits qui précèdent nous concluons:

A. Les globules du sang sont des agrégats de microzymas.

B. Ces microzymas peuvent évoluer en chapelets de grains, en bactéries, en bactéridies, etc., comme tous ceux que nous avons précédemment étudiés.

C. Ils se comportent comme des ferments.

D. Les microzymas des globules sanguins donnent naissance à des cellules semblables à des leucocytes et à d'autres cellules plus petites, se rapprochant davantage des globules. Ces microzymas sont donc capables, dans des milieux variés, d'engendrer des cellules; tout nous porte à croire que le globule du sang est dans l'organisme, le résultat du travail de ces mêmes microzymas; nous reviendrons sur cet important sujet.

Nous ne saurions insister aujourd'hui sur les conséquences qui découlent de ces recherches, relativement à la respiration, qui n'est qu'un mode de nutrition; l'activité des globules sanguins est expliquée par celle des microzymas qui les constituent; dans ce sens, la respiration n'est qu'un cas particulier de cette classe de phénomènes qu'on appelle *fermentation*.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 8 mars 1870. — Présidence de M. Denonvilliers.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet: 1° le compte rendu du traitement thermal des personnes admises dans l'établissement de Saint-Amand, pendant la saison 1869, par M. le docteur Marbotin. (Commission des eaux minérales.) — 2° vingt exemplaires du rapport général du conseil central d'hygiène publique et de salubrité du département de l'Eure, pendant l'année 1869. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

Elle comprend: 1° une lettre de S. Exc. le prince de Metternich, ambassadeur d'Autriche, accompagnant l'envol de la 7ᵉ livraison de l'ouvrage de M. le docteur Hébra, de Vienne, *sur les maladies de la peau*. — 2° des lettres de MM. Personne, chef des travaux chimiques de l'École supérieure de pharmacie, et Eugène Caventou, qui se portent comme candidats pour la place déclarée vacante dans la section de pharmacie. (Renvoi à la section de pharmacie.) — 3° une lettre de M. le docteur Brochin, rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux*, par laquelle il informe l'Académie qu'il se désiste de sa candidature à la place vacante dans la classe des associés libres. — 4° un mémoire de M. le docteur Cazenave, membre correspondant à Bordeaux, sur la lithotritie et sur la cautérisation des rétrécissements de l'urètre. (Renvoyé au comité de publication.)

PRÉSENTATIONS

M. Daremberg dépose sur le bureau les deux volumes qu'il vient de publier sur l'histoire de la médecine.

M. Ricord présente: 1° au nom de M. Bérenger-Féraud, un obturateur anal destiné à servir dans les cas d'incontinence des matières fécales et à injecter des liquides qui doivent séjourner dans le rectum, dans les cas d'hémorrhagie de la partie inférieure du rectum. — 2° de la part de M. le docteur Leroy, de Meaux, une étude sur le suicide. — 3° en son propre nom, un petit instrument, imité de la pince d'Amussat, pour le traitement des hémorroïdes, et qui lui a servi pour la cautérisation et l'ablation d'un cancroïde du voile du palais.

M. Jules Guérin offre en hommage, au nom de M. le docteur Lediberder (de Lorient), une brochure intitulée: *Observation sur l'épidémie survenue à la suite de la vaccine en 1866 dans les communes voisines d'Auray (Morbihan)*.

M. Lediberder, placé au centre du pays, s'est livré sur ces faits à une enquête approfondie, à laquelle il a convié plusieurs de ses confrères pour voir les malades avec lui. M. le docteur Bourdais seul s'est rendu à cette invitation. Ils ont visité ensemble 30 malades, sur lesquels ils ont pris tous les renseignements possibles. Le résultat définitif de cette enquête est qu'ils n'ont trouvé aucune trace de syphilis, et M. Lediberder est persuadé que, si les médecins qui ont fait la première enquête la recommençaient aujourd'hui, ils reviendraient sur ce qu'ils ont dit.

M. Bergeron offre en hommage, de la part de M. le docteur Besnier, le 4ᵉ fascicule (année 1869) des comptes rendus mensuels des maladies régnantes présentés à la Société médicale des hôpitaux.

M. O. Henry présente un échantillon de phosphate de fer saccharin préparé par M. Guichon, pharmacien à Lyon, et lit une note sur les propriétés chimiques et thérapeutiques de ce sel.

M. Chauffard demande que cette note ne figure point dans le procès-verbal et ne soit pas insérée dans les Bulletins. Le rapport sommaire que vient de lire M. Henry est contraire aux usages et aux traditions de l'Académie; c'est aussi un empiétement sur les attributions de la commission des remèdes secrets et nouveaux, à laquelle appartiennent l'examen et l'appréciation du sel préparé par M. Guichon.

M. Bouley ne partage pas l'opinion peu libérale de M. Chauffard, et son avis est que tout membre de l'Académie doit être libre de donner, sous sa responsabilité, une appréciation sur un produit

pharmaceutique, tout comme chacun a le droit de formuler un jugement sur un ouvrage ou sur un instrument qu'il présente.

M. CHAUFFARD exprime la crainte que des notes semblables à celle que vient de lire M. Henry ne deviennent abusivement la base et le texte de prospectus destinés à vulgariser, sous le patronage usurpé de l'Académie, un médicament nouveau dont la valeur thérapeutique ne peut être jugée que par la clinique. Les appréciations qui accompagnent quelquefois la présentation de livres ou d'instruments ne figurent jamais ni dans le procès-verbal, ni dans les Bulletins. Il serait fâcheux que l'on fît une exception en faveur de la note élogieuse de M. Henry sur le phosphate de fer saccharin.

M. HENRY répond qu'en lisant la note, il n'a pas prétendu empêcher que le sel de fer de M. Guichon fût renvoyé à l'examen de la commission des remèdes nouveaux.

M. J. GUÉRIN est d'avis que toute liberté doit être laissée à chaque membre de l'Académie de juger et d'apprécier ce qu'il présente, et que l'Académie, à son tour, se réserve la faculté de provoquer, si elle le trouve utile, l'insertion dans le procès-verbal et dans le Bulletin du jugement et de l'appréciation portés sur une présentation.

M. LE PRÉSIDENT ajoute que cette manière de voir est celle qui a prévalu dans le bureau; il prononce le renvoi du travail de M. Guichon à la commission des remèdes secrets et nouveaux.

RAPPORT

Produits d'oxydation de la cinchonine. — M. WURTZ, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Gobley et Regnauld, lit un rapport sur un mémoire de MM. Eug. Caventou et Willin concernant les produit d'oxydation de la cinchonine.

L'action d'une solution saturée de permanganate de potasse sur une solution de sulfate de cinchonine, dit M. le rapporteur, donne lieu à la formation de plusieurs produits définis, que MM. Eug. Caventou et Willin sont parvenus à isoler. Le plus abondant est celui que les auteurs nomment conchoténine. Sa composition et son poids moléculaire ont été établis par l'analyse du chloroplatinate. Un autre produit de cette réaction est un acide que les auteurs nomment carboxycinchonique. Il est plus oxygéné que la cinchonine, mais il renferme aussi un atome de carbone en plus. Il est bibasique...

Mais le fait le plus important qui découle de ces recherches est la découverte, dans la cinchonine du commerce, d'une base qui résiste beaucoup mieux que cette dernière à l'action oxydante du permanganate. C'est un nouvel alcaloïde du quinquina qui se distingue de la cinchonine par deux atomes d'hydrogène en plus, et que MM. Caventou et Willin nomment hydro-cinchonine. Elle est insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, qui le laisse déposer en aiguilles brillantes. Elle forme des sels bien définis.

La commission propose : 1° d'adresser des remercîments aux auteurs; 2° de renvoyer leur mémoire au comité de publication. (Adopté.)

LECTURE

Œsophagotomie. — M. TRÉLAT, candidat à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale, donne lecture d'un travail sur l'œsophagotomie interne dans les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage.

Ce travail repose sur un excellent résultat obtenu chez un malade par cette méthode. Le dilatateur était impuissant : presque tous les aliments étaient régurgités; l'affaiblissement faisait des progrès rapides. A trois reprises, le rétrécissement fut incisé d'arrière en avant. Actuellement, une olive de 12 millimètres de diamètre passe facilement. Le malade ne vomit plus rien; il mange toute espèce d'aliments et jouit de la meilleure santé.

L'instrument employé par M. Trélat a été construit très-habilement, sur ses indications, par MM. Robert et Collin.

Sa longueur totale est de 60 centimètres, se décomposant en une partie manuelle longue de 12 centimètres; une tige graduée à grande courbure, terminée en bas par un renflement méplat ayant 15 centimètres dans son plus grand axe; au-dessous du renflement, une tige terminale à pointe olivaire, longue de 6 centimètres et large de 4 millimètres.

La tige terminale qui renferme les lames doit pénétrer dans le rétrécissement. Le renflement est destiné à butter au-dessus de l'obstacle, et à permettre de juger sur l'échelle graduée si on retrouve la hauteur comme par les explorations antérieures. (Dans le cas particulier, on savait que le rétrécissement était situé à 35 centimètres des incisives supérieures. Il fallait, avant d'agir, que cette mesure fût reconnue sur les degrés de la tige.)

Une vis à large tête, placée en haut du manche, fait saillir les lames quand on la tourne, et les fait rentrer quand on la détourne. Leur saillie, qui varie de 0 à 20 millimètres, est indiquée par un petit curseur placé en haut, près de la vis régulatrice en *a*.

Les lames soutenues à leurs deux extrémités, longues de 4 centimètres, sur une inclinaison très-douce qui évite les efforts, les tiraillements, et rend la section facile.

La manœuvre est des plus simples : introduire l'instrument, constater sur la tige que les incisives supérieures affleurent la mesure connue d'avance, faire marcher la vis jusqu'à ce que le curseur indique le degré d'ouverture des lames qu'on veut donner, tirer à soi l'espace de quelques centimètres, détourner la vis pour faire rentrer les lames, retirer l'instrument.

Avec un peu d'habitude, tout cala ne réclame pas 30 secondes, en mettant à part l'introduction, dont la durée varie suivant les cas.

La figure A montre l'instrument fermé; la figure B la tige terminale avec ses lames ouvertes.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Bouley sur les titres des candidats à la place vacante, d'associé libre.

CORRESPONDANCE

Syphilis vaccinale.

De nouveaux renseignements recueillis de concert avec M. le docteur Lediberder sur les enfants vaccinés en 1866, et qu'il a publiés dans une récente brochure, me permettent de donner avec plus de sécurité que je n'aurais pu le faire avant cette visite la plupart des détails ci-après.

La *Gazette des hôpitaux* du 16 décembre 1869 contient une lettre du 4 décembre de M. Mauricet fils, qui se termine ainsi :

« Quant aux réticences, aux insinuations, aux allusions dont M. Bourdais a émaillé son mémoire, je les regarde comme inutiles à la science, indignes du corps savant à qui elles ont été présentées, et tant qu'elles ne seront pas plus convenablement exprimées, je dédaignerai d'y répondre. »

Ce genre d'arguments, que M. Mauricet se dispense d'appuyer par des citations, ne se rencontrera pas dans ce qui suit; mais le lecteur reconnaîtra, je l'espère, que ma réponse ci-après peut s'en passer avec avantage.

Pour inocenter ma lettre incriminée du 12 novembre qu'on dit indigne de l'Académie, il suffit de rappeler qu'elle a été insérée *in extenso* à son bulletin, et que sa lecture, en séance publique, en a été écoutée avec une bienveillante attention. Cet honneur a-t-il été partagé par les comptes rendus des contre-enquêtes que M. Mauricet a faites sur ma thèse ?

Peu de lignes avant ce passage où M. Mauricet déclare qu'il dédaigne de répondre anx insinuations qu'il dit, sans citation, avoir trouvées dans ma lettre, il s'exprime ainsi :

« L'enfant Névas (10 ans)... interrogée (en présence du curé et des sœurs), avez-vous pris des remèdes? moment d'hésitation. On lui rappelle qu'elle en a pris; on fait appel à sa véracité, et alors la pauvre enfant avoue qu'elle a bien avalé les remèdes qu'on lui a donnés, mais *on lui a dit de n'en rien dire*. Elle se souvient bien de la visite du Monsieur qui l'a vue cet été, si bien qu'elle n'a pas oublié qu'elle en a reçu *deux sous*. »

Or cet enfant, Névas (Marie-Louise) du village de Kersalé, à qui, d'après ce paragraphe, M. Mauricet semble vouloir faire entendre que j'aurais donné deux sous pour ne rien dire du traitement, a déclaré, le 4 janvier dernier, en présence de sa mère, des voisins qui le confirment, et de M. le docteur Lediberder, qu'elle ne m'avait jamais vu, attendu qu'elle se trouvait à Pléren, à trois lieues de là quand j'avais fait ma tournée dans le village de Kersalé.

Ne voulant pas insister sur l'insinuation que le paragraphe ci-dessus parait contenir, je me borne à dire que l'enfant que j'avais visitée porte le même nom que celle-ci, Névas, est du même âge, 10 ans a été vaccinée le même jour. On comprend donc la confusion de noms que nous avons tous faite. Cette confusion remonte au *Rapport des délégués de l'Académie de* 1866, pages 202 et 206, où les prénoms sont mal distribués entre ces deux enfants, qui sont, du reste, cousines germaines.

Dans la même lettre du 4 décembre, « MM. les docteurs Mauricet père et fils, Denis et Avice, constatent que la jeune Henriot (Marie-Josèphe) qui, d'après la thèse, n'a suivi qu'un traitement de quinze jours, en a suivi un de trois mois, c'est la mère qui nous l'affirme. »

Or, voici ce que M. le docteur Eonet, médecin à Auray depuis un an, m'autorise à publier:

« Appelé le 2 décembre 1869 pour donner des soins à Henriot (Pierre), j'ai recueilli ce qui suit sur sa sœur Henriot (Marie-Josèphe), âgée de quatre ans : vaccinée en 1866; santé excellente; trois cicatrices de 15 centimètres à chaque bras, aucune autre trace à la peau ni aux muqueuses d'affection ou diathèse quelconque.

« Vaccinée en 1866, elle a eu au bras des ulcérations profondes, accompagnées de gonflement et d'engorgement des ganglions lymphatiques voisins.

« Les ulcérations ont été pansées d'abord avec de l'eau tiède, puis avec du vin rouge et du sucre.

« Une bouteille et de la pommade lui furent données par Mme Rouanel sur l'ordre de M. Denis; elle a reçu quinze jours, puis un mois après, une deuxième et une troisième bouteille.

« La mère m'affirme, encore sous l'empire de la crainte que j'aurais pu le révéler à Mme Rouanel, qu'elle a donné tout au plus trois cuillerées de la première bouteille pendant deux jours seulement (les voisines lui ayant mis en tête que c'était du vitriol qu'on faisait prendre à son enfant, et elle n'a pas voulu continuer); ce qui, dit-elle, ne m'empêchait pas de prendre ce qu'on me donnait, en disant avoir fini ce qu'on m'avait donné antérieurement. »

Voici deux témoignages contradictoires, M. Mauricet et trois médecins d'un côté; de l'autre, M. le docteur Eonet, qui n'a pas encore pris part au débat. Le lecteur appréciera.

Dans la même lettre du 4 décembre, M. Mauricet s'étonne que j'aie qualifié de pittoresque le seul exemple de syphilis tertiaire, suite de vaccine, que ses contre-enquêtes réitérées aient pu rapporter.

Voici les détails recueillis par M. Lediberder, qui démontrent que l'opinion de M. Mauricet ne peut plus se soutenir.

L'enfant René, que M. Mauricet dit être mort de syphilis tertiaire, a eu deux nourrices. Après avoir reçu la syphilis de la première, qui l'aurait gagnée en allaitant sa propre enfant vaccinée, il l'aurait transmise à sa deuxième nourrice, qui serait allée se faire traiter à Lorient.

Or, la première nourrice, si elle a eu la syphilis, n'a pu la gagner en allaitant sa petite fille Marie Vincente, vaccinée le 12 juin, puisque cette petite fille n'a été aucunement malade des suites du vaccin. Aurait-elle été malade des suites de ce vaccin incriminé, comment aurait-elle pu transmettre par allaitement la syphilis à sa mère, qui l'avait sevrée depuis un mois quand elle a été vaccinée?

En outre, cette première nourrice, qui est bien portante aujourd'hui, a eu, depuis, une petite fille bien portante aussi.

La deuxième nourrice de René est la fille N... Elle prétendrait vainement qu'elle a gagné, de son nourrisson René, la syphilis, et qu'elle serait allée se faire soigner à Lorient, car ses maîtres où elle était alors domestique affirment qu'elle n'a pas quitté la maison un seul jour. Ils montrent, de plus, le deuxième nourrisson qu'ils lui ont donné après la mort du premier; il est aujourd'hui bien portant, sans traitement.

Après ces détails, relevés par M. Lediberder et moi, que reste-t-il de ce seul cas de mort par syphilis tertiaire que M. Mauricet ait produit?

Dans la même lettre du 4 décembre, M. Mauricet s'exprime ainsi :

« Que l'Académie compare nos moyens d'investigation; d'une part, quatre et souvent cinq médecins, dont trois au moins ont vu la maladie à son début:... Ils s'entourent de témoignages les plus respectables. »

Et d'une autre :

« Un médecin vient seul, accompagné d'un confrère dont le témoignage lui est contraire....., et encore il se trouve que les réponses de ces malades sont désavouées par eux-mêmes devant les autorités les plus respectables. »

J'ai visité, il est vrai, un certain nombre d'enfants avec M. le docteur Denis, dont on dit que le témoignage m'est contraire. Cette assertion n'est pas exacte. En effet, d'accord avec lui sur les particularités des observations que nous avons *relevées ensemble*; notre divergence ne commence que sur l'interprétation qu'il en a ordonnée.

La longue argumentation de M. Mauricet dans sa lettre du 4 décembre peut se résumer ainsi :

Contrairement à la thèse de M. Bourdais qui a observé seul, le traitement a été suivi régulièrement deux à trois mois d'après M. Mauricet, qui était assisté d'autorités respectables dans ses contre-enquêtes. Voici deux observations contradictoires qui répondront à cette argumentation.

En effet, l'enfant Boulaire, au dire de M. Mauricet, a suivi régulièrement le traitement. Mais, au dire de MM. Depaul et Roger, assistés des médecins de la localité, cet enfant n'aurait suivi aucun traitement. (*Rapport* 1866, p. 172.)

Ce seul fait démontre : si M. Mauricet est dans le vrai, que MM. les délégués de l'Académie ont été trompés, comme j'ai pu l'être moi-même par les habitants que j'ai interrogés.

Sinon, avec quelle réserve on doit admettre les déclarations que m'oppose M. Mauricet fils, malgré le soin qu'il prend à s'entourer d'autorités dont je suis loin de vouloir discuter le caractère respectable.

Je terminerai cette lettre par la citation suivante, extraite de la brochure que M. le docteur Lediberder père, de Lorient, ancien interne des hôpitaux de Paris, vient de faire paraître, après avoir visité 30 enfants de nos vaccinés.

« La thèse du docteur Bourdais vint exposer les faits qui montraient la vérité, c'est-à-dire l'absence d'infection syphilitique.

« Si on dégage cette question de toute passion, si on ne reste animé que du désir d'arriver à la vérité, on reconnaît toute la sincérité que ce confrère a apportée dans l'observation des faits qu'il a eus sous les yeux et qui ont servi de base à son travail. Quelque vives qu'aient été les attaques dont cette thèse a été l'objet, les faits restent, et avec d'autant plus d'autorité que l'auteur, en commençant l'examen des malades, était convaincu qu'il allait constater la trace d'une infection syphilitique. Il a trouvé le contraire; il l'a formulé avec une extrême réserve. »

Dr BOURDAIS.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS

Un concours pour deux places de chirurgien au Bureau central des hôpitaux sera ouvert le mardi 5 avril 1870, à quatre heures précises, dans la salle des concours de l'administration, avenue Victoria, n° 3.

MM. les candidats devront se présenter au secrétariat de l'administration pour obtenir une inscription et signer au registre ouvert à cet effet. Les candidats absents de Paris ou empêchés devront demander leur inscription par lettre chargée.

Le registre d'inscription sera ouvert le samedi 12 mars, et clos le samedi 25 mars, à trois heures précises.

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE ET DU COMMERCE

Sur la proposition du comité consultatif d'hygiène publique, le ministre de l'agriculture et du commerce vient de décerner des récompenses honorifiques aux membres des conseils d'hygiène publique et de salubrité qui se sont le plus particulièrement distingués par leurs travaux pendant l'année 1868, savoir :

Médaille d'or.

M. le docteur Fouquet, secrétaire du conseil central d'hygiène et de salubrité du Morbihan.

Rappel de médailles d'argent.

M. le docteur Simonin (Edmond), membre du conseil central de la Meurthe.

Médailles d'argent.

M. Bidart, chimiste, membre du conseil central d'hygiène de la Seine-Inférieure.

M. Dominé, pharmacien-chimiste, membre du conseil central de l'Aisne.

M. Dubos, vétérinaire, secrétaire du conseil central de l'Oise.

M. Guéranger, chimiste, membre du conseil central de la Sarthe.

M. Jozon, pharmacien-chimiste, membre du conseil central de l'Aisne.

M. le docteur Monnard, membre du conseil central de la Moselle.

M. Taillefer, chimiste, membre du conseil central de la Moselle.

M. le docteur Wimpfen, secrétaire du conseil central du Haut-Rhin.

Médailles de bronze.

M. Barnsby, pharmacien, membre du conseil central d'hygiène d'Indre-et-Loire.

M. le docteur Benoist, membre du conseil d'hygiène de l'arrondissement de Belfort (Haut-Rhin).

M. le docteur Bergeon, membre du conseil central de l'Allier.

M. le docteur Bonnichon, membre du conseil central du Cher.

M. Boisnard, vétérinaire, membre du conseil de la Charente.

M. Giorgino, pharmacien-chimiste, membre du conseil central du Haut-Rhin.

M. Claude, pharmacien-chimiste, membre du conseil central de la Meurthe.

M. Labordette, pharmacien, membre du conseil central des Basses-Pyrénées.

M. Séguin, secrétaire du conseil central de l'Isère.

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

Un concours s'ouvrira au Val-de-Grâce, le 16 mai prochain, pour quatre emplois de répétiteur à l'école du service de santé militaire, à Strasbourg.

Ces emplois se rapportent aux parties de l'enseignement ci-après indiquées, savoir :

1° Pathologie chirurgicale et médecine opératoire;

2° Pathologie médicale et pathologie générale;

3° Chimie et physique médicales.

Pour chacune des spécialités, les épreuves sont fixées ainsi qu'il suit :

CONCOURS EN CHIRURGIE.

1° Composition sur un sujet de pathologie chirurgicale; — 2° épreuve clinique; — 3° interrogations.

CONCOURS EN MÉDECINE

1° Composition sur un sujet de pathologie générale; 2° épreuve clinique; 3° interrogations.

CONCOURS EN CHIMIE ET PHYSIQUE

1° Composition sur un sujet de physique; 2° épreuve pratique de chimie; 3° interrogations sur ces deux sciences.

Dans les trois spécialités, la première épreuve sera éliminatoire.

La composition des jurys d'examen et le mode d'exécution des épreuves continueront à être réglés par le programme en date du 26 juillet 1860, inséré au *Journal militaire* (1860, 2° semestre, pages 51 et 52).

Pourront être admis à prendre part au concours dans l'une ou l'autre des trois spécialités les médecins aides-majors des deux classes et les médecins-majors de 2° classe.

Pour l'emploi de répétiteur de chimie et de physique, les pharmaciens aides-majors des deux classes et les pharmaciens-majors de 2° classe pourront être admis aux épreuves.

Les officiers de santé qui désireraient concourir devront adresser une demande régulière, appuyée d'un avis motivé de leurs chefs directs. Cette demande, qui indiquera la spécialité pour laquelle le candidat se présente, devra parvenir au ministre avant le 20 avril prochain, terme de rigueur, par la voie hiérarchique, c'est-à-dire par l'intermédiaire des généraux commandant les divisions territoriales ou des intendants militaires, suivant que l'officier de santé est attaché à un corps de troupes ou à un établissement hospitalier.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. Hardy, chirurgien-dentiste de l'institution impériale des sourds-muets, vient d'être nommé chevalier de l'ordre de l'Éperon-d'Or.

— M. le docteur Félix Guyon, chirurgien de l'hôpital Necker, commencera le samedi 19 mars, des leçons de clinique chirurgicale, et les continuera les mercredi et samedi de chaque semaine.

AVIS

Les collections remises dans nos bureaux, du 1er au 22 janvier, pour être reliées, sont prêtes. On peut donc les faire retirer.

Le prix de la reliure est de 3 francs.

M. D... à Toulouse. — Le prix du numéro étant de 20 centimes, vous avez à nous adresser 2 francs 20 pour les 11 numéros qui vous ont été expédiés.

Phénomènes physiologiques et pathologiques consécutifs à la section des nerfs du bras (Nouvelle interprétation), par le docteur LETIÉVANT, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Broch. gr. in-8° avec 6 planch. — Prix : 3 fr.

Examen chimique de diverses luxations traumatiques, par le docteur SISTACH, médecin-major de 1re classe des hôpitaux, lauréat de l'Institut. Grand in-8. — Prix : 1 fr.

Le directeur, Dr E. LE SOURD

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Faits d'anatomie pathologique considérés dans leurs rapports avec les types pathologiques et l'étiologie morbide.

Rien d'un intérêt actuel pressant ne s'étant offert pendant cette dernière période hebdomadaire en fait de médecine ou de chirurgie cliniques, nous mettons à profit cette lacune passagère pour jeter un coup d'œil sur une collection de faits anatomo-pathologiques que nous venons de parcourir avec un très-vif intérêt. Ce sera aussi bien, si l'on veut, une sorte de revue clinique rétrospective.

Remonter des divers types de lésions anatomo-pathologiques révélées par l'autopsie aux troubles fonctionnels constatés pendant la vie, et de là à la détermination de l'espèce morbide et de sa cause ; en un mot, remonter des caractères spéciaux des derniers vestiges de la lésion à l'étiologie, en passant par toutes les phases intermédiaires de l'évolution morbide, de manière à déduire des symptômes qui traduisent cette lésion aux différents temps de son évolution, les éléments du diagnostic étiologique et les indications qui en découlent au double point de vue du pronostic et du traitement, tel est le véritable objet, tel doit être désormais le but vraiment utile et pratique de toute recherche anatomo-pathologique. Séparer l'anatomie pathologique de l'étiologie, comme nous l'avons vu faire pendant trop longtemps, c'est la rendre volontairement stérile ; l'en rapprocher au contraire incessamment, c'est la féconder et lui donner toute sa véritable valeur scientifique et pratique. C'est dans cet esprit que M. le docteur Lancereaux, à qui nous devons déjà tant d'utiles recherches anatomiques et cliniques, a conçu et exécuté le plan d'un nouvel atlas d'anatomie pathologique, dans lequel il consigne, d'après un ordre méthodique conforme à cette donnée, les riches matériaux qu'il a accumulés pendant les longues années de son séjour dans les hôpitaux, comme interne d'abord, puis comme chef de clinique de la Faculté.

Le premier groupe qui se présente en ouvrant cette belle collection est celui des lésions de l'appareil digestif. « Les lésions de l'appareil digestif, dit M. Lancereaux, ont des causes nombreuses, dont le mode d'action est intimement lié aux fonctions mêmes de cet appareil. Dans la majorité des cas, elles sont produites par des agents venus du dehors, toxiques ou miasmatiques, et qui, les uns agissant par absorption, les autres par élimination, localisent de préférence leur action sur telle ou telle autre partie. D'autres fois, elles naissent et se développent sous l'influence d'un vice originel ou diathésique, et enfin elles sont, dans quelques circonstances, l'effet de l'altération d'un autre organe, notamment d'une affection chronique du cœur et des reins. Or, suivant le mode d'action de sa cause productrice, chacune de ces lésions possède des caractères propres, une évolution spéciale, et constitue, pour ainsi dire, une espèce à part. »

Voilà, pour un ordre déterminé de lésions, le fait général très-bien formulé ; voyons des exemples.

Gastrites et ulcères de l'estomac.

Nous trouvons sous ce titre dix exemples de gastrite — c'eût été bien peu autrefois, cela paraîtra peut-être beaucoup aujourd'hui — dont deux ont été produits par l'ingestion de substances caustiques (acide sulfurique, solution concentrée de potasse d'Amérique); sept par l'alcool ; un par l'absinthe ; un cas de gastrite folliculeuse, un de gastrite urémique ; deux cas d'ulcère simple de l'estomac. Il sera intéressant de grouper ces faits et d'en faire ressortir les caractères communs qui les rapprochent et les caractères particuliers qui distinguent chaque espèce et chaque cas individuel.

Le premier fait est un exemple de gastrite produite par l'ingestion d'un demi-verre d'acide sulfurique dilué, et suivi très-rapidement de la mort. Les principales lésions constatées sont la coloration noire et la destruction de la membrane muqueuse de l'estomac. Rien de nouveau dans ce fait et qui ne soit connu de tous. Mais il reçoit de son rapprochement avec le second fait un complément d'instruction utile.

Il s'agit dans ce second fait d'un individu qui, dans un accès de chagrin, achète pour 50 centimes de potasse d'Amérique, qu'il fait dissoudre dans trois verres d'eau pour l'avaler. A peine venait-il de boire le premier verre de cette dissolution, dont une partie fut rejetée par le vomissement, qu'il éprouva d'abord une sensation de brûlure dans la bouche, puis dans la gorge, et enfin à la région épigastrique. Pendant plusieurs jours, ce malade ne vomit pas, mais il fut dans l'impossibilité de manger ; il était réduit à vivre d'aliments liquides ou demi-liquides ; il ne tarda pas à dépérir ; puis survinrent des difficultés telles de déglutition, que le malade ne tarda pas à mourir d'inanition. A l'autopsie, on trouva une portion notable de la muqueuse stomacale détruite, éliminée et remplacée par un tissu cicatriciel rétracté et produisant des rétrécissements presque infranchissables.

M. Lancereaux fait remarquer que de ces deux faits on peut déjà déduire des données physiologiques, pathologiques et thérapeutiques importantes. Ils indiquent d'abord qu'à leur arrivée dans l'estomac, les boissons suivent de préférence la direction de la petite courbure (dans les deux cas, cette région avait été, avec le pylore, le principal siége de l'altération); ils apprennent ensuite que certains rétrécissements pyloriques peuvent n'avoir d'autre origine qu'une tentative d'empoisonnement ; ils montrent enfin, qu'à raison de la difficulté de se renseigner sur le siége exact des cicatrices, il est beaucoup plus prudent de recourir à la dilatation qu'à l'incision.

Le troisième fait de cette première catégorie est un exemple de gastrite alcoolique simple ; le quatrième est un cas d'absinthisme, gastrite avec hypertrophie de toutes les tuniques de l'estomac, cirrhose hépatique, etc. Puis viennent divers exemples de gastrites alcooliques avec des polypes muqueux de l'estomac, des kystes glandulaires, des ulcères, les uns superficiels, d'autres profonds.

De ce premier groupe ressort ce fait général que les altérations de l'estomac produites par l'alcool sont des gastrites simples ou catarrhales, des gastrites avec ulcères multiples et superficiels, enfin des gastrites avec ulcère profond et unique.

C'était ici naturellement le cas de chercher à déterminer les caractères qui distinguent l'ulcère simple de l'estomac des phlegmasies ulcéreuses de cet organe. Deux cas d'ulcères simples perforants, observés à deux ans de distance par M. Lancereaux, lui ont fourni les éléments de ce parallèle. Ceux-ci se distinguaient très-nettement des cas précédents par les caractères suivants : ulcères petits, arrondis, taillés à pic, formés aux dépens de toute l'épaisseur de l'estomac, et reposant sur un fond parcouru par une branche artérielle, ainsi que cela a été déjà remarqué un grand nombre de fois ; intégrité parfaite de l'estomac autour de la partie ulcérée. Bien différents étaient les ulcères des gastrites alcooliques. Ceux-ci, toujours liés à une altération plus ou moins étendue de la paroi stomacale, n'intéressaient ordinairement qu'une portion de la paroi stomacale, laissant intactes les branches artérielles ; ils reposaient sur un fond induré, avaient des bords festonnés et non taillés à pic ; circonscrits par une injection plus ou moins vive, ils indiquaient, enfin, un processus phlegmasique, contrairement à ce qui a lieu dans l'ulcère simple.

M. Lancereaux rapporte ensuite un cas de gastrite urémique. Le diagnostic n'avait pas été fait pendant la vie. Il s'agit d'un sujet atteint de contracture des membres et parfois de secousses convulsives, et qui était dans un état comateux qui ne lui permit de donner aucun renseignement. Les urines n'ayant pas été examinées, il fut considéré comme affecté de méningite. A l'autopsie on constate que la membrane muqueuse de l'estomac, d'une teinte grisâtre ou ardoisée, présentait des plis nombreux et saillants ; elle était recouverte par un mucus épais et visqueux, et offrait dans la portion la plus rapprochée du pylore deux petits ulcères allongés et très-superficiels. Dans cette même partie, elle se trouvait de plus parsemée de points blancs légèrement saillants et comme perforés à leur centre. Semblable altération existait dans toute l'étendue de l'estomac, avec cette différence, que, dans les autres régions, les glandes étaient moins saillantes et les replis plus marqués. Partout, d'ailleurs, la membrane muqueuse se trouvait recouverte d'un mucus visqueux, épais, très-adhérent, comprenant un grand nombre de cellules épithéliales. La muqueuse intestinale, grisâtre et tachetée de noir sur quelques points, était également recouverte dans la plus grande étendue par un mucus épais et visqueux, mêlé d'un grand nombre de cellules épithéliales.

Les reins étaient petits, granulés à leur surface ; leur capsule, qui se décollait difficilement, laissait voir la substance corticale atrophiée et réduite à une mince bandelette. Les tubes urinifères, pour la plupart diminués de volume, contenaient des cellules épithéliales atrophiées et granuleuses ; la trame conjonctive, notablement épaissie, emprisonnait et comprimait ces tubes (néphrite interstitielle).

M. Lancereaux ne met pas en doute que dans ce cas l'altération de l'estomac était subordonnée à l'affection rénale et qu'elle était due incontestablement à l'élimination par la muqueuse gastrique des principes de l'urine et notamment de l'urée.

Ici se présentait l'occasion de faire un parallèle intéressant entre la gastrite alcoolique et la gastrite urémique. Un certain nombre de caractères communs, suivant M. Lancereaux, rapprochent la gastrite alcoolique simple et la gastrite urémique ; ces caractères sont : l'épaississement de la membrane muqueuse, la teinte grisâtre ou ardoisée de cette membrane, l'altération granulo-graisseuse des glandules.

Voici où se montrent les différences. Dans la gastrite urémique, l'estomac est pour ainsi dire affecté d'une façon uniforme dans toute son étendue ; ses replis sont nombreux et saillants, sa surface interne est couverte d'un enduit visqueux adhérent ; tandis que dans la gastrite alcoolique, au contraire, l'altération de la surface interne de l'estomac est ordinairement limitée, inégale ; la membrane muqueuse est lisse, tapissée seulement d'une faible quantité de mucus, de teinte grisâtre ou ardoisée, semée de plaques d'injection ou de taches noires pigmentaires. Les ulcères sont assez communs dans cette dernière maladie, tandis qu'ils sont extrêmement rares dans la première. Les pituites et les vomissements sont des symptômes communs aux deux affections ; mais tandis que chez le buveur ils ne surviennent que le matin à jeun, chez l'urémique, ils peuvent apparaître à chaque instant du jour. La tendance à la diminution du calibre de l'estomac est aussi plus marquée dans les lésions rénales, où d'ailleurs l'intestin est presque toujours simultanément affecté.

Entérites.

Le groupe des entérites comprend : un cas d'entérite typhoïde, un cas d'entérite dysentérique, un cas de recto-colite ulcéro-polypeuse, un cas de rétrécissement vénérien du rectum, une entérite urémique.

Si l'on excepte les entérites mécaniques ou traumatiques, dont le diagnostic est généralement facile, et la rectite vénérienne ou blennorrhagique, distincte par son siége, les phlegmasies intestinales, dont M. Lancereaux a réuni les exemples dans ce groupe sont, ou bien l'effet d'agents toxiques ayant influencé les parois intestinales, soit par absorption, soit par élimination, ou bien l'expression anatomique d'une maladie générale (fièvre typhoïde, dysentérie); et, dans tous les cas, ces lésions se trouvent subordonnées à l'action d'un principe délétère. Les différences que présentent entre elles ces diverses espèces d'entérites sont en rapport avec la diversité de nature et d'action de l'agent morbifique. Ainsi, on ne peut confondre l'entérite typhoïde avec aucune autre lésion intestinale. L'entérite urémique se distingue également de toutes les autres par la généralisation de la phlegmasie à l'estomac et aux intestins, par la rétraction de la membrane muqueuse et le revêtement visqueux dont elle est le siége.

M. Lancereaux fait remarquer avec raison que les entérites, de même que les gastrites, peuvent bien constituer un groupe anatomique distinct, mais non une entité pathologique ; elles forment autant d'espèces particulières qu'il y a de causes susceptibles de modifier d'une certaine façon la membrane muqueuse intestinale. La conséquence pratique à tirer de ces considérations, c'est que ce n'est pas par une médication toujours identique qu'il faut les combattre, mais bien par des méthodes de traitement qui doivent être variées suivant la condition étiologique sous l'influence de laquelle l'entérite s'est développée.

Lésions diverses de l'appareil gastro-intestinal.

M. Lancereaux a réuni, sous le titre de tuberculose, un groupe d'affections tuberculeuses siégeant sur diverses parties de l'appareil gastro-intestinal. On y trouve une tuberculose disséminée de l'intestin cœcum, une tuberculose circonscrite du cœcum et de son appendice, une tuberculose en plaques du cœcum et du colon. Puis on trouve, sous les divers titres de : épithéliomes et carcinomes, des exemples d'épithéliome lingual, d'épithéliome de l'œsophage, du rectum ; de papillomes et myomes : un cas de polype papillaire du rectum, un cas de myome de l'estomac ; d'hypérémies et mélanémies : un cas d'hyperémie passive de l'estomac, un cas de pigmentation de l'estomac et du pancréas, une pigmentation de l'intestin grêle, une

mélanémie des glandes duodénale, du foie et de la rate ; une anthracose intestinale ; enfin, un cas d'infarctus embolique du gros intestin et un cas d'hémorrhagies scarlatineuses des intestins.

Lésions du péritoine.

Les lésions du péritoine comprennent : un exemple de péritonite tuberculeuse, une observation de carcinome colloïde du péritoine, une de sarcome mélanique du péritoine, du foie, des reins, des poumons et du système osseux, et un cas de lipome devenu libre dans la cavité péritonéale, par suite de la rupture de son pédicule.

C'est surtout dans les inflammations du péritoine qu'on voit, mieux que partout ailleurs, peut-être, les différences imprimées aux phlegmasies par la nature des agents morbifiques. Tandis que certains de ces agens, comme le pus, l'urine, etc., déterminent fatalement une péritonite suppurée et rapidement mortelle, il en est d'autres, tels que le sang, l'alcool, etc., qui produisent une péritonite proliférative ou adhésive, remarquable par sa marche lente et sa longue durée. Les péritonites puerpérales ne ressemblent que fort peu, et seulement par leur siége, aux péritonites tuberculeuses.

Lésions du pancréas.

Parmi les lésions du pancréas, on trouve un cas de stéatose coïncidant avec la stéatose de plusieurs autres organes ; affection peu étudiée, et qui paraîtrait plus commune qu'on ne l'a pensé jusqu'ici. Dans ce fait, qui rappelle celui d'un personnage très-connu, il existait tout à la fois une infiltration adipeuse du pancréas et une dégénérescence graisseuse des éléments glandulaires de cet organe; il y avait aussi en même temps une adipose cardiaque et une tuberculose pulmonaire. L'ensemble de ces lésions paraît avoir été produit dans ce cas par l'abus des boissons alcooliques et les excès d'alimentation. Les symptômes avaient été la diminution graduelle de l'appétit et une diminution graduelle corrélative des forces. La mort était survenue brusquement à la suite d'un accès de délire alcoolique.

Un autre fait relatif à un cas d'infiltration graisseuse du pancréas, avec cristaux aciculaires à l'intérieur des cellules adipeuses, dont la cause est restée inconnue.

Dr Brochin.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 4 mars 1870. — Présidence de M. Bergeron.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les maternités.

Discussion sur les maternités.

M. Chauffard reproche à M. Tarnier de ne s'être pas seulement attaché à la défense du projet de maternité qu'il propose et d'avoir laissé entrevoir, dans sa dernière communication, l'intention de défendre aussi l'enseignement qu'on y donne aux sages-femmes.

L'école d'accouchement de la Maternité actuelle est constituée par des élèves internes, filles ou femmes, qui y sont casernées à peu près au nombre de cent. Cette institution répond-elle à un vrai besoin? M. Chauffard ne le croit pas, et voici pourquoi. D'abord, le nombre des élèves appartenant au département de la Seine est très-restreint. Cet enseignement profite donc surtout aux départements; or, M. Chauffard pense que ceux-ci peuvent parfaitement se suffire à eux-mêmes, attendu qu'il existe, dans chaque chef-lieu d'arrondissement, un enseignement spécialement destiné aux élèves sages-femmes. Ce cours d'accouchement est très-suivi partout, et les élèves ne peuvent obtenir leur diplôme que sur la présentation d'un certificat d'assiduité à ce cours. Cet enseignement ne laisse donc rien à désirer, et les élèves qui viennent des départements suivre les cours de la Maternité pourront aussi bien s'instruire sans sortir de chez elles, d'autant plus qu'on peut encore améliorer cet enseignement et faciliter autant que possible l'accès des sages-femmes dans les cliniques. La Maternité de Paris peut donc être fermée sans que pour cela l'enseignement des sages-femmes en souffre; car cette école ne se maintient, selon M. Chauffard, que parce qu'elle continue de la veille.

Ce ne sont pas là, du reste, les seules raisons qui, aux yeux de M. Chauffard, militent en faveur de la suppression de la Maternité, et ce n'est pas seulement au point de vue de l'hygiène physique, mais bien aussi au point de vue de l'hygiène morale qu'il voudrait voir condamner cette institution, comme il voudrait voir condamner tous les casernements en général; ce mélange de femmes mariées et de jeunes filles, cette sorte de fermentation des esprits qui doit nécessairement résulter de ce contact perpétuel des unes avec les autres, l'objet même de leurs études, l'émulation qui les pousse à obtenir les suffrages de leurs maîtres, tout enfin semble propre à exciter leur imagination, et il est impossible, aux yeux de M. Chauffard, que la morale n'en souffre pas. Or, s'il est bon d'avoir des sages-femmes instruites, il ne serait pas moins bon qu'elles fussent morales.

M. Chauffard regarde donc tous les casernements en général comme une mauvaise chose, tant au point de vue physique qu'au point de vue moral, et surtout un casernement de jeunes filles et de femmes comme celui de l'école de la Maternité.

En admettant d'ailleurs que cette école subsiste telle qu'elle est aujourd'hui, avec le système que propose M. Tarnier, il y aurait une telle disproportion entre le nombre d'élèves et celui des lits, que le but cherché ne serait plus atteint, et M. Chauffard ne comprend pas comment M. Tarnier insiste pour la conservation de cette école quand il dit lui-même que les deux choses qu'il redoute le plus pour les femmes en couches, et qu'il cherche surtout à éviter, sont l'encombrement et la contagion. L'encombrement et la contagion suivront toujours les casernements et surtout celui des élèves sages-femmes. L'air confiné et altéré sera partout porté par elles, et M. Chauffard est convaincu que les bons effets qu'attend M. Tarnier de l'isolement pour les femmes en couches seraient compromis par la conservation du système de casernement pour les élèves.

M. Chauffard demande, en conséquence, en terminant, que la Maternité actuelle soit supprimée, que les élèves sages-femmes soient désormais libres, et que l'administration se débarrasse ainsi de la haute responsabilité matérielle et morale qui lui incombe à leur sujet, et qu'enfin les économies obtenues par ces réformes servent à la construction de petites maternités dans tous les hôpitaux.

M. Dumontpallier partage l'avis de M. Chauffard sur l'éducation des sages-femmes; il croit d'abord qu'elle n'est pas si difficile à faire, et que, par conséquent, la suppression de la Maternité n'aurait, au point de vue de l'enseignement, que de très-légers inconvénients, puisque cet enseignement pourra se faire aussi bien partout ailleurs.

M. Dumontpallier rappelle en quelques mots le point de départ de cette discussion, l'émotion produite par le discours de M. Lorain, et enfin la nomination d'une commission chargée d'examiner la question.

La commission a envisagé la question à deux points de vue : au point de vue théorique et au point de vue pratique. M. Dumontpallier ne veut l'envisager qu'à ce dernier point de vue. Quelles sont les causes de l'accroissement de la mortalité qu'on observe si souvent chez les femmes en couches? Ces causes sont évidemment dans l'agglomération. C'est donc contre elle qu'il faut agir. D'après la statistique de M. Le Fort, dont les chiffres sont relatés dans le rapport, d'après la comparaison de la mortalité des femmes accouchées en ville avec celle des femmes accouchées à l'hôpital, M. Dumontpallier arrive à cette conclusion : suppression des maternités. Il faut faire en sorte, autant que possible, que la femme accouche chez elle Il y a cependant huit mille femmes qui n'ont pas de domicile et qui n'ont d'autres moyens d'accoucher que ceux que leur fournit la charité publique.

C'est sur les moyens d'accoucher ces huit mille femmes que M. Dumontpallier désire un instant attirer l'attention de la Société. M. Dumontpallier veut faire accoucher la moitié de ces femmes chez les deux cents sages-femmes dont a parlé M. Gallard. Ces deux cents sages-femmes, en effet, avec deux lits chacune, et étant donné un séjour de 15 jours par chaque malade, peuvent faire par mois 800 accouchements, ce qui donne, pour l'année, 9,600 accouchements. Mais attendu que, comme l'a fait remarquer M. Tarnier, le nombre d'accouchements à faire varie selon les saisons, et pour que les lits des sages-femmes ne soient pas continuellement occupés, et enfin dans l'intérêt de l'enseignement, M. Dumontpallier ne veut leur en faire accoucher que la moitié, soit 4,800, et veut ainsi répartir les autres : il y a, dans les hôpitaux, 46 services de médecine; si l'on fait entrer dans chacun de ces services deux femmes en couches, en comptant 15 jours de séjour pour chacune d'elles, on obtiendrait ainsi, par mois, le chiffre de 184 accouchements, soit, pour l'année, 2,208 accouchements. Il restera donc 2,000 femmes, à peu près, à faire accoucher. Ce sont ces 2,000 femmes que M. Dumontpallier réserve aux petites maternités proposées par M. Tarnier. Chacune de ces maternités se compose de 4 chambres, et en comptant toujours 15 jours pour chaque malade, cela donne un total de 96 accouchements par an; or, M. Dumontpallier, croyant que le seul moyen de faire des expériences sérieuses est de les faire sur une grande échelle, demande 20 maternités pour Paris, ce qui donnerait un total de 1,920 accouchements au bout de l'année, chiffre qui, comme on le voit, n'est pas loin de 2.000.

Où placer ces 20 petites maternités? M. Dumontpallier voudrait qu'on les plaçât dans les jardins des hôpitaux ou dans le voisinage des hôpitaux qui n'ont pas de jardin. Chacune de ces maternités se trouverait ainsi sous la direction immédiate d'un médecin d'hôpital. M. Dumontpallier ne partage pas les craintes de M. Tarnier au sujet des accouchements difficiles que pourront avoir à faire ces médecins. Quant à l'objection de M. Bernutz, aux infanticides possibles, il ne la regarde pas comme sérieuse, et croit que ce sont là des exceptions dont on ne doit pas tenir compte. En résumé donc, M. Dumontpallier accepte les petites maternités, mais il prétend qu'on n'a pas besoin des infirmeries proposées par M. Tarnier, puisqu'elles seront remplacées, d'après son système, par les hôpitaux. Seulement, il faudra choisir les services où l'on transportera les femmes atteintes d'affections puerpérales, et surtout tenir grand compte de la constitution médicale du moment.

Relativement à l'enseignement des étudiants, M. Dumontpallier ne partage pas l'opinion de M. Tarnier et croit, au contraire, qu'il se fera tout aussi bien que maintenant. Pour les sages-femmes, il n'y a pas tant à se préoccuper de leur enseignement, puisque, après tout, elles n'ont pas besoin d'une instruction si complète; et puis pourquoi celles qui voudront étendre le champ de leurs études ne fréquenteraient-elles pas les hôpitaux? En cas d'épidémies, ne pourrait-on pas envoyer les femmes accoucher au Vésinet, ou même à Vincennes?

L'opinion de M. Dumontpallier peut donc se résumer ainsi : supprimer les grandes maternités et faire une expérience étendue des petites maternités proposées par M. Tarnier. Quant aux conclusions du rapport, il les accepte avec quelques modifications.

En terminant, M. Dumontpallier supplie M. Moissenet, le représentant de la Société au Conseil de surveillance, de plaider la cause défendue par elle avec toute la conviction et l'énergie possibles, et d'appeler plutôt à son aide, dans le cas où il croirait faillir, la commission elle-même.

M. Dumontpallier rapproche cette discussion de la grave question qui se discute en même temps à l'Académie, la mortalité des nourrissons, et laisse entrevoir les conséquences désastreuses pour la population qui résultent de cette mortalité effrayante des femmes atteintes d'affections puerpérales. Le premier but à atteindre, en effet, n'est-il pas d'empêcher de mourir la femme qui fait des enfants? On ne saurait donc apporter trop de zèle à l'accomplissement de certaines réformes reconnues indispensables par tous les médecins.

M. Hervieux rappelle à M. Chauffard qu'au sein même de la commission, il lui a fait, au sujet de l'école de la Maternité, une observation dont il ne paraît pas avoir tenu compte.

Cette observation portait sur la moralité des élèves sages-femmes. M. Hervieux revendique la réputation d'irréprochabilité qu'a toujours eue cette école, et proteste énergiquement contre les assertions de M. Chauffard. Depuis dix ans qu'il est à la Maternité, il croit pouvoir affirmer que l'éducation des sages-femmes offre toutes les garanties possibles.

Quelles sont, suivant M. Chauffard, les causes qui peuvent troubler le sens moral de ces jeunes filles? leur agglomération? Mais toutes ces jeunes filles viennent de la campagne et ne sortent de l'école que six fois par an, de huit heures du matin à huit heures du soir, et encore sous la responsabilité de correspondants. Leur contact avec des femmes mariées? Ces femmes sont presque toutes des victimes du mariage, qui n'ont aucune accointance avec les jeunes filles; il n'y a pas d'influence possible de leur part. Serait-ce, comme le dit encore M. Chauffard, leur éducation obstétricale? D'abord, dans les notions anatomiques et physiologiques qu'on leur donne, il n'y a rien qui soit de nature à troubler leur imagination. Quant au but même de leurs études, à l'accouchement, il semble plutôt que cet acte douloureux, cette expiation si cruelle des plaisirs de l'amour, soit fait pour détourner ces jeunes filles du mal.

Ce n'est donc pas non plus par leur instruction obstétricale que peut fermenter leur imagination. M. Chauffard a aussi fait allusion à l'émulation qui devait régner entre elles pour obtenir les suffrages de leurs maîtres et répétiteurs. Mais cette émulation est des plus nobles et des plus dignes. En terminant, M. Hervieux certifie à M. Chauffard qu'il ne connaît personne à la Maternité qui soit capable d'encourager ces femmes ou ces jeunes filles à ce qui ne serait pas conforme à la morale.

M. Chauffard déclare qu'il n'y a dans ses paroles absolument rien de blessant pour le corps enseignant de la Maternité. Il ne croirait digne ni de lui ni de M. Hervieux de s'appesantir plus longtemps sur un sujet de cette nature; il croit donc n'avoir rien à retirer de ses paroles. Son seul but a été de démontrer que tous les casernements en général sont une mauvaise chose, et surtout les casernements de jeunes filles. Il serait facile d'en trouver un exemple frappant dans une institution où les jeunes filles puisent une éducation morale des plus défectueuses. Il est impossible, aux yeux de M. Chauffard, qu'il en soit autrement, et qu'un internat de jeunes filles de 18 à 20 ans ne soit pas mauvais. Le contraire serait contre nature. Or, M. Chauffard voudrait que l'administration se dégageât d'une responsabilité pareille, surtout si, comme il croit l'avoir démontré, l'enseignement obstétrical peut se faire tout aussi bien sans l'internat des élèves sages-femmes.

M. Tarnier. Tout le monde est d'accord sur ce point, à savoir qu'on répartisse autant que possible les femmes en couches chez les sages-femmes; mais M. Gallard, avec plusieurs autres membres, voudrait la suppression totale des maternités. Cette suppression totale présenterait les plus grands inconvénients au point de vue de l'enseignement. Ne voit-on pas, en effet, les étudiants de tous les pays venir suivre les leçons de la clinique?

Eh bien, si vous supprimez totalement les maternités, ce ne seront plus les étudiants étrangers qui viendront chez vous, mais vous qui serez obligés à votre tour d'aller faire vos études obstétricales à Heidelberg ou ailleurs.

Quant à la question soulevée par M. Chauffard au sujet des élèves sages-femmes, je ferai cette simple remarque, c'est qu'étant internes, elles ne peuvent pas faire autrement que de rester honnêtes, tandis que si vous supprimez les maternités, leur moralité court bien plus de risques.

En résumé : disséminons autant que possible les accouchements en ville, en assurant toutefois un enseignement suffisant pour les étudiants et les élèves sages-femmes.

M. Chauffard demande à M. Tarnier s'il persiste dans son idée de voir maintenir l'école interne d'accouchements; il déclare qu'à tous les points de vue il croit cela mauvais, et propose que l'on mette aux voix ce vœu de la destruction de l'internat des élèves sages-femmes.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 7 janvier 1870. — Présidence de M. Lagneau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Le secrétaire général rend compte des modifications qui ont été apportées au procès-verbal d'une des séances précédentes; le Comité de publication a supprimé tout ce qui avait paru agressif et non démontré à l'aide d'observations indiscutables.

M. Collineau rappelle que le Comité de publication a proposé de transcrire sur le registre de la Société le procès-verbal de la séance dont il est question dans toutes ses parties.

M. Charrier se chargera du compte rendu des séances qui, en raison des choses dites, ne pourraient pas figurer au procès-verbal et le transcrira lui-même sur le registre.

M. le président annonce que M. Giraldès a été nommé membre de l'Académie de médecine et fait remarquer que la Société possède aujourd'hui 14 membres académiciens.

M. Lagneau président sortant, prononce le discours suivant :

Messieurs et honorés collègues,

Durant le cours de l'année qui vient de se terminer, nous avons éprouvé des pertes cruelles.

La mort a frappé un de nos confrères les plus estimés, le professeur Grisolle, qui, pendant vingt-cinq ans, resta membre titulaire de la Société de médecine de Paris, et ne demanda l'honorariat que lorsqu'il se vit atteint de la maladie, qui lentement le conduisit au tombeau.

Nous avons perdu F. Andry, ancien chef de clinique de la Faculté. Notre collègue, durant trente années, il porta dignement le nom d'un de nos anciens présidents, de l'année 1808.

Notre distingué correspondant, Kuhn, nous a également été enlevé.

Durant cette même année 1869, nous nous sommes adjoints trois nouveaux membres titulaires, MM. Tissier, Delpeuch et Ach. Foville, médecin de la maison d'aliénés de Charenton, ainsi que deux correspondants étrangers, MM. Corese et Alvarenga, occupant de hautes positions médicales en Italie et en Portugal. Les ouvrages, les mémoires déjà publiés, l'ardeur scientifique de nos nouveaux collègues, nous sont de sûrs garants de leur active collaboration à nos travaux.

Rédigés par nos zélés secrétaires, les comptes rendus de la Société ont paru cette année avec une régularité remarquable, dont on doit savoir gré à notre secrétaire général.

Avant de résilier les hautes fonctions que vous avez bien voulu me confier; avant de remettre la direction de nos travaux à mon très-estimé successeur, dont le congrès médical international de Paris et la Société d'anthropologie ont pu apprécier le savoir cosmopolite dans la grave question de l'acclimatement, je veux vous remercier du bienveillant concours que vous n'avez cessé de me prêter durant l'année 1869.

J'ai souvent exprimé le regret que les médecins de Paris aient cru devoir se disséminer en de trop nombreuses sociétés, au lieu de se réunir pour apporter à un centre scientifique commun leurs contingents individuels d'études et d'expérience.

La Société de médecine de Paris, qui, jusqu'en 1813, renouvela deux fois par an son bureau, compte actuellement soixante-quatorze années d'existence.

Bientôt quatre-vingt-dix présidents auront eu successivement l'honneur de diriger ses séances. Par sa fondation antérieure à celle de toutes les autres sociétés médicales de la capitale, par la réputation justement méritée de bon nombre de ses fondateurs et de ses membres par l'importance de ses publications, la Société de médecine de Paris, mieux que bien d'autres, mérite de rallier à elle les confrères laborieux, capables de perpétuer, durant de longues années, ses traditions de probité scientifique et d'honorabilité professionnelle.

Ce discours est salué par d'unanimes applaudissements.

Présidence de M. Simonot.

M. Simonot adresse à la Société l'allocution suivante:

Messieurs,

En prenant possession de ce fauteuil où je vais avoir l'honneur de siéger, ma première impression, croyez-le bien, est un sentiment de reconnaissance que je suis heureux de vous exprimer en vous offrant mes sincères remerciments. Au sentiment de reconnaissance succède tout naturellement le sentiment du devoir : si je n'avais qu'à réaliser cette indépendance et cette droiture qui sont les premières obligations d'un président pour garantir à chacun la libre expression de sa pensée, j'accepterais la position sans crainte, parce que j'ai cette conviction bien arrêtée.

La médecine n'est pas, comme on le répète trop souvent, une branche des sciences naturelles ; la médecine est l'application raisonnée de toutes nos connaissances scientifiques à la conservation de la vie humaine, soit qu'elle oppose au développement de l'action pathologique les lois de l'hygiène, soit qu'elle combatte cette même action par les agents de la thérapeutique. Plus que toute autre alors, la profession médicale doit jouir d'une liberté intellectuelle absolue; plus que toute autre aussi, elle doit s'affranchir de cet esprit systématique qui, fièrement assis sur le piédestal de ses prétentions, professe un égal dédain pour l'œuvre du passé, le doute du présent et l'inconnu de l'avenir.

Mais, messieurs, dans une société comme la nôtre, où se rencontrent la clinique urbaine et la clinique hospitalière, où sont réunies aptitudes encyclopédiques et aptitudes spéciales, où se trouvent associés cet enthousiasme juvénile qui demande à l'expérimentation de créer des causes pour affirmer des effets, et ce calme de la maturité dont l'observation sévère s'efforce sans cesse de remonter des effets aux causes, dans une pareille société, dis-je, il faut à un président plus qu'indépendance et droiture, il lui faut une valeur scientifique, ce qui, je l'avoue, me causerait une sérieuse appréhension si je n'avais l'espoir que votre bienveillant concours ne me fera pas défaut.

L'union fait la force, messieurs, permettez-moi de vous rappeler ce vieil adage qui devrait être la devise de toutes les sociétés de médecine puisqu'il n'existe pas un corps médical assez vigoureusement constitué pour défendre intus et extra la dignité de la profession, pour vaincre la déplorable routine qui, caressant ici l'ambition des uns, exploitant là le besoin des autres, asservit malades et médecins à toutes les exigences de ses caprices. Aujourd'hui, il ne faut pas nous le dissimuler, toute mesure sanitaire est étreinte dans un cercle d'économie sociale et politique qu'il nous est interdit de franchir mais rappelons-nous aussi que toute mesure sanitaire a son côté scientifique, qu'il est de notre droit, — je dirai même de notre devoir, de discuter et d'apprécier à sa juste valeur. Que toutes les sociétés médicales s'en emparent, que toutes établissent des conclusions nettes et précises, qu'en temps opportun elles leur donnent une large et sérieuse publicité, nous acquerrons ainsi l'autorité des masses compétentes, et, certainement alors, nous imposerons le respect, qui nous est dû, à tous ceux qui cultivent notre individualisme pour nous enlever toute initiative et nous réduire au triste rôle d'être les créatures ou les mercenaires de leur absolutisme.

Maintenant, messieurs, pour débuter dans mes fonctions présidentielles par un acte de justice, je vous demanderai un vote de remerciments pour mon honorable prédécesseur et ses dignes collègues du bureau sortant dont assurément vous avez apprécié le zèle et le dévoûment pendant l'année qui vient de s'écouler.

Cette vigoureuse allocution, dans laquelle le président rappelle les droits imprescriptibles et bienfaisants de la science, quelque épithète qu'on lui donne, est acclamée par la Société entière. Des félicitations unanimes sont adressées au président.

M. Brierre de Boismont demande que toutes les sociétés se réunissent pour reconquérir les libertés scientifiques qui nous appartiennent.

M. Lunier fait remarquer que la presse médicale a soulevé la question du cautionnement et du timbre. Il faut se joindre à elle. Il demande qu'une commission soit nommée et fasse appel aux journalistes et aux autres sociétés savantes.

M. Brierre de Boismont rappelle qu'il a été la victime de ce régime anti-scientifique.

La commission se composera du président, de M. Brierre de Boismont et de M. Lunier.

Le secrétaire général lit son rapport sur l'année 1869.

Compte rendu des travaux de la Société de médecine de Paris, par M. le docteur A. Charrier, *secrétaire général* (1869).

Messieurs,

Chaque année, à pareille époque, le secrétaire général a coutume de faire un résumé succinct des travaux et des discussions intéressantes de la Société ; fidèle à cet usage, je viens aujourd'hui en retracer la synthèse, suivant en cela l'exemple de mes prédécesseurs et amis, MM. Gros et Blachez. Cette coutume, au reste, est excellente; elle fait repasser devant vos yeux la physionomie de vos séances; c'est une sorte d'adieu amical que la Société adresse à l'année qui vient de finir.

Cette année, les travaux de la Société ne le cèdent en rien à ceux des années précédentes, ni par leur importance, ni par leur variété, ni par leur intérêt. Des mémoires très-bien faits ont été lus, des rapports excellents vous ont été soumis, et vos discussions ont été des plus intéressantes, mais j'ai le regret de le dire, le vœu que j'avais formé l'année dernière n'a pas été exaucé. En prenant possession de la place de secrétaire général, j'avais formé le souhait que chacun de nous fît au moins pendant l'année un travail sur un sujet quelconque des sciences médicales, et peu d'entre nous ont répondu à mon appel. C'est là pourtant, messieurs, une question capitale pour notre Société; nous avons fait beaucoup, mais nous pourrions faire mieux encore, et si ce vœu était rempli, la Société de médecine de Paris marcherait de pair avec l'Académie de médecine et la Société médicale des hôpitaux. Espérons, messieurs, que l'année 1870 sera plus féconde en travaux originaux. Veuillez-le, messieurs, et le résultat cherché sera obtenu; car, messieurs, surtout pour vous, vouloir c'est pouvoir.

Avant d'entrer dans le détail de vos travaux, souhaitons la bienvenue aux nouveaux élus, à nos jeunes collègues qui nous ont montré, dans les lectures à l'appui de leurs candidatures, toutes les précieuses qualités de leur savoir et de leur expérience. Que MM. Foville, Tissier, Delpeuch, reçoivent ici notre salut cordial et confraternel. Nous l'offrons aussi à nos correspondants, MM. Cortese et Alvarenga.

Anatomie pathologique

M. Léon Gros a présenté un cordon ombilical qui offrait un nœud complet, mais pas assez serré pour que la circulation fût interrompue, car j'ai pu faire passer une injection d'eau colorée, mais il y avait atrésie à l'endroit de la striction et renflement du vaisseau au-dessus et au-dessous du nœud. On comprend très-bien que si la striction eût été plus forte, la circulation aurait pu s'arrêter et la mort survenir. Au reste, cette question des nœuds du cordon est des plus curieuses, elle explique ces atrophies des membres sur lesquels on trouve des enroulements du cordon et les amputations spontanées.

M. Antonin Martin nous a amené un petit malade âgé de 9 à 10 ans, chez lequel le cœur battait sous le mamelon droit, il y avait transposition de viscères. Dans la famille, aucun membre, ni parmi les ascendants, ni parmi les collatéraux, n'avait présenté aucun vice de conformation. L'enfant était d'une bonne santé, mais sujet à des palpitations fréquentes et tumultueuses.

Médecine

Notre honorable collègue, M. Durand-Fardel, vous a lu un mémoire sur *les diathèses urique, sucrée et graisseuse*. Pour lui, ces trois diathèses ont une même manière de procéder, et si elles se produisent, c'est que l'élimination est incomplète; s'il y a des lésions locales, c'est que la *materia morbi* a choisi son lieu d'élection. Comme période ultime, la cachexie.

Vous vous rappelez sans doute aussi le mémoire de M. Duroziez *sur la fièvre continue dans ses rapports avec la variole*. Ses conclusions, qui sont très-intéressantes, peuvent se résumer ainsi : la fièvre typhoïde peut être modifiée par la variole, et réciproquement. Les deux maladies peuvent coexister sur le même individu. La fièvre continue varioleuse de Sydenham existe, ce n'est qu'une variole bénigne à éruption tardive, de forme typhoïde. Les varioles *variolæ sine variolis* paraissent exister.

Ce point de pathologie est du plus haut intérêt, et je crois que beaucoup de médecins admettent aussi des rougeoles et des scarlatines sans éruption cutanée. Dans ces cas, tous les symptômes existent, sauf l'éruption; mais pendant la convalescence on peut, au microscope, voir la desquamation des muqueuses en retrouvant dans l'urine des cellules d'épithélium.

M. Antonin Martin vous a lu une observation *d'urticaire spontanée*, qu'il a cru pouvoir attribuer à l'application d'un cataplasme de farine de graine de lin avariée sur des scarifications de ventouses. La discussion qui a suivi cette communication a montré des opinions diverses sur l'interprétation donnée au phénomène dont avait parlé notre collègue. L'exposition au froid, l'émotion produite par une forte commotion, ont paru suffisantes pour expliquer la production de l'urticaire généralisée, et comme M. Briquet l'a fort judicieusement fait observer, quand la graine de lin altérée donne lieu à une éruption, ce n'est pas à une éruption ortiée, mais bien à une éruption miliaire.

Vous vous rappelez aussi, messieurs, l'élégant et savant rapport de M. Motet sur les travaux de M. Foville, rapport qui était à son tour un mémoire original.

M. Géry père, en faisant présent à la Société de son mémoire couronné par la Société médico-chirurgicale de Bordeaux, sur la viabilité des nouveau-nés, a soulevé au sein de la Société une question médico-légale de la plus haute importance au point de vue criminel et au point de vue des successions. Cette discussion, à laquelle ont pris part MM. Gallard, Motet, Delasiauve, Antonin Martin, Boinet, Giraldès, etc., a mis au grand jour des points de droit encore obscurs, et a donné le résumé des opinions les plus récentes des jurisconsultes et des médecins légistes sur la matière.

M. Duroziez vous a lu aussi les observations cliniques de *trois rétrécissements de la valvule tricuspide*, et dernièrement encore un mémoire sur *les affections cardiaques d'origine palustre.*

Enfin, M. Perrin nous a communiqué un rapport très-pratique sur un travail d'un médecin de province, M. le docteur Mazel, intitulé : *De l'emploi des exutoires dans le traitement des fièvres intermittentes rebelles*. La discussion qui s'en est suivie, et qui a duré plusieurs séances, a été des plus complètes. Presque tous nous avons pris la parole pour faire part de notre expérience personnelle, et tout en rendant justice à l'excellent travail de M. Mazel et aux opinions émises par le rapporteur M. Perrin, il a été de toute évidence que, sans proscrire d'une manière formelle l'emploi des exutoires dans le traitement des fièvres intermittentes rebelles, il fallait toujours mettre en première ligne le sulfate de quinine pour couper les accès, et pour combattre la cachexie palustre, le quinquina et les grands modificateurs de l'économie tels que le changement de climat, les toniques, l'hydrothérapie sous toutes ses formes.

Enfin, messieurs, une grande question d'hygiène a été soumise à vos discussions, la question des maternités. Elle a été amenée par une communication de notre collègue M. Pétrequin, qui nous a fait part des merveilleux résultats que l'assistance privée avait obtenus à Lyon pour les femmes en couches, puisque sur 500 accouchements au plus qui avaient été pratiqués en ville, quelques-uns mêmes suivis d'opérations graves, il n'y avait pas eu un seul décès à déplorer. Ce sera un grand honneur pour la Société de médecine de Paris d'avoir, la première, remis cette question en discussion, et d'avoir voté à l'unanimité les conclusions que la commission nommée par elle, à la suite de la lecture de mon mémoire sur ce sujet, avait soumises à son appréciation. L'agitation était commencée, la Société médicale des hôpitaux s'en est occupée d'urgence, et bientôt nous verrons la commission nommée par cette honorable assemblée arriver aux mêmes conclusions que la Société de médecine de Paris.

Messieurs, quand on est sûr d'être dans le droit chemin, quand on a la vérité pour soi, il faut savoir s'élever au-dessus des intérêts mesquins et des questions de personne, il faut savoir dire la vérité, et la vérité tout entière. Il faut surtout ne pas s'arrêter aux obstacles de toutes sortes qui surgissent, qui entravent la marche, et il faut savoir ne se lasser jamais. Si nous n'obtenons pas ce que nous désirons, il faudra recommencer, dussions-nous nous heurter encore. Le médecin hygiéniste ne peut pas voir d'un œil sec ces effroyables hécatombes. Rappelons-nous, messieurs, que chaque année 500 femmes meurent à Paris, qui ne devraient pas succomber, que l'on peut empêcher de mourir demain, aujourd'hui, si l'on veut. C'est là, messieurs, le noble but que nous devons nous efforcer d'atteindre, vous n'y faillirez pas.

Chirurgie

La chirurgie nous a offert aussi des cas nombreux et instructifs. M. Leroy d'Étiolles nous a raconté le fait d'un bâton de cire à cacheter tombé dans la vessie chez une dame; il le retira avec des instruments de lithotritie, et les suites de l'opération furent des plus bénignes. Un cas semblable s'est offert chez un jeune homme, qui vint réclamer les soins de notre honorable collègue envoyé par M. Géry fils. Puis enfin, M. Leroy d'Étiolles nous a montré un petit calcu qui avait glissé de la vessie dans l'urètre, et qui s'était arrêté derrière le gland, il aima mieux faire l'urétrotomie externe que l'incision du méat, et la cicatrisation se fit avec une rapidité merveilleuse.

Le fait de gangrène partielle du vagin, suivi de brides cicatricielles, après un tamponnement avec le perchlorure de fer pour un cas d'hémorrhagie très-abondante, par M. le docteur Tissier, observation lue à l'appui de sa candidature, et le rapport de M. Gros, ont donné lieu à une discussion d'où il appert : 1° que le perchlorure de fer doit être employé avec un soin extrême; qu'à un certain degré au-dessus de 36° à l'aréomètre il est caustique, qu'au-dessous il est simplement hémostatique; qu'il faut aussi qu'il soit neutre; puis que le tamponnement soit fait avec un soin extrême.

Si le praticien ne s'entoure pas de tous ces soins, il peut lui arriver ce qui est arrivé à M. Tissier, et ce dont il nous a fait part dans son très-intéressant travail.

M. Delpeuch nous avait lu, à l'appui de sa candidature, une observation de plaie artérielle guérie par la compression digitale, jointe à la flexion forcée. Ce travail nous a valu de la part de M. Boinet un rapport qui traite entièrement la question, à tous les points de vue historique, théorique et pratique : c'est une véritable monographie sur la compression digitale directe ou indirecte, intermittente, dans les hémorrhagies traumatiques; M. Boinet a traité la question *ex professo*, et y a apporté un grand soin et un grand esprit critique; il y a ajouté une observation qui lui est personnelle et où il a obtenu un succès par la méthode qu'il préconise C'est un véritable progrès chirurgical, et il est à souhaiter qu'un nombre de plus en plus considérable de faits heureux viennent donner gain de cause à cette nouvelle méthode à la portée de tous.

M. Worms (Jules), vous a présenté un myôme utérin expulsé spontanément; ces faits ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le croire, même pour les tumeurs de même nature du sein. M. Richet en a déjà vu plusieurs cas, et il y en a d'autres dans la science; ce cas n'en est pas moins très-curieux et instructif. Notre honorable collègue nous a présenté aussi un rétrécissement de la bronche gauche, de nature syphilitique, qui avait amené la mort. Enfin, il nous a lu un rapport sur le travail de M. Bœckel, sur la périostite phlegmoneuse aiguë.

Enfin, messieurs, j'ai eu l'honneur de vous faire part d'une observation de vomissements incoërcibles, à 2 mois de grossesse, où la mort était imminente, et qui s'est terminée par la guérison. J'ai employé pour provoquer l'avortement la dilatation par les sondes de caoutchouc, distendues par de l'eau tiède. C'est là maintenant le moyen le plus doux, le plus inoffensif et le plus sûr. MM. Depaul, Tarnier, Pajot et moi avons eu des succès par cette méthode, qui est destinée, je n'en doute pas, à remplacer complétement la rupture prématurée des membranes, et la méthode des irrigations.

Me voilà arrivé, messieurs, au terme de ma tâche, et je serai heureux si j'ai pu continuer les bonnes traditions de mes prédécesseurs, en faisant repasser dans votre mémoire les faits saillants qui vous ont été présentés pendant l'année qui vient de s'écouler.

La Société accueille avec sympathie la lecture de ce rapport, dont elle vote le renvoi au comité de publication.

(A suivre.)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1869

163. Fodéré. Des arthrites pelviennes consécutives à l'accouchement.
164. Blanche. Étude sur le chlorure de sodium.
165. Laporte. De la pleurésie diaphragmatique.
166. Ripault. De l'encéphalopathie saturnine.
167. Régnault. De l'hygiène physique des enfants à la mamelle et du sevrage.
168. Constantinescu. De la rage en général et des lysses en particulier.
169. Thévenon. Des polypes de l'urètre.
170. Évrard. Des complications de la rougeole chez les enfants.
171. Zantiotis. Relations qui existent entre l'albuminurie et les affections chirurgicales.
172. Bousquet. De l'accouchement chez les femmes rachitiques.
173. Lutier. De l'anthrax, nature et traitement.
174. Marterne. De la paralysie générale à forme dépressive.
175. Deleschamps. Étude physique des sons de la parole.
176. Vetelay. Considérations sur les pseudarthroses et leur traitement, méthode des injections irritantes.
177. Régnier. Étude sur les kystes dermoïdes de la queue du sourcil.
178. Debize. De l'état typhoïde dans les oreillons.
179. Fortin. De la thoracentèse comme moyen de traitement de la pleurésie aiguë simple.
180. Jary. Étude sur le glaucome.
181. Stojan. Essai sur le diagnostic médical en général.
182. Delente. Quelques considérations sur la contagion observée dans le typhus et dans la fièvre jaune ou typhus amaril.
183. Rey. Recherches physiologiques et cliniques sur la généralisation du cancer et du sarcome.

L'établissement d'hydrothérapie d'Auxerre est à vendre, par suite de la mort du docteur Fontaine, directeur de cet établissement. S'adresser à Mme veuve Fontaine, à Auxerre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Traité clinique et pratique des maladies puerpérales, suite de couches, par le docteur Hervieux, médecin de la Maternité de Paris. 1 volume in-8° d'environ 1,000 pages avec figures dans le texte. 1re partie de 636 pages.
Prix de l'ouvrage complet : 15 francs.

Mémoire pour servir de base à une nouvelle méthode de traitement de la goutte, par le docteur Fontaine. In-8° de 100 pages. — Prix : 2 francs.

Examen chimique de diverses luxations traumatiques, par le docteur Sistach, médecin-major de 1re classe des hôpitaux, lauréat de l'Institut. Grand in-8. — Prix : 1 fr.

Dictionnaire de chimie pure et appliquée, comprenant la chimie organique et inorganique, la chimie appliquée à l'industrie, à l'agriculture et aux arts; la chimie analytique, la chimie physique et la minéralogie, avec la collaboration d'un grand nombre de chimistes, par M. Wurtz (de l'Institut).
L'ouvrage formera deux volumes grand in-8° (environ 20 fascicules).—Prix de chaque fascicule : 3 fr. 50. — Neuf fascicules sont en vente.

Revue photographique des hôpitaux de Paris. Bulletin médical publié sous le patronage de l'administration de l'Assistance publique, par De Montméja et Bourneville. 2e année, n° 1 : Scapulalgie, par le professeur Richet; Hydrophobie rabique, par le docteur Gallard; Femme tétramase, par le docteur Lorain, etc... In-8° de 32 pages, et 3 photographies. — Prix : 2 francs.

De la viande crue (musculine Guichon) et des potions alcooliques reconstituantes, préparées à l'abbaye de Notre-Dame des Dombes, par Villars (Ain). 1870, in-8° de 104 pages. — Prix : 1 franc.

Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et de toxicologie pour 1870, contenant le résumé des travaux thérapeutiques et toxicologiques, publiés en 1869 et les formules des médicaments nouveaux; suivi d'un mémoire sur la goutte, par le professeur A. Bouchardat, 30e année, 1 vol. in-18. — Prix : 1 fr. 25.

Étude pratique sur les frictions et le massage, ou *Guide du médecin masseur*, par le docteur Phélippeaux (de Saint-Savinien). 1 vol. in-8° de près de 200 pages. — Prix : 3 francs.

Des fractures du bassin, par Amédée Tardieu, Dr en médecine interne en médecine et chirurgie des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8. — Prix : 2 fr. 25.

Le directeur, Dr E. Le Sourd

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. FÉRÉOL.

Diabète sucré. — Pneumonie.

MORT. — AUTOPSIE

Lu par M. Carrière à la Société médicale d'observation.

Le nommé X..., âgé de 26 ans, entre le 3 octobre 1867, à l'hôpital Saint-Louis, salle Napoléon, n° 2, pour se faire soigner d'un diabète. Il nous fournit les renseignements suivants sur ses antécédents :

Les parents se sont mariés, l'un à 21 ans, l'autre à 16 ans. Le père est du Nord, et a succombé à une maladie de poitrine à l'âge de 42 ans, après quatre ans de maladie. La mère est du midi de la France; elle est morte en couches en donnant le jour à notre malade. Il a eu deux sœurs, mortes jeunes de maladies de poitrine. Élevé dans le Nord, il était fort et robuste, et avait toujours habité la campagne jusqu'à l'âge de 10 ans, époque à laquelle il vint demeurer à Paris.

En pension jusqu'à 16 ans, il n'a été malade qu'une seule fois, d'une fluxion de poitrine, dit-il. A 16 ans, il embrasse l'état de menuisier en voiture, vit à son aise, ne faisant aucun excès et jouissant d'une bonne santé. En janvier 1866, il s'aperçoit que ses désirs génésiques ont diminué, qu'il se fatigue plus vite qu'auparavant; cependant il peut continuer son travail. Au milieu de juin 1866, il remarque que, sans cause connue, son appétit et sa soif sont augmentés, qu'il urine davantage, que les érections sont plus espacées, de moins longue durée et moins complètes; il se fatigue plus rapidement. Il attribue tous ces phénomènes à de l'affaiblissement et n'en continue pas moins à travailler.

En février 1867, diarrhée abondante pendant une quinzaine de jours, avec conservation et même plutôt augmentation de l'appétit et de la soif. Les selles étaient claires comme de l'eau et n'étaient accompagnées ni de coliques ni de ténesme. La faiblesse augmente au point de l'obliger à interrompre son travail, puis il est pris, sans cause appréciable, d'un violent accès de fièvre pendant la nuit (sentiment de fièvre, chaleur brûlante pendant quelques instants, puis sueur profuse pendant une heure et demie). A la suite de cet accès, il est pris d'une soif très-vive, se lève de son lit et absorbe plusieurs litres d'eau froide; peu d'instants après, il urine en quantité considérable. Les jours suivants, il prend beaucoup d'aliments et de boissons, pour satisfaire à ses besoins qui ont augmenté d'une façon remarquable. Ses besoins deviennent tels, que ses ressources pécuniaires ne lui permettent plus d'y subvenir.

Le 16 avril, à bout de ressources, il entre à l'hôpital du Midi, dans le service de M. le docteur Simonnet. Là on constate l'existence du sucre dans son urine; il est soumis à un régime azoté et traité par le bicarbonate de soude, sous forme de solution de Vichy (*deux* grammes par jour). Il sort le 25 juillet, ayant le même appétit et la même soif, mais ses forces sont revenues. Du 25 juillet au 1er septembre, il séjourne à la campagne dans sa famille; là, il mange de tout ce qu'il trouve, surtout du lard et du jambon, et boit beaucoup de bière. D'après le conseil de M. Simonnet, il fait beaucoup d'exercice. Malgré cela, l'affaiblissement survient de nouveau.

Le 1er septembre, il revient à Paris afin de se faire soigner, car il urine en si grande abondance et si souvent que son sommeil en est empêché. Le 10 septembre, il va voir M. le professeur Bouchardat, qui dose son urine et y trouve 86 p. 1000 de sucre. La quantité d'urine excrétée est de 15 à 16 litres par jour. Une fois même il a uriné 22 litres, après s'être rempli d'eau à une fontaine publique. Le traitement prescrit était : *dix* grammes de bicarbonate de soude par jour, manger à son appétit et faire de l'exercice. Le 20 septembre, trouvant qu'il n'y avait pas d'amélioration dans son état, il cesse l'usage du bicarbonate de soude. Le 5 octobre, il entre à l'hôpital Saint-Louis, à bout de ressources. Le 8 octobre, on constate les faits suivants :

Le malade est un jeune homme de taille moyenne, à tempérament lymphatique, paraissant avoir de l'embompoint, mais celui-ci est plus apparent que réel; en effet, en l'examinant avec attention, on constate un tremblottement de la partie inférieure de la face, occasionné évidemment par de la sérosité infiltrée. La paupière supérieure est légèrement boursoufflée; l'abdomen est distendu non-seulement par une certaine quantité de sérosité épanchée, mais encore par la dilatation de l'estomac, ainsi que nous le fait remarquer M. le docteur Féréol. La paroi abdominale ne présente pas d'infiltration, ni les organes génitaux, ni les membres inférieurs. La peau, naturellement blanche, a conservé sa sensibilité et sa température, ne paraît pas altérée au toucher. Elle est le siége d'une sécheresse bien marquée; mais on constate sur le cuir chevelu, dans les aisselles, aux plis de l'aine et dans la rainure interfessière, une moiteur manifeste. Le malade nous dit que lorsqu'il transpire, c'est à ces régions que la sueur s'écoule, mais qu'elle n'est jamais abondante. Les cheveux sont clair-semés; depuis deux mois, il en a beaucoup perdu, ce qu'il attribue à la transpiration qui les maintient constamment dans un certain degré d'humidité. Les yeux sont larmoyants; le liquide qui s'en écoule rougit le papier de tournesol et a une saveur sucrée. Les pupilles sont habituellement dilatées, la vue est un peu affaiblie. L'examen ophthalmoscopique, fait par M. Bouisseau, interne de M. le docteur Foucher, ne révèle aucune altération des milieux, mais simplement un peu d'anémie; du côté gauche, il existe une légère excavation de la papille, mais elle paraît être physiologique.

La muqueuse buccale est d'un rouge prononcé, surtout au niveau de la sertissure des dents et à la face interne des joues; la langue est large, rouge, sans enduit, présentant à la loupe de la desquamation et des papilles saillantes; la sensibilité au tact est augmentée. La paroi postérieure du pharynx participe à la rougeur générale; il y existe quelques granulations.

A l'auscultation de la poitrine, on constate une expiration prolongée au sommet droit et en avant; l'inspiration y est saccadée. Au sommet gauche, il n'y a qu'un peu de rudesse de la respiration. La percussion révèle l'existence d'une matité légère au niveau de la région sous-claviculaire droite. Pas de toux, ni d'expectoration. Il y a 18 inspirations par minute. Le cœur paraît sain; il n'y a pas de souffle dans les vaisseaux du cou. Le pouls est à 88° et la température prise dans l'aisselle est de 37°,4.

Le pénis présente, au niveau du méat urinaire, une rougeur que le malade nous dit être plus marquée par moments, et être le siége de démangeaisons. La chemise présente en avant des taches empesées, dues à l'urine; le pantalon présente aussi des taches, qui paraissent formées par une poussière blanchâtre. La quantité d'urine excrétée dans les vingt-quatre heures depuis la veille est de 16 litres. Elle est limpide, décolorée, mousseuse et a un goût sucré. Elle donne, par la réaction avec la potasse, une coloration brun foncé très-marquée. On constate encore la présence du sucre au moyen du carbonate de potasse, du sous-nitrate de bismuth et de la liqueur de Barreswill. M. Lutz trouve au saccharimètre 68 p. 1000 de sucre. Le malade a ingéré 8 litres de boisson. Il ne peut pas dormir la nuit, étant obligé de se lever à chaque instant pour uriner et pour boire; il boit en effet souvent et beaucoup à la fois. Il a remarqué que l'eau et le vin calment plus sa soif que la tisane de réglisse. Une autre cause d'insomnie, sont des agacements dans les jambes, ainsi qu'un sentiment désagréable de chaleur sur tout le corps, particulièrement aux pieds. Aussi a-t-il toujours refusé de se couvrir dans le lit et de mettre des chaussettes.

Traitement. — Régime azoté (pain de gluten, viandes rôties) et vin.

9 octobre. — Le malade a mangé 1 kilo et demi de viande bouillie et rôtie, a bu 8 litres, dont 2 litres de vin. Il a uriné 12 litres. Température : 37°,4.

10 octobre. — Symptômes d'embarras gastrique. Le pouls est à 88. Le malade n'a bu que 5 litres et des bouillons. Il a uriné 6 litres.

11 octobre. — Même état, 5 litres de boisson, 5 litres d'urine.

M. Lutz rouve 45 p. 1000 de sucre. On prescrit *deux* grammes de bicarbonate de soude.

12 octobre. — L'appétit revient. Pouls 84; temp. 37°4; 9 litres de boissons; 6 litres d'urine.

13 octobre, — Le malade se sent tout à fait bien; il a beacouup mangé, comme d'habitude. Il se sent pris de dégoût pour le pain de gluten.

	Liquide ingéré.	Urine excrétée.	Sucre.
13 octobre.	10 litres.	13 litres.	»
14 —	8 —	10 —	»
15 —	8 —	13 —	»

Le malade ne peut plus prendre de pain de gluten. Le soir, œdème généralisé sans cause appréciable. Refroidissement probable. Un peu de tristesse. On l'engage à faire beaucoup d'exercice. Température 36°8.

16 octobre.	6 litres.	10 litres.	»

Température 37°4.

17 octobre.	5 litres.	10 litres.	»
18 —	5 —	10 —	»
19 —	5 —	8 —	»
20 —	5 —	8 —	76 p. 1000

L'œdème a complétement disparu.

21 octobre.	6 litres.	10 litres.	»

Traitement par l'eau salée (*vingt* grammes de chlorure de sodium dans *deux* litres d'eau); même régime (1/2 kilogramme de viande).

22 octobre.	8 litres.	13 — litres.	»
23 —	8 —	8 —	»
24 —	8 —	8 —	56 p. 1000
25 —	8 —	8 —	»

26 octobre. — Le malade urine moins souvent; il peut dormir la nuit. Ses forces lui paraissent augmentées.

31 octobre. — Depuis le 26 octobre, même quantité de liquide ingéré (8 litres), et d'urine excrétée (8 litres). — Sucre 48 p. 1000.

1er novembre. — Le malade mange un peu moins. Il se dégoûte de la viande bouillie qu'on lui donne souvent. Il sort beaucoup.

5 novembre. — Même quantité de boisson et d'urine (8 litres de chaque).

FEUILLETON

L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Par M. DAREMBERG.

Si l'on avait besoin de preuves pour démontrer que l'histoire de la médecine ne peut se faire d'une façon intéressante qu'au triple point de vue des doctrines, des idées et de la métamorphose des maladies ou de leur thérapeutique, selon les temps, le climat, les mœurs, l'état de la civilisation ou des croyances religieuses, on n'aurait qu'à lire l'*Histoire des sciences médicales* que vient de publier M. Daremberg.

Ce n'est pas en effleurant les siècles comme il vient de le faire, et en indiquant la succession de nos grands hommes, qu'on écrit utilement l'histoire de la médecine.

Cette méthode historique en usage pour l'histoire politique des peuples, qu'on donne aux élèves de nos lycées, ne saurait nous suffire.

Aux hommes, il faut apprendre la philosophie de l'histoire, c'est-à-dire leur révéler le lien qui rattache à l'égard les uns des autres les faits de la chronologie scientifique.

Sans cela, la chronologie médicale et la biographie des médecins de chaque siècle n'offre aucun intérêt. La lecture en est pénible, et dans ce genre d'histoire il n'y a que fatigue sans profit.

La méthode est tout dans l'expositon des connaissances humaines. Or la chronologie des événements, pas plus que l'ordre alphabétique d'un dictionnaire, n'est une méthode. Il n'y a aucune idée dans l'ordre chronologique; ce n'est pas un plan qui satisfasse l'intelligence, c'est le graphisme pur et simple ayant la prétention d'être la lumière des temps expirés et des siècles éteints.

Dans cette manière de faire, les noms succèdent aux noms, et le grand mérite est de n'en oublier aucun. On cite un auteur avec ses dates de naissance et de mort. Cela suffit à quelques-uns. Pour d'autres, avec le nom propre on met un titre d'ouvrage; ailleurs on ajoute deux lignes de glorification, et ainsi de suite. Est-ce que c'est là l'histoire de la médecine, et qu'est-ce que cette méthode historique peut apprendre au médecin.

A force de vouloir tout mettre dans son livre, l'historien abrége tous les événements, et il ne reste plus rien à lire que des têtes de chapitre.

Voyez, par exemple, dans le livre de M. Daremberg ce que l'on apprend des grandes figures de Fernel et d'Ambroise Paré. Du premier, il y a son nom, mais pas une phrase de ses œuvres ni de son humorisme resté célèbre. Quant à l'autre, *trois* lignes (page 308) et voilà tout. Ce n'est pas la peine d'écrire l'histoire de la médecine pour accorder si peu de place à d'aussi grandes notabilités médicales et chirurgicales de la France,

Il eut mieux valu ne pas donner tant de place à Jean d'Andern, ou à Bazzicaluve, à Paracelse ou à Van Helmont, qui occupent 150 pages, et se mettre à raconter ce que la chirurgie était au temps de A. Paré. Ces lacunes sont d'autant plus sensibles, qu'on trouve à leur place des détails superflus, comme, par exemble, les trois pages relatives à la priorité de l'instrument à clystère, illustré de figures sur bois (page 342). Il est vrai que c'était là une occasion de railler l'érudition de notre regretté Malgaigne.

Vingt-neuf lignes à un médecin comme Van Swieten sont vraiment insuffisantes pour donner une idée des doctrines et des œuvres de ce grand médecin.

Veut-on maintenant savoir ce que comprend l'histoire de la médecine au 18e siècle? Elle est toute en 40 pages. Il est vrai que ces pages sont bien remplies. On y trouve non-seulement l'histoire de la médecine française, mais encore celle de l'Allemagne, de l'Angleterre et de l'Espagne. Pinel, Torti, Borsieri, Huxham, Pringle, Lind, Fordyce Fothergill, Heberden, Cheyne, Jenner, Baillie. Van Swieten, de Haen, Stoll, Avembrugger, y figurent avec la Société de médecine de Paris et toute la médecine et chirurgie espagnole. Tout cela en quelques lignes.

Tout le commencement du 19e siècle tient en *trois pages*, et l'histoire de la chimie de cette époque est représentée en huit lignes, par les noms de Dumas, Thénard, Donné et Raspail, le célèbre démocrate qui, avec les précédents, « le dispute à des degrés divers au savant Berzélius. » Pourquoi pas Liebig et Wurtz?

Que vient faire Raspail dans une histoire de la médecine à côté de Dumas, de Thénard et de Berzélius. Cela est difficile à compren-

6 novembre. — On suspend le chlorure de sodium. La peau est chaude; il y a de la fièvre. A l'auscultation, on constate que la respiration est prolongée, et qu'il y a quelques craquements. Boisson, 7 litres; urine, 8 litres.

7 novembre.—Respiration accélérée, craquements plus nombreux et mêlés de souffle; on entend quelques râles crépitants. Le malade n'a pas mangé; il a bu 4 litres et uriné 6 litres.

8 novembre. — Même état. Boisson, 4 litres; urine, 6 litres.

9 novembre. — Le matin, on trouve le malade en proie à une dyspnée extrême, 48 inspirations par minute. Pouls fréquent, 116 pulsations. La peau est brûlante, très-sèche; l'appétit est complètement perdu; la cavité buccale est d'une sècheresse excessive. Maigreur contrastant avec l'état bouffi des jours précédents. Le malade a froid. Temp. 39°. Boisson, 4 litres; urine, 2 litres.

Le soir, dyspnée excessive et cyanose qui augmentent jusqu'à cinq heures du matin, le 10 novembre, moment auquel le malade est mort.

Autopsie. — L'autopsie a eu lieu trente et une heures après la mort, par un temps sec.

Le cerveau est congestionné. Rien d'appréciable dans le quatrième ventricule, ni à l'œil nu ni à l'examen microscopique fait par M. Cornil.

Poumons.— Pneumonie, au troisième degré, des lobes supérieurs du poumon droit. Cette pneumonie s'est développée autour de masses caséeuses ramollies et de deux petites excavations au sommet droit.

L'examem microscopique de ces organes donne les résultats suivants :

Il existe tous les signes d'une hépatisation grise. Par la pression, on fait sortir un liquide tout à fait analogue, par ses propriétés, au pus. Les alvéoles pulmonaires sont remplies de globules de pus. Les cloisons des alvéoles sont généralement épaissies et infiltrés de pigment noir, surtout autour des gros vaisseaux, comme cela a lieu dans les pneumonies interstitielles et chroniques, quelles que soient d'ailleurs leurs causes.

Le cœur et ses vaisseaux sont intacts.

Abdomen. — Sérosité en certaine quantité dans la cavité abdominale. Le foie est congestionné et volumineux et présente un commencement de dégénérescence graiseuse. Les reins ont conservé leur forme, leur volume, leur couleur et leur consistance habituelle. La membrane propre s'enlève facilement. A la coupe, décoloration de la substance corticale, qui est un peu plus saillante, d'aspect légérement tomenteux, tandis que la substance médullaire est plus foncée. Celle-ci est comme comprimée par la substance corticale.

Au microscope, M. Cornil trouve que la surface de section de la substance corticale a une couleur grisâtre opaque. Les tubes urinifères étaient tous remplis de cellules présentant des granulations graisseuses assez grosses, de $0^{mm},2$ à $0^{mm},3$ de diamètre. Les glomérules de Malpighi étaient normaux, ainsi que les vaisseaux. Cet état gras du rein représente le 2e degré de Frerichs.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 16 février. — Présidence de M. ALPH. GUÉRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine : Le *Bulletin médical du nord de la France*; — Le *Bulletin de thérapeutique*; — La *Gazette médicale de Strasbourg*.

— M. Asselin, libraire, adresse à la Société tous les numéros des *Archives générales de médecine* parus depuis le 1er janvier 1869, et annonce l'intention de continuer ces envois.

La Société remercie M. Asselin.

— *Considérations historiques sur l'emploi de la taille médiane en Italie depuis Vacca jusqu'à nos jours*, par E. Janssens. Brochure in 8°, extraite du journal publié par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles. Cahier de mai 1855.

Ce travail, dit M. Trélat, contient des renseignements importants en raison de notre récente discussion sur la lithotritie périnéale. L'auteur nous apprend que depuis longues années, plusieurs chirurgiens italiens, M. Venturoli (de Bologne), et M. Bresciani (de Borsa) pratiquaient la taille latéralisée sans inciser ni la prostate ni le col vésical. M. Rizzoli (de Bologne), revint à la taille médiane modifiée, et durant l'année 1850 il avait obtenu, par son procédé, huit succès sur huit opérations. Ce procédé consiste dans l'emploi d'un cathéter à forte courbure destiné à permettre de reconnaître le bulbe, à rechercher au-dessous de lui l'origine de la portion membraneuse, puis en éloignant le cathéter du rectum, à inciser l'urèthre membraneux *jusqu'au bord antérieur de la prostate, qui doit être légèrement entamée.*

Mais ce procédé, dans lequel le bulbe de l'urètre, le rectum et le col de la vessie échappent à l'instrument tranchant, ne permet pas d'extraire tous les calculs. Lorsqu'ils sont trop volumineux, M. Rizzoli combine la taille avec la lithotritie, et pratique une lithotritie périnéale, à l'aide d'un instrument inventé par lui et décrit sous le nom de *lithotribe*, forte tenette courbe à articulation mobile, et dont les branches sont rapprochées par une vis puissante.

M. Janssens conclut que la taille exécutée par le professeur Rizzoli *peut s'appliquer avec succès dans tous les cas de calculs urinaires où la médecine opératoire doit intervenir*. C'est donc la lithotritie périnéale érigée en méthode générale. Il importe de rappeler que tout cela remonte à vingt ans, puisque les renseignements fournis par M. Janssens s'arrêtent à 1850.

Occlusion intestinale. — M. Louis Thomas (de Tours), membre correspondant, adresse la lettre suivante :

« J'ai l'honneur d'adresser à la Société une pièce anatomique destinée à compléter une observation que j'ai communiquée à la Société de chirurgie, dans sa séance du 28 avril 1869, sous le titre suivant : *Occlusion intestinale datant de 33 jours. Entérotomie. Guérison et rétablissement du cours normal des matières.*

« Le 4 mars, disais-je en terminant cette observation, M. F.... vint à Tours me voir. Son état général est excellent, les forces et l'embonpoint sont revenus. Il ne prend plus de lavements et va naturellement à la garderobe deux fois par jour. L'anus artificiel ne consiste plus qu'en un orifice très-étroit, entouré par un bourrelet rouge formé par la muqueuse, et ne donne plus lieu à aucun écoulement. M. F... me demande de fermer cet orifice, mais je ne crois pas prudent d'accéder à son désir, et j'attendrai plusieurs mois encore avant de le débarrasser de cette infirmité.

« Depuis cette époque, je n'avais plus revu M. F..., qui demeurait à plusieurs lieues de Tours, lorsque le 7 février dernier je fus informé que, le matin même, il avait succombé. Je me rendis immédiatement à son domicile et j'appris que, depuis quelques mois, les forces avaient décliné; qu'à plusieurs reprises les jambes avaient été enflées, qu'enfin la faiblesse devenant chaque jour plus grande, le malade s'était éteint. Mais, depuis l'opération, les fonctions intestinales s'étaient accomplies assez régulièrement, à part quelques rares coliques, pendant lesquelles les matières intestinales s'écoulaient, et en petite quantité seulement, par l'anus artificiel. Si bien qu'au moment de sa mort, il n'y avait pas eu trace d'écoulement stercoral depuis plus d'un mois.

« Je ne pus procéder à une autopsie complète, et ce fut à grand'peine que j'obtins de faire l'ouverture de l'abdomen. Je trouvai les anses intestinales vides et revenues sur elles-mêmes. Des adhérences très solides unissaient, dans l'étendue de plusieurs centimètres, la paroi abdominale et le cœcum, siége de l'anus artificiel.

« L'S iliaque formait un coude vers sa partie moyenne, et présentait, au sommet de celui-ci, un rétrécissement très-accusé. Le colon descendant était très-dilaté, tandis que le calibre de l'intestin situé au-dessous du rétrécissement était au contraire notablement diminué.

« Cette portion d'intestin ayant été enlevée et incisée sur son bord libre, je constatai que le rétrécissement était *linéaire* et si prononcé qu'il n'aurait pu recevoir l'extrémité du petit doigt, au point qu'on comprend difficilement comment il pouvait permettre le cours régulier des matières. Au-dessus de lui, la muqueuse intestinale était rouge et épaisse, la tunique musculeuse, hypertrophiée; mais à son niveau, les parois intestinales n'étaient le siége d'aucune hypertrophie.

Ce rétrécissement doit être considéré comme de nature cicatricielle et consécutif à une ulcération intestinale remontant probablement à la dysenterie dont M. F... avait été gravement atteint à l'âge de cinq ans. Une pareille lésion justifiait bien le refus que j'avais fait au malade de tenter l'oblitération de son anus artificiel, et l'importance qu'il y avait pour lui à conserver ce qu'il appelait plaisamment sa *soupape de sûreté.*

Hernie musculaire. — M. H. LARREY communique à la Société, de la part de M. Paul Dauvé, membre correspondant, une note sur deux faits de hernie musculaire du premier adducteur de la cuisse à travers l'aponévrose fémorale, accompagnée de deux photographies. Ces photographies sont destinées à montrer, chez l'un des malades, la tumeur pendant le repos et l'activité des adducteurs. Les signes observés dans les deux cas sont :

Tumeur siégeant vers le côté supéro-interne de la racine de la cuisse, du volume d'un œuf, allongée verticalement, molle, dépressible et peu saillante lors du relâchement des adducteurs, et par contre, saillante, dure, incompressible alors que le muscle entre en contraction ou qu'on y fait passer un courant galvanique. Il va sans dire que l'effort abdominal n'exerce aucune influence sur le volume de la tumeur, ce qui exclue immédiatement toute idée de hernie ventrale.

Il s'agit dans les deux cas de soldats qui, étant à cheval, ont contracté violemment les muscles de la cuisse, à l'effet d'éviter une chute. Sauf au moment de l'accident et peu de temps après, la douleur était très-modérée et la marche facile.

Un de ces malades a été traité pendant cinquante jours par le repos, la compression et un bandage inamovible, sans le moindre profit. Dans le second cas, au bout de sept mois, la tumeur se trouvait très-réduite, bien qu'on n'eût employé aucun traitement et pas le moindre appareil.

M. Dauvé termine son intéressant travail en conseillant un traitement palliatif, qui consiste à faire porter un cuissard compressif, et repousse toute opération sanglante comme dangereuse et inopportune.

M. GUYON fait part à la Société de deux communications : l'une de M. Leteneur, et l'autre de M. Joüon, membres correspondants.

Suture des os. — M. Leteneur, dans son travail, traite au point de vue historique la question de la suture des os.

S'attachant au texte hippocratique, il cherche à prouver, contrairement à M. Bérenger-Féraud (Mémoire dans la *Gazette hebdomadaire*, année 1867) qu'Hippocrate, pas plus que les chirurgiens anciens ou modernes, n'avaient jamais pratiqué cette suture, jusqu'à l'époque où elle a été appliquée pour la première fois en France par M. Flobert de Rouen, en 1839, et en Amérique par M. Kearny Rodgers, dès 1825.

Il est bon d'ajouter à ce propos que Flobert, lorsqu'il a imaginé son procédé, ignorait ce qui avait été fait en Amérique, et que ce n'est que plus tard que furent connus en France les faits de suture des os exécutés par Kearny Rodgers, Valentin Mott et Cheesman de New-York.

Hippocrate, dit M. Leteneur, parle bien de la suture des dents dans la fracture de la mâchoire, mais nulle part il n'est question de suture osseuse. Lorsque Hippocrate dit τὰς ῥαφὰς ῥάψας, ou comme l'écrit M. Littré : τὰς ἀρχὰς ῥάψας, ce qui me paraît, ainsi qu'à M. Th.Henri Martin, doyen de la Faculté des lettres de Rennes, moins exact, si surtout on se rapporte à l'édition d'Hippocrate de Genève (1657, in-folio), plus estimée que celle de Foës; lorsque, dis-je, Hippocrate écrit cette phrase, il a déjà dit : Συγγνῶναι ζεῦξαι τοὺς ὀδόντας, *Attacher les dents ensemble.* Ce qui a induit en erreur M. Bérenger-Féraud, c'est qu'au lieu de prendre connaissance du texte même d'Hippocrate, il s'est contenté de lire une assez pauvre traduction de Gardiel, publiée à Toulouse en 1801.

M. Leteneur, en terminant son travail, dit avoir appliqué la suture des os pour la première fois en 1864, comme complément d'une résection dans un cas de fracture non consolidée du fémur. Depuis ce temps, il a traité de la même manière une seconde pseudarthrose du fémur, plusieurs fractures comminutives de la jambe, et une fracture double de la mâchoire inférieure.

Kyste de l'ovaire. — M. Jouon envoie une observation de kyste de l'ovaire guéri par incision et suppuration, et fait précéder cette intéressabte observation des considérations suivantes :

La pratique actuelle divise les kystes de l'ovaire en compliqués, en multiples et en simples à contenu séreux. Pour les premiers, elle prescrit l'ovariotomie, et réserve la ponction suivie d'injection iodée pour les derniers. Mais, à côté de ces cas, M. Joüon pense qu'il y en a d'autres où une troisième méthode de traitement, celle de l'ouverture avec suppuration du kyste peut trouver son application, ainsi que le prouve le succès qu'il a déjà obtenu. M. Joüon propose de procéder de la sorte, soit de propos délibéré quand le diagnostic est possible, soit dans le cours d'une ovariotomie qu'on reconnaît être impraticable par suite d'adhérences multiples qui n'avaient pu être soupçonnées jusque là.

Outre les cas qui échappent à l'ovariotomie par le nombre et l'étendue des adhérences, l'auteur pense que son procédé mérite encore la préférence comme moins dangereux que l'extirpation de l'ovaire toutes les fois qu'il s'agira de kyste uniloculaire à contenu visqueux.

---

dre, mais au moins eut-il fallu justifier ce singulier rapprochement. De pareilles choses ne se font pas sans avertir le lecteur à l'aide de quelques développements indispensables, et en les jetant ainsi au public sans le prévenir, on risque de ne pas être compris.

Dans toute cette partie du livre, se trouvent entassées l'anatomie, la physiologie, la chirurgie, la chimie, la médecine, comme dans un manuel d'examen. A la précipitation du récit, on dirait une tâche dont il a fallu se débarrasser à bref délai, afin de placer sous une couverture d'histoire de la médecine quelques mots de cette histoire pouvant illusionner ceux qui se contentent de regarder l'étiquette d'un livre.

Non-seulement cette histoire effleure ainsi les événements les plus importants de la science médicale, sans autre méthode que le fil conducteur de la succession des années, mais là où elle renferme des développements sur un médecin célèbre, on y voit des appréciations contestables et des affirmations que les médecins ne pourront jamais accepter.

Ainsi, M. Daremberg nous amoindrit Hippocrate sans autre raison qu'un sentiment tout personnel, qui ne sera certes pas ratifié par les cliniciens.

Qu'était Hippocrate au point de vue doctrinal et philosophique? Jusqu'ici, on en a fait le premier représentant du dogmatisme et du naturisme. M. Daremberg dit que ce n'est pas exact, mais il ne met rien au lieu et place de ce qu'il a renversé; de sorte qu'après l'avoir lu, il est impossible de savoir ce qu'il faut entendre par le dogmatisme hippocratique.

Pour nier l'existence de la nature médicatrice dans les textes d'Hippocrate, il ne suffit pas de dire que si l'on trouve dans les livres hippocratiques que la nature est le médecin des maladies, *il semble évident* que ces mots sont un titre marginal passé très-anciennement dans le texte et inscrit par un copiste, qui n'aura pas plus compris que les commentateurs l'aphorisme : « La nature trouve elle-même les voies et moyens de guérison, » page 115.

Où se trouve ce titre marginal? quel est le copiste qui l'a fait passer dans le texte pour tromper les médecins? De quel droit peut-on dire *que cela semble évident?* Mais si vous dites que cela semble évident, vous n'en êtes pas sûr, et si vous n'en êtes pas sûr pourquoi vous servir de cette supposition pour renverser une opinion généralement acceptée, qui ressort de la lecture des autres parties de l'ouvrage. L'histoire ne se fait pas ainsi. Vous dites que le copiste n'a pas compris ce texte plus que l'aphorisme de la nature trouvant les moyens de guérison sans qu'on les lui apprenne; mais rien ne dit que ce soit vous qui ayez bien compris ce qu'Hippocrate a voulu dire, et en tout cas, la critique historique qui se borne à dire : « non cela n'est pas, cela me semble évident, » est la plus mauvaise des critiques. On ne refait pas l'histoire avec des suppositions, et dans cette voie, quand on procède sans preuves, il est difficile de ne pas commettre d'erreur.

Mais ce n'est pas tout. Pour nier la nature médicatrice M. Daremberg ajoute, page 117. « Les bons médecins croient ce que croit Hippocrate; cependant ils ne croient pas à la guérison des maladies par les seuls efforts de la nature. »

Ici, tous les cliniciens seront d'un avis contraire à celui de M. Daremberg, car il n'en est pas un qui ne dise avec Bérard, que dans les maladies aiguës qui affligent l'humanité, il y en a au moins les deux tiers qui guérissent par les seuls efforts de la nature.

D'ailleurs, M. Daremberg ne pose même pas la question comme il convient de le faire, et chose importante, il oublie d'exposer la doctrine des crises qui, pour le médecin clinicien, est la preuve qu'on accordait alors à la nature un rôle prépondérant dans la guérison des maladies aiguës.

Quant à dire (page 108) : qu'Hippocrate considérait *la maladie comme indépendante de l'organe qu'elle affecte* ou des formes qu'elle revêt. » C'est encore là une manière de voir à laquelle les médecins ne pourront souscrire, car tout le monde sait, pour ne citer que ces deux exemples, qu'Hippocrate plaçait la pneumonie dans le poumon et l'empyème dans la plèvre. Il y a dans cette assertion une faute d'histoire, que pour la renommée d'Hippocrate il serait fâcheux de laisser accréditer.

(*Sera continué*).

De tous les procédés d'ouverture, l'auteur donne la préférence à celui de Récamier, devenu classique dans l'opération des poches hydatiques. Que si c'est dans le cours d'une ovariotomie que l'on se décide d'avoir recours à l'incision, alors, afin d'empêcher le liquide de tomber dans le péritoine, il faudra, à l'aide de deux anses, maintenir le kyste contre la plaie abdominale, et avant d'ouvrir, passer plusieurs points de suture, comme on fait pour l'entérotomie.

L'observation de M. Joüon est relative à une femme délicate de 29 ans. La tumeur remontait à trois ans, et on avait déjà pratiqué cinq ponctions successives. L'incision de la paroi abdominale faite, on se trouva arrêté par des adhérences presque générales avec le péritoine pariétal, et aussi avec le foie. Devant l'impossibilité de terminer l'opération, M. Joüon ouvrit le kyste pour le vider, et à l'aide de cinq points de suture métallique, il réunit les lèvres du kyste avec les lèvres de la plaie abdominale.

Bien qu'on faisait deux fois par jour des injections antiseptiques, et que la malade se trouvait dans un hôpital placé dans les meilleures conditions hygiéniques, on n'a pas moins eu à enregistrer des accidents péritonéaux et infectieux que la malade a pu heureusement surmonter. Au bout de trois mois, cette malade était entièrement guérie, sauf une petite fistule qui lui reste encore et qui fournit une demi-cuillérée à café de pus dans les vingt-quatre heures.

Nécrose phosphorée. — M. ALP. GUÉRIN. Je désire communiquer à la Société une observation de nécrose phosphorée, d'autant plus qu'elle me paraît en opposition, sur certains points, avec le cas que nous a fait connaître, dans la dernière séance, notre collègue M. Trélat.

Il fut un temps où l'on se pressait d'opérer de pareilles nécroses, jusqu'au moment où M. Lallier vint poser en règle de n'agir que tardivement, alors que l'os se trouve spontanément détaché et a perdu tout droit à la vie.

Cette doctrine, qui est aussi celle de M. Trélat, me semble comporter bien des exceptions, et le cas que j'ai été à même d'observer en est une preuve à coup sûr.

En examinant l'os que je vous présente, vous pouvez voir, Messieurs, que celui-ci se trouve recouvert d'un tissu osseux nouveau, en voie de destruction par suite de la grande abondance du pus au milieu duquel il baignait constamment. C'est là une première raison pour laquelle il vaut mieux opérer plus tôt que plus tard.

Une autre raison, qui, dans ce cas particulier, m'a engagé d'agir, c'est que le malade perdait régulièrement de deux à trois litres de salive par jour. Sans admettre le danger d'une salivation modérée, comme le soutenait Bérard dans sa *Physiologie*, je ne pouvais pourtant pas me refuser d'admetre ici qu'une pareille perte de salive ne fût une cause puissante d'épuisement.

De l'opération en elle-même, je n'en dirai rien, attendu qu'elle ne nous a offert aucune particularité importante. Je dirai seulement que le périoste et la muqueuse étaient encore adhérents par place, surtout au niveau des insertions musculaires (apophyses genies, angle de la mâchoire et apophyse coronoïde.

Le malade est sorti guéri de l'hôpital, et depuis deux ans que je l'ai opéré, il continue à bien aller, malgré que, contrairement à toutes mes recommandations, il est retourné à son atelier, où il continue à manipuler des allumettes chimiques.

Un dernier mot sur les appareils prothétiques. Je les crois, pour mon compte, fort peu utiles, et la mastication, chez mon malade se fait mieux sans qu'avec l'appareil. J'ajouterai que ce ne sont pas seulement les malades qui se plaignent de cette imperfection, mais aussi les fabricants d'appareils prothétiques. Je ne nie pas que ces appareils ne puissent rendre des services pour l'exercice de la parole et la correction de la forme du visage, mais je les trouve très-insuffisants pour les besoins de la mastication.

M. TRÉLAT. Lorsque j'ai parlé de ma malade, je n'ai pas manqué de dire que j'ai été favorisé par le cas, en ce sens que l'intoxication phosphorée n'était pas assez avancée chez elle pour entraîner la désorganisation de l'os de nouvelle formation, comme dans le cas de notre collègue.

Il ne faudrait pas oublier, en effet, que la nécrose phosphorée a des caractères à part qui la différencient des autres nécroses. L'os nouveau, ou *ostéophyte phosphoré*, a une texture aréolaire et se détruit parfois, à mesure qu'il se forme. De là ces couches stratifiées fort épaisses qui recouvrent l'os, comme sur la pièce de M. Guérin. Dans ces cas, la guérison peut se faire attendre longtemps, et je ne nie pas que l'opportunité d'une opération qui mette un terme à la maladie ne puisse se présenter mais alors tout à fait exceptionnellement.

Contrairement à M. Guérin, je crois que les appareils prothétiques peuvent rendre des services, même pour la mastication, et la malade que j'ai présentée ici en est un exemple. Grâce à son appareil, cette femme peut mâcher son beefsteck d'hôpital, qui certes, n'est pas très-tendre, alors que, sans sa mâchoire artificielle, il lui est impossible de s'alimenter avec de la viande.

Si M. Guérin veut seulement dire qu'une mâchoire mécanique ne vaut jamais celle donnée par la nature, alors, je suis entièrement de son avis.

M. CHASSAIGNAC. M. Trélat, en parlant de l'ostéophyte phosphoré, a soutenu que c'est à l'intensité de l'intoxication phosphorée qu'il fallait attribuer sa destruction. Est-ce que, par hasard, le pus qui se sécrète en abondance ne pourrait expliquer ce résultat, auquel cas le drainage et les autres moyens locaux seraient fort utiles?

M. TRÉLAT. L'ostéophyte phosphoré, outre sa texture spongieuse, dont j'ai déjà parlé, offre deux caractères propres, à savoir l'abondance de sa production et la facilité avec laquelle il se détruit. Il n'est donc pas nécessaire de chercher ailleurs les causes de sa disparition, comme vient de le supposer M. Chassaignac.

RAPPORT

M. LABBÉ lit un rapport sur un travail de M. le docteur Lannelongue, intitulé : *De la réduction des hernies à l'aide de la compression continue de la paroi abdominale immédiatement au-dessus du pédicule herniaire, aidée par le taxis*, au nom d'une commission composée de MM. Giraldès, Chassaignac, Labbé, rapporteur.

La question de l'étranglement herniaire, qui a donné lieu à de nombreux et de si importants travaux, est toujours, par suite des difficultés qu'elle présente, à l'ordre du jour de nos préoccupations. La mortalité, malheureusement trop considérable, qui suit l'opération du débridement, a, dans ces dernières années, conduit un certain nombre de chirurgiens à rechercher avec soin les indications qui permettent de faire disparaître l'étranglement des hernies sans intervention de l'instrument tranchant. Les beaux travaux de M. Guyton sur l'emploi du chloroforme dans le traitement de l'étranglement, les nombreuses et importantes publications de M. le professeur Gosselin sur le taxis progressif, ont assurément modifié la face de cette question, et tout en faisant une part suffisante à la kélotomie, nous ont montré que, dans un grand nombre de cas, des étranglements, même très-serrés, pouvaient disparaître sous l'influence d'un taxis bien fait. En présence des résultats obtenus dans cette direction, nous devons donc accueillir avec une faveur marquée l'indication des moyens propres à rendre plus faciles et plus rapidement efficaces les manœuvres de réduction des hernies étranglées. C'est à ce titre que je suis heureux de signaler très-particulièrement à votre attention le travail que M. le docteur Lannelongue est venu lire devant vous dans la séance du 19 janvier.

Pendant son internat à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Cusco, M. Lannelongue eut l'idée, dans deux cas de hernies étranglées, l'une crurale, irréductible depuis vingt-deux heures, l'autre inguinale et très-probablement congénitale, irréductible depuis vingt heures, d'aider la manœuvre du taxis en déprimant la paroi abdominale au niveau du pédicule des viscères herniés, à l'aide du rebord cubital de la main. Dans les deux cas, le taxis fut pratiqué avec une certaine énergie, et notre confrère n'a pas voulu, malgré la facilité exceptionnelle avec laquelle la réduction avait été obtenue, se fonder sur ces faits, dans lesquels il était difficile de démêler exactement la part d'utilité du taxis et de celle de la pression exercée sur la paroi abdominale.

Pour abandonner l'idée première qui l'avait guidé, il a attendu que des faits plus probants puissent vous être soumis.

Dans ces derniers jours, à peu d'intervalle, M. Lannelongue a pu mettre en pratique le procédé de réduction qu'il propose, et les résultats obtenus sont réellement dignes de fixer toute votre attention.

Hernie inguinale droite. — Chez un premier malade, âgé de 38 ans, une hernie inguinale, pour laquelle un bandage avait été assez régulièrement porté pendant plusieurs années, était étranglée depuis quarante-six heures.

La hernie était sortie à cinq heures du soir, le 14 janvier; à sept heures les premiers vomissements avaient eu lieu, et vers neuf heures, une tentative infructueuse de taxis avait été faite par M. le docteur Abeille. Le lendemain, 15 janvier, les accidents continuant, on eut recours à l'application de la glace, et les tentatives de taxis furent deux fois renouvelées. Dans la nuit, il n'y eut aucune amélioration, et le 16 janvier, M. Abeille, après avoir essayé une quatrième fois de faire rentrer la tumeur dans le ventre, se décida à diriger le malade sur l'hôpital Beaujon. M. Lannelongue vit le patient à cinq heures après-midi et constata, outre la présence de la tumeur dans la région inguinale, l'existence de hoquets pénibles, de nausées incessantes, une pâleur très-accentuée de la face, avec légère élongation des traits du visage; tous signes qui ne pouvaient laisser de doute sur la nature des accidents.

Le volume de la tumeur était à peu près celui du poing d'un enfant de 10 à 12 ans.

Instruit des tentatives infructueuses de taxis qui avaient été faites, il songea immédiatement à recourir au moyen qui jadis entre ses mains avait paru faciliter la réduction des parties herniées, et il appliqua séance tenante la compression continue sur le pédicule de la tumeur. Pour faire cette compression, il eut recours à l'emploi du plomb, qu'il plaça dans une compresse dont il réunit ensuite les quatre angles au moyen d'un lien. Ce sac improvisé fut suspendu à un cerceau, de manière à peser de tout son poids sur la région de l'abdomen, immédiatement placée au-dessus de la tumeur.

Le malade supporta facilement cette compression, qui fût commencée à trois heures et interrompue à trois heures un quart. A ce moment, au niveau du point comprimé, il existait une dépression assez profonde. Une demi-livre de plomb fut ajoutée, et le sac qui en contenait alors 3 kilogrammes fut remis en place pendant cinq minutes; au bout de ce temps, M. Lannelongue appliqua les mains sur la tumeur, fit les manœuvres du taxis; celles-ci, qui d'ailleurs furent assez douloureuses, amenèrent la réduction complète en moins d'une minute.

Pendant le taxis, la compression avec le sac à plomb avait été continuée.

Les suites de cette opérarion ont été simples. Le malade a rendu des gaz par l'anus dans la soirée du 16; la première garde-robe a eu lieu le 17 au soir, et le malade a quitté l'hôpital le 18.

Entre le début des accidents, le 14 janvier, à cinq heures du soir, le moment de la réduction, le 16 janvier à trois heures et demie, il s'était écoulé quarante-six heures et demie.

Hernie inguinale gauche. — La seconde observation de M. Lannelongue a trait à un homme de 34 ans, garçon marchand de vins, qui entra à l'hôpital Beaujon le 17 janvier 1870, à onze heures du matin.

Chez ce dernier, la hernie avait paru pour la première fois en 1866; maintenue habituellement par un bandage, elle a grossi progressivement, de manière à atteindre le volume d'un œuf de poule.

A deux reprises différentes, au mois de mai et dans les premiers jours de janvier, quelques coliques, dont l'apparition semblait devoir être rattachée à l'existence de la tumeur, se montrèrent, mais disparurent sous la seule influence du repos.

Le samedi 15 janvier, vers onze heures du soir, la hernie sortit, malgré le bandage et devint irréductible. Le malade seul a fait des tentatives de réduction le soir de l'accident, le dimanche et le lundi, après un bain prolongé.

Les selles ont été complétement suspendues à partir du début des accidents, mais des gaz ont été rendus par l'anus jusqu'au dimanche soir, moment où le malade, vers cinq heures, a vomi pour la première fois. C'étaient les matières alimentaires prises dans la journée qui constituaient le vomissement; le lundi, quoique le malade n'eût pas mangé, il a encore vomi cinq fois. Des coliques violentes ont existé depuis le samedi soir.

L'état général est bon lors de son entrée à l'hôpital; le pouls à 78. La tumeur, grosse comme un œuf de dinde, était partout égale et manifestement sonore dans sa partie moyenne.

M. Lannelongue, se trouvant à l'hôpital au moment où le malade y fut apporté, eut recours immédiatement à la compression exercée au niveau du pédicule, sans emploi préalable du taxis. Un sac, rempli de deux kilogrammes et demi de plomb, fut appliqué sur la paroi abdominale; au bout de cinq minutes on entendit un bruit de gargouillement paraisssant se passer dans la région comprimée; la manœuvre étant prolongée pendant quatre minutes encore, une seule tentative de taxis, faite sans violence et ayant à peine duré un quart de minute, amena la rentrée de toutes les parties herniées.

Le malade quitta l'hôpital le jour même.

Entre le début des accidents, le 15 janvier à 11 heures du soir, et le moment de la réduction le 17 janvier à 11 heures 1/2, il s'était écoulé 36 heures 1/2.

Messieurs, les deux faits que je viens d'analyser rapidement devant vous présentent un véritable intérêt; mais pour que de leur lecture, il puisse sortir un enseignement utile ils doivent être soumis à un examen minutieux.

Pour apprécier, à sa juste valeur, le moyen de réduction que propose notre confrère, nous devons d'abord nous demander quel a été le degré d'étranglement dans les deux cas qu'il nous a fait connaître. Les détails relatifs au premier malade que je viens de vous exposer ne peuvent guère, au point de vue de la clinique, laisser de doute sur l'existence d'un étranglement serré; les quatre tentatives de taxis faites par M. le docteur Abeille, celle qui a été exécutée par l'interne de service à l'hôpital Beaujon, au moment de l'entrée du malade, nous autorisent pleinement à conclure dans ce sens.

Le deuxième cas est, sous ce rapport, moins démonstratif; nous devons remarquer, en effet, que les vomissements se montrèrent seulement le dimanche soir; que l'état général du malade était satisfaisant lorsqu'il entra à l'hôpital. De plus, les tentatives de taxis furent faites par le malade seul, et aucun de vous n'ignore que, pratiquées dans ces conditions, ces manœuvres peuvent souvent échouer, même lorsqu'il s'agit de très-légers étranglements. Lorsque le malade a été vu par M. Lannelongue, la compression, au niveau du pédicule, a été exercée immédiatement, et dans ce cas, il nous manque la démonstration de l'inefficacité du taxis ordinaire fait par des mains habiles. Aussi tout en reconnaissant que, dans ce fait encore, la réduction paraît avoir eu lieu avec une rapidité relative assez grande, sommes-nous obligés d'ajouter que peut-être le taxis ordinaire, bien fait et prolongé également pendant 9 minutes, eût été capable d'amener un résultat aussi favorable.

Chez le premier malade, la compression a été prolongée pendant 20 minutes, et c'est au bout de ce temps qu'une pression exercée avec les mains sur la tumeur a déterminé la rentrée des viscères. Là encore, l'on voudrait avoir la certitude qu'un taxis bien fait à deux ou à quatre mains, pendant le même temps, eût été impuissant; mais, malgré cette réserve, j'ajoute immédiatement qu'eût-il dû triompher de l'obstacle à vaincre, ce taxis eût été nécessairement très-douloureux; la douleur eût pu être supprimée et la réduction facilitée par l'emploi du chloroforme; mais c'est précisément, en nous permettant peut-être de renoncer à l'usage des anesthésiques, que le procédé de réduction proposé par M. Lannelongue pourra acquérir une valeur véritable. Or, l'auteur du travail que j'analyse en ce moment est très-disposé, dans l'interprétation théorique qu'il donne du moyen mis par lui en usage, à rapprocher, dans une certaine limite, l'action obtenue à l'aide de ce *modus faciend* de celle que l'on observe lorsqu'on soumet les malades à la chloroformisation, dans le but de vaincre un étranglement herniaire. Il pense que l'application énergique et continue de la compression sur une assez large surface de la paroi abdominale est susceptible de fatiguer les plans musculaires qui la constituent au point de lasser leur énergie contractile, et de neutraliser la tendance qu'ils pourraient avoir à maintenir dans le sac les viscères herniés.

Quoiqu'une démonstration rigoureuse de ce rôle des parois abdominales n'ait point encore été donnée, cette manière de voir, déjà défendue avec talent par Guyton, me paraît acceptable dans une certaine mesure.

Poursuivant la recherche d'une explication satisfaisante du mode d'action de la compression, exercée sur la paroi abdominale au niveau et au-dessus du pédicule herniaire, M. Lannelongue suppose que la pression, se transmettant de la paroi aux parties qui se rendent dans le sac, tend à exercer sur celles-ci un tiraillement dans un sens opposé à celui suivant lequel les viscères se sont engagés à travers l'orifice herniaire; il ajoute que le calibre de l'intestin voisin de la hernie se trouve effacé, par suite du refoulement des liquides et des gaz contenus dans son intérieur, et que dès lors la tension contre laquelle les efforts du taxis doivent s'exercer est diminuée d'autant.

Une dernière explication théorique, invoquée par M. Lannelongue, est la suivante. Il pense que dans certains cas, si la compression peut être faite de manière à s'exercer au devant d'un plan suffisamment résistant, elle serait susceptible de porter entrave à la circulation artérielle intestinale et épiploïque, et partout capable de lutter, pendant les premières heures surtout, contre la production ou au moins l'aggravation de l'étranglement.

Quoi qu'il en soit de ces diverses explications, qui ont au moins le mérite de ne pas être en contradiction avec les notions habituelles de la physiologie, nous devons reconnaître, messieurs, que les faits qui nous ont été communiqués par M. Lannelongue sont dignes de toute notre attention, car il me paraît bien incontestable que la rentrée des viscères a été chez ces malades facilitée dans une mesure notable, par la combinaison de la pression abdominale et du taxis. Pour acquérir une grande valeur et entraîner la conviction, ces observations doivent être multipliées, et les premières devront être faites dans des conditions telles, que la démonstration de l'inefficacité au moins relative du taxis ordinaire soit bien rigoureuse.

Le procédé d'application est simple, facile à mettre en usage, et sans nul doute un certain nombre d'entre nous pourront, dans

quelque temps, soumettre à la Société le résultat de leur expérience sur ce point pratique.

Je dois ajouter que M. Lannelongue a sagement indiqué dans son travail qu'il entendait n'appliquer ce mode de réduction que dans la limite ordinaire où le taxis est reconnu opportun, limite dont le degré extrême est d'ailleurs difficile à préciser, mais que les notions sur le volume, l'ancienneté, la contention plus ou moins complète de la hernie, nous servent à établir.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 12 mars 1870, ont été nommés, dans le corps des officiers de santé de l'armée de terre :

Au grade de médecin principal de 1re classe : M. Quesnoy.

Au grade de médecin principal de 2e classe : M. Jourdeuil.

Au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Rioublant et Fretin.

Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Guyon, Milon, Noizet et Biebuyck.

— Par décret rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. les docteurs Ladreit de la Charrière (services exceptionnels); Miquel, médecin à Tours, 35 ans de services gratuits, auteur de publications remarquées.

— Par divers décrets, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Gourrier et Dugé de Bernonville, médecins principaux de la marine; Riou-Kérangal, médecin en chef; Larivière et Jobert, médecins-majors de 1re classe.

Au grade de chevalier : MM. Guerguil, de Fornel, Gaultier de la Ferrière, Delmas, médecins de 1re classe de la marine; Denoix, médecin de 2e classe ; Roux, pharmacien de 1re classe de la marine; Bertherand, médecin-major de 1re classe ; Sala et Poupelard, médecins-majors de 2e classe ; Borderès, médecin aide-major de 1re classe et Lefranc, pharmacien-major de 2e classe.

— Quatre médecins font partie de la haute cour de justice appelée à prononcer sur l'affaire Pierre Bonaparte :

Ce sont MM. Cadrieu (de l'Aveyron); — Picou fils (du Cantal); — Demaux (du Lot) ; — Rathier (de l'Yonne).

— Par arrêté du ministre de l'intérieur, ont été nommés membre de la commission chargée d'étudier les questions relatives à la mortalité des enfants du premier âge :

M. le marquis d'Andelarre, député au Corps législatif;

M. Vendre, député au Corps législatif;

M. Edmond Blanc, conseiller d'Etat, secrétaire général du ministère de l'intérieur;

M. le docteur Oulmont, médecin de l'hôpital Lariboisière.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance à l'Hôtel-de-Ville, à trois heures et demie très-précises, le vendredi 18 mars.

Ordre du jour : 1° éloge de Grisolle, par M. Géry fils; 2° lecture sur les maladies mentales, par M. Motet; 3° du traitement de l'hémorrhagie puerpérale par l'alcool à hautes doses, par M. Charrier; 4° note sur la pleurésie purulente, par M. Duroziez.

— M. le professeur Gubler commencera son cours de thérapeutique samedi prochain, 19 du courant, à cinq heures, et le continuera à la même heure les mardis, jeudis et samedis suivants.

— M. le docteur Fort commencera son cours particulier de médecine opératoire le lundi 21 mars, à deux heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera tous les jours à la même heure. De trois à quatre heures, MM. les élèves seront exercés aux manœuvres opératoires.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 6 au 12 mars 1870, donne les chiffres suivants :

Variole, 90. — Scarlatine, 6.— Rougeole, 18.— Fièvre typhoïde, 16. Érysipèle, 6. — Bronchite, 100. — Pneumonie, 131. — Diarrhée, 5.— Dysenterie, 1. — Choléra, ». — Angine couenneuse, 8. — Croup, 11. — Affections puerpérales, 11.— Autres causes, 860.— Total : 1,263.

Celui de Londres donne les chiffres suivants, du 27 février au 5 mars 1870 :

Variole, 8.—Scarlatine, 78.—Rougeole, 21.— Fièvre typhoïde, 14. — Typhus, 6. — Érysipèle, 6. — Bronchite, 305. — Pneumonie, 89. — Diarrhée, 16. — Dysenterie, ». — Choléra, ». — Angine couenneuse, 8.— Croup, 14.— Affections puerpérales, 17. — Autres causes, 1,091. — Total : 1,673.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales, suite et complément de tous les dictionnaires, par M. P. GARNIER, rédacteur de *l'Union médicale*, précédé d'une introduction par M. le docteur Amédée LATOUR (6e année 1869). 1 vol. in-12 de XXIV-503 pages. — Prix : 6 fr.

Étude critique de l'embolie dans les vaisseaux veineux et artériels, par M. Émile BERTIN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. Ouvrage qui a obtenu le prix en 1868, à la Société impériale de médecine de Bordeaux. Paris, 1869. 1 vol. in-8. — Prix : 8 fr.

La truffe. Étude des conditions générales de la production truffière, par M. le professeur Ad. CHATIN. 1 vol. in-12 avec planches. — Prix : 3 fr.

Le directeur, Dr E. LE SOURD

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 32. — JEUDI 17 MARS 1870. 43e ANNÉE. JEUDI 17 MARS 1870. — N° 32.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois.. 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an..... 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Décidément à l'Académie de médecine les incidents tendent à empiéter sur le fond. Hier nous avons vu le moment où l'Académie convoquée pour une élection et pour l'audition des conclusions du rapport de la commission des nourrissons, allait se laisser entraîner, à l'occasion d'une présentation, dans un nouveau débat sur la vaccine. Il s'agissait d'une lettre insérée dans la *Gazette médicale* de Paris et adressée par M. Dumontpallier à M. J. Guérin. M. Dumontpallier, dans cette lettre, signale l'engouement général qui se manifeste en ce moment dans le public en faveur de la vaccine animale, engouement qui repose, suivant lui, sur deux erreurs ; la première c'est que la vaccine humaine ou Jennérienne peut transmettre la syphilis; la seconde c'est la croyance qui attribue au vaccin artificiel de la génisse une puissance de préservation égale à celle du vaccin humain. M. Dumontpallier fait appel de cet engouement aux chaleureuses convictions de M. Guérin qu'il adjure de se mettre à la tête des partisans de la vaccine Jennérienne, plus nombreux peut-être qu'on ne pense, pour combattre un abus et réagir contre des excès qui peuvent avoir de fâcheuses conséquences.

On comprend que M. Guérin n'ait pas laissé échapper cette occasion de renouveler ses énergiques protestations contre l'abandon à peu près absolu qui a été fait, dans les vaccinations pratiquées à l'Académie, du vaccin jennérien en faveur du vaccin de génisse. M. Depaul était trop directement mis en cause pour ne pas éprouver le besoin de se défendre. Il s'est défendu, en effet, en s'abritant d'une part derrière la commission de vaccine et le Conseil de l'Académie lui-même dont l'assentiment et le concours lui étaient assurés dans tout ce qu'il a fait, et surtout en invoquant cet irrésistible argument de la nécessité, qui, le plaçant en présence d'un flot toujours montant de demandes de vaccinations avec des ressources d'enfants vaccinifères tout à fait insuffisantes, l'a obligé à recourir de nouveau au vaccin artificiel.

Assurément, en présence de l'activité que le directeur de la vaccine est obligé de déployer aujourd'hui pour suffire à sa lourde tâche, on serait bien mal venu, en ce moment, de le poursuivre de récriminations. Mais nous ne saurions le dissimuler ici, par le double fait des terreurs exagérées qui ont été jetées dans le public à l'égard de la syphilis vaccinale, et d'une confiance prématurée dans le vaccin artificiel, et non encore suffisamment justifiée par l'expérience, nous nous trouvons dans une situation extrêmement grave. La trace du vaccin jennérien est à peu près perdue, et la pratique des vaccinations et des revaccinations repose presque toute entière désormais sur les garanties de préservation très-précaires de la vaccine animale. Or, il nous revient de toutes part, que soit par le fait de l'inefficacité réelle du nouveau vaccin, soit par l'insuffisance des procédés employés pour le conserver ou le transmettre, la plupart des revaccinations et un grand nombre de vaccinations échouent. Voilà ce qui justifie la sortie de M. J. Guérin, qui a cru devoir rendre le directeur de la vaccine responsable de cette fâcheuse situation.... Du reste, le débat se poursuit dans la presse et dans la correspondance de l'Académie, comme on peut le voir aujourd'hui même, en ce qui concerne la syphilis vaccinale.

Mais il y a, à notre avis, une chose plus urgente encore que la solution définitive de cette question, c'est d'obvier au plus vite aux dangers que nous venons de signaler, non pas, comme on le fait en ce moment, en multipliant les vaccinations artificielles des génisses, mais en tâchant de reconstituer le vaccin jennérien à l'aide du cow-pox naturel, toutes les fois que l'occasion s'en présente. Or, aujourd'hui même, si nous l'avons bien entendu, l'Académie aurait été informée de la découverte toute récente d'un nouveau cas de cow-pox naturel. *Caveant consules!*

... Mais l'Académie était pressée d'en venir au scrutin pour l'élection d'un associé libre, qui avait attiré une affluence insolite. L'Académie était presque au complet hier. On y voyait les membres plus nominaux qu'effectifs, qui ne paraissent qu'en pareilles circonstances, et encore seulement lorsqu'il s'agit d'une élection que l'on prévoit devoir être vivement disputée. Il s'agissait, en effet, d'une lutte entre deux candidats dont les titres étaient également, quoique très-diversement, considérables; M. Payen, d'une part, l'un des vétérans de l'Institut, et M. Amédée Latour, d'autre part, dont la situation et les titres sont trop bien connus de nos lecteurs pour qu'il soit nécessaire de les rappeler ici. Mais la lutte n'était pas seulement entre deux hommes également recommandables par leur valeur. Entre eux deux il y avait un principe que l'Académie devait, par le résultat de son vote, consacrer ou ajourner, savoir l'admission dans son sein des représentants de la presse médicale; et quand nous disons des représentants de la presse, nous voulons dire du journalisme proprement dit, car plus d'un membre de l'Académie doit déjà sa place et sa haute situation à une participation plus ou moins active à des travaux de presse. Or, c'est ce principe, que le rédacteur en chef de ce journal avait eu la prétention de soutenir par sa présentation, qui a prévalu hier, par la nomination de son compétiteur plus heureux, M. A. Latour. S'étant volontairement effacé devant une compétition qui lui a paru avoir plus de chances de réussir que la sienne, il ne pouvait dès lors que faire des vœux pour son succès. Aussi partage-t-il aujourd'hui le sentiment de satisfaction avec lequel la presse médicale toute entière apprendra cette nomination.

Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. FÉRÉOL.

Diabète sucré. — Pneumonie.

MORT. — AUTOPSIE (1).

(Lu par M. CARRIÈRE, à la Société médicale d'Observation.)

En résumé, nous avons eu affaire à un malade qui, né d'un père mort probablement phthisique, et ayant eu deux sœurs mortes aussi d'affections de poitrine, s'est néanmoins très-bien porté, à part une fluxion de poitrine, jusqu'à l'âge de 25 ans environ, époque à laquelle il paraît avoir subi, sans cause appréciable, les premières atteintes de la maladie qui devait le conduire au tombeau. Elles se montrèrent vingt-deux mois avant la mort et consistèrent en une perte de forces qui se manifesta par de la fatigue survenant facilement et rapidement, et en une diminution des désirs génésiques. Cinq mois après, encore sans cause appréciable, surviennent des symptômes plus caractérisés : augmentation de la faim et de la soif, fréquence de la miction. Cet état reste à peu près stationnaire pendant huit mois environ, lorsque se montre une aggravation des divers symptômes à la suite de diarrhée et d'un violent accès de fièvre. Cette aggravation devient telle qu'il est obligé d'entrer à l'hôpital, deux mois après l'accès de fièvre, près de seize mois après l'apparition des premiers accidents. On constate alors, pour la première fois, la présence du sucre dans son urine. Après un séjour d'un peu plus de trois mois à l'hôpital, il en sort amélioré, à la suite d'un traitement par le régime azoté et le bicarbonate de soude. Cette amélioration dure tout au plus un mois, pendant lequel il habite la campagne, faisant beaucoup d'exercice et mangeant de tout, mais surtout du lard et du jambon et buvant beaucoup de bière. Il revient à Paris le 1er septembre pour se faire soigner de nouveau. Vers cette époque, quinze mois à peu près après l'apparition de la polyurie et de la polydypsie, on dose son urine et l'on y trouve 86 p. 1,000 de sucre. Il urinait de 15 à 16 litres environ. Il est soumis de nouveau au traitement par les alcalins, mais ne tarde pas à l'abandonner, et rentre pour la seconde fois à l'hôpital, le 3 octobre, vingt et un mois après l'apparition des premiers accidents, présentant, en outre des symptômes du diabète confirmé, ceux d'une lésion pulmonaire chronique, ainsi que de l'ascite et de l'œdème de la face. Cinq jours après sa rentrée, survient un embarras gastrique qui paraît enrayer la marche du diabète; mais cette amélioration ne persiste pas. Un mois après sa rentrée, après des alternatives d'amélioration et d'aggravation dans son état, il est pris d'une pneumonie à marche très-rapide, qui l'emporte quatre jours après, le 10 novembre à cinq heures du matin. Dans l'intervalle de son séjour à l'hôpital, il avait été soumis consécutivement au régime azoté et au traitement par le bicarbonate de soude, puis par le chlorure de sodium.

L'autopsie montra une hépatisation grise, développée autour de masses caséeuses ramollies et d'excavations accompagnant les lésions caractéristiques d'une pneumonie chronique, une congestion avec augmentation de volume du foie qui présentait aussi un commencement de dégénérescence graisseuse; cette dégénérescence occupait aussi le rein.

Telle est le résumé de cette observation, qui nous a paru intéressante sous plusieurs rapports, sur lesquels nous désirons attirer l'attention.

Les causes sont très-obscures, comme du reste l'étiologie du diabète en général. Nous ne trouvons rien au point de vue de l'alimentation, de l'habitation ou de l'hérédité, qui puisse expliquer la maladie chez notre sujet. Nous devons faire remarquer pourtant que la maladie probable du père et des deux sœurs a été la phthisie pulmonaire. Y a-t-il eu diabète méconnu, au moins chez le père? L'on comprend qu'en l'absence de renseignements plus précis, nous devions rester dans le doute, aussi posons-nous la question sans la résoudre.

Le malade avait 25 ans au début de son affection; il n'était donc pas dans la période décennale, qui est indiquée comme étant la plus fréquente, par Griesinger et M. Contour; cette période étant de 30 à 40 ans. Il se trouvait dans celle qui, d'après Griesinger, occupe le deuxième rang par ordre de fréquence, de 20 à 30 ans.

La marche de l'affection au début a été très-lente; en effet, les

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

FEUILLETON

L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE (1)

Par M. DAREMBERG.

Nous en dirons autant de la manière de juger l'époque moderne. Ainsi, selon M. Daremberg, Fr. Hoffmann est un iatro-mécanicien de l'école de Borelli parce qu'il croit au mécanisme humain, mais, à ce compte, tous les médecins sont de l'école de Borelli. Est-il un médecin qui ne croie pas que le cœur soit une pompe aspirante et foulante, ni que l'endosmose joue un rôle dans les fonctions sécrétoires? M. Sales-Girons, l'animiste, y croit fermement. M. Chauffard qui admet une force vitale n'en tient moins grand compte des actes physiques et chimiques de l'organisation. Tous les naturistes, croient à l'organicisme, au rebours des organiciens qui peuvent ne croire ni à l'âme ni à la force vitale, ni à rien de ce qui n'est pas l'organisme. Faire de Fr. Hoffmann un iatro-mécanicien, c'est ce que les médecins compétents n'accepteront jamais. Autant vaudrait soutenir que le Barthez du principe vital est un organicien, parce qu'il a cru aux phénomènes chimiques de la digestion.

Non, Fr. Hoffmann était un solidiste et non pas un iatro-mécanicien, ce qui est très-différent. Son solidisme a même eu quelque chose de tout particulier bien connu de tous ceux qui, dans l'histoire, recherchent plus le côté doctrinal que l'élément chronologique. Ce quelque chose, c'est l'idée du *spasme* et de *l'atonie*. Voilà la clef de sa pathogénie comme de celle de Cullen.

Sous ce rapport, Fr. Hoffmann est un descendant de l'école de Thémison. C'est lui le rénovateur du méthodisme des temps modernes, et nous ne pouvons accepter qu'on le range sous un autre drapeau que le sien.

Nous ferons une observation analogue : 1° à l'occasion de Brown, dont M. Daremberg parle plus longuement sans caractériser sa doctrine et sans montrer que sa dichotomie étiologique en fait également une des colonnes du méthodisme moderne, et 2° à l'occasion de Bordeu, qui est massacré en quelques lignes.

Pour les médecins et les chirurgiens, cette nouvelle énumération des médecins de tous les siècles, par M. Daremberg, n'a rien qui puisse les satisfaire. Ce genre de travail a été très-bien fait par Sprengel, dans de grandes proportions, et le refaire en abrégé, sous forme de manuel, n'a que fort peu d'intérêt.

Ce que nous désirons, c'est l'histoire des maladies, selon les temps, les lieux, les climats et les influences, sociales, politiques, religieuses qui modifient l'esprit des nations.

Ce que cherche le médecin dans l'histoire, c'est la filiation des idées, des systèmes et des doctrines scientifiques, c'est-à-dire leur origine, leur marche, leurs transformations et les motifs de leur avénement ou de leur déclin. Or, rien de tout cela n'existe dans le livre de M. Daremberg.

Qu'après avoir lu ce livre, on y recherche ce que c'est que le pneumatisme, le contro-stimulisme, l'humorisme ancien et moderne, le solidisme, l'éclectisme, etc., on ne trouvera que des phrases isolées, mais nullement un corps de doctrine sur les idées ni sur les choses que nous avons besoin de connaître.

Si l'histoire n'apprend pas aux médecins ce qu'était l'inflammation chez les anciens, pour montrer les vicissitudes successives de cette doctrine jusqu'à nos jours, à quoi sert d'écrire l'histoire de la science?

Est-ce qu'il n'est pas plus utile de montrer aux médecins ce qu'étaient les fièvres chez les anciens considérées comme maladies essentielles, et ce qu'elles sont à notre époque, grâce aux progrès de l'anatomie pathologique et l'humorisme que d'énumérer brièvement les noms des médecins de tous les âges en mentionnant quelques-uns de leurs ouvrages?

De cette façon, au moins, l'histoire de la médecine pourrait apprendre quelque chose à celui qui l'interroge, et elle consisterait en autre chose que dans un travail de pure érudition.

Nous en disons autant de l'histoire des hémorrhagies, de l'histoire des névroses ou de l'aliénation mentale dont les formes ont été si modifiées par les croyances religieuses de la Grèce, par le catholi-

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

premières atteintes de la maladie paraissent remonter à janvier 1866 et consistent en perte des forces et diminution des désirs génésiques. Cinq mois après paraissent la polyphagie, la polydypsie et la polyurie, mais à un faible degré. Ce n'est que huit mois après, treize mois par conséquent après le début des accidents, que se montrent, à la suite d'un violent accès de fièvre, des phénomènes bien tranchés. Faut-il attribuer au refroidissement que le malade a dû subir en se levant pour aller boire, le corps étant probablement en sueur, l'aggravation ou même la production des symptômes caractéristiques du diabète? Nous ne le croyons pas; en effet, le refroidissement, s'il a lieu, n'est survenu qu'à l'occasion de la polydypsie, et il est probable que, dès ce moment, le malade faisait du sucre, quoique ce fait n'ait été constaté que deux mois plus tard par M. le docteur Simonnet.

Une fois la maladie confirmée, nous trouvons le tableau complet des symptômes du diabète : glycosurie, polyurie, polyphagie et autophagie. La maigreur, dépendant de l'autophagie, est peu marquée d'abord, ou au moins masquée par de l'ascite et de l'œdème de la face.

Indépendamment du sucre dans l'urine, on en trouve encore dans la salive, la sueur et les larmes. La salive est sucrée au goût et acide à la réaction du papier tournesol, ce qui serait dû, d'après plusieurs auteurs, à la formation d'acide lactique, par suite de la décomposition du sucre. C'est cette acidité de la salive qui paraît avoir amené la rougeur de la cavité buccale et la desquammation de la langue. A la présence du sucre dans la sueur doivent se rattacher l'irritation de la peau et la sensation de chaleur, si gênante pour le malade. A la présence du sucre dans l'urine doivent être rapportés la rougeur et le prurit au niveau du méat. Ce dernier phénomène augmentait avec la quantité de sucre contenu dans l'urine. A la polyurie se rapporte la sécheresse de la peau; nous devons faire remarquer que cette sécheresse n'était pas générale, et que quelques parties du corps étaient le siége de sueurs, parfois assez abondantes; fait assez peu usuel chez les diabétiques.

Le rapport entre la quantité de liquide ingéré et la quantité d'urine excrétée a été en général assez constant; plus le malade buvait, plus il urinait, plus aussi il y avait de sucre dans l'urine. Pourtant, pendant la période de dix jours qui suivit son embarras gastrique, on remarque une différence assez notable entre le liquide ingéré et l'urine excrétée, différence qui a varié du tiers à la moitié en plus, en faveur de l'urine excrétée. A cette même période, il y a eu augmentation dans la quantité de sucre, malgré la petite quantité relative de liquide ingéré. Néanmoins, pendant une assez longue période, les deux quantités de liquide ingéré et de liquide excrété ont exactement correspondu, fait qui vient à l'appui de l'opinion de Nasse, Griesinger et Vogel, que ces deux quantités correspondent ordinairement, et que le désaccord entre les deux quantités est accompagné de diminution du corps et même d'accidents graves, et quelquefois même mortels, contrairement à ce qui était admis autrefois, en particulier par J.-P. Franck et Christison.

La plus grande quantité de sucre éliminée qu'on ait constatée, pendant le séjour du malade à l'hôpital, a été de 76 grammes p. 1000, à une époque où il urinait 8 litres par jour; il a donc éliminé jusqu'à 608 grammes de sucre dans les vingt-quatre heures; à sa rentrée, on avait trouvé 68 p. 1000 de sucre pour une quantité de 16 litres excrétée, ce qui donnerait une perte de sucre de 1,088 grammes dans les vingt-quatre heures, et même d'après les renseignements fournis par le malade, M. Bouchardat aurait trouvé 86 p. 1000 de sucre, à une époque où il urinait de 15 à 16 litres par jour, ce qui ferait monter la quantité de sucre éliminée, à un moment donné, dans les vingt-quatre heures jusqu'à 1,376 grammes. Nous donnons ce chiffre énorme sous toutes réserves, car il se peut que la mémoire du malade ait été infidèle.

La température du corps, prise dans l'aisselle s'est maintenue à 37°4, d'une façon assez constante, ce qui est en opposition avec l'opinion de Griesinger, de Rösenstein et de Lomnitz, qui la fixent à 36° et au-dessus. L'impuissance a été un des premiers effets de la maladie; pourtant le malade a eu une érection suivie d'éjaculation dans le cours de l'affection. Les troubles de la vue ont été peu marqués, il n'y a eu qu'un certain degré d'affaiblissement.

La marche de la maladie a présenté comme phénomène saillant la diminution de la glycosurie, de la polyurie et de la polyphagie lors de l'apparition de deux affections aiguës intercurrentes, l'embarras gastrique et la pneumonie. Cette pneumonie est arrivée très-rapidement au 3e degré et a amené la terminaison fatale, ainsi que cela arrive assez fréquemment chez les diabétiques. Le nôtre présentait, en outre, tous les symptômes de la phthisie pulmonaire, qui, d'après Griesinger, emporte près de la moitié de ces malades et devait tôt ou tard amener cette terminaison fâcheuse. Notons aussi un œdème généralisé qui survint après l'embarras gastrique et disparut complétement cinq jours après.

Aucune des lésions trouvées à l'autopsie n'appartient en propre au diabète. Sous l'influence de la théorie de M. Claude Bernard sur la pathologie de cette maladie, on avait été porté à rechercher une altération caractéristique dans le foie, mais on ne l'a pas trouvé, et Griesinger a établi par l'examen de 64 autopsies de diabétiques, dans lesquelles on n'a trouvé que 2 ou 3 cas de congestion du foie, que cette lésion ne pouvait pas être attribuée au diabète, ainsi qu'on avait été disposé à le faire. Ces résultats ont contribué à diminuer singulièrement la valeur de la théorie de M. Claude Bernard. Du reste, ainsi que le fait remarquer M. Jaccoud dans son travail sur l'humorisme et dans ses leçons de clinique sur le diabète sucré, les divers troubles qui caractérisent le diabète « démontrent la perturbation du processus nutritif dans son ensemble, et non pas le trouble d'un seul organe. » Aussi, ne croyons-nous pas que la congestion avec augmentation de volume du foie, qui a été trouvée dans notre cas, puisse être rapportée au diabète; elle doit plutôt être attribuée à l'asphyxie considérable, à laquelle a succombé le malade, par suite de sa pneumonie.

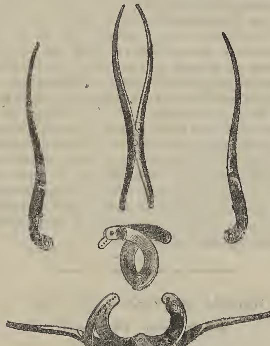
Les poumons présentaient une hépatisation grise, qui s'était développée autour de masses caséeuses ramollies et d'excavations; on y trouvait, en outre, des lésions propres à la pneumonie chronique. Ce dernier ensemble de lésions, pneumonie chronique, masses caséeuses et excavations, appartient, comme on le sait, d'après les idées qui commencent à avoir cours, à une des formes de la phthisie pulmonaire. Il y avait, en outre, une dégénérescence graisseuse du foie et des reins. Notons enfin l'intégrité du plancher du quatrième ventricule.

Le traitement a consisté d'abord dans un régime azoté et l'administration du bicarbonate de soude; il a paru avoir un bon résultat au début, mais plus tard ce résultat devint nul. Du reste, le malade s'est facilement dégoûté du régime azoté. On essaya aussi du chlorure de sodium, mais sans aucun effet.

LE CLAMP CIRCULAIRE POUR L'OVARIOTOMIE

de M. Spencer Wells.

Cet instrument, exécuté par Mayer et Meltzer (de Londres), a été présenté par M. Spencer Wells à l'une des dernières réunions de la *Clinical Society* comme la meilleure forme de clamp pour l'ovariotomie.



M. Spencer Wells explique comment il est arrivé graduellement à cette forme après l'usage du clamp de Hutchinson, son propre premier clamp parallèle, et différents écraseurs et fils de fer. Il constate que le pédicule est bien assuré par la constriction circulaire du clamp; ce dernier est facile à appliquer et à ôter de la pince destinée à donner plus de force pour serrer le pédicule; l'opérateur est à même de fermer étroitement l'ouverture dans la paroi abdominale autour du pédicule.

NOUVEL ASPIRATEUR SOUS-CUTANÉ

M. Mariani a présenté à l'Académie une nouvelle seringue ou aspirateur sous-cutané.

Cet instrument, dont le mécanisme est fort simple, ne diffère de la seringue de M. le docteur Jules Guérin que par son robinet, qui est à trois effets, ce qui permet de faire le vide dans le corps de pompe et aspirer ensuite des liquides sans autre manœuvre que d'ouvrir le robinet. On peut aussi faire des injections ou des lavages, sans craindre la pénétration d'une seule bulle d'air.



Indépendamment des nombreuses applications dans lesquelles l'instrument pourra rendre des services comme aspirateur, on pourrait le substituer à la seringue d'Anel, en montant dessus ses diverses canules; il serait également facile de remplacer la seringue à injection d'hydrocèle par cet instrument.

La nouvelle seringue se compose :

1° D'un robinet à trois effets A B D.

2° D'une tige indicatrice C fixée à la clef.

3° D'un curseur F, servant à limiter la quantité quand on fait des injections.

4° De 4 canules tubulées G, de grosseurs et longueurs variées, servant à faire les ponctions et les injections, sans les déplacer.

5° D'un point d'arrêt E, permettant de fixer la tige du piston à la partie supérieure H de la seringue, après avoir fait le vide.

Si l'on dirige la tige indicatrice en A, c'est le robinet B qui est ouvert et réciproquement.

Toutes les ouvertures sont fermées lorsque la tige indicatrice est en D.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 15 mars 1870. — Présidence de M. Denonvilliers.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet un mémoire de M. Harlin sur le choléra asiatique (Commission du choléra).

M. le ministre de l'agriculture et du commerce adresse : 1° les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, pendant l'année 1869, dans les départements de la Drôme, du Pas-de-Calais, dans la commune de Marange-Sylvange (Moselle); — 2° Des rapports de MM. les docteurs Delacroix, Cornil et Gaulet sur les eaux minérales de Luxeuil et de Cusset et de Forges; — 3° Un rapport général de M. le docteur Chely sur les bains de mer de Calais, pour les années 1868 et 1869 (Commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

Elle comprend : 1° Une lettre de M. le docteur Lequieu (de Dunkerque), sur la mortalité des enfants nouveau-nés. L'une des causes les plus puissantes de cette mortalité est, au sens de M. Lequieu, le transport des enfants à la mairie pour constater leur état civil, et à l'église pour recevoir le baptême. Après une statistique commencée dès 1819, M. Lequieu acquit la certitude qu'en moyenne sur 4 décès, 3 avaient lieu dans le semestre d'hiver et 1 seulement dans le semestre d'été. Il demande l'appui de l'Académie pour combattre ces causes (Commission des nourrissons).

2° Une lettre de M. Mégnin, vétérinaire en 1er, sur l'influence des mouches dans la production du charbon chez l'homme et chez les animaux domestiques. Des observations de M. Mégnin résulte ce fait, que les mouches des cadavres ne hantent pas les animaux vivants, et que, réciproquement, les mouches qui recherchent spécialement les animaux vivants fuient les cadavres. La conclusion

---

cisme, par le scepticisme religieux et par les passions politiques nées de la liberté.

Pour le médecin, c'est là le côté instructif de l'histoire de la science. D'abord l'idée, le fait ou la doctrine à connaître, énumérés par un homme compétent, et l'érudition ne vient ici qu'à titre d'instrument au service de la pensée pour suivre, chez les anciens et chez les modernes, les métamorphoses de cette idée ou de cette doctrine. L'érudition médicale n'a guère de valeur si elle n'est servie par une vraie connaissance de la médecine, et sans cette connaissance, il nous paraît impossible de poser convenablement les doctrines médicales.

L'histoire d'une science n'est pas comme l'histoire politique que tout le monde peut essayer d'écrire. Qui aborde l'histoire d'une science doit être du métier, c'est-à-dire la bien connaître; sans cela l'historien tourne autour des choses sans les comprendre; s'il essaye d'y pénétrer, la lumière lui manque et alors toutes ses appréciations s'en ressentent.

Ce que nous aimerions voir à côté du travail de bibliothèque fait par des savants grecs et latins, comme M. Littré, à titre d'œuvre littéraire, c'est une histoire pratique des doctrines médicales complétant l'histoire des maladies et de leurs transformations. Qu'un médecin éclairé par la pratique essaye donc à ce point de vue et nous lui garantissons un réel succès.

Qu'il nous fasse l'histoire du *naturisme* ancien d'Hippocrate modifié par Athénée, par Gallien, pour nous le montrer chez les modernes dans les audacieuses doctrines de Paracelse et de Van Helmont, de Stahl, et dans le vitalisme de Bordeu, de Fizes et de Barthez.

Qu'en opposition, il nous montre le *scepticisme* repoussant toute théorie pour ne s'en rapporter qu'à l'expérience, afin de nous montrer les caractères différents de l'*empirisme* ancien et actuel.

Qu'il nous montre les systèmes du *solidisme* ancien et moderne engendrant l'ancien méthodisme, et le méthodisme des siècles récents avec les dichotomies célèbres du *strictum* et du *laxum*, avec les systèmes du spasme et de l'atonie, des maladies sthéniques et asthéniques, enfin de cette ontologie d'irritation qui a joué naguère avec Broussais un rôle étiologique si prépondérant.

Qu'il nous raconte les hauts faits de la superstition ancienne et moderne constituant la *théurgie* médicale sous toutes ses formes.

Qu'il nous raconte les prétentions de l'*éclectisme* révolté contre la tyrannie des systèmes en faveur.

Qu'il nous montre la naissance et le développement de cette grande doctrine ennemie des hypothèses qui, au nom de l'*anatomisme*, c'est-à-dire la connaissance approfondie de la structure et des fonctions du corps humain, a fait sortir la plupart des branches glorieuses de la médecine moderne. On aurait d'abord à faire l'histoire de l'anatomie normale et de la physiologie; l'histoire de la chirurgie et de l'anatomie pathologique ancienne et moderne, avec les moyens d'exploration qui s'y rattachent; l'histoire de la chimie pathologique, etc.

Viendrait enfin l'histoire de chaque classe de maladies, au point de vue doctrinal et chronologique, et je crois qu'il y a là un programme de nature à satisfaire la légitime curiosité des auditeurs et des lecteurs.

Hors de là, nous ne croyons pas que l'enseignement historique de la médecine, réduit à l'état de manuel, puisse avoir la moindre chance de réussir parmi nous.

Laisné.

Manuel des humeurs, précédé de notions sur les principes immédiats, renfermant l'étude chimique, physiologique et pathologique de tous les liquides de l'organisme, les méthodes d'analyse des matières animales, les applications aux expériences physiologiques, au diagnostic médical, et aux expertises médico-légales, par Fernand Papillon, Paris, 1870, 1 vol. in-18. — Prix : 4 fr. 50.

De l'influence des maladies de la femme pendant la grossesse, sur la constitution et la santé de l'enfant, par M. le docteur X. Bourgeois (de Tourcoing), lauréat de l'Académie, 1 vol. in-4. — Prix : 3 fr. 50.

Les passions dans leurs rapports avec les maladies (2e édition), par M. le docteur X. Bourgeois (de Tourcoing), lauréat de l'Académie. *L'amour*, 1 vol. in-18 jésus. — Prix : 1 fr. *Le libertinage*, 1 vol. in-18 jésus. — Prix : 1 fr.

Les progrès des sciences en 1869. *Annuaire scientifique*, publié par Dehérain (9e année, 1870), 1 vol. in 18. — Prix : 3 fr. 50.

de M. Mégnin est que, jusqu'à présent, aucun fait d'observation ne milite en faveur de la thèse de la contagion du charbon par l'intermédiaire des mouches entre animaux domestiques, qu'au contraire tous les faits observés s'opposent à l'admission de cette thèse. Ce travail est renvoyé à M. Davaine.

3° Une lettre de M. le docteur Voillemier, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section de pathologie externe (Renvoyé à la section de pathologie chirurgicale).

4° Une lettre de M. le docteur Gubian, par laquelle il annonce la mort de M. le docteur Angelot, ancien médecin en chef de l'hôpital militaire de Lyon et membre correspondant de l'Académie.

5° Une lettre de M. le docteur Laisné, par laquelle il apprend à l'Académie qu'il a découvert, dans une étable appartenant à une communauté religieuse, une éruption de cow-pox naturel. Cette lettre accompagne l'envoi de deux tubes. M. Laisné se tient en outre à la disposition de l'Académie pour lui faire connaître le nom et l'adresse.

6° Une lettre de M. le docteur Closmadeuc (de Vannes) ayant trait à l'incident soulevé dans la dernière séance, par la présentation qu'a faite M. J. Guérin d'une brochure de M. Lediberder. A des propositions comme celle-ci, émanée de la plume de M. Lediberder : « J'ai la conviction profonde que mes bonorables confrères ont bien vu ce qu'ils ont dit et écrit, mais je ne puis mettre en doute que, s'ils recommençaient aujourd'hui une nouvelle enquête, ils ne conserveraient pas leur opinion, » M. Closmadeuc répond : « J'ai été témoin des accidents syphilitiques de 1866 à Sainte-Anne; j'ai sur M. Lediberder, qui n'a rien vu, l'avantage d'avoir vu, et ma conviction sincère et profonde est, que s'il avait vu comme nous et avec nous, il se serait bien gardé d'apporter dans le débat des affirmations aussi absolues, dont le moindre tort est de vouloir laisser supposer qu'une visite tardive d'une trentaine d'enfants, quatre ans après les événements, suffira pour trancher une question de diagnostic médical, résolue de la même manière par tous les médecins qui ont vu les malades de 1866, et qui tous conservent la même opinion. »

— M. TARDIEU présente, au nom de M. le docteur Lunier, inspecteur général du service des aliénés, une brochure ayant pour titre : *De l'augmentation progressive du chiffre des aliénés et de ses causes.*

M. BOULEY offre en hommage, de la part de M. Méguin, vétérinaire en premier, une observation d'un adénome de la glande vulvo-vaginale chez la vache.

M. J. GUÉRIN présente un exemplaire de la lettre adressée par M. le docteur Dumontpallier à la *Gazette médicale* au sujet de la vaccine.

A cette occasion, M. Guérin fait observer que, par un concours de circonstances qu'il se contente de constater, une méprise regrettable a lieu dans le public au sujet des vaccinations pratiquées à l'Académie. L'Académie semble, en effet, avoir adopté sous son patronage la vaccination animale. Aux yeux du public, la vaccine jennérienne y est complétement abandonnée, et c'est le triomphe de la vaccine animale. M. Guérin croit qu'il ne convient pas à l'Académie de prendre la responsabilité d'un semblable état de choses. On doit se demander, en face de l'épidémie, si la vaccine animale rend les services qu'on en attend. Or, la préférence que l'Académie semble avoir pour elle aux yeux du public peut devenir funeste à la vaccine jennérienne : c'est ce qu'il faudrait éviter.

M. DEPAUL proteste contre l'assertion de M. Guérin, et affirme qu'il vaccine à l'Académie autant avec du vaccin d'enfant pris de bras à bras qu'avec du vaccin de génisse. Ce qui se passe en dehors de l'Académie, dit-il, ne me regarde pas. Je n'accepte pas non plus, ajoute M. Depaul, le reproche que me fait M. Guérin d'avoir fait intervenir la vaccine animale à l'Académie de mon autorité privée. J'ai réuni la commission de vaccine, je lui ai dit qu'il se présentait tant de monde pour se faire vacciner à l'Académie, qu'il m'était impossible d'y suffire avec le vaccin humain. Le conseil a décidé alors, sur un rapport de la commission, que le bureau écrirait au ministre pour lui demander les fonds nécessaires pour continuer à l'Académie un service de vaccination animale, devenu indispensable par l'affluence des personnes qui demandaient à se faire vacciner. M. Guérin oublie, en outre, que l'Académie a décidé que la vaccine animale était bonne et devait marcher de pair avec la vaccine jennérienne.

M. LE PRÉSIDENT. M. Guérin ayant mis en cause le bureau, je donne la parole à M. le secrétaire annuel pour la lecture de la note envoyée par le Conseil à M. le ministre.

(M. le secrétaire annuel donne lecture de cette note.)

M. JULES GUÉRIN prétend qu'il n'a point voulu incriminer le Conseil, pas plus que le directeur de la vaccine. Il n'a voulu qu'articuler ce fait que, du moment que l'Académie patronnait de son autorité la vaccine animale, il s'ensuivait que celle-ci paraissait adoptée à la place de la vaccine jennérienne. Il proteste au nom de la science contre ce fait, d'où résulte la perte de la trace de la vaccine jennérienne.

(L'ordre du jour ! l'ordre du jour !)

M. LE PRÉSIDENT met l'ordre du jour aux voix. Il est adopté.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre associé libre.

ÉLECTION

La liste de présentation porte les trois candidats dans l'ordre suivant :

En 1re ligne	M. Payen.
En 2e ligne	M. Amédée Latour.
En 3e ligne	M. J. Michon.

Le nombre des votants étant de 94; majorité, 48 :

M. A. Latour obtient	47 voix.
M. Payen	41 —
M. Michon	5 —
Billet blanc	1 —

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité des suffrages l'Académie procède à un second tour de scrutin.

Nombre des votants, 89; majorité, 45.

M. A. Latour obtient	49 voix.
M. Payen	40 —

M. A. Latour ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé élu. Sa nomination sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

RAPPORTS

Mortalité des nourrissons. — M. BLOT, au nom de la commission dite *des nourrissons* composée de MM. Husson, président, Bergeron, Boudet, Broca, Devergie, Devilliers, J. Guérin, Jacquemier et Blot, rapporteur, communique à l'Académie le résumé analytique et les conclusions présentés par cette commission.

Voici ces conclusions, dont les unes se rapportent aux causes du mal, les autres aux voies et moyens propres à le combattre.

Les causes de la grande mortalité des nouveau-nés peuvent être rapportées aux catégories suivantes :

1° La misère, qui engendre si souvent la faiblesse native des enfants.

2° L'abandon, quelquefois inévitable, mais très-souvent volontaire et injustifiable du dernier acte de la maternité, l'allaitement maternel.

3° L'ignorance des règles les plus élémentaires de l'alimentation et de l'éducation physique du premier âge, ainsi que les préjugés de toute sorte qui résultent de cette ignorance.

4° L'abus, malheureusment trop répandu, de l'allaitement artificiel, toujours inférieur à l'allaitement maternel, et dont les difficultés d'application font presque toujours un mode d'alimentation dangereux.

5° L'alimentation prématurée, qu'il ne faut pas confondre avec l'allaitement artificiel, bien qu'ils soient toujours associés l'un à l'autre.

6° L'absence des soins hygiéniques nécessaires et, en particulier, le refroidissement que subissent trop souvent les nourissons pendant le transport.

7° L'absence de soins médicaux au début des troubles de la santé.

8° Le défaut de surveillance régulière et d'inspection médicale, tant pour ce qui concerne le recrutement des nourrices que pour les soins à donner aux nourrissons.

9° L'obligation, encore trop générale, du transport des enfants à la mairie pour la déclaration des naissances.

10° L'incurie et l'indifférence coupable des parents à l'égard des enfants envoyés en nourrice.

11° La vaccination souvent trop tardive.

12° La localisation de l'industrie nourricière dans un trop petit nombre de départements, d'où la pénurie de lait de femme dans ces mêmes départements.

13° Le grand nombre des naissances illégitimes.

14° Enfin les procédés et les actes plus ou moins criminels qui constituent toutes les variétés masquée de l'infanticide.

Voilà pour les causes du mal; quant aux moyens de le prévenir ou de le combattre, la commission pense qu'on peut les ramener aux suivants :

1° Contre la misère, nous ne pouvons que faire appel à tous les moyens d'améliorer la condition physique et morale des populations.

2° Pour combattre les autres causes, favoriser, autant que possible, l'allaitement maternel, en multipliant les secours temporaires accordés aux mères nécessiteuses qui peuvent allaiter leurs enfants, et réveiller, chez les mères plus fortunées, le sentiment de leurs devoirs maternels.

3° Répandre, partout, les principes et les règles d'une bonne hygiène et en particulier de l'alimentation bien comprise de la première enfance.

4° Rendre plus efficace et plus sérieuse la surveillance administrative et médicale des enfants mis en nourrice à la campagne.

5° Généraliser dans toute la France la constatation des naissances à domicile.

6° Favoriser la vaccination dans les premières semaines de la naissance.

7° Encourager une répartition plus étendue des enfants envoyés en nourrice.

8° Etablir une réglementation de l'industrie nourricière basée sur des données médicales, conformément au projet proposé par la commission.

9° Encourager les sociétés de patronage de l'enfance et les comités locaux d'inspection des nourrices.

10° Fonder des récompenses pour les nourrices dévouées et méritantes. Poursuivre les faits d'incurie notoire, les assimiler à l'homicide par imprudence s'ils sont suivis de mort, et considérer comme coupables d'homicide volontaire les femmes qui, s'associant à des intentions criminelles, font périr lentement les enfants qui leur sont abandonnés.

11° Améliorer les conditions du transport des enfants en nourrice.

12° En vue de la statistique à venir, faire dresser un état numérique et raisonné des décès des nourrissons morts en dehors du pays natal, ainsi qu'un état analogue des naissances et des décès de chaque commune du territoire français, en y relatant, autant que possible, la cause des décès.

13. Instituer à l'Académie de médecine, en vertu de l'art. 24 de son réglement, sous le nom de commission d'hygiène de l'enfance, une commission permanente à laquelle seraient envoyés les documents relatifs à l'hygiène de l'enfance et à l'inspection du service des nourrices. Cette commission, comme les autres commissions permanentes, proposerait, chaque année, des récompenses à la sanction du ministre.

M. FAUVEL. Je ne voudrais pas qu'il y eût un vote de surprise. La commission vient de présenter des conclusions toutes nouvelles Il est juste que les membres qui n'ont pas assisté à la lecture du supplément de rapport qu'on vient d'entendre puissent prendre connaissance, par les journaux de médecine, des propositions qui viennent de nous être soumises. Je demande que la discussion des conclusions soit ajournée à quinzaine. Je m'attends à ce qu'on m'opposera l'urgence. La commission ministérielle, me dira-t-on, attend la fin de nos délibérations. Ce n'est certainement pas un délai de quinze jours qui fera péricliter les travaux de cette commission, et d'ici là chacun de nous aura tout le temps de prendre connaissance des nouvelles conclusions, et de réfléchir aux modifications qu'il pourra désirer y introduire. Le vote de ces conclusions aura lieu alors en parfaite connaissance de cause.

M. CHAUFFARD appuie dans une certaine mesure la proposition de M. Fauvel. Il est d'accord avec lui sur ce point, qu'il ne faut pas précipiter le vote des conclusions; mais il ne faut pas perdre de vue non plus que l'opinion de l'Académie est attendue depuis longtemps : il y a pour elle une certaine question d'honneur à ne pas renvoyer indéfiniment. Il ne peut y avoir lieu maintenant à discuter longuement. L'espace de huit jours sera bien suffisant pour que tous les membres de l'Académie soient en mesure, d'autant plus que d'ici-là les journaux qui rendent compte des séances de l'Académie auront publié ces conclusions.

M. BROCA est pour le délai le plus court possible. Il suffirait d'un jour pour que les conclusions du nouveau rapport fussent imprimées et distribuées. Pourquoi donc ajourner encore une solution aussi vivement attendue? Il ne s'agit plus maintenant de faire notre éducation sur la question, chacun de nous est fixé; il ne s'agit seulement que de voir jusqu'à quel point les conclusions sont conformes à l'opinion de l'Académie. Il n'est même pas nécessaire d'ajourner à huit jours pour cela. On pourrait voter les conclusions dans une séance extraordinaire.

M. HUSSON. Je ferai remarquer à l'Académie que le travail de la commission administrative aboutira très-probablement à un projet de loi, qui devra être présenté dans cette session. Or, la commission administrative ne peut pas terminer son travail sans avoir entre les mains celui de l'Académie. Il y a donc urgence.

Cette question a occupé l'Académie pendant plusieurs années, il n'y a donc aucune raison pour ajourner plus longtemps l'envoi de son rapport. Je propose que l'on ne renvoie pas plus loin qu'à mardi prochain.

M. BLOT appuie la proposition de M. Husson.

M. FAUVEL retire sa motion.

Il est convenu que les conclusions du nouveau rapport de la commission seront mises en délibération mardi prochain.

PRÉSENTATION

M. DEMARQUAY met sous les yeux de l'Académie les pièces pathologiques d'un sujet qui a succombé récemment dans son service à un cancer primitif du larynx. Nous publierons cette observation dans le prochain numéro.

La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE

Vulgarisation du vaccin de génisse.

A M. le Dr E. Le Sourd, directeur de la Gazette des hôpitaux.

Cher et bien honoré confrère,

La position faite en ce moment aux médecins de par ce quelque chose — si ce n'est même rien — que le vénérable Husson, qui tint si longtemps à l'Académie le sceptre de la vaccine, aurait peut-être bien qualifié en son temps de SPECTRE VACCINO-SYPHILIEN est devenue vraiment intolérable. Comme nous tous, mon cher confrère, j'ai fait de mon mieux pour satisfaire à l'engoûment du jour pour le vaccin de génisse. Mais hélas!... guère plus heureux que nombre de confrères que j'ai rencontrés exhalant mêmes plaintes sur le même chemin, c'est à peine, si après quinze jours d'actives démarches dans les hôpitaux et à l'Académie, je suis parvenu à me procurer une demi-douzaine de lancettes très-légèrement maculées du si précieux virus. En revanche, je dois le dire, personne n'entendit et n'entendra jamais le mot *impossible* sortir aussi imperturbablement et aussi souvent d'une même bouche.

Il fallait en finir avec un pareil état de choses. Pressé d'un côté par des clients *irréconciliables* du vaccin humain, mais pas assez millionnaires pour se montrer indifférents à l'idée de se faire revacciner, eux et toute leur famille, au tarif d'un louis par tête, et sollicité, d'autre part, par des confrères et amis faisant un appel chaleureux à l'initiative « dont, disaient-ils, j'avais donné mainte preuve, » je me suis mis en campagne pour chercher remède à un monopole dont nous souffrons tous plus ou moins professionnellement. Eh bien, huit jours à peine expirés, me voici déjà avec ledit remède, que je m'empresse de porter à la connaissance des intéressés.

Se rendre, à son jour et à son heure, aux abattoirs de la Villette. S'y aboucher avec un marchand boucher, abatteur de veaux. Louer, à prix débattu, un jeune veau mâle ou femelle. Le prix moyen de la location est de 20 francs par tête et pour huit à neuf jours, et celui de la nourriture de l'animal, dont, bien entendu, le loueur devra se charger, de 5 francs par jour. Au jour indiqué pour la prise de possession, inoculer le ruminant, préalablement rasé en ce point, sur l'abdomen, vers les trayons ou vers la cuisse, si c'est un mâle, avec du vaccin de choix inséré par 12 à 15 piqûres. Faire absolument de même que s'il s'agissait de vacciner un humain, et attendre trois ou quatre jours, après lesquels il faudrait être bien malheureux, ou avoir bien mal opéré, pour ne pas trouver sur les piqûres au moins cinq ou six boutons, c'est-à-dire de quoi charger quarante ou cinquante fois l'aiguille ou la lancette, et procéder de suite, sur une autre bête, à une nouvelle et décisive vaccination.

Ainsi ai-je fait mercredi, 9 mars. Dimanche dernier, j'avais 8 boutons; jeudi j'en aurai, je l'espère, 40 ou 50, et samedi ou lundi, une centaine.

Voilà tout le secret de la chose.

Si des confrères, mais en petit nombre tout d'abord, désirent du vaccin de génisse soit pour aider, eux aussi, l'administration dans son œuvre de vaccination et de revaccination, soit pour vacciner

simplement leurs irréconciliables, il leur en sera délivré jusqu'à nouvel ordre, cité Trévise, 5, tous les jours, sauf les vendredis et samedis, de deux heures à quatre heures, moyennant une légère rétribution destinée à couvrir les frais.

Veuillez agréer, etc.

Dr V. Burq.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1869

279. Lande (Louis). Essai sur l'aplasie lamineuse progressive (Atrophie du tissu connectif), celle de la face en particulier (Trophonévrose de Romberg).
280. Rist (Adrien). Observations sur la physiologie des sensations.
281. Arrillard. Étude sur les kystes hydatiques des muscles.
282. Bouyer (Jules). Caractères des eaux de l'amnios au point de vue du pronostic de l'accouchement.
283. Lebel (Casimir). De la grossesse multiple.
284. Laure (P.). Étude sur la contracture intermittente des extrémités.
285. Mourson (Joseph). De la médication antiseptique dans la fièvre typhoïde avec quelques considérations sur la nature de cette fièvre et sur celle de la forme putride.
286. Barlemont (E.). Essai sur certaines modifications de la nutrition pendant la grossesse.
287. Devillez (Henri). Des ruptures de l'utérus et de la partie supérieure du vagin résultant des manœuvres obstétricales.
288. Malherbe (Achille). Essai sur la dipsomanie.
289. Régnault (Guillaume). Nouveaux faits de compression digitale indirecte.
290. Poppesco (T.). Des dartres en général ou de la diathèse dartreuse.
291. Schweich (Michel). Étude sur la classification des syphilides.
292. Tardieu (Amédée). Sur la fracture du bassin.
293. Le Diberder (Henri). Étude sur les signes et le diagnostic des fractures du crâne.
294. Lelièvre (Narcisse). Granulations de la conjonctivite.
295. De La Bigne Villeneuve. Des déchirures du foie et de la vésicule biliaire.
296. Olivier (Paul). Sur les tumeurs osseuses des fosses nasales et des sinus de la face.
297. Lafont (Ernest). Étude sur le tremblement saturnin.
298. Perkovoski (Séverin). De la pneumonie rhumatismale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 12 mars 1870, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique, le docteur Jules Delbet a été nommé chevalier de l'ordre impérial de la Légion d'honneur (Mission scientifique en Asie-Mineure.)

— Les docteurs en médecine, vétérinaires et sages-femmes, qui auraient connaissance d'un cas de cow-pox spontané, bien constaté, sont priés d'en informer par voie télégraphique, soit le directeur de l'administration de l'Assistance publique à Paris, soit le directeur de la vaccine, à l'Académie impériale de médecine.

— M. le docteur A. Proust, agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux., suppléant de M. le professeur Bouillaud, commencera ses leçons de clinique médicale à la Charité, le mardi 22 mars, à neuf heures et quart, et les continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

— Le docteur L. Belhomme, ex-interne des hôpitaux du Midi, de l'Oursine et de Saint-Louis, commencera son cours public sur la syphilis, à son dispensaire, rue Dauphine, 38, le vendredi 18 mars, et le continuera les vendredis suivants.

— L'établissement d'hydrothérapie d'Auxerre est à vendre, par suite de la mort du docteur Fontaine, directeur de cet établissement. S'adresser à Mme veuve Fontaine, à Auxerre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Étude médico légale sur la pendaison, la strangulation et la suffocation, par Ambroise Tardieu, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris. Paris, 1870, 1 vol. in-8; de 352 pages, avec planches coloriées, 5 fr.

L'année scientifique et industrielle, par Louis Figuier (14e année), 1 vol. in-18 de 600 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Outre l'exposé, extrêmement complet, des découvertes et des travaux accomplis par la science et l'industrie en 1869, et la nécrologie scientifique de l'année, ce volume renferme une très-belle carte du canal et une vue du port de Suez.

Étude sur les tumeurs de la glande lacrymale, par le docteur Sautereau. 1 vol. in-8, 1870. — Prix : 2 fr. 50.

De l'apoplexie et de son traitement, par M. le docteur X. Bourgeois, lauréat de l'Académie. 1 vol. in-8. — Prix : 2 fr.

Le cresson, par M. le professeur Ad. Chatin, 1 vol. in-12. — Prix : 2 fr.

Le directeur, Dr E. Le Sourd

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois pa semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAM:

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Cancer primitif du larynx.

Le 24 février dernier, M. le docteur Fauvel adressait M. de C.., à la Maison de santé, avec prière à M. Demarquay de pratiquer la trachéotomie devenue urgente par suite d'une maladie grave du larynx.

Ce malade avait consulté M. Fauvel, en novembre 1868, pour un enrouement datant de trois ans ; il se plaignait de douleurs sourdes dans le larynx, et de difficulté dans l'exercice de la parole, qui amenait souvent un peu de sang dans ses crachats. Fort et bien constitué, le malade accusait un peu de maigreur, et déclarait n'avoir aucun antécédent syphilitique.

A l'examen du larynx, M. Fauvel constate une altération très-grande de toute la corde vocale inférieure gauche, qui est d'un rouge livide le long de son bord libre, et présente au milieu de ce bord une végétation rouge, en forme de polype, à base large, à surface grenue, et de la grosseur d'un petit pois. On s'aperçoit, en outre, que cette tumeur n'est pas isolée de la corde; qu'elle n'en est qu'une portion tuméfiée et œdématiée. La corde vocale supérieure, du même côté, participe à cet état morbide. Toute la partie droite du larynx est saine. La partie malade est touchée avec une solution de nitrate d'argent, et le malade est soumis à un traitement spécifique qui ne donne aucun résultat.

Au commencement de l'année 1870, les cordes vocales du côté droit se prennent; la nature du mal n'est plus douteuse; on a affaire à un cancer primitif du larynx. La marche progressive de la maladie obligea bientôt le malade à réclamer de nouveaux soins. Ce fut alors qu'il fut adressé à la Maison municipale de santé pour y subir l'opération de la trachéotomie, le seul moyen de faire cesser les accidents de suffocation qui menaçaient sa vie.

L'opération fut faite le 25 février au matin. Le malade étant placé dans une position commode pour l'opération, M. Demarquay chercha d'abord à déterminer le rapport des parties constituantes du cou. Ce dernier était court et le cartilage cricoïde se trouvait placé à un travers de doigt au-dessus de la partie supérieure du sternum.

L'opérateur fit, sur la ligne médiane, une incision qui s'étendait de la partie moyenne du larynx jusqu'au sternum. Il divisa successivement les tissus, liant les vaisseaux à mesure qu'ils étaient coupés, et il arriva avec difficulté sur la partie supérieure de la trachée-artère pour la découvrir dans une étendue convenable. Il dut disséquer derrière le sternum, en ayant bien soin de ménager le tronc brachio-céphalique, que l'on sentait battre à une petite distance. L'opération aurait pu être rendue plus facile en faisant l'ablation partielle du cartilage cricoïde, et en pratiquant la laryngo-trachéotomie, mais en agissant ainsi, la canule aurait été placée dans le larynx, au centre de la partie malade, au contact d'une muqueuse douée d'une grande sensibilité. Ce sont ces circonstances qui ont toujours porté M. Demarquay à rejeter, dans les cas de maladie du larynx, la laryngo-trachéotomie. Ajoutez à cela que, si la maladie était curable, on condamnerait le malade par la destruction partielle du cartilage cricoïde à porter toujours une canule. Pour toutes ces raisons, il donna la préférence à la trachéotomie qu'il parvint à pratiquer. L'état du malade fut très-amélioré par le fait de l'opération, mais il succomba au quatrième jour à une pneumonie.

A l'autopsie, on constata les lésions suivantes : le larynx n'avait subi aucune altération extérieure, mais lorsque tout l'appareil respiratoire fut détaché, il fut facile de voir que toute la portion antérieure du larynx, toute la partie, en un mot, désignée sous le nom de *glotte vocale*, était envahie par un cancer épithélial ; il avait débuté dans la corde vocale inférieure gauche, et de là, il avait envahi tout le côté gauche de cet organe, détruisant les deux cordes vocales; de là, il s'était porté à droite et avait envahi la corde vocale de ce côté, mais il ne remplissait pas de ce côté toute la hauteur du larynx.

Depuis le cartilage arythénoïde jusqu'au cartilage cricoïde, il formait donc en avant une masse ulcérée, en tout semblable à un cancroïde de la lèvre ou de la cavité buccale. Toute la glotte respiratoire était intacte. Cette circonstance explique l'aphonie dont le malade était atteint, et la possibilité de respirer qu'il avait conservée jusqu'au dernier moment.

Cette masse cancroïdale, granuleuse et ulcérée s'était surtout portée en avant, du côté de l'insertion des cordes vocales. Elle avait envahi le périchondre et séparé les deux lames du cartilage thyroïde qu'elle avait également attaqué, et commençait à faire saillie sous le périchondre qui tapisse la face antérieure du larynx. Cette maladie avait naturellement troublé la respiration dont les efforts étaient de plus en plus considérables. Aussi, en était-il résulté une hypertrophie considérable des fibres musculaires qui tapissent la partie postérieure de la trachée et des bronches.

Pour rendre le fait plus intéressant, M. Demarquay a fait l'examen histologique de cette pièce avec le concours de M. Hénocque. Il résulte de cet examen que l'on a eu affaire à un épithélioma du larynx. Mais par quel épithélium était-il constitué? Tout le monde sait que la cavité laryngée est tapissée par un épithélium cylindrique et vibratile, excepté au niveau des cordes vocales où se trouve de l'épithélium pavimenteux. Ce cancer était donc formé d'épithélium pavimenteux.

En résumé, cette tumeur du larynx était un épithélioma dont le point de départ semblait devoir être rapporté à la partie de la muqueuse voisine de l'insertion antérieure des cordes vocales. Cet épithélioma ne rappelle en rien la structure glandulaire; il paraît plutôt s'être développé à la surface, et il a envahi successivement, la muqueuse, puis le périchondre. La forme de l'épithélium dominant est l'épithélium pavimenteux, c'est-à-dire un épithélium se rapprochant de celui qui tapisse les cordes vocales. La tumeur ne se développant qu'en s'ulcérant sur divers points, a formé des mamelons fongueux qui ont déterminé l'aspect extérieur.

C'est là un exemple, non pas unique sans doute, mais extrêmement rare de cancer primitif du larynx. M. Demarquay avait fait deux fois déjà la trachéotomie pour des cas qualifiés cancer du larynx, mais il n'a point eu l'occasion de vérifier l'exactitude du diagnostic. Les seuls exemples de cancer primitif du larynx bien authentique que l'on connaisse, sont ceux qui ont été observés par M. Louis et par Trousseau. Celui-ci serait le troisième.

l'Ignipuncture.

Nous avions déjà l'acupuncture, empruntée aux Chinois, l'électro-puncture, l'aquapuncture, qui a fait récemment son entrée dans le monde ; voici venir l'ignipuncture. Ne point confondre avec la cautérisation punctuée qui a fait depuis longtemps son chemin dans la pratique. L'ignipuncture a des prétentions plus... pénétrantes. Qu'est-ce que l'ignipuncture?

En voici une description que nous empruntons à l'*Opinion médicale*, en attendant que nous puissions juger par nous-même de son mode d'application et de ses effets.

C'est une méthode de cautérisation que M. le professeur Richet emploie depuis quelque temps dans son service de la Clinique, et qu'il a appliquée plus particulièrement jusqu'ici dans les cas de tumeurs blanches, bien qu'elle soit applicable en réalité à une foule de maladies diverses. Elle consiste à plonger à plusieurs reprises, en des points différents, dans les tissus morbides que l'on désire modifier, un petit cautère à boule, terminé par une aiguille longue et fine, et rougie à blanc. M. Richet se sert de cautères armés d'une aiguille de platine de 5 à 6 centimètres de longueur, dont la base a environ 3 ou 4 millimètres de diamètre, et dont l'extrémité est à peu près mousse. L'aiguille est vissée sur la boule du cautère, qui est en acier, et qui a 1 centimètre de rayon. Pour faciliter le manuel opératoire, l'aiguille est fixée à angle droit sur le manche.

Supposant qu'on veuille appliquer l'ignipuncture pour une tumeur blanche du genou, par exemple, on commencerait par choisir les points convenables, et on les marquerait d'avance avec une goutte d'encre. Les cautères, préalablement rougis et apportés près du malade, le chirurgien les prend les uns après les autres et les plonge successivement et rapidement dans les points marqués. L'aiguille brûle et détruit les tissus devant elle, et pénètre, avec une grande facilité, aussi loin qu'on peut le désirer, mais de manière à éviter cependant que la boule brûle la peau ; l'aiguille, à cet effet, ne doit pas pénétrer au delà des deux tiers environ de sa longueur. On doit la retirer comme on l'a fait pénétrer rapidement, mais sans violence et sans hésitation...

... Si nous avons bonne mémoire, cette méthode n'est pas aussi nouvelle que paraît le croire l'auteur auquel nous en empruntons la description. Sauf de très-légères modifications peut-être, nous l'avons vu employer, il y a bien sept ou huit ans au moins, par M. Richet lui-même à l'hôpital de la Pitié, où il avait alors un service. Aurait-il continué à l'employer depuis, sans qu'on y eût fait autrement attention ? L'aurait-il momentanément abandonnée pour la reprendre ensuite avec des modifications et des perfectionnements qui lui auraient assuré de meilleurs résultats ?

FEUILLETON BIBLIOGRAPHIQUE

I. **Nouveau dictionnaire de botanique**, par M. E. GERMAIN DE SAINT-PIERRE (1). — II. **La truffe**, par le professeur A. CHATIN (2). — III. **Guide pour reconnaître les champignons comestibles et vénéneux de France**, par KRŒNISHFRANCK (3). — IV. **Les fonds de la mer**, par MM. FOLIN, PÉRIER et BERCHON.

I

Il n'est pas un botaniste, dont les études remontent à une vingtaine d'années, qui n'ait gardé le plus charmant souvenir d'un petit ouvrage, — introuvable aujourd'hui, — que l'auteur, M. Germain de Saint-Pierre, avait intitulé modestement : *Guide du botaniste*.

Que de renseignements précieux contenait ce petit livre! Il était divisé en deux parties : la seconde était un dictionnaire que le botaniste gardait toujours près de lui et conservait avec le plus grand soin; la première partie prenait le néophyte par la main, lui apprenait l'étude, l'amour de l'étude, les procédés de ces mille détails que l'usage seul enseigne d'ordinaire. C'était en quelque sorte le développement et l'application à la moderne de certain chapitre du *Philosophia botanica*. Ce guide n'avait pas le ton dogmatique, il causait, et causait d'une manière charmante.

Le souvenir de sa lecture est encore bien présent à notre esprit, et tous nous regrettions sa rareté.

Mais voici que M. de Saint-Pierre nous rend le livre aimé. Il n'a plus son nom d'autrefois, la seconde partie l'a emportée sur la première. Nous n'avons plus le *Guide*, mais nous avons le *Dictionnaire*, énormément augmenté, et dans lequel les articles du *Guide* sont venus se fondre et prendre souvent un grand développement.

Aujourd'hui, un livre de science demande à l'illustration un secours puissant; le *Nouveau dictionnaire de botanique* ne reste pas en arrière, car 1,600 figures viennent enrichir les descriptions.

Un dictionnaire ne s'analyse pas; il ne se lit pas ordinairement, il se consulte. Ici l'auteur a voulu qu'on pût lire son œuvre, et il a dressé l'ordre dans lequel le lecteur peut interroger chaque article. Cet ordre permet ainsi d'avoir à sa disposition un excellent traité de la science des plantes, où la morphologie, la biologie, la description des organes, des groupes phanérogamiques et cryptogamiques trouvent leur place tour à tour.

L'introduction à l'étude des plantes, l'histoire des plantes usuelles, et — ce qui n'est pas à dédaigner, — un glossaire de mots latins employés dans les ouvrages descriptifs, complètent cette œuvre nouvelle.

Nous ne pensons pas que le *Nouveau dictionnaire de botanique* de M. Germain de Saint-Pierre ait besoin d'éloges. Il n'est pas un botaniste qui ne le réclamât, et il nous suffit d'annoncer qu'il est en vente pour satisfaire ceux qui l'attendaient avec impatience.

II

M. le professeur Chatin a publié, il y a quelques années, une excellente petite monographie du cresson au point de vue économique (1).

Aujourd'hui, le même savant soumet *la truffe* à la même étude.

On dit le médecin très-gourmet, nous le pensons assez volontiers, et venir lui parler *truffes* ne saurait lui déplaire. Nous savons très-bien les apprécier, mais savons-nous aussi bien leur histoire? Savons-nous les pays où croissent les truffes; quelle est l'origine ou la nature propre de la truffe, ses caractères botaniques, les arbres qui les ombragent, le sol, le climat qui leur plaît? Autant de questions que M. le professeur Ad. Chatin a étudiées avec le plus grand soin.

Avec lui, nous apprenons à reconnaître l'existence des truffières, nous étudions la culture et la récolte de la truffe, et nous sommes initiés à la statistique de la production truffière.

C'est bien de connaître *botaniquement* la truffe; mais quelles sont

(1) 1 vol. gr. in-8° de 1,400 pages, avec 1,600 figures. Prix : 25 francs.
(2) 1 vol. in-12 avec planches. Prix : 3 francs.
(3) 1 vol. in-16 carré, avec 117 espèces coloriées. Prix : 5 francs.

(1) 1 vol. in-12. Prix : 2 francs.

c'est ce que nous ignorons jusqu'à ce moment, mais ce qu'il nous sera très-facile d'éclaircir d'ici à huitaine. Toujours est-il que l'attention ayant été appelée sur cette méthode, nous avons cru devoir la signaler.

Tumeur graisseuse de la jambe (lipôme), question de récidive.

On se rappelle la discussion qui a eu lieu, il y a deux ans environ, à la Société de chirurgie sur la prétendue valeur pathognomonique de la fluctuation et sur les erreurs assez fréquentes de diagnostic, qui ont été la conséquence d'une confiance exagérée dans la valeur de ce symptôme, ou plutôt de la difficulté d'apprécier la vraie ou la fausse fluctuation. Rien ne ressemble, en effet, à la fluctuation comme les sensations que produisent à la main certains lipômes. Nous nous rappelons avoir été plusieurs fois témoin ou dupe nous même de cette méprise. Ces circonstances nous reviennent en mémoire à l'occasion d'un fait qui s'est passé récemment dans le service de M. Richet à la Clinique, et qui présente de l'intérêt à un autre point de vue.

Il y a un an, M. Richet enleva chez un jeune homme une énorme tumeur graisseuse, qui s'était développée à la partie interne de la jambe. Cette tumeur présentait à la pression et à la palpation tous les caractères de la fluctuation la plus manifeste, au point que, dans le doute s'il avait affaire à une tumeur solide ou à une tumeur liquide, M. Richet avait fait préalablement une ponction exploratrice, qui était restée sans résultat. La tumeur, une fois mise à découvert, il fut aisé de reconnaître qu'elle était constituée par un amas de tissu adipeux; elle avait des racines profondes, qui s'engageaient au loin dans l'intervalle interosseux, qui en rendirent l'extirpation très-difficile. M. Richet considérant la nature bénigne de cette tumeur, ne se préoccupa que médiocrement de savoir s'il en laissait ou non quelque petite parcelle dans le fond de la plaie, sachant, d'ailleurs, qu'en général les reliquats de tumeurs graisseuses disparaissent à la longue par atrophie. Il ne pensait plus guère, sans doute, à ce malade, lorsque celui-ci est rentré ces jours derniers à l'hôpital avec une nouvelle tumeur beaucoup moins volumineuse que la précédente, mais de même aspect et très-probablement de même nature, siégeant cette fois à la région externe de la jambe, mais à peu près au même niveau. La tumeur avait à peu près le volume d'un demi-œuf; elle était molle, fluctuante, et produisait en outre, au toucher, cette sensation particulière de crépitation qui tient à la collision des petits grains graisseux lorsqu'ils sont pressés les uns contre les autres. Cette tumeur enlevée a présenté exactement les mêmes apparences et les mêmes caractères que la première; c'était évidemment une tumeur graisseuse.

Mais ici une nouvelle question surgit. Voilà une tumeur graisseuse qui a récidivé. Ce n'est pas là le propre de ces sortes de tumeurs. Cette récidive ou reproduction sur place a eu lieu, il est vrai, sans donner lieu à aucun engorgement ganglionaire de voisinage, sans produire aucun retentissement général sur l'économie. La santé du malade n'en a été en réalité nullement atteinte. Mais il n'y en a pas moins, dans ce fait, quelque chose d'insolite ou tout au moins d'imprévu qui porte à se demander si c'est bien à un lipôme simple qu'on a eu affaire, ou à un de ces myxomes ou myxo-lipômes qui ont été décrits par les anatomo-pathologistes allemands et qui, avec des apparences extérieures qui les font confondre avec les lipômes, ont en réalité une composition histotologique qui les rapproche des tumeurs dites colloïdes. C'était une question qui ne pouvait être résolue que par le microscope. La première tumeur avait été déjà examinée sur la demande de M. Richet par M. Legros. On a dû lui transmettre la deuxième tumeur pour qu'il la soumette à un nouvel examen. Nous ferons connaître incessamment les résultats de ces deux examens comparatifs, qui pourront aider peut-être à la solution d'une question d'anatomie pathologique qui renferme encore quelques obscurités.

DES MOYENS PRATIQUES D'OBVIER A LA MORTALITÉ DES ENFANTS NOUVEAU-NÉS

Par M. le docteur P. Chalvet (1).

Troisième et quatrième propositions. — *Pour obvier de suite à la mortalité des enfants nouveau-nés, il faut imposer aux mères au moins l'allaitement transitoire; modifier en même temps le système d'allaitement des hôpitaux, et remplacer l'industrie des nourrices par des fermes-nourrices créées à la fois par l'administration et l'industrie privée.*

Les moyens pratiques qui permettraient d'obvier de suite à la mortalité des nouveau-nés incombent à la fois aux parents, aux médecins et à l'administration.

Pour ce qui concerne les parents, les courageuses publications de M. le docteur Monot, de Montsauche (2), et de M. le docteur Brochard (3) les ont suffisamment éclairés sur le malheureux sort qui est réservé à la plupart des enfants envoyés chez des nourrices inconnues. Ceux qui ont lu ces publications et qui ne s'imposeront pas à l'avenir de sérieux sacrifices pour les soustraire à l'industrie des *éleveuses*, laisseront croire que la destinée de leurs enfants les préoccupe infiniment peu. Cette supposition est loin d'être gratuite. L'abrutissement alcoolique qui tend à se généraliser dans certaines régions sociales amoindrit graduellement toute espèce de sensibilité. On ne voit souvent, dans le nouveau-né, qu'un importun dont le fâcheux avénement inspire peu de satisfaction. Aussi, le voit-on partir sans regret chez la mauvaise nourrice. N'a-t-on pas démontré (4) que certaines éleveuses qui ne rendent *jamais* d'enfant sont en quelque sorte recherchées par de mauvais parents! C'est l'infanticide organisé pour l'impunité. Il serait certainement difficile de faire cesser ces mauvaises dispositions des parents par tout autre moyen qu'une meilleure éducation des masses, mais en attendant que l'organisation en soit arrivé là, il nous semble qu'il est possible de supprimer les mauvaises *éleveuses*.

A côté de ces monstrueuses exceptions, relativement rares, sont de nombreuses familles qui aiment leurs enfants et qui les perdent avec le plus grand regret. Beaucoup de ces familles ont compris, par leur propre observation, la cause de la mortalité des enfants qu'elles ont envoyés en nourrice, et après plusieurs pertes douloureuses, les mères se sont résignées à allaiter en travaillant. Elles ont pu se convaincre alors que cette mortalité imputée à la *faiblesse native* cessait avec l'allaitement maternel.

Rien n'était plus naturel *à priori*. Cependant, il a fallu la répétition de funèbres expériences pour que cette détermination fût prise. Les choses se passeraient autrement si toutes ces questions d'hygiène étaient généralement enseignées comme des notions de première nécessité. Convenons-en, puisque ce fait s'offre tous les jours à notre observation, il est dangereux d'enlever toute initiative aux masses. Du jour où l'initiative privée s'éveillera à propos de l'éducation physique des nouveau-nés, elle suffira pour supprimer un mal que les mesures administratives ont laissé et laisseront encore longtemps subsister.

Il faut donc que les parents sachent bien, à l'avenir, que tout enfant envoyé en nourrice sous la sauvegarde du système actuel, est voué à l'alternative de mourir dans le courant de la première année, ou de vivre avec une constitution plus ou moins altérée, parce qu'il aura ingéré, dès les premiers jours, un aliment qui ne lui convient pas, qu'il ne sera pas convenablement allaité, qu'il subira l'alimentation prématurée, sans préjudice d'autres mauvais traitements. Une fois cette vérité gravée dans l'esprit de tout le monde, dès que l'on sera bien persuadé que les nourrices sur lieu sont à peu près les seules qui allaitent véritablement au sein, un grand nombre de mères s'imposeront l'allaitement. Mais pour que cette transformation se fasse dans nos mœurs et dans nos habitudes, il faut que les médecins cessent de conseiller le contraire.

Cependant, il faut bien en convenir, certaines professions seront toujours un obstacle à l'allaitement maternel. De ce nombre sont les domestiques forcées de vivre chez leurs maîtres. Aux mères qui se trouvent dans cette condition, il suffirait d'un allaitement de quinze jours, juste le temps exigé pour le repos à la suite de l'accouchement. Ce court allaitement, favorable à la mère, permettrait de continuer l'élevage au biberon tel que nous le mettons en pratique. Voilà pour la classe ouvrière. Quant à la classe riche, nous l'avons dit, elle peut généralement allaiter. Tous les efforts des médecins doivent tendre à vulgariser l'allaitement maternel chez les femmes *du monde*. C'est ici surtout que les efforts de la Société protectrice de l'enfance peuvent être couronnés de succès. Cette tâche sera difficile, on ne saurait se le dissimuler, tant que les hommes pour ainsi dire à la fois spéciaux et officiels persisteront à dire et à faire croire que « la moitié des femmes des grandes villes no peuvent pas allaiter, soit que les glandes mammaires soient dans un état rudimentaire, soit qu'elles ne sécrètent pas de lait. »

Je persiste à soutenir que c'est là une idée préconçue; j'ai fait nourrir avec succès des femmes du monde que les oracles avaient déclarées impropres à l'allaitement. Je puis même dire que c'est avec grand'peine que l'on parvient à vaincre la résistance des familles endoctrinées par les grands accoucheurs. Il est convenu dans les hautes sphères médicales que toute femme d'apparence chétive ne peut pas nourrir, et alors on conseille de suite la nourrice sur lieu sans faire la moindre tentative. Pour défendre ce système, qui plaît souvent aux familles parce qu'elles ne se rendent pas compte du danger, on invoque quelques exceptions, que l'on s'empresse d'ériger en règle générale. Les nourrices abondent, dit-on, on n'en a jamais manqué, à quoi bon fatiguer ces dames par les ennuis de l'allaitement!

Les nourrices ne manquent jamais, je le sais malheureusement trop! Je laisse à M. le docteur Monot le soin d'établir la situation qui est faite à l'enfant de cette nourrice sur lieu. « Convaincu que plus son lait sera jeune, plus son placement sera avantageux, elle hâte ses préparatifs de départ... son enfant mourra, peu lui importe... Pendant qu'elle vit à Paris dans le luxe, ses enfants sont livrés à eux-mêmes ou confiés aux soins d'une voisine, qui s'en occupe très-peu. Ils sont malades, personne n'est là pour les soigner. Son mari va au cabaret, contracte des habitudes de dépense et de débauche. La vie de la famille est détruite à jamais. » Rien n'est plus exact, la description est navrante de réalité pour tous ceux qui ont étudié la question de près. Mais ce n'est pas tout, qu'arrive-t-il ensuite dans les départements qui fournissent les nourrices sur lieu, dont MM. les accoucheurs n'ont jamais manqué? »

« Ces départements ont beaucoup de peine à fournir le contingent de la conscription, tant les jeunes gens y sont faiblement constitués. (Brochard.) »

L'affaiblissement de cette population n'est pas dû seulement « aux nourritures répétées des mères, » comme le dit M. le docteur Monot, mais aux mauvais soins des nouveau-nés abandonnés en quelque sorte par leurs parents et condamnés à l'alimentation prématurée.

Et dans les familles riches que se passe-t-il? L'enfant d'un jour prend un lait d'un ou de plusieurs mois, on compromet dès le principe son organisation, et on lui donne, comme au jeune animal élevé de la sorte, une constitution délicate.

En résumé, on arrive à faire des *réformés* en province et des petits crevés des deux sexes à la ville, voilà le résultat que l'on obtient avec les nourrices si faciles à trouver! Ces faits sont confirmés par l'observation de tous les jours, ils s'imposent à tous les observateurs qui ont des yeux pour voir; cependant ne croyez pas que les cris des hommes qui protestent contre ce système aient quelque chance d'être entendus de sitôt. Nous avons à lutter contre des pots de fer: notre génération s'usera, selon l'habitude de nos institutions françaises, avant que l'on daigne mettre un terme à ces causes multiples de dépopulation et de dégénérescence de notre race, qui menace de ne pouvoir conserver sa vigueur que pour les mélanges de *l'immigration*.

Je le répète à mon tour, dans un sens opposé, « l'expérience n'est plus à faire », la plupart des femmes de grandes villes peuvent nourrir quelques semaines. Après cet essai, beaucoup s'aperçoivent qu'elles peuvent continuer l'allaitement, et la mère et le nouveau-né s'en trouvent bien.

Celles qui sont forcées de cesser de nourrir après un court allaitement ont déjà fait leur devoir, elles ont mis le nouveau-né à même de pouvoir sans danger prendre le lait d'une nourrice qui a perdu son enfant, par exemple, ou du lait de vache et de chèvre.

A partir du troisième mois, afin que la mère délicate échappe à la fatigue, je donne pendant la nuit, selon l'usage anglais, du lait animal de la traite du soir. La mère peut aussi continuer d'allaiter jusqu'à l'éruption des huit premières dents, époque à laquelle il convient d'opérer le sevrage sans discontinuer le régime lacté, que je conseille de faire prédominer jusqu'à la fin de la seconde année.

Pour les enfants qui naissent dans les hôpitaux, l'administration

(1) Fin. — Voir les nos des 25, 27 janvier, 8, 15 et 26 février 1870.
(2) *De l'industrie des nourrices et de la mortalité des petits enfants* Académie de médecine, 1866, par M. Monot.
(3) *L'Allaitement maternel*, par M. Brochard. Paris, 1870.
(4) Brochard, *loc. cit.*, p. 76.

---

ses qualités marchandes? quelles sont les fraudes de ce commerce? à quelles altérations sont exposées les truffes?

N'y a-t-il pas là tout un programme rempli d'intérêt? Saupoudrons-nous le tout de quelques notions d'hygiène, même de quelques renseignements culinaires? — le sujet ne saurait s'y refuser.

Voilà, si nous ne nous abusons, un petit livre que le médecin voudra dévorer. Nous l'y convions avec plaisir; il ne sera pas déçu. L'œuvre de M. Chatin est savante, très-savante; mais elle sait en même temps être pleine de charme et d'agrément.

III

Toutes les publications qui tendent à prévenir les accidents sont bien de notre ressort. Il en est peu qui puisse rendre plus service au praticien qu'un petit livre donnant de bonnes reproductions iconographiques des champignons bons ou vénéneux de notre pays. Tel est le problème que M. Krœnishfranck a résolu d'une manière très-heureuse.

Son ouvrage ne saurait se comparer à la belle publication de M. le docteur Cordier, mais il a un côté qui saura le faire apprécier: son très-bon marché. Et empressons-nous d'ajouter que ce bon marché n'a pas empêché l'auteur de donner une iconographie coloriée, très-réussie.

Le format très-portatif du *Guide pour reconnaître les champignons* a été aussi fort bien imaginé. On comprend que ce livre doit pouvoir se mettre dans la poche, et lorsque les champignons se montrent dans nos bois ou nos prairies on pourra très-facilement comparer gravures et champignons.

Le texte est peu développé: mais il ne faut demander à ce guide que des planches fidèles, et la mention *comestible* ou *mauvais*. C'est un livre *pratique*: à ce titre, nous le signalons à nos lecteurs.

IV

Parmi les publications d'histoire naturelle déposées sur le bureau des dernières séances de l'Académie des sciences, figurent les 11 premières livraisons d'une œuvre toute nouvelle, et qui a pour but l'étude des *Fonds de la mer*. MM. de Folin, Périer et Berchon, ont eu la pensée de rechercher les traces de vitalité qui pouvaient exister dans les vases et les sables que recueillent les plombs des sondes employées par les marins dans leurs voyages, ou les pattes des ancres des navires qui mouillent en divers points de la mer, et leur moisson a été très-abondante. Quelques spécimens des fonds de la rade de Panama leur ont fourni déjà 100 coquilles nouvelles. Ceux de 40 autres ports, côtes ou parages, ont amené des découvertes tout aussi remarquables, consignées dans les 35 chapitres des livraisons parues, et la généralisation de ce genre de recherches ne peut manquer d'apporter une prodigieuse quantité de faits nouveaux à l'histoire de notre globe. Nous devons noter que les *Fonds de mer* ainsi recueillis sont étudiés à tous les points de vue: géologie, minéralogie, chimie, histoire naturelle; qu'un grand nombre de figures accompagne le texte, sur planches séparées. Aussi sommes-nous heureux de signaler l'importance d'une publication, qui atteint déjà sa troisième année, et se continue régulièrement, grâce aux encouragements directs et indirects des ministères de la marine et de l'agriculture, ainsi que des amirautés anglaise et russe. Les auteurs ont également acquis le concours actif et régulier d'un bon nombre de savants nationaux et étrangers, parmi lesquels nous avons noté les noms de MM. Deshayes, Milne Edwards, Fisher, du Muséum; de MM. Baird, de Londres; Nady, de Sunderland, etc. L'œuvre sera donc poursuivie et produira, sans aucun doute, avec le temps, des résultats précieux, quand une large collection d'observations pourra permettre des comparaisons et des conclusions, dont la portée peut être considérable pour la solution de questions encore à peine soupçonnées de la physique et de la vie générale de la terre.

Dr E. Renaud.

Lymphatiques utérins et lymphangite utérine. Du rôle que joue la lymphangite dans les complications puerpérales et les maladies utérines, par le docteur Just Lucas-Championnière, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris. Grand in-8° avec planches. — Prix: 2 fr. 50.

devrait prendre toutes les mesures nécessaires pour *forcer les mères* à allaiter pendant leur séjour dans les salles ou chez les sages-femmes. Le repos, suite de couches, devrait être porté de neuf à quinze jours.

Au neuvième jour, par exemple, les nouvelles accouchées auraient avantage à être transférées dans une salle de *convalescence*(1); ce système aurait pour triple effet de les changer d'air, de préserver les femmes des dangers de la marche prématurée, et d'accorder six jours de plus d'allaitement maternel au nouveau-né. Alors l'administration pourrait reprendre avec succès l'encouragement de l'allaitement maternel, en donnant à la mère pendant dix mois l'indemnité de la *nourrice* pour les familles qui ont droit à cette indemnité.

Quant aux nourrissons que la mère doit absolument confier à des soins étrangers, ainsi que les enfants abandonnés, il serait moins périlleux de les livrer de suite aux *fermes-nourrices* dont nous allons parler, que de les envoyer chez des éleveuses inconnues. Il serait surtout urgent de ne plus faire subir aux derniers l'étape meurtrière de l'hôpital des Enfants-Assistés.

En attendant cette nouvelle organisation, l'Assistance publique devrait bien tenir à la disposition des salles d'accouchements, des salles où l'on reçoit des nourrices pour cause de maladie de la mère ou de l'enfant, et des services de l'hôpital des Enfants-Assistés, *du lait vivant trois fois par jour.*

Pour cela, il suffirait d'avoir une bonne vache laitière dans chaque hôpital où se trouvent des nouveau-nés. On ne donnerait plus à ces malheureux petits êtres ce lait mélangé et bouilli que nous voyons distribuer chaque matin dans nos hôpitaux. Cette simple modification dans l'approvisionnement du lait rendrait déjà d'immenses services et permettrait de conserver la vie à de nombreux nourrissons qui succombent journellement à des accidents du côté des voies digestives, accidents qui seraient en général conjurés par l'administration du lait tel que nous le conseillons.

L'Assistance publique ne demande pas mieux que de bien faire, j'en suis convaincu, mais elle n'a pas pour mission de juger les qualités différentes du lait *bouilli* et du lait *vivant*. Que les médecins chargés de ces services s'inquiètent seulement de ce point d'hygiène si important pour la conservation des nouveau-nés, et l'administration ne refusera pas, ne pourra pas refuser du lait fraîchement trait.

Pour réunir les avantages qui permettraient de vulgariser notre système d'allaitement, destiné à obvier à la mortalité des nouveau-nés dont la mère ne peut continuer l'allaitement, il suffisait d'organiser, avons-nous dit, des *fermes-nourrices* à proximité des grandes villes. Ces fermes seraient à la fois sous la surveillance de l'administration et des familles qui ne seraient plus entièrement séparées de leurs enfants.

Ces établissements seraient installés de manière à nourrir une vache pour dix ou douze enfants, ou une chèvre (2) pour deux nourrissons.

Les nourrissons seraient placés dans de petits dortoirs rectangulaires, disposés de manière à pouvoir être facilement chauffés et ventilés *par éclusées*, selon le système que j'ai décrit ailleurs.

L'âge du lait des vaches ou des chèvres correspondrait, autant que possible, à l'âge des séries de nourrissons.

Les animaux destinés à fournir le lait, sortiraient, ne fût-ce qu'une demi-heure, soir et matin en se rendant à l'abreuvoir, par exemple, pour respirer l'air extérieur si nécessaire à la sécrétion d'un lait de bonne qualité.

L'installation se ferait, en un mot, de manière à mettre ces animaux dans les meilleures conditions hygiéniques. On les ferait paître l'été autant que possible, et on les nourrirait l'hiver surtout avec des fourrages naturels. On donnerait ainsi au lait certaines qualités importantes et l'on amoindrirait le goût particulier qui caractérise le lait des vaches complétement *cloîtrées*.

On a souvent parlé des vaches phthisiques, et des craintes ont été manifestées relativement au lait des vacheries de Paris.

Ces craintes sont mal fondées. Les éleveurs ne gardent pas de vaches phthisiques; ils s'empressent de *réaliser* celles qui menacent de le devenir, attendu qu'en les gardant ils subiraient la double perte du lait que l'animal ne donnerait plus en quantité suffisamment rémunératrice, et de la viande par l'amaigrissement progressif. On ne saurait donc se préoccuper sérieusement du danger du lait de ces vacheries. Du reste, l'expérience est faite, j'élève depuis plusieurs années de beaux nourrissons avec le lait des vaches de Paris.

Dans ces fermes, les enfants seraient placés dans des dortoirs isolés les uns des autres et en nombre restreint, afin d'éviter l'encombrement.

Pour qu'il ne put jamais s'élever aucun doute sur l'identité de ces nouveau-nés, garantie que ne donne pas toujours l'industrie des nourrices, chaque nourrisson porterait un signe fixe qui se répéterait sur les langes, la couchette et la vache chargée de l'allaiter. Avec cette mesure d'ordre, toute substitution deviendrait impossible, tandis que les mauvaises éleveuses, qui dans l'organisation actuelle emportent au loin les enfants, peuvent rendre aux parents qui n'exercent aucune surveillance, l'enfant qui leur plaît, après un temps plus ou moins long. Les exemples de substitution et de payement de mois de nourrice longtemps après la mort des nourrissons sont moins rares qu'on ne le croit.

Deux femmes intelligentes suffiraient pour donner les meilleurs soins à la population restreinte de chaque dortoir. Avec une bonne division du travail, qui consisterait à bien régler les heures des repas et de la toilette, elles auraient encore le temps de promener les nourrissons dans de petites voitures disposées à cet usage.

En cas d'épidémie, fait assez rare chez les nouveau-nés après une bonne vaccination, on placerait les petits malades dans une infirmerie isolée.

On aurait soin de ménager dans la ferme un petit dortoir de *rechange* qui permettrait le *nettoyage* régulier de tout l'établissement toutes les fois qu'on le jugerait utile.

Les enfants acceptés dans les fermes, ayant en général pris le sein de la mère pendant une quinzaine de jours, six repas en vingt-quatre heures seraient suffisants. On ignore en général, bien que M. Bouchut ait insisté sur ce point, qu'il faut laisser au nouveau-né le temps de bien digérer chaque repas, et que rien n'est plus pernicieux que cet allaitement presque continuel que s'imposent les mères par un excès de zèle mal raisonné.

Trois de ces six repas correspondraient aux heures de la traite des vaches et des chèvres, afin de donner trois fois par jour du lait *tout à fait vivant*. Cette précaution est indispensable pour la réussite complète d'un bon élevage au biberon. Il faut surtout ne pas la négliger, lorsque des *forces majeures* privent le nouveau-né du court allaitement maternel préalable. Cet allaitement est d'une importance telle, que j'accepterais volontiers le proposition de moyens coercitifs contre toute mère qui s'en dispenserait sans motifs graves. L'enfant appartient autant à la société qu'à la famille. Aussi la loi le venge des sévices des parents. Or, étant bien établi que la suppression de cet allaitement maternel de quelques jours, est une condition qui augmente dans des proportions énormes la mortalité des nouveau-nés, et laisse aux survivants des chances plus nombreuses de mauvaise santé, la loi, gardienne des intérêts publics, devrait envisager un pareil acte comme un délit. Lorsque le nouveau-né n'est pas allaité au sein pendant les premiers jours de la vie, l'élevage au biberon devient beaucoup plus difficile. C'est alors surtout qu'il faut avoir recours au lait vivant, craindre de donner ce lait trop caséeux, et ne pas hésiter à le couper avec quantité suffisante d'eau.

Le biberon, quoiqu'on en dise, est un excellent système d'élevage. Ceux qui l'accusent n'ont jamais fait eux-mêmes l'expérience du système, ou s'ils l'ont faite, ils s'y sont mal pris. J'ai étudié cette question avec assez de soin pour ne plus redouter un démenti expérimental. Quant aux démentis théoriques qui m'arrivent de temps en temps, je n'ai pas besoin de déclarer que je n'en fais aucun cas.

Le système peut se résumer ainsi : faire nourrir la mère le plus longtemps possible, quinze jours, un mois. Puis allaiter au biberon, en faisant usage du lait de la même vache ou de la même chèvre, lait qu'il faut étendre d'une quantité d'eau sucrée, variable avec l'âge de l'enfant et ses aptitudes digestives.

Si l'enfant ne vomit pas, s'il n'a pas de diarrhée verte, s'il boit avec avidité et menace de pâlir, on augmente progressivement la dose du lait. Dans le cas contraire, on augmente encore la dose de l'eau. Quand la diarrhée verte persiste avec un lait très-affaibli, on remplace l'eau ordinaire par de l'eau minérale de Saint-Galmier, ou bien par de l'eau de Vichy du puits Lardy. Le lait trop étendu d'eau n'a pas d'autre inconvénient que de faire maigrir le nouveau-né. Vaut mieux retarder le *profit* que d'altérer les voies digestives par un lait trop fort. On néglige trop souvent d'atténuer la richesse caséeuse du lait de la nourrice, quand cette nourrice, accouchée depuis plusieurs mois, donne le sein au nourrisson qui vient de naître. Dans cette circonstance, j'ai pour habitude de donner deux ou trois cuillerées d'eau au nourrisson avant chaque repas. J'affaiblis ainsi le lait de la nourrice, et j'ai la conviction que l'on prévient, par cette précaution, les troubles intestinaux et les éruptions cutanées qu'on observe si souvent chez les nouveau-nés qui n'ont pas absorbé le premier lait de la sécrétion mammaire.

Il est très-important de donner trois fois par jour du lait *vivant*, disons-nous, c'est-à-dire de lait qu'on vient de traire. L'effet alimentaire du lait *mort*, du lait refroidi depuis une dizaine d'heures, ou du lait cuit, n'est pas à comparer à celui du lait vivant, vulgairement appelé lait *bourru*, lait non *coulé*. Buffon signale cette différence.

Je crois avoir établi, sur des faits d'analyses positives, ce que l'observation avait permis de constater.

Lorsqu'on allaite deux jeunes chiens, l'un avait du lait vivant, l'autre avec du lait mort et mélangé, la différence du *profit* peut se traduire en poids par plus de vingt grammes par jour ! Chez l'enfant, les effets ne sont pas moins sensibles. Aussi, pour les enfants que j'élève à Paris, je tiens absolument à ce que les parents prennent deux fois par jour du lait à la vacherie aux heures où l'on trait les vaches et je fais allaiter le nouveau-né aux heures correspondantes afin qu'il reçoive deux fois au moins en 24 heures du lait non refroidi.

Je tiens à ce que l'on donne du lait d'une *seule* vache; il est bon de prendre toujours le lait de la même vache, mais l'indication du lait non mélangé est seule impérieuse. Pourquoi cela? Je crois avoir trouvé la raison théorique de ce fait, que l'expérience a justifié depuis longtemps, à propos de la *cure* du lait chaud *sortant* de la bête, prescrit avec tant de succès par nos confrères qui exercent dans les campagnes.

L'observation m'a permis de constater que le lait mélangé se coagule très-rapidement. Cela tient à ce que le lait de certaines vaches renferme un principe extractif, qui hâte la fermentation lactique lorsqu'on le mélange au lait d'un autre animal.

Cette expérience est facile à répéter. On prend isolément le lait de plusieurs vaches. Ces échantillons séparés résistent un temps variable à la fermentation lactique. Lorsqu'on répète l'expérience avec le mélange de ces divers échantillons, on constate que la fermentation est plus rapide pour l'ensemble que pour chacun en particulier. On peut conclure de ces faits que le lait non mélangé est tout simplement plus facile à digérer, car l'estomac du nouveau-né nous l'avons déjà dit, *chymifie* difficilement le *lait caillé*. On comprend, d'après ces faits, les avantages du lait de la même vache ou de la même chèvre.

Il importe aussi que le lait soit donné *toujours* au moyen d'un biberon convenable, et non au moyen du verre ou du *petit pot*, le nouveau-né ne pouvant bien avaler que par succion. Lorsqu'on se contente de faire boire à la cuiller, on s'expose à le nourrir d'une manière insuffisante, à le faire avaler de travers, et provoquer ainsi gratuitement des accès de toux.

De plus, par la succion, il provoque des sécrétions buccales, qui, mélangées au lait, ne sont pas sans utilité pour la digestion. Le biberon, du reste, est plus commode sous tous les rapports, il économise du temps. Lorsque l'élevage se fait en famille, on n'a pas besoin d'avoir du feu allumé pour tiédir le lait la nuit. L'éleveuse tient l'instrument à côté d'elle ou bien le place à côté de l'enfant, dont la chaleur rayonnante suffit.

Ai-je besoin d'insister encore sur les inconvénients du lait bouilli? Du moment que je crois utile d'imposer le lait vivant, il ne me paraît pas nécessaire de combattre les inconvénients du lait cuit, qui se trouve privé en plus de sa faible proportion d'albumine, si utile à la nutrition des nouveau-nés.

L'exposition des faits qui précèdent ne me permet pas d'accepter l'usage général des aliments artificiels que l'on cherche à substituer au lait. Il est impossible que la farine lactée et la préparation d'œufs si ingénieuse décrite dans l'excellente thèse de M. le docteur C. A. Coudereau (1), puissent jamais être sérieusement considérés comme des succédanés du lait. Je trouve même singulier, je le répète, que l'on cherche à imiter le lait! quand la nature nous l'offre en abondance. Tous ces aliments, étayés par les meilleures dissertations d'apparence scientifique, ne peuvent convenir qu'aux enfants déjà allaités ou à quelques organisations privilégiées; dans l'immense majorité des cas, ce système ne peut avoir que les dangers de l'alimentation prématurée.

Je livre les propositions de ce travail à l'appréciation des membres de l'Académie de médecine, chargés de modifier le rapport de la dernière commission. Il me semble que toutes les déterminations administratives qui n'aboutiront pas à *imposer* l'allaitement maternel durant les premiers jours, puis l'allaitement animal au lait *vivant* aux nouveau-nés dont l'allaitement ne peut être continué par la mère, toutes les déterminations qui n'auront pas ce résultat, je le répète, ne sauraient remédier sensiblement à la mortalité des nouveau-nés. La mise en pratique pure et simple du système complexe que j'ai décrit après une assez longue expérience, résoudrait en partie le problème au point de vue de l'hygiène des nouveau-nés, et partant, de leur conservation. Mais il laisse encore beaucoup à faire au point de vue social, surtout en ce qui concerne les enfants abandonnés, que je voudrais voir élever, instruire et diriger par l'État, qui aurait dans cette jeunesse isolée de toute influence, les meilleurs éléments pour une bonne colonisation et un noyau dévoué d'armée permanente, tout en leur laissant bien entendu la liberté individuelle la plus complète. Cette partie de la question ne pouvant être traitée ici, je me propose d'en faire une étude à part.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 16 février (2). — Présidence de M. ALPH. GUÉRIN.

M. LABBÉ termine ainsi sa lecture :

Messieurs, il était intéressant de rechercher si le procédé préconisé par notre confrère avait été indiqué avant lui. Sur ce point, il est très-évident qu'il ne peut pas subsister de doute. Ainsi, dans la thèse d'agrégation soutenue par M. Desprès, sur la hernie crurale, en 1863, nous lisons que dans l'Inde on a mis en usage un procédé qui consiste à comprimer le ventre avec une serviette, et à le faire remonter vers l'ombilic, comme pour attirer la masse intestinale en haut.

D'un autre côté, dans sa *Médecine opératoire*, M. Sédillot (3e édition, 1866) a écrit le passage suivant : « Un dernier procédé de taxis que nous ne trouvons pas mentionné dans les auteurs, et qui pourrait cependant être quelquefois appliqué avec succès sur les individus dont les parois abdominales seraient flasques et molles, et particulièrement chez les femmes ayant eu des enfants, consiste à ramener dans l'abdomen les parties herniées, en les comprimant au-dessus du ligament de Fallope contre la fosse iliaque, et en les tirant légèrement et avec beaucoup de précaution, de bas en haut, au moyen des parois du bas-ventre. »

La citation que je viens de faire démontrait bien nettement que la pensée d'utiliser la pression des parois abdominales pour faciliter la réduction des hernies est venue à l'esprit de quelques chirurgiens, mais il faut reconnaître que cette idée est restée surtout à l'état de conception théorique. Repris et développé comme il vient de l'être par M. Lannelongue, appuyé sur des faits recueillis avec soin, soumis à votre contrôle, ce procédé me paraît au contraire, aujourd'hui, destiné à prendre rang dans la pratique chirurgicale.

Chemin faisant, M. Lannelongue a signalé dans ses observations la température du rectum chez ses malades; elle a varié entre 37°,5 et 38°. C'est là, on le sait, la température normale de cette partie du corps. Dans le cas de péritonite, au contraire, le thermomètre introduit dans le rectum, marque 39° et jusqu'à 40° et au-dessus. Cette notion, ainsi que le fait observer notre confrère, pourrait peut-être être utilisée, dans certains cas difficiles, pour diagnostiquer la péritonite abdominale accompagnant un étranglement herniaire.

Mais sur ce point, messieurs, une affirmation doit être donnée avec la plus grande réserve; d'abord, parce que les faits de cette nature ne reposent pas encore sur une observation suffisante; ensuite parce que, ainsi que le reconnaît lui-même M. Lannelongue, tous les chirurgiens ont pu voir certains étranglements, s'accompagner dès le début d'une réaction générale vive, d'une augmentation de température notable, sans que cependant le péritoine fût enflammé.

Je tenais cependant à mettre en lumière ce point intéressant du travail de notre confrère, car des recherches faites avec suite dans cette direction pourraient devenir le point de départ d'un moyen assez précis de diagnostic.

Messieurs, au nom de la commission dont je suis le rapporteur, j'ai l'honneur de vous proposer :

1° D'adresser à M. Lannelongue des remercîments pour son intéressante communication;

2° D'inscrire son nom en rang honorable sur la liste des candidats à la place de membre titulaire de la Société de chirurgie.

Ces conclusions sont votées.

M. DESPRÈS. C'est à tort que M. Labbé, en parlant du procédé indien, ajoute que c'est là une conception théorique plutôt qu'un fait d'expérience. M. Labbé n'aurait qu'à consulter le *Manuel opératoire* de Malgaigne pour se convaincre que les Indiens réduisent ainsi des hernies, et font de la pratique, se souciant fort peu de la théorie. Dans son livre de médecine opératoire, notre collègue M. Guérin décrit un autre procédé de réduction des hernies, par

(1) Pourquoi ne pas réserver un pavillon à cet effet dans les maternités en projet, si l'on tient absolument à conserver la mat rnité?

(2) Notons que la chèvre se prête merveilleusement à l'allaitement direct; elle peut à la rigueur remplacer la nourrice sur lieu. Pour cette fonction, on choisit en général la chèvre blanche, sans cornes.

(1) Thèse de Paris, 1869, — *sur l'Alimentation des enfants.*

(2) Fin. — Voir le numéro du 15 mars 1870.

effilement du pellicule, qui appartient à mon père et que je signale aussi à M. Labbé.

En face d'un procédé de réduction fondé sur un petit nombre de faits, nous devons être très-réservés, et cela d'autant plus que, placé en face d'une hernie irréductible, le chirurgien ignore souvent s'il a affaire à une hernie étranglée ou enflammée. Je citerai à l'appui de ce que j'avance un fait qu'il m'a été donné d'observer à l'hôpital lorsque je remplaçais M. Verneuil.

Le début des accidents remontait à douze heures; je chloroformais le malade pour pratiquer le taxis, qui échoue. Un cataplasme est appliqué alors sur la tumeur, et la hernie se réduit toute seule du jour au lendemain. Très-probablement j'avais affaire dans ce cas à une hernie enflammée plutôt qu'étranglée.

M. VERNEUIL. Je pense que tout perfectionnement apporté au taxis pour rendre celui-ci plus facile et d'une durée plus courte devra être accepté comme un bienfait.

Le procédé de M. Lannelongue mérite d'être pris en sérieuse considération, attendu que dans un cas où il a réussi, il s'agissait précisément d'une hernie petite, chez un sujet jeune, pour laquelle des tentatives de taxis réitérées avaient été tentées sans succès; en un mot, d'une hernie étranglée ou qui était en train de le devenir. Du reste, un procédé qui a permis de réduire la hernie dans un quart de minute est quelque chose d'assez satisfaisant pour qu'on y fasse attention.

Si la hernie contenait de l'épiploon, on comprendrait encore mieux le mécanisme de la réduction, le sac en plomb agissant alors sur la corde épiploïque.

Le ballonnement, quand il existe, devra naturellement contrarier l'action du sac compresseur. Enfin, je voudrais savoir si ce procédé peut rendre des services pour les hernies crurales étranglées.

Un point de la pathologie herniaire qui mérite qu'on y insiste, c'est la nécessité d'appliquer à cette étude les données précieuses de la thermométrie; c'est qu'en effet, le degré de la température trace souvent le pronostic là où le pouls ne donne aucune indication précise. Voici un exemple à l'appui de cette thèse : de trois individus que j'ai opérés de hernie, l'un m'avait offert 39,5, et les deux autres 37,5 de chaleur; bien que l'état du premier paraissait moins grave, il n'en a pas moins succombé, alors que les deux autres ont survécu.

Une autre remarque que j'ai faite, c'est que la rétention seule des matières dans l'intestin suffit pour élever la température en dehors de toute phlegmasie péritonéale.

M. LARREY. Le procédé de M. Lannelongue nous paraît devoir donner des succès; seulement, je dois faire remarquer qu'il a son analogue dans le procédé complexe de Ribes, qui faisait de la compression continue à l'aide d'un bandage, en même temps qu'il appliquait de la glace.

J'en dirai autant du procédé de Baudens et d'Amussat, qui n'est qu'une espèce de taxis continu.

L'élévation du bassin peut rendre aussi des services, et je me rappelle qu'étant à l'hôpital du Gros-Caillou, il y a une vingtaine d'années de cela, j'ai vu une hernie, étranglée depuis trente-six heures et ayant résisté à toutes les tentatives de taxis, se réduire spontanément pendant qu'on transportait le malade sur un brancard d'un étage inférieur à un étage supérieur. Probablement la position déclive et les secousses inévitables de ce genre de transport ont contribué à la réduction.

M. TRÉLAT. Je partage l'avis de ceux qui font des réserves à l'égard de la signification réelle des observations de M. Lannelongue. Et d'abord, avant de nous demander comment agit ce procédé, il faut savoir si M. Lannelongue applique son poids au niveau même du pédicule, comme il l'a dit lors de sa lecture, ou bien si c'est immédiatement au-dessus, comme semble l'avoir corrigé M. Labbé sur une observation de M. Verneuil.

Je le répète, la réserve est doublement de rigueur ici, d'abord, parce qu'il n'y a rien de difficile comme de diagnostiquer au juste la nature de l'accident herniaire, et ensuite parce que nous savons que les moyens les plus divers ont réussi ou échoué tour à tour.

M. LABBÉ. La réserve que me demandait tout à l'heure M. Desprès, je crois l'avoir gardée lorsque j'ai déclaré dans mon rapport que de nouvelles recherches étaient nécessaires avant que de vouloir juger définitivement la méthode.

Je ferai seulement observer à M. Desprès que s'il a réussi dans le cas dont il vous a parlé avec un cataplasme, il ne faut pas qu'il oublie que le taxis préalable avec le secours de l'anesthésie, a pu y contribuer pour beaucoup. Ensuite, rien ne prouve que, s'il avait prolongé le taxis de quelques minutes, il n'eût réussi.

A M. Verneuil qui me demande si une hernie crurale peut être réduite par ce procédé, je répondrai qu'on a déjà réussi une fois.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le ministre de l'instruction publique ayant décidé qu'il y a lieu de pourvoir à deux chaires vacantes à la Faculté de médecine de Paris, savoir :

La chaire de pathologie et thérapeutique générales,

Et celle d'histoire de la médecine et de la chirurgie, qui vient d'être récemment créée,

Les candidats à ces chaires sont invités à faire parvenir au secrétariat de l'Académie de Paris, *avant le 4 avril* :

1° Leur acte de naissance;

2° Leur diplôme de docteur;

3° Une note détaillée des titres qu'ils ont à faire valoir, comprenant l'indication de leurs services dans l'enseignement, et l'énumération de leurs ouvrages ou de leurs travaux.

— M. le professeur Dolbeau commencera son cours de chirurgie le lundi 21 mars, à trois heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté.

Le directeur, Dr E. LE SOURD

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois... 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — Des aliénés et de la responsabilité médicale. (M. Mottet.) HOSPICE DES INCURABLES D'IVRY. (M. Cauchois.) Rétrécissement et thrombose de l'artère cardiaque gauche. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Nouvelles.

Paris, le 21 mars 1870.

DES ALIÉNÉS

ET DE LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE (1)

Si j'ai demandé à prendre la parole dans les circonstances présentes, ce n'est pas pour venir défendre devant vous une loi, la loi du 30 juin 1838, qui a rendu les plus grands, les plus incontestables services aux aliénés, à leurs familles. J'ai voulu prendre le côté qui nous touche de plus près, et protester contre les interprétations malveillantes de personnes d'ailleurs fort incompétentes. On a pu s'étonner de notre silence. M. Foville vous a fait connaître l'une de ses causes; l'autre, la voici : il nous répugnait de nous justifier, et de sembler vouloir combattre *pro aris et focis*. Aujourd'hui, les attaques sont devenues si directes, si personnelles, que vous seriez presque en droit de nous demander, à nous qui sommes mêlés chaque jour à ces questions irritantes, ce qu'il peut y avoir de vrai sous les accusations si publiquement répétées, de nous demander s'il nous est arrivé de refuser de nous prêter à de coupables séquestrations, si enfin nous n'avons jamais autorisé par nos actes les récriminations qui se produisent aujourd'hui.

Rassurez-vous, messieurs, l'honneur du corps médical est sauf. Je ne connais pas un fait authentique de séquestration arbitraire; j'affirme qu'on peut, quand on le voudra, se livrer à l'enquête la plus minutieuse, et que l'on ne trouvera pas un placement soit volontaire, soit d'office, qui n'ait sa raison d'être et qui ne soit appuyé sur des motifs soit de protection pour l'aliéné, soit de sauvegarde pour la société. On pourra discuter tant qu'on voudra sur l'opportunité de la mesure, et cela sera d'autant plus facile qu'on connaîtra moins le fait particulier qu'on prétendra blâmer; mais on n'arrivera pas à prouver que l'individu séquestré l'ait été sans que sa raison fût troublée. Ce qui explique, en partie du moins, l'attitude prise aujourd'hui par la presse, c'est l'erreur où sont tombés tous les journalistes en transformant la maison de traitement ou de refuge en une prison, sorte d'*in pace* peuplé d'être méconnus et désespérés. On a demandé tout d'abord que l'asile ne fût plus fermé, que l'exploitation agricole le remplaçât; comme il est dans nos habitudes de trouver mieux ce qui se fait dans les pays voisins que ce qui se fait chez nous, on a porté aux nues la colonie Gheel, et volontiers on eût demandé au ministère de l'intérieur d'improviser dans les six mois un Gheel en France, n'importe où; des moyens d'exécution, on ne s'en préoccupait guère; de la population qu'on y aurait fait vivre, bien moins encore. Rien n'est facile comme de jeter un plan sur le papier, d'éluder des difficultés qu'on ne connaît pas. Rien n'est plus facile que de se parer des dehors du plus pur libéralisme, et de faire de la philanthropie au coin du feu. Mais quand on y regarde de près, quand il faut, ici pourvoir à l'installation d'un certain nombre de malades, là prendre toutes les précautions qui écarteront un danger menaçant pour l'individu, pour les personnes, les difficultés se dressent à chaque pas; les expérimentations les plus soigneusement conduites amènent à cette conclusion absolue : c'est que la maison, l'asile destiné aux aliénés, doivent être des établissements spéciaux, construits de manière à répondre à toutes les indications de surveillance et de traitement qu'imposent les aliénations mentales. Si les fenêtres sont grillées, si les portes ne s'ouvrent que sur l'ordre d'un médecin, qu'on ne se hâte pas de dire qu'il n'y a là qu'une prison; il y a des murs derrière lesquels la société compromise, la famille troublée, ont abrité un malade qui les menaçait dans leur sécurité, dans leur repos, il n'y a rien de plus. Jamais le mot de *nouvelles Bastilles* n'a été moins justifié qu'aujourd'hui, et il faut, ou beaucoup de mauvais vouloir, un parti pris de dénigrement absolu, ou une ignorance complète, pour produire au grand jour des allégations aussi mal fondées. Je ne veux pas rechercher tout ce qui se cache de passionné derrière elles, mais il faudrait être bien peu clairvoyant pour ne pas s'apercevoir que l'on a voulu soulever, pour le résoudre, au gré de certaines aspirations, l'un des problèmes sociaux les plus élevés. Tentative qui ne pourra qu'être malheureuse quand il s'agira de rendre à l'aliéné la liberté dont il ne peut pas, dont il ne doit pas jouir. Car la liberté pour lui est l'arme à deux tranchants avec laquelle il se blesse, et compromet la sécurité de tous. De quel droit prétendrait-on imposer à la famille, à la société, une cause permanente de troubles? De quel droit veut-on consacrer ce régime de terrible oppression de toutes les heures, et paralyser pour un être devenu non pas seulement inutile, mais nuisible, toutes les forces vives de la famille. Ceux-là qui se font les défenseurs imprudents de l'aliéné changeraient vite de langage si, par malheur, ils avaient à subir la dure épreuve de la vie en commun avec l'un de ces êtres que la maladie a transformés; qui réservent pour leur entourage les plus noires méchancetés; qui, pervers, obscènes, ambitieux, dissipateurs, compromettent l'honneur, la fortune de leurs proches, créent à chaque instant les plus tristes embarras, et sont aussi dangereux que l'aliéné homicide ou incendiaire. C'est une singulière erreur, et cependant elle est aussi bien répandue que celle qui consiste à ne considérer comme fous que les malades à délire généralisé, et dont l'excitation maniaque, les propos incohérents, sont facilement appréciables pour tous. Mais ce sont là les fous les moins compromettants, à mon avis, puisque tout le monde se méfiera d'eux, et ce sont aussi les moins nombreux. La série des délires partiels est de beaucoup plus étendue, et pour être moins bien connue, elle n'est pas moins la plus fréquente. Seulement, il faut savoir tout ce qui se cache de conceptions délirantes derrière un mot, un geste, une attitude. Et comme ceux qui nous attaquent se soucient peu de faire ce que nous faisons, nous qui sommes appelés à juger de pareils états, ils trouvent beaucoup plus facile de répéter une phrase de Molière et de nous accuser de voir la folie partout.

S'il est vrai que « la sputation fréquente » de M. de Pourceaugnac soit chose assez plaisante dans les appréciations du médecin de l'illustre personnage, elle n'aurait jamais dû servir d'argument contre nous à un magistrat que son rang élevé, une vie consacrée tout entière aux affaires, soit civiles, soit politiques, auraient dû prémunir contre de pareilles arguties. Je ne vous demanderai pas si des signes en apparence peu importants n'ont pas pour nous, dans la médecine générale aussi bien que dans la médecine spéciale, une incontestable valeur, et je n'aurai pas besoin de me justifier près de vous si je viens vous dire qu'en pathologie mentale il y a pour nous des signes aussi évidents, aussi absolus au point de vue du diagnostic que peut l'être le crachat pneumonique.

Comme ils abandonneraient vite ce procédé commode de la raillerie appliquée à nos investigations pourtant si sérieuses, les hommes de parti pris, si deux fois seulement dans leur vie on leur avait montré que cet artiste inspiré, ce littérateur plein de verve, ce savant aux projets hardis, sont touchés déjà par la fatale atteinte d'un mal qui les tuera dans moins de deux ans; que cette activité intellectuelle admirée par tous est déjà de l'excitation cérébrale, que les accidents congestifs sont prochains; que demain, ce qui n'est encore qu'une conception ingénieuse aujourd'hui, atteindra les plus folles exagérations, et qu'au lieu de l'homme soucieux de l'avenir il n'y aura plus qu'un insensé, gaspillant dans de stériles et ruineuses prodigalités une fortune laborieusement acquise! Que nous aura-t-il fallu pour porter presque à coup sûr un pronostic aussi triste? Presque rien, quelques mots lentement prononcés, avec cette hésitation traînante que personne n'aura remarquée, et qui ne laissera plus de doute pour nous sur la gravité des accidents, si nous avons pu saisir des tremblements fibrillaires des muscles des lèvres, de la face; si l'un des sillons naso-labiaux est moins profond que l'autre; s'il y a du côté des yeux une inégalité pupillaire que certes personne n'aura même aperçue. Est-il donc indifférent de savoir la valeur de ces signes? Et vous, médecin, qui la connaissez; qui, devenu presque l'ami de la famille, assistez inquiet au développement d'un mal dont vous ne pourrez peut-être enrayer la marche, resterez-vous spectateur désintéressé? Non, vous avez le devoir, vous avez le droit d'avertir, et ne tenant nul compte de ces plaisanteries qui seraient cruelles si elles n'étaient ridicules, vous direz qu'on prenne garde; vous ne serez pas souvent écouté; car, par une incroyable fatalité, en même temps que l'activité intellectuelle est augmentée, l'activité physique déborde, et jamais peut-être tant de confiance en soi-même, tant d'harmonie dans les fonctions, jamais peut-être plus complète sensation de bien-être, n'ont fait trouver la vie meilleure à celui que le délire envahira demain. N'avons-nous pas cent fois passé par cette rude épreuve de voir contester ce qui nous apparaît comme certain? et de nos avis les plus motivés, combien ont été méconnus, dédaignés? Est-ce une raison suffisante pour que nous nous laissions aller au découragement, pour que la lassitude morale nous mène à l'indifférence? Mille fois non. Il y a quelque chose de plus haut que les jugements si souvent passionnés des hommes : c'est l'idée absolue du devoir, et quand la conscience satisfaite nous rend ce témoignage que le devoir a été rempli, s'il y a place encore pour les regrets de n'avoir pas été compris, c'est moins que jamais l'heure d'une systématique abstention.

L'aliéné est un malade, et l'on peut, sans prétentions vaines, affirmer que le médecin est seul apte à connaître de son état. Voilà ce que nous avons le droit, je dirais plus volontiers encore, le devoir de proclamer hautement. Je n'admets pas, pour ma part, ces compromis à l'aide desquels on essayera de donner satisfaction à l'opinion publique, en partageant les responsabilités entre magistrats et médecins. La première chose à faire, c'est de rassurer ceux qui sont inquiets, s'ils le sont de bonne foi; d'éclairer ceux qui se préoccupent justement de réclamations incessantes, et qui sont tout prêts à croire notre cause mauvaise, puisque nous-mêmes ne la défendons pas. Eh bien, messieurs, voyons ensemble ce terrible article 8, contre lequel s'élève aujourd'hui un « tolle » si retentissant; voyons si, comme on semble le désirer, il doit être profondément remanié, et si dans la réforme proposée il y a de quoi répondre à toutes les exigences, et remédier à des maux plutôt prévus que jamais constatés.

L'art. 8 est ainsi conçu : « Les chefs ou préposés responsables des établissements publics et les directeurs des établissements privés consacrés aux aliénés, ne pourront recevoir une personne atteinte d'aliénation mentale s'il ne lui est remis :

1° Une demande d'admission contenant les noms, profession, âge et domicile, tant de la personne qui la formera, que de celle dont le placement sera réclamé, et l'indication du degré de parenté, ou, à défaut, de la nature des relations qui existent entre elles. La demande sera écrite et signée par celui qui la formera, et s'il ne sait pas écrire, elle sera reçue par le maire ou le commissaire de police, qui en donnera acte.

Les chefs préposés ou directeurs devront s'assurer, sous leur responsabilité, de l'individualité de la personne qui aura formé la demande, lorsque cette demande n'aura pas été reçue par le maire ou le commissaire de police.

Si la demande d'admission est formée par le tuteur d'un interdit, il devra fournir, à l'appui, un extrait du jugement d'interdiction.

2° Un certificat de médecin constatant l'état mental de la personne à placer et indiquant les particularités de sa maladie et la nécessité de faire traiter la personne désignée dans un établissement d'aliénés et de l'y tenir renfermée.

Le certificat ne pourra être être admis s'il a été délivré plus de quinze jours avant sa remise au chef ou directeur, s'il est signé d'un médecin attaché à l'établissement, ou si le médecin signataire est parent ou allié, au second degré inclusivement, des chefs ou propriétaires de l'établissement, ou de la personne qui fera effectuer le placement.

En cas d'urgence, les chefs des établissements publics pourront se dispenser d'exiger le certificat du médecin.

3° Le passeport ou toute autre pièce propre à constater l'individualité de la personne à placer.

Il sera fait mention de toutes les pièces produites dans un bulletin d'entrée qui sera renvoyé dans les vingt-quatre heures, avec un certificat du médecin de l'établissement et la copie de celui ci-dessus mentionné, au préfet de police, à Paris, au préfet et au sous-préfet dans les communes, chefs-lieux de département ou d'arrondissement, et aux maires dans les autres communes, etc. »

C'est contre cet article que se sont élevées les réclamations les plus vives, et bien qu'il n'y ait pas eu un seul acte sur lequel elles puissent s'appuyer, on les répète avec toutes les variantes que vous connaissez.

C'est surtout l'intervention du médecin qui est le plus vivement attaquée. Quoi ! dit-on, il suffit de la signature d'un médecin pour priver un homme de sa liberté, pour l'enfermer dans une prison, pour l'obliger à subir le contact d'êtres privés de leur raison, pour l'exposer à perdre, dans un sombre désespoir, dans une lutte, une révolte incessante, tout ce qui lui reste d'intelligence! Qui voulez-vous donc instituer juge de l'opportunité d'une pareille mesure? Qui mieux que le médecin connaît et le malade et sa famille? Qui mieux que lui appréciera l'impossibilité où se trouve celle-ci de pourvoir à la sécurité de l'aliéné, à la sécurité des siens? Un magistrat, juge de paix, maire ou préfet? Le président du tribunal? Il n'y en a pas un qui accepterait une responsabilité si lourde, et leur premier soin serait de s'en décharger sur un médecin-expert. Et à quoi bon cette intervention de l'expert? Si la folie est évidente pour tous, sa mission est au moins inutile. S'il y a des doutes, si l'aliéné est un de ces fous dissimulés qui ne se laissent juger qu'après un examen prolongé, près de qui l'expert recueillera-t-il des renseignements utiles? Encore auprès du médecin de la famille. En vérité, pour en revenir toujours là, il n'était, ce nous semble, pas bien nécessaire de faire un aussi long détour. Et puisque, depuis trente-deux ans, on n'a rien trouvé de suspect dans la conduite des médecins, on aurait pu, sans grand inconvénient, les laisser en possession de la confiance publique, sous la garantie de leur propre honorabilité, restée sans tache.

Croit-on d'ailleurs que ces exigences soient bien nouvelles? Elles n'ont pas même ce mérite. En France, nous sommes les plus oublieux du monde; nous vivons sous des lois que nous voulons toujours réformer, et les apôtres, inspirés bien plus que convaincus des réformes, ne se donnent pas la peine de savoir si leurs idées ne se sont pas déjà produites, si la discussion ne les a pas éloignées déjà.

Dans le remarquable rapport de M. Vivien à la Chambre des députés, tout cela était prévu, et dans la discussion du projet de loi, toutes ces objections furent accumulées, et, avec une vigueur que n'ont pas même les adversaires d'aujourd'hui, M. Charamaule, M. de Larochefoucauld-Liancourt, M. Glais-Bizoin, M. Isambert, proposèrent l'intervention judiciaire, qui fut écartée à cause des lenteurs qu'elle eût nécessairement entraînées.

C'est là, en effet, ce qui doit la faire rejeter toujours, du moins avant le placement de l'aliéné dans l'asile; s'il est vrai que le nombre des cas dans lesquels la mesure peut être prise à loisir soit plus considérable que le nombre de ceux dans lesquels on doit agir vite, il n'est pas moins vrai qu'il faut la plupart du temps chercher un prétexte, épier le moment favorable pour conduire l'aliéné dans l'asile où presque jamais il n'entre de plein gré, et il faut bien peu connaître les difficultés de toute nature qui se présentent à ce moment pour vouloir les augmenter encore, en éveillant par une enquête, qui ne sera jamais discrète, qui ne devra même pas l'être, la méfiance d'un fou. Qu'arrivera-t-il alors? C'est que tout le monde voudra user du bénéfice du placement d'urgence que vous serez

(1) Mémoire lu dans la séance du 18 mars 1870, à la Société de médecine de Paris.

bien obligé de laisser dans la loi. A ce moment naîtront les plus étranges conflits, les plus interminables discussions. L'urgence pourra être contestée, et je ne sais pas, en vérité, si les chefs d'établissement voudront jamais s'exposer à tous les ennuis que de telles contestations feraient naître pour eux. Ils se constitueront à leur tour juges de l'urgence; ils ne se trouveront pas suffisamment couverts par un article de loi auquel il aura bien fallu laisser une certaine élasticité, et dans la crainte de se trouver compromis, ils laisseront souvent dans l'embarras des familles auxquelles ils auraient pu être immédiatement utiles.

Les cas d'urgence sont prévus dans la loi actuelle, dira-t-on. Oui pour les établissements publics, non pour les établissements privés dont la responsabilité est plus lourde. Une fois que vous les aurez établis pour la maison de santé, comme sa clientèle est celle qui recherche le plus, non pas le secret, le mot serait interprété dans un sens mauvais, mais le silence, ce sera, je le répète, l'urgence qu'on invoquera pour échapper à l'enquête, pour rassurer la famille inquiète de sa réputation, de l'atteinte possible à ses intérêts, à son honneur, et les premiers législateurs ont été sages, qui ont voulu tenir le plus grand compte de ces justes susceptibilités; les réformateurs d'aujourd'hui sont imprudents en voulant appeler le bruit et l'éclat sur des infortunes qu'on supporte avec plus de résignation, plus de courage quand on les croit ignorées.

Est-ce à dire que nous ne voulions aucune garantie de plus pour la liberté individuelle? Cette opposition est si loin de notre pensée, que nous déclarons hautement que toute réforme ayant pour but de multiplier les formalités après l'entrée du malade, nous paraît désirable.

Qu'on exerce un contrôle plus sévère sur nos actes, qu'on nous oblige, comme le fait la loi belge par exemple, indépendamment de l'avis transmis dans les vingt-quatre heures au préfet de police, à transmettre un autre avis au procureur impérial, au président du tribunal, si l'on veut; qu'au lieu d'une seule visite médicale dans les trois jours qui suivent l'entrée, il y en ait deux, de médecins appartenant l'un au pouvoir judiciaire, l'autre au pouvoir administratif; qu'un substitut délégué spécialement pour ce service soit chargé de relever chaque mois les placements volontaires; qu'il y ait une commission permanente, connaissant de tous les faits d'aliénation mentale, nous ne demandons pas mieux. Mais ce que nous demandons avant tout, au nom de l'humanité comme au nom des intérêts vrais des familles, c'est qu'on ne gâte pas, pour céder à des bruits sans consistance, une loi, qui n'est pas plus parfaite que toutes les lois édictées par les hommes, mais qui n'a rien produit de mauvais depuis qu'elle est promulguée. Si l'on veut absolument la modifier, qu'on s'occupe de sauvegarder les intérêts des aliénés, voilà de quel côté les additions seront utiles; qu'on fasse, comme le demandent M. Falret, M. Foville, tous ceux enfin qui connaissent les besoins de la situation, jouir du bénéfice de l'administration provisoire tout individu placé dans les maisons de santé. Qu'on fasse, en un mot, tout ce qui peut efficacement protéger, sauvegarder la liberté de l'individu, ses intérêts lorsqu'il ne peut plus les défendre lui-même, mais qu'on n'entrave ni l'intervention honnête du médecin, ni les démarches d'une famille qui n'aura d'autre souci que celui d'être utile à l'un de ses membres.

Ne nous laissons donc pas arrêter par ces clameurs vaines. Continuons ce que nous avons fait jusqu'à ce jour pour les aliénés, que nous avons élevés à la dignité de malades. Améliorons leur sort autant que le permet leur état; mais résistons à des tendances imprudentes qui, si elles étaient écoutées, légueraient à l'avenir une situation pleine d'embarras et de périls. Ne nous lassons pas de dire que la folie crée pour celui qu'elle atteint des conditions tout exceptionnelles, auxquelles il faut pourvoir par une loi exceptionnelle aussi. N'oublions pas encore qu'il faut tenir compte des exigences de la vie moderne, et qu'on n'a pas le droit de demander à la famille, dans les grands centres de population surtout, plus qu'elle ne peut faire. Tout ce qui deviendra une difficulté, tout ce qui, dans des circonstances données, amènera nécessairement un retard, sera préjudiciable à tous.

Un triste et tout récent exemple devrait servir de leçon. Vous avez tous eu connaissance du fait tragique qui s'est passé à Asnières. Un de nos confrères donnait depuis quelque temps des signes d'aliénation mentale. Sa mère, justement inquiète de l'excitation qu'elle voyait monter chaque jour, demanda chez cinq médecins un certificat, qui lui fut refusé, — par ce temps de trouble où nous vivons, on ne voulait pas s'exposer à voir son nom mêlé à quelque vague accusation de séquestration arbitraire, d'intervention intéressée. Le commissaire de police ne voulut pas intervenir, pour qu'on ne lui reprochât pas d'avoir porté atteinte à la liberté individuelle. Et le malade, l'aliéné, dont le délire grandissait toujours, en arriva jusqu'à l'impulsion homicide, aveugle, irrésistible. Il blessa son concierge de deux coups de poignard. Alors on intervint, on l'arrêta, non sans peine, et il fut placé d'office à Charenton. Est-il donc possible de laisser pareils faits se reproduire, et n'est-ce pas porter à la liberté, à la sécurité de tous, la plus imprudente atteinte, que de respecter par un scrupule exagéré la liberté d'un malade incapable de se diriger?

Je me résume, messieurs; la loi de 1838 est bonne; s'il y a eu des abus, et M. de Bosredon a pu dire qu'il n'en avait pas été relevé un seul par la commission, c'est que la loi n'avait pas été rigoureusement exécutée. Elle répond aux besoins de la société moderne, elle protège suffisamment l'individu par les précautions qu'elle a accumulées autour de l'entrée, par les facilités qu'elle a données aux sorties. Les législateurs qui l'ont préparée, les chambres qui l'ont acceptée, ont voulu que l'idée d'un malade à traiter, à guérir, dominât partout. En laissant au médecin le droit de décider ce qu'il était utile, opportun de faire, ils ont donné au corps médical français un témoignage de haute confiance dont il s'est toujours montré digne.

C'est à nous, messieurs, de vouloir, avec l'énergie que doit donner la conscience du devoir toujours honnêtement rempli, que l'on ne touche pas à notre honorabilité restée sans tache. C'est à nous qu'il appartient, au nom de la morale publique, au nom de la sécurité de tous, au nom de l'humanité, de protester hautement contre des accusations que rien ne justifie, et de réclamer la conservation de mesures qui, loin d'avoir nui à personne, ont été, sous la garantie de la responsabilité médicale, protectrices, tutélaires pour tous.

Dr Motet.

HOSPICE DES INCURABLES D'IVRY. — M. Féréol.

Rétrécissement et thrombose de l'artère cardiaque gauche. Infarctus du cœur. — Rupture de cet organe. — Mort. — Autopsie.

(Observation recueillie par M. Cauchois, interne provisoire.)

On sait combien sont fréquents les cas de mort subite dans les hospices de la vieillesse. En pareille circonstance, si le malade n'a fait que passer à l'infirmerie, entre deux visites du chef de service; à plus forte raison s'il n'y est même pas entré, néglige-t-on assez souvent d'en pratiquer l'autopsie. C'est peut-être en partie pour cette raison qu'une des causes de la mort subite, la rupture du cœur, quoique mentionnée par Morgagni (1), est bien connue seulement depuis quelques années dans ses rapports avec les maladies de la fibre musculaire du cœur, des orifices et des vaisseaux de cet organe. On peut encore compter les observations recueillies sur ce sujet. Parmi les plus récentes publiées dans ce journal même, nous rappellerons celles du docteur Lunier (septembre 1865); une du docteur Colin (septembre 1867). Plusieurs autres ont été depuis communiquées à la Société anatomique. Le fait suivant présenté à cette même Société (séance du 18 février 1870), offre quelque analogie avec celui rapporté en mars 1866, par M. Vulpian, dans l'*Union médicale* : il n'a donc pas tout à fait le mérite de la nouveauté : toutefois il présente encore certaines particularités dignes de remarque.

M..., âgé de 78 ans, admis depuis plusieurs années à l'hospice d'Ivry-sur-Seine (Incurables), entre le 13 février 1870 à l'infirmerie, et meurt subitement le soir du même jour. Il n'a été observé ni par le chef du service, ni par les internes. La religieuse de la salle où il avait été admis (Saint-Louis, n° 17), nous apprend qu'il était depuis longtemps atteint d'une surdité complète. Habituellement bien portant, d'une forte stature, il usait des boissons alcooliques, mais sans excès. Le jour de son entrée à l'infirmerie il s'est plaint, nous dit-on, d'un malaise général, de douleurs vagues dans la poitrine, avec sentiment d'oppression et besoin instinctif de faire par moments une grande respiration. La mort a dû être instantanée. Le garçon de service entendant jeter un cri, accourt près du malade; celui-ci ne respirait plus.

L'autopsie est faite trente-six heures après le décès par un temps de forte gelée (15 février).

Rigidité cadavérique. Apparence presque athlétique. La paroi thoraco abdominale présente une couche adipograisseuse épaisse de 4 à 5 centimètres. Une quantité notable de graisse occupe le médiastin antérieur et recouvre le péricarde qui paraît distendu. En effet, l'ouverture de ce dernier laisse voir un énorme caillot de sang noir, épais au centre de 20 à 25 millimètres. Consistance du caillot comparable à celle de la gelée de groseille moyennement prise. Cette masse remplit le péricarde et cache le cœur de toutes parts en avant. Aucune adhérence avec le feuillet pariétal. Après avoir vidé la cavité péricardique, on découvre un cœur de dimensions normales, chargé de graisse comme chez la plupart des vieillards, non outre mesure.

La lésion importante consiste en une *déchirure de la paroi ventriculaire antérieure*, située à gauche du sillon vertical et dirigée dans le même sens, s'arrêtant à 2 centimètres environ du bord droit, et 5 centimètres au-dessus de la pointe du cœur. La rupture elle-même mesure 2 centimètres 1/2 : les bords un peu déchiquetés, à leur niveau la couche adipeuse n'offre guère plus d'un millimètre d'épaisseur : elle est obstruée par un caillot noirâtre; ce dernier enlevé, l'on pénètre dans la cavité du ventricule gauche. Les parois de la rupture sont constituées par un tissu mou, rouge cendré, fortement coloré par la présence du sang épanché.

En dehors de cette lésion, *le ventricule gauche paraît un peu dilaté au niveau de la pointe qui est très-arrondie*. Son tissu, moins ferme au toucher que celui de la face postérieure correspondante, et dépourvu de surcharge graisseuse, est coloré par une *teinte rouge d'aspect ecchymotique*.

Dans la même portion de la face ventriculaire antérieure, comprise entre la rupture et le bord gauche du cœur, le tissu musculaire est comme rongé en trois endroits. *Ces érosions, toutes superficielles* et dirigées verticalement, ainsi que la rupture, ont de 2 à 3 centimètres de longueur, et de 2 à 3 millimètres de largeur; leur fond, inégal, rouge grisâtre, repose sur le tissu charnu du cœur, dépouillé, à ce niveau, du péricarde viscéral. Celui-ci, dans leur intervalle, est aminci et présente un certain degré de vascularisation et de ramollissement. La rupture semble avoir été précédée d'une érosion semblable plus rapprochée de la cloison.

La portion de la face antérieure correspondant au ventricule droit, toute la face postérieure, ainsi que les bords et les sillons du cœur, n'offrent rien à noter.

Par une incision de la face postérieure, on constate l'état de vacuité complète du ventricule gauche; le droit ne renferme non plus aucun caillot. Les parois ont leur épaisseur normale, et, vers la pointe, moins de 1 centimètre. État sain de l'endocarde. Ni insuffisance, ni rétrécissement de la valvule mitrale. Pas d'insuffisance non plus à l'orifice aortique. Seulement, les valvules sigmoïdes contiennent dans leur épaisseur quelques petites taches blanchâtres, sans saillie; elles sont légèrement plissées à leur bord adhérent, qui présente, sur toute son étendue, la couleur et l'induration de l'athérome non encore calcifié. De même, à leurs insertions commissurales. On remarque un degré semblable de dégénérescence athéromateuse à l'embouchure, *irrégulièrement cylindrique*, des deux artères coronaires, et, par points disséminés, sur les parois de leurs branches principales. En quelques endroits même de ces dernières, il y a une *véritable calcification des tuniques, principalement le long de l'artère coronaire droite*. La membrane interne de celle-ci est assez fortement colorée par une teinte rouge, que n'enlève pas un jet d'eau; du reste, aucun caillot.

L'artère coronaire gauche est le siége de lésions plus importantes. Immédiatement au-dessus de sa première bifurcation, c'est-à-dire après un trajet d'environ 2 centimètres, la *branche superficielle* est oblitérée par un caillot de 15 à 18 millimètres de longueur, et dont la tête arrondie et libre est tournée du côté de l'aorte. Ce caillot présente les caractères d'un thrombus remontant déjà à quelques jours : adhérence avec la paroi artérielle; coloration rouge grisâtre; ramollissement granuleux manifeste au centre. Au niveau de la partie moyenne du caillot, et spécialement de la demi-circonférence postérieure, on constate un épaississement de la paroi artérielle allant jusqu'à 2 millimètres, et constitué par une masse de substance molle, d'un jaune sale, grisâtre (bouillie athéromateuse). La tunique interne d'une part, la tunique moyenne de l'autre, en forment les limites; elles peuvent être séparées par une faible traction. Il résulte de la présence de ce foyer athéromateux une saillie de la paroi, et partant, un rétrécissement très-évident de la lumière du vaisseau, appel à la congélation du sang.

Par son extrémité inférieure, le caillot se prolonge dans deux branches de bifurcation de l'artère, vers la pointe du cœur. *C'est donc bien dans le territoire arrosé, en grande partie, par les rameaux de l'artère coronaire gauche, actuellement oblitérés, que siégent les érosions superficielles et la rupture décrite tout à l'heure.*

Il n'y a, dans les autres organes du thorax ou de l'abdomen, absolument rien à noter; pas d'infarctus.

Sur les artères de la base du cerveau, la dégénérescence athéromateuse est assez prononcée. Rien dans les hémisphères cérébraux; mais adhérences des méninges à la voûte crânienne le long du sinus longitudinal supérieur. Ces membranes sont infiltrées et épaissies sur la face convexe des hémisphères. Au niveau de la fosse occipitale supérieure gauche, la dure-mère et l'arachnoïde se trouvent séparées par une pseudo-membrane d'aspect fibreux, contenant quelques vaisseaux et offrant une résistance marquée aux efforts de rupture, peu adhérente d'ailleurs aux méninges, entre lesquelles elle se perd insensiblement par des bords de tissu lamineux fin.

L'examen histologique du tissu cardiaque, pratiqué dans le laboratoire de M. Cornil, a montré les particularités suivantes :

1° A la paroi ventriculaire postérieure, partie moyenne, les fibres musculaires ont conservé leur apparence normale : intégrité des stries longitudinales et des stries verticales. Seulement, de place en place, on voit des petits amas de granulations jaune-rougeâtre (granulations pigmentaires). *Nulle part le tissu ne présente de dégénérescence soit graisseuse, soit fibreuse.*

2° A la partie inférieure de la face antérieure, correspondant aux érosions superficielles décrites précédemment, le tissu charnu apparaît à la coupe infiltré de sang demi-liquide, noirâtre. L'épanchement sanguin siége dans les interstices des fibres musculaires. Il s'est creusé çà et là de petites lacunes communiquant ensemble. Il n'y a pas de foyer proprement dit, mais cet état anatomique décrit sous le nom d'apoplexie interstitielle et plus récemment sous le nom d'infarctus du cœur. A cet endroit, les fibres musculaires contiennent des amas très-nombreux de granulations pigmentaires, et celles prises à la superficie, là où le tissu est à la coupe d'un rouge-cendré, montrent quelques granulations graisseuses.

3° Au voisinage de la rupture, immédiatement en dehors de la surface de ses bords, l'altération histologique est plus prononcée. On trouve encore le même pigment, mais la striation des fibres musculaires est moins nette; elle manque en certains endroits, et, à côté des granulations pigmentaires, il s'en rencontre quelques-unes de nature graisseuse.

4° Enfin, le tissu, pris à la surface même des lèvres de la rupture, n'offre, sous le microscope, aucune apparence musculaire; il est tout entier formé par une accumulation de très-fines granulations mesurant au plus 1 millième de millimètre de diamètre, insolubles dans l'acide acétique, ayant en un mot les caractères des granulations graisseuses. Parmi elles, s'en trouvent d'autres, en petit nombre, plus volumineuses, de nature protéique.

(*A suivre.*)

(1) Lettre XXVII, chap. 10.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 11 mars 1870. — Présidence de M. Bergeron.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Traitement de la variole confluente.

M. Chauffard, à l'occasion du procès-verbal, demande à faire une courte communication sur un sujet tout d'actualité, puisqu'il s'agit du

traitement de la variole confluente. Tout le monde sait, en effet, qu'on est en ce moment en pleine épidémie. Il y a dans la variole confluente une période, la période de la fièvre secondaire, qui est de beaucoup la plus dangereuse. Tous les malades, en effet, qui succombent dans la variole confluente, succombent à la fièvre secondaire. L'évolution de la maladie serait donc beaucoup plus simple, plus rapide et beaucoup moins dangereuse, si on pouvait arrêter cette fièvre; c'est dans ce but que, depuis un an, M. Chauffard emploie l'acide phénique cristallisé à l'usage interne. Jusqu'à présent, M. Chauffard n'a eu recours à cet agent que dans les cas de varioles confluentes les plus graves; il l'a surtout administré dans les cas qu'il regardait comme mortels.

Depuis un an, M. Chauffard a administré l'acide phénique à l'intérieur dans 5 cas seulement, dont 3 à Cochin et 2 à Necker. Il a vu, dans ces 5 cas, contre toutes ses espérances, la fièvre secondaire s'arrêter court sous l'influence de cette médication. Dans le dernier cas surtout, la confluence était à sa dernière limite, et ce cas paraissait à M. Chauffard au-dessus de toutes les ressources de l'art. Le malade a guéri très-rapidement; il n'y a eu qu'un cas de mort, et de mort subite, chez un individu qui, pendant tout le cours de la maladie, avait présenté de la congestion pulmonaire. On n'a rien trouvé à l'autopsie qui pût expliquer la mort. La maladie a cependant été modifiée dans son évolution.

Voici les doses auxquelles M. Chauffard administre l'acide phénique cristallisé; elles paraissent fort élevées, mais sont, paraît-il, parfaitement tolérées par les malades. Chez un adulte: 1 gramme, dissous dans une potion ordinaire de 150 grammes; chez la femme ou un adulte faible: 80 centigrammes. Cette potion est, paraît-il, fort désagréable au goût, et cependant aucun des malades dont a parlé M. Chauffard n'a manifesté de répugnance pour la prendre. M. Chauffard l'a administrée pendant huit à dix jours sans avoir aucun accident à imputer à cette médication; elle lui a paru inoffensive et efficace. C'est pourquoi il a cru devoir l'indiquer à ses collègues, afin que l'expérimentation se généralise.

M. Chauffard doit cette idée d'administrer l'acide phénique dans la variole confluente à M. Sanson, qui l'avait employé avec succès en Auvergne, dans une épidémie de fièvres charbonneuses.

M. Lallier demande à M. Chauffard à quel moment il administre ce médicament.

M. Chauffard répond que c'est dès l'entrée du malade à l'hôpital, c'est-à-dire, en général, le second jour de l'éruption, et qu'il continue cette médication pendant huit et dix jours.

M. Bourdon se demande si dans les cinq cas dont a parlé M. Chauffard on peut sûrement attribuer la guérison à l'acide phénique, parce qu'il a vu un très-grand nombre de varioles confluentes guérir sous l'influence d'un traitement beaucoup plus simple, et qui consistait uniquement à soutenir les forces des malades, tel que le vin, le quinquina, etc.

M. Chauffard. Rien n'est plus juste; mais le caractère particulier de la médication du quinquina est qu'elle n'enraye en rien la maladie, qui poursuit son cours, et qu'elle donne seulement au malade les forces nécessaires pour supporter cette évolution; tandis que le caractère spécial de l'acide phénique, et M. Chauffard insiste sur ce fait, est d'enrayer la maladie et de donner par conséquent des résultats qu'on n'obtient pas toujours par la médication qu'emploie M. Bourdon.

M. Lallier. Ce caractère, que M. Chauffard attribue à l'acide phénique, et qui consisterait, selon lui, à enrayer la maladie, est en effet très-remarquable. Cependant, attendons l'expérience avant de rien décider, d'autant plus qu'il y a une réserve à faire: c'est qu'on a eu à constater dans ces derniers temps une forme confluente de varioloïde dont il faut tenir compte. Dans tous les cas, l'épidémie est en ce moment malheureusement assez intense pour que l'expérience soit facile à faire, et si cette médication est aussi bonne que le croit M. Chauffard, ce sera un véritable service à rendre que de la propager le plus possible.

M. Gallard demande à M. Chauffard si les malades dont il a parlé étaient vaccinés, et prie tous ceux de ses collègues qui expérimenteront ce médicament de bien tenir compte des modifications que subit la variole sous l'influence de la vaccine, et de donner des renseignements précis à cet égard là.

M. Chauffard répond que dans les cinq cas dont il a parlé, il y en avait de vaccinés et de non vaccinés. Il est hors de doute, dit-il, que la vaccine modifie la maladie; mais on ne doit tenir aucun compte de ces modifications quand il s'agit de la variole confluente. Toutefois, je n'ai fait que jeter les jalons d'une expérience qu'il vous appartient d'étendre et de généraliser, et la question sera bientôt jugée.

VACCINE

M. le Président donne lecture d'une lettre de M. Gallard, par laquelle il propose que M. Moissenet, au nom de la Société, demande à l'administration de mettre à la disposition des médecins des hôpitaux du vaccin jennérien, c'est à dire issu primitivement du cow-pox spontané et transmis de bras à bras.

M. Chauffard partage l'opinion exprimée dans la lettre de M. Gallard, au sujet du vaccin actuellement en usage dans les hôpitaux. Il est persuadé que M. Lanoix a voulu tirer d'une pustule ce qu'elle ne peut donner. Ce vaccin n'a pas pris sur un seul des enfants de son service. Devant ses réclamations, M. Chambon, l'associé de M. Lanoix, a promis à M. Chauffard de faire ces vaccinations avec le plus grand soin. Il a obtenu deux petites pustules à peine perceptibles chez un enfant. A la même époque, M. Constantin Paul revenait de Bruxelles avec une génisse présentant des pustules superbes, et grâce au zèle et à l'habileté de ce confrère, les vaccinations ont pu se faire sérieusement.

Toutefois, M. Chauffard combat la proposition de M. Gallard, et est d'avis qu'au lieu de recourir constamment à l'autorité, on ferait bien mieux de faire un peu ses affaires soi-même.

M. Blachez dit qu'il a beaucoup de peine à se procurer du vaccin. Il a vacciné trois ou quatre enfants à Bicêtre avec une génisse inoculée dans les environs, et n'a obtenu qu'un insuccès complet. Il a demandé alors à l'administration deux génisses, qu'on lui a promises.

M. Dumontpallier croit qu'il serait temps de revenir aux anciennes doctrines. Il y a, selon lui, une très-grande différence entre le cow-pox spontané et le cow-pox artificiel, et devant les insuccès du vaccin bâtard de l'Académie ou du vaccin artificiel de M. Lanoix, M. Dumontpallier voudrait qu'on recherchât les sources du vaccin de Jenner.

M. Lorain appuie la proposition de M. Gallard, et voici comment il entendrait l'intervention de l'administration dans cette circonstance. Les services d'accouchements sont insuffisants pour fournir du vaccin, parce que les femmes ne veulent pas rester plus de cinq à six jours à l'hôpital, et qu'il en résulte une difficulté très-grande d'avoir des enfants vaccinés dans les hôpitaux. Il voudrait donc que l'administration promît une certaine rémunération à ces femmes, afin de les décider à rester assez de temps pour qu'on puisse se procurer du vaccin d'enfant.

M. Bucquoy partage l'opinion de M. Lorain, et croit qu'en dehors de ce qu'il demande, l'administration n'a rien à voir dans cette affaire. Après un échange d'explications entre MM. Gallard, Moutard-Martin, Bergeron, Dumontpallier et Marrotte, la proposition de M. Gallard est mise aux voix et adoptée.

PRÉSENTATIONS

M. Gallard présente, au nom de M. le docteur Lucas Championnière, ancien interne des hôpitaux, une thèse inaugurale sur la lymphangite térines.

COMMUNICATION

Cas de mort subite par l'usage interne de l'eau sédative. — **M. Raynaud** rapporte en quelques mots l'observation d'un domestique qui, après avoir avalé une simple gorgée d'eau sédative, est tombé raide mort.

Il avait d'abord eu deux accès de suffocation qui avaient fait diagnostiquer un œdème de la glotte. Le troisième accès n'a pas eu le temps de se produire, puisque cet homme était debout lorsqu'il est tombé mort. La trachéotomie fut pratiquée en vain à l'autopsie. M. Raynaud trouva bien l'œdème de la glotte qu'il avait diagnostiqué. Il y avait de plus tuméfaction, et une rougeur très-vive des cordes vocales; rien, du reste, qui puisse expliquer la mort. M. Raynaud attribua donc cette mort foudroyante au contact de quelques gouttes d'ammoniaque sur le fond de la gorge.

M. Marrotte croit aussi que ce contact seul de quelques gouttes peut expliquer la mort. Il rapporte un fait analogue: c'est celui d'une bonne qui, s'étant amusée à respirer de l'ammoniaque, était tombée dans un état spasmodique tel, qu'on a cru que la respiration ne se rétablirait pas.

La séance est levée à cinq heures.

La prochaine séance, qui aura lieu dans quinze jours, sera consacrée à la reprise, et probablement à la fin de la discussion sur les maternités.

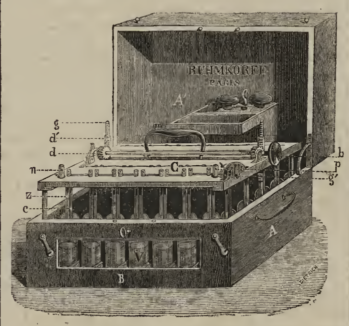
SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 7 janvier 1870 (1). — Présidence de M. Lagneau.

M. Duchenne (de Boulogne) présente à la Société une pile portative à courant constant de M. Ruhmkorff, modifiée d'après ses indications.

Cette pile a pour éléments le charbon, le zinc et une solution de bi-sulfate de mercure. M. Duchenne l'a expérimentée, a pu en juger la valeur, et a fait remédier à quelques imperfections qu'elle présentait.

L'appareil est enfermé dans une boîte A A', contenant 42 éléments; les vases en verre V sont placés au fond B de la boîte, dans les loges d'un casier divisé en six rangs contenant, chacun, sept compartiments. Les zincs *z* et les charbons *c* de chaque élément H, sont fixés au double fond mobile C, qui est fait de caoutchouc durci; on les enfonce à volonté dans les vases V contenant une solution faible de bi-sulfate de mercure à l'aide d'un pignons *d* et d'une crémaillère *g* placée de chaque côté Dans l'intervalle des applications de la pile, le double fond C est soulevé de manière que les zincs et les charbons ne plongent plus dans la solution.



Pile portative de M. Ruhmkorff, modifiée d'après les indications de M. Duchenne (de Boulogne).

Voici quelques modifications que M. Duchenne (de Boulogne) a prié M. Ruhmkorff d'apporter à la pile pour son usage personnel:

1° Dans la pile que ce fabricant lui avait donné à expérimenter, les charbons étaient cylindriques, avaient 9 centimètres de hauteur, dont 5 d'immersion et 16 millimètres de section; au centre de ces charbons se trouvait un cylindre de zinc de la même hauteur, et de 1 centimètre 1/2 de diamètre transversal. Cette pile donnait trop d'électricité de quantité (en raison directe de sa surface).

Son action électrolytique était telle que 42 éléments plongeant à peine de 1 centimètre, ses réophores produisaient, en deux ou trois minutes, de petites vésications à la peau.

Il a donc prié M. Ruhmkorff de diminuer des deux tiers la surface des éléments; en construisant des zincs et des charbons *z*, *c*, ayant chacun 9 centimètres, sur 8 millimètres, et n'agissant que par leurs surfaces mutuellement en présence. En outre, M. Duchenne a remplacé la solution de bi-sulfate de mercure par une solution faible de proto-sulfate; puis afin de diminuer encore la polarisation de la pile, M. Ruhmkorff a endui, avec de la mousse de platine, la surface des charbons en rapport avec les zincs, et il en a verni les autres surfaces, ce qui a rendu son courant presque constant et son action électrolique encore plus faible.

Dans ces conditions, cette pile peut servir à toutes les applications électro-physiologiques ou thérapeutiques des courants continus.

On soulevait le double fond à l'aide de la poignée *m*. M. Duchenne a fait adapter à l'axe du pignon un bouton qui permet de graduer plus exactement le degré d'immersion de la pile pendant la montée de ce double fond, le cliquet *z*, entrant dans les dents du pignon, empêchent le double fond de descendre; on doit donc le soulever pendant la descente, enfin, les dents du pignon, étant trop espacées, M. Duchenne les a fait rapprocher les unes des autres de 1 millimètre.

Le mécanisme du système d'immersion ou d'émergence graduelles des zincs et des charbons était assurément simple et bon, mais il laissait à désirer au point de vue de l'exactitude ou plutôt de la sûreté de la graduation de l'action électrolytique de la pile. En effet, l'indicateur ne peut marquer exactement le degré d'immersion des zincs et des charbons qu'à la condition que le niveau du liquide dans les vases sera toujours le même; ceux-ci n'étant pas fermés, le niveau doit baisser, surtout par l'évaporation du liquide.

M. Duchenne a fait incruster, sur les parois de ces vase, une ligne horizontale qui marque le niveau que doit conserver le liquide. Uune large ouverture pratiquée sur la face antérieure et fermée par une glace permet de voir ce niveau.

2° La première rangée des vis qui fixent au double fond mobile les zincs et les charbons est surmontée de bornes dans lesquelles on peut fixer les conducteurs; de sorte que le courant peut être augmenté ou diminué de 1 élément jusqu'à 7.

Cette graduation est particulièrement applicable aux expériences physiologiques ou aux applications thérapeutiques délicates.

Le graduateur de la tension, que M. Ruhmkorff a ajoutée à l'appareil, selon le désir de M. Duchenne, est construit de manière à graduer la tension des courants sans produire des intermittences. Lorsque son aiguille régulatrice est placée à son extrémité antérieure, la tension de la pile est à son maximum; alors, si on la ramène en arrière, le nombre des éléments diminue de 7 en 7, comme l'indiquent les divisions gravées sur la circonférence du graduateur sans que l'on doive changer les conducteurs fixés aux boutons *n* et *p*.. Enfin le courant est ouvert en plaçant l'aiguille sur le zéro de ce graduateur.

Lorsque la pile est épuisée, on retire entièrement le double fond C de la boîte, à l'aide de la poignée *m*, et on la recharge en renouvelant la solution de chacun des vases; pour cela, on les remplit d'eau jusqu'au niveau indiqué par la ligne horizontale incrustée sur leur paroi, et l'on met dans chacun d'eux 1 gramme de proto-sulfate de mercure, que contient la petite mesure jointe à l'appareil.

L'un des principaux avantages de cette pile, c'est la facilité de graduer exactement le degré d'immersion de ses éléments bons; en d'autres termes, de mesurer son action électrolytique, tout en lui conservant la force de sa tension. La possibilité de lui donner une action électrolytique faible ou assez grande a l'avantage de la rendre également applicable dans les cas où le courant continu par action réflexe est indiqué et dans les cas où la chirurgie recherche l'action électrolytique du courant.

Dans la pile au chlorure d'argent de M. Ruhmkorff, les charbons sont remplacés par des tiges cylindrique de chlorure d'argent.

M. Duchenne rend d'ailleurs toute justice aux appareils de chlorure d'argent de M. Gaiffe, dont il parlera dans une autre séance.

M. Gallard rappelle les appareils de M. Trouvé, appareils de poche, gros comme des lanceticrs.

Il demande si, dans les hôpitaux, il ne pourrait pas y avoir des piles placées en dehors des salles, communiquant par des fils avec les lits des malades.

M. Duchenne dit que ce serait possible, mais difficile. A Londres, il y a une salle spéciale dans laquelle sont tous les appareils à électricité continue; on y porte les malades. M. Ruhmkorff a proposé à l'administration un grand appareil à courant aussi continu que possible, une pile de 100 éléments au sulfate de plomb.

Pour la ville, M. Ruhmkorff espère construire un appareil de poche à 32 éléments, dont la tension serait évidemment moindre, mais encore suffisante.

Quant aux appareils de M. Trouvé, ils n'ont rien de commun avec la pile à courant continue dont il vient d'être question; de très-petits appareils d'induction, des joujoux charmants mais qui ont l'inconvénient de ne pas répondre à tous les besoins de la thérapeutique.

M. Aug. Voisin. J'ai l'honneur de présenter à la Société une partie des circonvolutions cérébrales d'une femme morte après trente et un ans d'une aliénation mentale, caractérisée dans le principe par des hallucinations, des idées de persécution, et, depuis près de dix ans, par de l'incohérence absolue et de la démence.

La surface convexe du cerveau offre près de quarante taches, les unes d'une teinte vert-de-gris, les autres brunâtres, arrondies ou allongées, d'un diamètre maximum de 2 millimètres et d'un minimum de 1 millimètre. Au niveau de ces taches, aucune adhérence n'existe avec les méninges; la surface en est unie, et au niveau de quelques-unes seulement la pulpe cérébrale est très-légèrement déprimée. A l'exception de trois ou quatre, elles se voient à la surface des circonvolutions pariétales et frontales droites et gauches. Des coupes verticales ne montrent au-dessous d'elles aucune lésion ap-

(1) Fin. — Voir le numéro du 12 mars 1870.

préciable à l'œil et permettent de constater que la teinte ne pénètre pas à une profondeur de plus de 1 millimètre.

L'examen microscopique (à 290 diamètres), fait à l'état frais, montre :

1° un certain nombre de fragments de vaisseaux, irrégulièrement disposés, d'une teinte jaune sale, à parois très-épaissies, renfermant un grand nombre de petits amas pigmentaires, sans aucune trace de matière colorante du sang, ni globules.

2° Dans la gaîne lymphatique des vaisseaux, on note des amas de granulations graisseuses réfractant fortement la lumière.

3° Des vaisseaux ont conservé leur forme générale, leurs divisions, mais présentent, comme les premiers, des bords irréguliers, une teinte jaune sale, des parois épaissies et renfermant des amas de pigment noirâtre qui en obstruent la lumière.

4° Autour de plusieurs de ces vaisseaux, on trouve des amas de pigment très-abondants et très-épais.

5° Des corpuscules ganglionnaires, à contour très-irrégulier, présentent, pour ainsi dire, des anses sur leurs bords (pertes de substance) et sont remplis d'une matière pigmentaire et graisseuse qui masque entièrement le noyau et le nucléole.

La plupart de ces corpuscules sont séparés de leurs canaux de communication; ou bien on voit appendu à une portion de leur contour un reste de cylinder axis recroquevillé.

Ces taches, que j'ai déjà trouvées trois fois chez des individus aliénés, l'un depuis vingt-cinq, le second depuis vingt-huit, le troisième depuis trente et un ans, me paraissent être le dernier terme d'altérations que j'ai toujours rencontrées dans les cerveaux d'individus aliénés depuis deux ans et plus, altérations que j'ai décrites depuis trois ans dans mon cours à la Salpêtrière et qui consistent, pour les corpuscules ganglionnaires, dans le dépôt de molécules graisseuses et pigmentaires, dans la disparition consécutive du protoplasma, dans la destruction du noyau et du cylinder axis; et pour les vaisseaux, dans des altérations nombreuses de divers ordres, et en particulier, comme dans ce cas, dans une infiltration graisseuse et pigmentaire.

Les pièces anatomiques que je vous montre m'ont paru intéressantes en ce sens que, jusqu'ici, du moins, elles sont pour moi le dernier terme d'une lésion que j'ai toujours rencontrée chez les aliénés.

M. GUIBOUT demande si ces taches n'existent pas chez des individus non aliénés, et rappelle la syphilis pigmentaire de M. Hardy, qui, du reste, disparaît à la longue.

M. VOISIN n'a pas d'expérience à ce sujet.

M. LUNIER pense qu'il n'est pas admissible qu'il y ait toujours une même altération du cerveau dans tous les cas de folie; quelquefois on trouve à l'autopsie l'état presque normal. Il est question de trois cas : mais a-t-on recherché les lésions dans les autres cas?

M. VOISIN dit que souvent, en effet, l'altération est très-faible. S'il n'a pas rencontré plus souvent cette lésion, cela tient d'abord au nombre relativement restreint d'autopsies que l'on fait des aliénés simples, atteints depuis très-longtemps, et à la petite quantité de ceux qui ne succombent pas avant vingt-cinq ans de maladie. Sa présentation a eu surtout pour but de faire connaître des études qui sont encore pour lui à l'état de recherches, des études de première manière, pour ainsi dire. Il lui parait intéressant de constater que dans ces taches on voit au microscope des lésions de même nature, mais à un degré bien plus avancé que les altérations qu'il a reconnues chez le plus grand nombre des aliénés, dans les premiers temps de la maladie.

La Société reçoit une lettre de la préfecture de la Seine, qui la prie d'examiner sept employés pour décider de leur admission à la retraite.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel : Dr DUROZIEZ.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, M. le docteur Gigon, médecin au lycée impérial d'Angoulême, est nommé officier d'académie.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Sont chargés de cours complémentaires à la Faculté de médecine de Paris, pendant le deuxième semestre de l'année 1869-1870, les agrégés près ladite Faculté dont les noms suivent :

M. Trélat. — Cours de clinique d'ophthalmologie;

M. Fournier. — Cours des maladies syphilitiques;

M. Lutz. — Cours de chimie.

— M. Victor Charner, auditeur au conseil d'État en service extraordinaire, sous-préfet en disponibilité, a été nommé, par arrêté du ministre de l'intérieur, membre de la commission instituée pour étudier les questions relatives à la mortalité des enfants du premier âge.

M. de Frédy, auditeur de première classe au conseil d'État, a été attaché à la même commission en qualité de secrétaire adjoint.

— Un concours pour deux places de prosecteur près la Faculté de médecine de Paris, s'ouvrira le 4 avril, à une heure.

— M. le professeur Pajot commencera son cours d'accouchement le mardi 22 mars à midi et le continuera à la même heure les mardis, jeudis et samedis suivants.

— M. le professeur Lasègue commencera son cours de clinique médicale à l'hôpital de la Pitié, le samedi 26 mars, à neuf heures et demie du matin. — Visite à huit heures et demie.

— M. Proust, agrégé, suppléant de M. Bouillaud, commencera son cours de clinique médicale, à l'hôpital de la Charité, le mardi 22 mars, à neuf heures du matin.

— Le docteur d'Heilly, ancien interne des hôpitaux, commencera un cours de pathologie interne le mercredi 30 mars, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure. — (Maladies de l'appareil respiratoire.)

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois.. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie en a fini avec cette longue et importante discussion sur la mortalité des nouveau-nés. Ce qui ne veut pas dire qu'il n'y ait plus à s'en occuper, loin de là. Nous nous plaisons à reconnaître que cette discussion est loin d'avoir été stérile. L'Académie n'a pu assurément, et elle ne pouvait pas résoudre toutes les questions soulevées par les faits révélés dans l'espèce d'enquête dont elle s'est trouvée nantie; mais elle en a du moins fait ressortir les conséquences les plus importantes, et elle a été conduite par là à mettre dans tout son jour l'un des dangers, à peu près ignoré jusque-là, qui menacent la population (1).

Indiquer les remèdes à apporter à cet état de choses et les moyens d'arrêter les progrès du mal sur cette pente fatale, était chose plus difficile. Plus d'une des causes du mal signalé échappent d'ailleurs complétement à l'action et même à la compétence de l'Académie. Elle devait se restreindre; mais en se restreignant même au fait seul de la mortalité excessive des enfants en nourrice, la discussion n'a pas tardé à lui montrer qu'en présence des causes multiples de cette mortalité et des faits complexes qui s'y rapportent, une simple réglementation de l'industrie nourricière, telle que la proposait le premier projet de rapport de la commission, ne serait qu'un bien faible et bien insuffisant palliatif.

La commission s'est loyalement rendue à l'appel que l'Académie avait fait d'elle à elle-même pour insuffisance de sa première œuvre, et se pénétrant de l'esprit même de la discussion et de la haute portée des questions qu'elle a soulevées, elle a rédigé le nouveau projet de conclusions que nous avons mis sous les yeux de nos lecteurs.

L'ensemble de ces conclusions, qui a paru encore à M. Fauvel n'être pas tout à fait à la hauteur du sujet, bien qu'il lui ait donné son adhésion, a réuni l'assentiment à peu près unanime de l'Académie. Elle n'a guère fait, par la délibération à laquelle elle a sommis chacune d'elles, que compléter le sens quelquefois indécis ou insuffisamment précisé de quelques-unes; donner plus de force et de netteté à d'autres, soit par des additions qui mettent en lumière des causes omises dans le projet de la commission, soit par des retranchements de mots qui ne faisaient qu'en affaiblir le sens; introduire dans quelques autres de simples modifications de rédaction; et enfin établir un ordre plus méthodique dans l'ensemble, en rapprochant des propositions connexes, que l'ordre numérique séparait. C'est ainsi, par exemple, que la conclusion 13e du 1er groupe, additionnée par un amendement de M. Chauffard, est devenue la 2me.

Telles qu'elles ont été votées par l'Académie, les conclusions répondent au double but qu'elle se proposait : faire connaître les causes multiples et diverses de la grande mortalité des enfants nouveau-nés, indiquer les voies et moyens d'y remédier. Que si, dans cette deuxième partie de sa tâche, on croit pouvoir signaler : ici une insuffisance des moyens proposés, là une ingérence dans des attributions qui échappaient à sa compétence pour rentrer dans celle des pouvoirs publics, de l'administration ou de la magistrature, nous ferons remarquer, à sa décharge, que ses propositions ne sont que des vœux ou des avis basés sur les faits dont elle a eu à connaître. A la commission administrative de s'inspirer de ces avis et d'utiliser les documents que la discussion académique aura mis entre ses mains.

Mais, comme nous le disions en commençant, il s'en faut que tout soit dit sur cet important sujet, et que l'Académie doive désormais s'en désintéresser en laissant à l'administration tous les soins comme toute la responsabilité de ce qui reste à faire. La question de l'alimentation et de l'hygiène, ou éducation physique du nouveau-né reste encore tout entière à l'étude. Déjà de plusieurs côtés on s'est mis à l'œuvre, et on nous permettra ici de rappeler en particulier les intéressantes recherches de notre collaborateur M. Chalvet sur ce sujet.

(1) Nous citerons parmi les nombreuses recherches qu'à déjà suscitées la discussion de l'Académie, une étude sur la mortalité des enfants du premier âge dans les campagnes, par M. le docteur H. Dubost, médecin à Pont-du-Château (Puy-de-Dôme). Il ressort de ce dernier travail que sur 18 communes de l'une des contrées agricoles les plus riches de la France, 12 présentent un excédant des décès sur les naissances, pendant une période de 20 ans.

L'Académie a donc très-sagement agi en décidant l'institution dans son sein d'une commission permanente d'hygiène de l'enfance.

Dr BROCHIN.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. PAUL TOPINARD.

Rhumatisme musculaire aigu et généralisé. — Rhumatisme des bourses muqueuses. — Guérison par la poudre de Dover.

(Observation lue à la Société médicale d'observation.)

X..., âgée de 22 ans, garde-malade, a toujours joui d'une bonne santé et ne présente actuellement aucun indice de chlorose (souffle carotidien, dyspepsie, flueurs blanches, etc.) ou d'hystérie. A partir du 15 septembre 1867 environ, elle est prise de frissons qui reviennent quotidiennement à 3 heures de l'après-midi, et sont suivis de chaleur vers 5 heures, et de sueurs vers 7 heures, l'accès complet se terminant à 9 heures. L'appétit diminue, la bouche est mauvaise, particulièrement le matin, et elle devient sujette aux céphalalgies.

C'est alors, vers le 28 septembre, qu'elle voit apparaître à la face dorsale des mains et au visage une éruption de papules luisantes, arrondies, d'un rouge veineux, les plus grosses de la largeur d'un pois. Confluentes sur quelques points des mains, elles sont discrètes au visage, et y occupent la face externe des mâchoires et les joues. Elles démangent. Les ganglions sous-maxillaires et axillaires correspondants ne sont pas engorgés. Je diagnostiquai un érythème papuleux, et prescrivis des lotions de guimauve, de la poudre d'amidon et tous les matins un verre d'eau de Pullna.

Le 2 octobre, les papules ont disparu du visage sans laisser de desquammation. Elles sont moins rouges et démangent moins aux mains. Même traitement.

Le 6 octobre, vomissements imprévus, et pendant les 36 heures qui suivent, nausées.

Le 8 octobre, vers 11 heures, elle ressent un frisson suivi de douleurs vives dans le membre inférieur gauche, qui durent quelques heures, et sont remplacées par d'autres douleurs semblables dans le bras gauche. Dans la soirée, je constate ce qui suit :

Le pouls est à 104, la langue large, grisâtre et sans enduit, la face très-rouge. Les nausées sont fréquentes. La malade, fort agitée, est en proie à une grande anxiété. Ses douleurs, limitées au bras gauche, lui font pousser des cris incessants; c'est à peine si je puis l'examiner et toucher la peau. Cependant je parviens à reconnaître que cette douleur ne tient pas aux téguments, ni aux articulations, lesquelles se meuvent bien et ne sont pas empâtées, mais qu'elle siége autour des articulations et au niveau des masses musculaires, depuis le poignet jusqu'à l'épaule, y compris le muscle grand pectoral. La moindre pression avec le doigt, le moindre mouvement spontané ou communiqué, l'exaspère. Les téguments, dans toute l'étendue du bras, sont injectés et plus chauds que du côté droit, sain. L'auscultation du cœur ne m'y révèle aucun bruit anormal.

Traitement. — Potion gommeuse avec *cinquante* centigrammes de poudre de Dover, à prendre par cuillerées toutes les heures ; tisane de bourrache; ouate autour du bras malade; sinapismes promenés sur les parties saines.

Le lendemain 9, l'amélioration est considérable. La potion a donné lieu à quelques vomissements, puis a été tolérée. Il est survenu des sueurs très-abondantes, et les douleurs ont aussitôt disparu, sauf au voisinage de l'épaule. Je remarque à la partie antérieure du creux de l'aisselle une petite tuméfaction sous-cutanée, une sorte d'empâtement à bords diffus, au niveau duquel la peau est rouge et violacée, le tout présentant les caractères d'un érythème noueux. L'érythème papuleux de la face dorsale des deux mains, encore très-caractérisé hier, a pâli, laissant çà et là quelques taches rougeâtres comme ecchymostiques. Une plaque d'*herpes labialis* s'est développée à la lèvre inférieure.

Même traitement, la poudre de Dover étant portée à *un* gramme.

Le 10, le rétablissement est complet. Les règles ont apparu ce matin à leur époque. Je prescris de garder le lit.

Les 11, 12 et dans la journée du 13, elle vaque à ses occupations comme d'habitude, et va bien, sauf l'existence d'un accès de fièvre de trois à neuf heures toutes les après-midi, ce que je n'ai su que plus tard.

Le 14 après midi, je constate les symptômes suivants: la face injectée, la langue large et grisâtre, les nausées, le pouls à 100, l'anxiété et l'agitation reproduisent le même état général qu'à la première crise. Les règles ont presque disparu. Les douleurs, à leur maximum, occupent le ventre, la face antérieure de la cuisse, du genou, la région du mollet et les malléoles à droite, et à un moindre degré l'avant-bras et l'épaule du même côté. Le ventre est physiquement normal. Les efforts et les autres actions qui mettent en jeu les muscles abdominaux, exaspèrent le mal. Lorsqu'on comprend avec précaution dans un gros pli toute la peau et le tissu cellulaire sous-jacent, la douleur est légère; mais dès qu'on vient à toucher les muscles eux-mêmes, particulièrement le grand droit, elle provoque un cri aigu. Dans l'immobilité la plus absolue, la douleur est nulle, et lorsqu'elle se produit, ne ressemble nullement à une colique; elle ne s'irradie pas non plus et ne présente pas de points spéciaux comme dans les névralgies. En somme, elle est exclusivement musculaire. Les mêmes explorations pour le muscle triceps fémoral donnent les mêmes résultats. Quant aux muscles des mollets, également atteints, leur situation m'empêche de les étudier avec le même soin.

A la face antérieure du genou, dépassant un peu la rotule par en bas, de 1 centimètre environ, et par en haut de 6 à 8 centimètres, on distingue, avec de l'attention, une tuméfaction ovoïde, à grand diamètre vertical, dont l'extrémité supérieure s'incline en dehors. A ce niveau, la peau est chaude et injectée comme dans tout le membre, mais pas davantage, et par le toucher on perçoit fort nettement une crépitation fine et abondante, comme de l'amidon qu'on froisserait. Cette sensation cesse alors de se produire, et reparaît lorsqu'on attend quelques instants. L'articulation sous-jacente ne présente aucune trace de liquide. La jambe se tient demi-fléchie, dans le but instinctif de relâcher les muscles, et non pas l'articulation. A la surface de la malléole externe, existent une tuméfaction semblable, arrondie, très-douloureuse, et une crépitation semblable, non moins bien caractérisée. Pour terminer, j'explorai quelques-uns des autres endroits du corps où siégent des bourses muqueuses superficielles, sans y trouver rien d'anormal.

Traitement. — Potion de *cent vingt* grammes avec *cinquante* centigrammes de poudre de Dover, *vingt* gouttes d'éther et *dix* gouttes de teinture de digitale. Sinapismes, ouate et bourrache, comme à la première crise. Demain matin, une bouteille d'eau de Sedlitz à *quarante-cinq* grammes, après laquelle je recommande de revenir de suite à la potion.

Le 15 à midi, le pouls est à 92. Les règles, qui avaient cessé, ont reparu; tout a disparu aux membres inférieurs. Il n'y a plus de douleurs, de crépitation ni de tuméfaction en aucun endroit. La paroi du ventre seule reste douloureuse lorsqu'on la comprime du bout des doigts. Bien que la malade ne se plaigne nulle autre part, je découvre en avant de la rotule gauche, sans qu'elle s'y accompagne de douleur ou de tuméfaction, une crépitation fine dans une étendue semblable à celle constatée hier du côté droit.

Traitement. — Même potion et sinapismes.

Le 16, pouls à 64. Tout va bien; on peut presser le ventre et les jambes sans éveiller de douleurs. Cependant, depuis hier, elle dit avoir mal le long du rachis. Les règles ont cessé naturellement. L'érythème des mains reparaît sous forme de taches rougeâtres, arrondies. Tout le dos est couvert d'une éruption sudorale vésiculeuse. Rien d'appréciable aux épaules, aux malléoles, au cœur ou dans les plèvres; la sonorité y est parfaite et égale des deux côtés.

La crépitation est remplacée à la face antérieure de la rotule gauche par une tuméfaction arrondie plus marquée qu'hier, avec empâtement notable. A la face antérieure de la rotule droite, où il n'y avait plus rien, on reconnaît à la vue une grosseur ovoïde, s'allongeant par en haut, empâtée à son pourtour et offrant une fluctuation assez nette au centre.

D'ailleurs, la peau sus-jacente est normale, et la pression de ces deux tumeurs est parfaitement indolente.

Traitement. — Potion gommeuse avec *cinquante* centigrammes de poudre de Dover. Ouate autour des genoux.

Le 18, les indices d'une troisième rechute se montrent : ce sont des douleurs dans le poignet gauche et à la région précordiale, qui durent de une à cinq heures de l'après-midi, et sont remplacées par d'autres douleurs dans le coude et le genou droits. Le pouls s'élève. La nuit est mauvaise.

Le 19, les douleurs du coude occupent le pourtour de l'articulation, sans qu'il y ait de gonflement ou de rougeur appréciables, et les mouvements de la jointure se font très-librement. Les douleurs du genou sont différentes. Elles augmentent par la pression tout autour de la rotule et par les mouvements imprimés au tibia, et s'accompagnent d'un certain empâtement. Autrement dit, l'articulation même du genou est atteinte, tandis que les parties extérieures, vraisemblablement les insertions des muscles, le sont au coude.

En avant de la rotule droite, et distinctes de l'empâtement de l'articulation, la semi-fluctuation de la bourse muqueuse et sa tuméfaction demeurent très-appréciables. Le muscle triceps fémoral et les muscles des parois abdominales sont atteints comme dans les crises précédentes. Enfin, dans l'aine, en avant du ligament de Falloppe, existe un point très-douloureux spontanément et à la pression, que l'on doit considérer comme un point névralgique. En effet, je découvre un point semblable auprès du rachis, et la percussion sur le grand trochanter ne réveille aucune douleur dans l'articulation coxo-fémorale.

Cette attaque diffère par conséquent des précédentes. Cette fois une articulation est en cause. La langue, large et grisâtre, conserve sur ses bords l'empreinte des dents. La face est injectée, le pouls à 104. Une quarantaine de taches rosées, arrondies, larges comme un pois, qui démangent, ont apparu sur les cuisses et les avant-bras. Elles ne sont pas saillantes, et je ne saurais dire s'il faut en faire un exanthème sudoral ou un érythème papuleux modifié.

Traitement. — Potion de *cent vingt* grammes, avec poudre de Dover *un* gramme, et teinture de digitale *vingt* gouttes.

Le 20, les douleurs ont disparu comme par enchantement, dès que la sueur provoquée par la potion s'est établie. Les taches rosées ont aussi disparu. Il ne reste que le point névralgique de l'aine et le gonflement de la bourse muqueuse antirotulienne droite. Même potion.

Le 21, la malade se plaint d'un accès de froid, suivi de chaleur et de sueur, survenu hier de trois à neuf heures, semblable à ceux qu'elle a eus avant l'apparition de l'érythème papuleux, dans le cours de l'érythème et dans l'intervalle des trois crises précédentes de rhumatisme. Avec cela, elle se plaint toujours de sa douleur dans l'aine.

Traitement. — Un gramme de sulfate de quinine en cinq pilules, à prendre dans les vingt-quatre heures. Lotion sur le point douloureux avec extrait de belladone et eau, *quatre* grammes de chaque.

Le 22, l'accès a manqué et le point névralgique a disparu. Même traitement.

Le 24, nouvelle crise limitée aux parois du ventre, avec nausées et fièvre, semblable aux précédentes. La crise éclate à dix heures du matin; à cinq heures du soir, la malade envoie chercher de son propre chef la potion précédente, c'est-à-dire avec poudre de Dover *un* gramme et teinture de digitale *vingt* gouttes, et en prend la moitié en quelques heures. Une sueur abondante survient. A dix heures les douleurs avaient cessé.

Du 25 au 29, elle va parfaitement.

Le 30, autre crise portant sur les parois du ventre, avec nausées et élévation du pouls, mais différentes en réalité des précédentes. Elle s'accompagne de rachialgie; la douleur n'occupe que le côté droit et se circonscrit sur les points suivants, desquels elle irradie, savoir : quatre sur le côté droit des trois dernières vertèbres dorsales et de la première lombaire, deux ou trois au niveau à peu près du carré des lombes, et deux ou trois le long du bord externe du muscle grand droit de l'abdomen.

Traitement : même potion.

Le 31, vers trois heures de l'après-midi, toute douleur avait cessé.

Le 15 novembre, la guérison est confirmée. Aucune nouvelle crise n'est survenue. Le cœur et les plèvres, que j'ai toujours examinés, n'ont jamais présenté la moindre atteinte.

(*A suivre*).

HOSPICE DES INCURABLES D'IVRY. — M. Féréol.

Rétrécissement et thrombose de l'artère cardiaque gauche. Infarctus du cœur. — Rupture de cet organe. — Mort. — Autopsie (1).

(Observation recueillie par M. Cauchois, interne provisoire.)

Si maintenant nous résumons les particularités capitales de cette autopsie, nous les placerons dans l'ordre suivant :

Rétrécissement par dégénérescence athéromateuse de l'artère coronaire gauche du cœur. — Thrombose consécutive. — Infarctus de la paroi antérieure du ventriculaire gauche. — Dégénérescence graisseuse, puis rupture du tissu musculaire.

Tel, en effet, nous semble être l'enchaînement des lésions. Certes, plusieurs cas de rupture du cœur par dégénérescence graisseuse ont été publiés, et on a même remarqué l'influence du rétrécissement des artères coronaires sur cette altération de la fibre cardiaque (2). Dans un fait qu'il a rapporté ici même (septembre 1867), le docteur Colin insiste de nouveau sur le rôle pathogénique de l'athérome des vaisseaux du cœur dans la déchirure de cet organe, par l'intermédiaire de la dégénérescence soit graisseuse, soit fibreuse. A la vérité, si l'on trouve, dans notre observation, presque toutes ces conditions réunies, encore présentent-elles une évolution spéciale, et, croyons-nous, caractéristique. L'athérome du tissu artériel est bien la lésion primordiale; mais ne considérera-t-on pas la rupture comme engendrée presque directement par le rétrécissement artériel? Il n'y a là que des processus localisés. En effet, le caillot formé dans l'artère procède bien d'une thrombose et non d'une embolie; l'endocarde est intact, et il n'y a d'infarctus dans aucun des organes où l'on en rencontre habituellement.

En outre, comme l'a prouvé l'examen microscopique, la fibre musculaire est saine dans tous les points en dehors du territoire de l'artère oblitérée. — Le cœur n'est pas non plus hypertrophié, c'est-à-dire qu'il n'a pas eu à lutter contre une nutrition depuis plus ou moins longtemps insuffisante, et d'ailleurs les orifices mitral et aortique sont indemnes, et il n'est pas permis de regarder les quelques taches athéromateuses, même crétifiées, qu'on trouve à l'origine des artères coronaires, comme ayant dû amener une altération générale de la fibre cardiaque. Peut-être celle-ci aurait-elle fini par s'établir à la faveur d'une extension uniforme et progessive de la cause primordiale.

Mais ce petit foyer de bouillie athéromateuse, en amenant un rétrécissement circonscrit d'une branche artérielle, a fait naître un processus morbide localisé et d'une évolution rapide; en un mot, cet ordre de lésions bien étudiées dans d'autres organes sous le nom d'infarctus, et représenté ici par cette congestion, cette hémorrhagie interstitielle vers le point du cœur, suivie de la métamorphose graisseuse, et finalement de la rupture.

Notre observation montre encore un exemple de la diversité dans la terminaison de l'athérome, qui là se crétifie, ailleurs se ramollit et soulève la paroi artérielle. Inutile de revenir sur la signification de ce fait, dont les conséquences sont expliquées par les réflexions précédentes.

La pathogénie de la rupture ainsi interprétée, si nous passons à l'étude du mécanisme en lui-même, nous trouvons dans notre cas certaines particularités sur lesquelles l'attention des observateurs n'a guère été attirée jusqu'ici : je veux parler de ces érosions superficielles situées auprès de la déchirure, au niveau de l'infarctus.

Combinées avec ce double fait, d'une part, de la péricardite viscérale dans les points intermédiaires, de l'autre, de l'intégrité de l'endocarde à la face interne correspondante, ne permettent-elles pas de supposer que la rupture s'est faite de dehors en dedans?

On pourrait encore, à propos de ce fait, se demander si la mort a eu lieu par suite de la compression du cœur par l'épanchement du sang dans le péricarde, comme il arrive dans certaines pleurésies ou péricardites liquides très-abondantes, ou bien s'il faut la rapporter à une syncope. Le caillot que contenait le péricarde n'a pas été pesé, mais on peut dire qu'il était aussi volumineux que possible; il mesurait au centre plus de 3 centimètres d'épaisseur. Quoi qu'il en soit, en raison même des dimensions de la rupture (deux centimètres et demi), il semble assez difficile de déterminer la part qu'a pu prendre à la production de la mort la compression du cœur ou l'anémie immédiate du cerveau.

Nous n'avons jusqu'ici rien dit des symptômes présentés par le malade; c'est qu'ils n'ont pas été observés. Mais si l'on s'en rapporte aux renseignements donnés par la sœur du service, le fait même que ce vieillard n'a demandé son admission à l'infirmerie que quelques heures avant de mourir, s'accorde assez avec la localisation des lésions révélées par l'autopsie. Cette circonstance n'est pas sans quelque analogie avec les altérations traumatiques du cœur qui, même chez l'homme, mais surtout chez certains animaux, n'entraînent pas toujours immédiatement la mort, à moins de désordres considérables, d'épanchement de sang dans le péricarde par exemple. Rien donc d'étonnant ou d'impossible à ce qu'un infarctus d'une des parois cardiaques ne produise, jusqu'au moment de la rupture, que des symptômes presque nuls chez un individu dont le reste du cœur a conservé la structure normale.

Nous n'avons trouvé dans les auteurs aucun renseignement à ce sujet, et pour ce cas particulier, en effet, les observations d'infarctus du cœur avec oblitération de l'artère coronaire sont d'abord rares. Dans celle du docteur Colin, où il n'a pas été trouvé de thrombose ni d'embolie, la dégénérescence graisseuse était généralisée; et dans celle de M. Vulpian, où il y avait comme dans la nôtre, athérome et oblitération de l'artère coronaire gauche, les symptômes se rapportaient à des ramollissements très-étendus du cerveau, et de dates différentes.

Il reste donc tout à faire relativement à la symptomatologie de cette lésion du cœur.

Notre malade ne paraît pas non plus avoir éprouvé de violentes douleurs, plus ou moins comparables à celles de l'*angine de poitrine*. « Les auteurs, dit M. Pelvet, préoccupés de l'idée que cette lésion (le rétrécissement des artères coronaires) était la cause de l'angine de poitrine, ne l'ont étudiée que sous ce rapport (Jenner, Parry, Wall, Blach, Burns, Kreysig). Si l'observation a détruit ces hypothèses, elle a fait voir que des altérations plus réelles étaient la conséquence du rétrécissement des artères cardiaques, et aujourd'hui je n'hésite pas à affirmer que c'est la cause la plus fréquente de la dégénérescence graisseuse du cœur. A cet égard, la statistique du docteur Quain fournit des résultats pleins d'intérêt. Ainsi, sur 83 cas, il a trouvé 25 fois les coronaires plus ou moins oblitérées, et il faut dire que dans la plupart des autres faits elles n'ont pas été examinées. « Dans tous ceux que j'ai observés moi-même, ajoute-t-il, excepté dans un cas de phthisie, j'ai trouvé une obstruction plus ou moins complète des vaisseaux. J'ai même vu la coronaire ossifiée se rendre directement à la partie malade seule. » Il rapporte, en effet, plusieurs cas dans lesquels la portion dégénérée correspondait exactement aux divisions vasculaires oblitérées; il les compare avec justesse au ramollissement cérébral. C'est à la même catégorie de faits qu'appartient notre observation.

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

(2) Docteur Pelvet, *Des Anévrysmes du cœur*. Thèse de Paris, 1867, p. 118.

DES ANGINES AIGUES OU GRAVES

ET DES CARACTÈRES DIFFÉRENTIELS DE LA CONTAGION ET DE L'INFECTION

Par M. Moura.

Dans la première partie de mon mémoire, je crois avoir établi :

1° Que les angines aiguës ou graves, autrement dites malignes (maux de gorge, amygdalites simples ou doubles, angines phlegmoneuse, couenneuse, pultacée, gangréneuse, etc.), ont leur origine dans les produits de sécrétion des glandes, soit des amygdales, soit de la base de la langue, soit de l'isthme du gosier;

2° Que les angines aiguës ou graves sont des inflammations déterminées par le séjour trop prolongé, et par l'altération de ces produits dans les cavités ou follicules glandulaires;

3° Que les meilleurs moyens de guérir et de prévenir les angines aiguës ou graves sont ceux qui provoquent l'expulsion de ces produits. Tels sont le massage ou compression des glandes et follicules, les émétiques, les irrigations antiseptiques, l'excision des amygdales.

Dans la seconde partie de mon mémoire sur les angines, j'ai cherché à donner aux mots *contagion* et *infection* leur véritable sens, dont on n'aurait pas dû les détourner. Je définis ensuite ce qu'il faut entendre par *agents* ou *principes contagieux*, *agents* ou *principes infectieux*, *épidémies*.

« Les agents ou principes contagieux, à mon sens, ne sont autres que les qualités idiosyncrasiques inhérentes aux produits liquides et solides de l'organisme individuel. C'est en vain, par conséquent, que l'on s'évertue à découvrir l'altération imaginaire à laquelle on attribue leur vertu contaminante. L'individu seul fournit cette vertu par suite de son organisation propre. »

Voici comment j'établis les caractères différentiels de la contagion et de l'infection :

1° Les agents de l'infection, qui sont aussi ceux des épidémies, existent sous forme volatile ou gazeuse, tandis que ceux de la contagion sont à l'état solide ou liquide;

2° La surface pulmonaire est la seule voie à travers laquelle les agents infectieux s'introduisent dans l'économie, l'absorption gazeuse par la peau étant nulle ou insignifiante; les agents contagieux ne pénètrent dans l'économie qu'après leur application sur la peau ou sur la muqueuse, intactes ou dénudées, jamais par l'acte respiratoire;

3° L'action des agents de l'infection sur l'économie est générale; celle des agents de la contagion est ordinairement locale avant de devenir générale;

4° Les agents infectieux ou épidémiques sont accessibles à nos moyens d'action directe ou d'analyse; ceux de la contagion, au contraire, sont, par leur *origine idiosyncrasique*, inaccessibles à l'action de ces mêmes moyens;

5° Les mêmes agents infectieux ou épidémiques peuvent donner naissance à des maladies différentes suivant le lieu, le temps, les individus; le principe contagieux, au contraire, détermine toujours une seule et même maladie, quels que soient le lieu, le temps, l'individu;

6° Les maladies infectieuses et les maladies contagieuses constituent deux classes totalement différentes;

7° L'isolement des malades et la purification de l'air sont les deux conditions premières et absolues pour prévenir les maladies infectieuses et arrêter leurs progrès; l'isolement seul suffit pour prévenir et arrêter la transmission des maladies contagieuses;

8° Il faut, par tous les moyens, réagir contre cette tendance des gouvernements et des municipalités à faire élever au centre des villes ces grands établissements militaires et nosocomiaux qui, tôt ou tard, deviendront des foyers permanents d'infection ou d'épidémies pour les malades et pour les habitants.

Faisant enfin application de ces principes aux angines, je crois avoir démontré : 1° que les angines sont des maladies infectieuses et non contagieuses; 2° qu'elles sont essentiellement locales, c'est-à-dire qu'elles ne dépendent point d'une diathèse à laquelle on a donné le nom de *diphthérie*.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 22 mars 1870. — Présidence de M. Denonvilliers.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet un mémoire de M. le docteur Gariel (de Villers-sur-Mer), sur l'emploi des mercuriaux dans le traitement de la variole. (Commissaires : MM. Hardy, Gubler et Béhier).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

Elle comprend : 1° Une lettre de M. Brisebarre, instituteur communal, annonçant qu'un cas de cow-pox spontané s'est déclaré dans la commune d'Étais (Côte-d'Or), sur un cheval appartenant à M. Bergerot aubergiste; — 2° Un télégramme de M. Martin, interne à l'hôpital de Versailles, pour signaler la découverte d'un cas de cow-pox spontané dans cette ville; — 3° Une lettre de M. le docteur Monot (de Mousanche), concernant les dangers qui résultent, pour la santé et pour la vie des nouveau-nés, de leur transport à l'église (Commission des nourrissons.); — 4° Une note de M. le docteur Alex. Mayer sur la pratique actuelle de la vaccination à Paris. (Commission de vaccine.)

M. Béclard présente, au nom de M. le docteur Brochin, l'article Logements, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

M. Larrey présente : 1° Au nom de M. le docteur Simonin, la relation d'un cas de luxation ischio-pubienne; — 2° Au nom de M. le docteur Lebert, un atlas de tableaux graphiques des deux épidémies de typhus à rechute et de typhus exanthématique, qui ont régné à Breslau, en 1868 et 1869; — 3° Les actes de l'Association de prévoyance des médecins de la Meurthe.

M. Giraldès présente une brochure en anglais, de M. Thomas Fraser, contenant le résumé d'expériences sur l'action physiologique de l'atropine.

M. Daremberg présente, au nom de M. Lagrelette, un volume intitulé : *De la sciatique*.

M. Béhier présente : 1° au nom de M. le docteur Gallard, une brochure sur les mesures à prendre pour diminuer la mortalité des femmes en couches; — 2° au nom de M. le docteur Bucquoy, la 2° édition du recueil de ses leçons cliniques sur les maladies du cœur.

M. Verneuil présente, au nom de M. le docteur Ch. Péronne, une thèse inaugurale sur l'alcoolisme dans ses rapports avec le traumatisme.

M. Jules Guérin communique : 1° une nouvelle lettre de M. Lediberder en réponse à la dernière lettre de M. le docteur Closmadeuc, dans laquelle l'auteur maintient, contre les dénégations de M. Closmadeuc, ses premières affirmations; — 2° de la part de M. le docteur Matice, une note pour servir à déterminer la valeur contagieuse du cow-pox non spontané.

Il résulte du tableau annexé à cette note, que sur 26 vaccinations pratiquées du 11 janvier au 15 mars, sur des enfants de un à quinze jours, dans son service des femmes en couches et des nourrices de l'hôpital Beaujon, 3 seulement ont réussi. M. Guérin ajoute que ces deux documents déterminent la valeur comparative des deux vaccines.

M. Depaul répond que ce n'est pas sur 26 cas qu'on peut ainsi juger la question, d'autant plus qu'on peut leur opposer 500 cas en faveur de l'opinion contraire. J'ai en effet, dit M. Depaul, vacciné

et revacciné un grand nombre de personnes avec du vaccin de génisse, et j'ai obtenu un succès tout à fait inespéré.

Quant au mémoire de M. Lediberder, si je n'y ai pas répondu dans la dernière séance, c'est que j'ai cru que cela n'intéressait en rien l'Académie; mais puisque M. Guérin y revient, je me trouve forcé d'y répondre aujourd'hui, et pour cela, je n'ai qu'à rappeler la réponse pleine de sens qu'y a faite M. Closmadeuc : Comment peut-on hésiter entre les affirmations de cinq médecins qui ont vu les faits il y a cinq ans, et les attestations d'un médecin qui vient dire, cinq ans après, qu'il a observé à son tour, et qu'il n'a rien trouvé de semblable à ce qu'ont trouvé les autres. Sans doute, si moi-même je retournais aujourd'hui faire de nouvelles observations, il est probable que je ne trouverais rien non plus. J'ai connu M. Lediberder, et je l'ai fort estimé, mais je ne comprends pas la démarche qu'il vient de faire, car ce n'est pas ainsi que se jugent les questions de science.

M. JULES GUÉRIN. Il y a autre chose dans le mémoire de M. Lediberder. Il y a, en effet, trois faits principaux :

1° Il a vu, dans le pays où étaient les enfants prétendus atteints de syphilis vaccinale, deux enfants présentant absolument les mêmes accidents, sans avoir été inoculés avec le vaccin suspect qui avait servi aux premiers. Ces accidents ne pouvaient donc pas être syphilitiques. — 2° M. Lediberder a constaté que trois des vaccinifères qui ont fourni le vaccin aux enfants prétendus contaminés, n'ont eu ni avant, ni pendant, ni après, aucun symptôme de syphilis sans avoir fait aucun traitement. — 3° Enfin, le plus grand nombre de ces enfants, atteints de ces prétendus accidents de syphilis vaccinale, n'ont fait aucun traitement, et cependant ils n'ont pas communiqué la maladie à leurs nourrices, et n'ont eu aucun symptôme tertiaire.

Voilà bien des faits, ce me semble, qui méritent d'être pris en considération, et contre lesquels il n'y a rien à opposer.

Discussion sur la mortalité des nouveau-nés.

L'ordre du jour appelle la discussion des conclusions présentées par la commission, et lues dans la dernière séance par M. Blot rapporteur.

1° *Causes de la grande mortalité des nouveau-nés.*

La première conclusion est adoptée après deux amendements proposés l'un par M. Chauffard, l'autre par M. Fauvel.

1° La misère *et trop fréquemment la débauche* (amendement de M. Chauffard), qui engendrent si souvent la faiblesse native des enfants, et *qui les privent de l'alimentation et des soins convenables* amendement de M. Fauvel).

Sur la proposition de M. Chauffard, la conclusion 13e devient la 2e.

2° Le grand nombre des naissances illégitimes. A l'occasion de cette conclusion, M. Chauffard exprime le regret que la commission ait signalé le mal sans indiquer le remède. Il se réserve de faire sur ce point une proposition dont l'Académie pourra apprécier l'opportunité.

Les conclusions suivantes sont adoptées après de simples modifications de rédaction :

II. *Moyens de prévenir et de combattre les causes de la grande mortalité des nouveau-nés.*

1re proposition amendée : « Contre la misère et la débauche »... le reste comme devant).

2e proposition (ajoutée sur la demande de M. Chauffard) : « Modifier les conditions sociales et légales qui favorisent le grand nombre des naissances illégitimes. »

Sur la réclamation formelle de M. Boudet, les mots : « *Sociétés de patronage de l'enfance* » sont remplacés dans la proposition 10e (9e du projet) par la dénomination généralement acceptée de *Sociétés protectrices*.

Les autres propositions sont successivement adoptées sans discussion.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix, et l'Académie adopte l'ensemble des conclusions et des propositions.

M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL, conformément à l'article 25 du règlement, rappelle à l'Académie qu'il y aura une convocation expresse pour procéder à la nomination des membres de la future commission permanente d'hygiène de l'enfance.

La séance est levée à cinq heures un quart.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 23 février 1870. — Présidence de M. ALP. GUÉRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine : — Le *Bulletin de la Société de médecine du département de la Sarthe*. — *Le Sud médical.*

— *Transactions of the pathological Society of London*. t. XX. Londres, 1869, in-8° avec nombreuses planches.

— *Aphasie syphilitique*, par le docteur Benjamin Tarnowsky. Paris, grand in-8°, 1870.

— M. le docteur Montanier écrit à la Société pour l'avertir que M. le docteur Payen (de Paris), a institué en sa faveur un *legs consistant en portraits, bustes et instruments qui offrent une valeur historique*. — La Société accepte le legs et prie M. le président de faire les démarches convenables.

DISCUSSION

Étranglement herniaire. — M. DESPRÈS. Messieurs, M. Labbé eût pu constater que de nombreuses tentatives ont été faites pour réduire les hernies par la compression mécanique. J'aurais voulu les trouver dans le rapport de notre collègue. Malgaigne les a rapportées dans son *Traité de médecine opératoire*, et il les avait jugées défectueuses. Le procédé utilisé par M. Lannelongue existait depuis longtemps comme moyen de compression; Earle avait employé une vessie pleine de mercure; d'autres avaient employé un morceau de plomb. Comme but, le taxis de malade ayant la tête en bas, et le procédé indien (compression du ventre avec une serviette pour attirer en haut la masse intestinale) arrivaient au résultat cherché. Mais, messieurs, ceci n'est point l'objet de mon discours. Je répondrai toutefois encore un mot à M. Labbé. Lorsque j'ai parlé d'un malade chez lequel une hernie irréductible le matin, malgré le taxis avec le chloroforme, s'était réduite le soir sous l'influence d'un cataplasme appliqué toute la journée, il m'a dit que si j'avais continué le taxis, j'aurais mieux fait, car j'aurais réduit certainement la hernie. Je retourne l'argument contre M. Labbé, et je lui dis que des hernies guérissant par la compression, alors que le taxis avait déjà échoué, auraient été réduites si le taxis avait été prolongé. Ceci revient à dire qu'il y a des hernies qui rentrent seules à un moment donné. D'après ce que j'ai vu jusqu'ici de hernies opérées, d'après celles que j'ai opérées moi-même, d'après les chiffres des statistiques de hernies opérées produites, j'ai tiré, dans la dernière séance déjà, une conclusion qui me fait considérer comme dangereux tous les moyens vantés hier et aujourd'hui pour réduire les hernies étranglées.

La compression des hernies et du ventre avec des corps pesants, la compression avec une bande, de Baudens; la compression avec une bande de caoutchouc, de M. Maisonneuve; le taxis forcé quel que soit le procédé employé, sont des moyens illusoires capables de faire perdre un temps précieux lorsqu'il s'agit de hernies véritablement étranglées.

C'est à leur emploi qu'il faut, à mon sens, attribuer les résultats pénibles de la pratique hospitalière de Paris. Je n'en veux qu'une seule preuve. J'ai opéré, en ville et dans les hôpitaux, trois hernies étranglées; l'étranglement était de deux ou trois jours. Pendant ce temps, des tentatives de taxis avaient été répétées; les trois malades avaient de la gangrène; elles sont mortes toutes trois. J'ai opéré une hernie inguinale douze heures après le début de l'étranglement; une seule tentative de taxis avait été faite. J'ai moi-même essayé de réduire pendant quelques minutes, et, séance tenante, j'ai opéré. Le malade a guéri. Ce qui m'est arrivé est arrivé à mes collègues. Dans le cours de mes études dans les hôpitaux, j'ai vu guérir une hernie étranglée; c'était une hernie crurale étranglée depuis douze heures. Aucune tentative de taxis n'avait été faite en ville; la malade avait été mise au bain; un court taxis a été pratiqué, et M. Manec a opéré aussitôt. Le lendemain, la malade allait à la selle; quelques jours après, la guérison était complète.

Messieurs, en 1861, 1862 et 1863, la pratique hospitalière, reproduite dans la grande statistique des hôpitaux, donne 164 opérations, 138 morts, soit 80 p. 100 de morts pour l'opération de la hernie étranglée.

Si je compare ces résultats à ceux de la chirurgie anglaise et allemande, je trouve avec chagrin que l'avantage n'est pas pour notre pays. Dans la statistique de Textor : 54 opérations, 24 morts.

Dans la statistique de M. Guy, en 1858, 22 opérations, 11 morts.

Mais je trouve une consolation dans cette considération, qu'à l'hospice de la Vieillesse (hommes), et à celui de la Vieillesse (femmes), là où on opère les malades de bonne heure, la mortalité est de 1 sur 3 ou de 2 sur 5.

La statistique de M. Manec et celle de mon père, qui ont été pendant longtemps chirurgiens des hôpitaux de vieillards est plus avantageuse que celle des chirurgiens étrangers, puisque les nôtres ont eu en moyenne : 1 mort sur 3 opérés. J'ai vu opérer les deux chirurgiens. Ils opéraient de bonne heure; ils ne temporisaient pas en face des petites hernies, et c'est là la pratique de l'Allemagne et de l'Angleterre, sauf que l'on y opère de grosses hernies enflammées, ce qui charge la statistique. Pourquoi en est-il autrement chez nous? Parce que, messieurs, nous oublions J. Petit, *l'Académie de chirurgie* et Boyer, tandis que les étrangers ont conservé leurs traditions. En Angleterre et en Allemagne, on n'abuse pas du taxis. Chez nous, des moyens trop vantés inspirent à tous les médecins l'envie de tenter les réductions, et nous n'avons, dans les hôpitaux, les hernies, que longtemps après le début de l'étranglement. On se fie trop au taxis prolongé préconisé par un maître, M. Gosselin. Les travaux de ses élèves ont exagéré la valeur du moyen, et aujourd'hui on perd trop de temps au taxis. Ce savant professeur lui-même a réagi contre les tendances excessives qu'on lui a prêtées. Dans l'article du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique* sur la HERNIE CRURALE, il dit : « Pour une hernie étranglée depuis douze heures, faites un taxis de quinze minutes au plus, et opérez; pour une hernie étranglée depuis plus de dix-huit heures, cinq minutes de taxis, et opérez. » Il y a loin de là à ces taxis de une heure dont il était autrefois question.

L'opération faite de bonne heure, voilà le secret de la guérison des hernies étranglées. Il faudrait, messieurs, écrire cela en lettres d'or dans les traités de chirurgie et dans nos bulletins, afin d'éviter toute ces temporisations et ces abus de moyens inefficaces contre les hernies véritablement étranglées.

Pour moi, d'après les raisons que je viens de faire valoir, je dis : toutes les fois qu'une hernie petite est subitement devenue irréductible et douloureuse, quand les vomissements se répètent, quand l'état général du malade s'aggrave, il faut opérer après une courte tentative de taxis. J'avoue même que j'aimerais mieux ne pas faire de taxis que de le prolonger. Que la hernie soit étranglée simplement ou étranglée par inflammation, l'opération n'en sera pas moins bonne.

M. CHASSAIGNAC. Avant d'inscrire en lettres d'or le précepte que vient de poser M. Desprès, qu'il me permette de lui dire qu'en fait de statistique, on doit distinguer les résultats généraux de ceux fournis par chaque chirurgien en particulier. C'est ainsi que, pour mon compte, pendant les huit années que j'ai passées à Lariboisière, sur trente opérations de hernie, j'ai eu 14 succès et 17 insuccès; proportion bien consolante, comparativement à celle que nous donnait tout à l'heure notre collègue.

M. TRÉLAT. Si les paroles que vient de prononcer M. Desprès sont vraies, il résulte que pour notre collègue toute hernie irréductible est nécessairement étranglée. C'est là une doctrine que, pour mon compte, je ne saurais accepter. Que si notre collègue a voulu dire par là que dans les cas menaçants de petites hernies, il ne fallait pas prolonger outre mesure les tentatives de taxis, et attendre trop longtemps pour opérer, alors je suis d'accord avec lui, car c'est aussi mon opinion personnelle.

M. LABBÉ. Si M. Desprès est véritablement pour l'opération immédiate des hernies, alors qu'une courte séance de taxis a échoué, je ne comprend plus ce qui l'a guidé, lorsqu'en nous parlant l'autre jour d'un de ses malades chez lequel il n'avait pu réduire la hernie par le taxis, il nous dit qu'il s'était contenté de lui prescrire un cataplasme.

M. Desprès revient aujourd'hui sur la question de priorité; mais ni moi, ni M. Lannelongue, nous n'avons élevé une prétention de ce genre. Tout ce que nous avons voulu établir, c'est l'utilité du procédé et rien de plus. Dans cette revendication de priorité, qui pour le moins était inutile, M. Desprès a cité entre autres noms celui de Earle; que notre collègue me permette de lui dire que le procédé de ce chirurgien diffère de celui de M. Lannelongue, en ce sens que Earle comprimait sur l'anneau même, tandis que M. Lannelongue fait porter le poids sur la paroi abdominale, immédiatement au-dessus de l'anneau.

M. Desprès, à l'appui de sa thèse, insiste sur les succès obtenus à la Salpêtrière et à Bicêtre, oubliant que dans ces établissements, et je le sais par expérience, les malades arrivent à l'infirmerie très-peu de temps après le début des accidents, et sans avoir subi des tentatives réitérées ou prolongées de taxis, c'est-à-dire dans des conditions exceptionnellement bonnes pour qu'une opération puisse réussir.

Dans les hôpitaux ordinaires, les choses se passent tout autrement; un temps généralement long s'est écoulé, et lorsque les malades nous arrivent, toute tentative, aussi bien de taxis que d'opération, n'offre plus les mêmes chances de succès. Est-ce à dire que dans ces conditions mauvaises il faille désespérer? Évidemment non, et les succès dont parlait tout à l'heure M. Chassaignac, 13 sur 30 et le chiffre encore grand des réductions heureuses, obtenues spontanément ou par le taxis, prouvent que les résultats ne sont pas aussi constamment mauvais dans les hôpitaux que semblait le dire notre collègue.

Sans doute, nous désirerions que les malades arrivassent à l'hôpital plus tôt, et nous déplorons tout le temps perdu en vaines tentatives; mais est-ce à dire qu'il faille renoncer de prime abord au taxis, alors surtout qu'on sait qu'en ville il est souvent incomplétement fait? Cela dépend des cas.

M. Gosselin, sans poser de règle absolue, a cherché à formuler comme précepte général, qu'il fallait opérer de bonne heure, et qu'au delà de 24 à 48 heures pour les hernies inguinales, et de 12 à 24 pour les crurales, on ne devait plus compter sur le taxis. M. Gosselin veut, en outre, que pour les hernies inguinales, congénitales, on perde le moins de temps possible, attendu qu'il considère cette espèce de hernie comme plus promptement irréductible que les autres, contrairement à ce que nous disait l'autre jour M. Desprès, qui se trompait en soutenant l'opinion contraire, qu'il est seul, je crois, de partager. On voit, d'après cela, combien M. Desprès est dans l'erreur lorsqu'il avance que M. Gosselin et ses élèves ont eu le tort de propager dans le public l'idée de l'attente indéfinie et du taxis forcé dans le traitement des hernies étranglées.

M. DESPRÈS. Si l'on échoue si souvent, le tort ne revient ni aux chirurgiens des hôpitaux, ni aux membres de la Société de chirurgie, mais aux médecins de la ville qui, mal enseignés par certains écrits, perdent un temps précieux à des pratiques sans valeur, ou prolongent outre mesure les tentatives de taxis, et lorsque les malades nous arrivent à l'hôpital, le mal est à peu près irrémédiable.

Il faut donc dire tout haut, pour qu'on le sache bien, qu'une courte tentative de taxis ayant échoué, pour peu que les accidents pressent, l'opération devra être pratiquée non au bout de 24, 36 ou 48 heures, comme le disait tout à l'heure M. Labbé, d'après son maître M. Gosselin, mais bien 10 à 12 heures au plus après le début des accidents, ainsi que le voulaient les vieux chirurgiens.

M. GIRALDÈS. Je désire faire quelques courtes remarques :

M. Desprès, en accusant M. Gosselin d'avoir propagé dans le public la pratique du taxis forcé et quand même, lui attribue une chose qui ne revient qu'à Seutin et à d'autres chirurgiens belges.

En parlant tout à l'heure de la hernie congénitale, on a insisté sur la différence qui pouvait exister entre cette espèce de hernie et celles dites *acquises*. C'est évidemment là une erreur, attendu qu'il est aujourd'hui parfaitement reconnu que sur 28 hernies congénitales, *deux* sont véritablement vaginales, et les 26 autres rentrent dans la classe des hernies ordinaires, à sac péritonéal.

M. FORGET. Dans le traitement des hernies étranglées, deux doctrines opposées sont en présence : celle du taxis prolongé ou forcé, et celle de l'opération hâtive. Le taxis forcé revient à Amussat, et c'est Lisfranc qui a répandu dans la pratique le taxis prolongé. Pendant longtemps j'ai suivi de près la pratique de Lisfranc, et je dois dire que ce chirurgien n'était pas heureux dans ses opérations. Par contre, Boyer fils, à l'Hôtel-Dieu, qui opérait de bonne heure, sauvait un grand nombre de malades, ainsi que cela se voit à Bicêtre et à la Salpêtrière. D'après cela, je serai disposé d'adopter l'opinion exprimée par M. Desprès, et je considère comme funeste la pratique du taxis forcé et prolongé à la manière d'Amussat et de Lisfranc.

COMMUNICATIONS

M. DOLBEAU montre à la Société un dessin représentant l'opération de la lithotritie périnéale, telle qu'elle a été exécutée sur le cadavre. La coupe faite sur le sujet préalablement congelé, montre le canal accidentel formé du col de la vessie dilaté et intact, et les parties molles du périnée refoulées en tout sens, sans lésion aucune du bulbe qui est en avant, et du rectum, situé en arrière. On dirait un véritable vagin s'ouvrant dans la vessie.

M. P. HORTELOUP donne lecture, à l'appui de sa candidature, d'un travail intitulé : « *Du traitement de l'hydrocèle par l'injection iodée et par la compression.* » Renvoyé à la commission déjà nommée chargée d'examiner les titres antérieurs de M. Horteloup.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

CORRESPONDANCE

Hodéïda (Yémen), le 31 janvier 1870.

A M. le Dr E. Le Sourd, directeur de la Gazette des hôpitaux.

Monsieur le directeur,

Les futurs hadjis, provenant des différents postes situés en dehors du défilé maritime de Bab-el-Mandeb (porte des Larmes), ont déjà commencé à se rendre aux lieux-saints.

Du 17 décembre jusqu'aujourd'hui, cinq navires à pèlerins, dont un à vapeur, provenant tous les cinq de Bombay, en patente nette, ont relâché sur notre rade ; ils portaient ensemble 199 hommes d'équipage et 1,982 pèlerins indiens, en très-bonne santé.

Vu l'état du choléra en Perse, par ordre de l'intendance générale de Constantinople, tous les navires à pèlerins provenant des ports persans, tels que : *Lindja, Bender-Abbas, Bender-Bouchir*, etc., sont assujettis à dix jours de *quarantaine* dans les ports de la mer Rouge ; plusieurs voiliers, provenant des ports en suspicion, ont déjà purgé eur quarantaine sur notre rade, sans accidents cholériques. L'état sanitaire de l'Yémen continue d'être très-satisfaisant.

Veuillez agréer, Monsieur le directeur, l'assurance de ma plus parfaite considération,

Dr Pasqua,
Directeur sanitaire de l'Yémen.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Conditions du concours pour les prix fondés par le baron Corvisart :

I. Tous les élèves de la Faculté sont appelés à concourir aux prix d'encouragment fondés par M. le professeur Corvisart.

II. Les élèves qui désireront concourir pour ces prix devront, au commencement de chaque année, se faire inscrire, à cet effet, dans l'une des cliniques internes. Le professeur leur désignera un ou plusieurs numéros de lits, et l'élève devra recueillir les observations de tous les malades qui y sont successivement admis.

III. Une question de médecine pratique sera, au commencement de chaque année, proposée par les professeurs aux élèves des cliniques internes ; les élèves devront en chercher la solution exclusivement dans les faits qui se passeront sous leurs yeux dans les salles de la clinique.

IV. Avant le 1er juillet de chaque année, chacun des concurrents remettra au bureau de la Faculté : 1° les observations recueillies au numéro du lit qui lui aura été désigné ; 2° la réponse à la question proposée.

V. Un jury, dont les professeurs de clinique feront nécessairement partie, sera chargé de présenter un rapport sur ces travaux et de soumettre à la sanction de la Faculté les noms des concurrents qu'il jugera dignes d'obtenir des médailles.

VI. Le résultat du concours sera immédiatement transmis au ministre de l'instruction publique.

VII. Les prix consisteront en médailles de vermeil accompagnées d'une somme réglée comme il suit :

Lorsqu'il y aura un seul lauréat, l'étudiant recevra une médaille de vermeil et une somme de 400 francs ;

Lorsqu'il y aura deux lauréats, chacun des étudiants recevra une médaille de vermeil et une somme de 200 francs.

— *Faculté des sciences de Poitiers.* — M. Lallemand, professeur de physique à la Faculté des sciences de Montpellier, est nommé professeur de physique à la Faculté des sciences de Poitiers.

— *École de médecine de Rennes.* — I. Il est créé, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, une chaire de chimie appliquée à la médecine et à la pharmacie.

II. La chaire de matière médicale et thérapeutique portera, à l'avenir, le titre de *Chaire d'histoire naturelle et matière médicale*.

École de médecine d'Angers. — I. Il est créé, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers :

Une chaire de physiologie ;

Une chaire de chimie appliquée à la médecine et à la pharmacie.

II. La chaire de matière médicale et thérapeutique portera désormais le titre de *chaire d'histoire naturelle et matière médicale*.

La chaire de pharmacie et de toxicologie prendra le titre de *chaire de pharmacie*.

La chaire d'anatomie et de physiologie prendra le titre de *chaire d'anatomie*.

— M. le docteur Lemaire est nommé médecin-adjoint de la prison cellulaire de Mazas.

— Tous les jours, de 2 à 5 heures, sauf les *mardis* et *vendredis*, une génisse sera mise à la disposition des médecins, 5, cité Trévise.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 13 au 19 mars 1870, donne les chiffres suivants :

Variole, 112.—Scarlatine, 2.— Rougeole, 18.—Fièvre typhoïde, 14. Érysipèle, 7.— Bronchite, 97.— Pneumonie, 109.— Diarrhée, 6. — Dysenterie, 1. — Choléra, ».— Angine couenneuse, 5. — Croup, 14. — Affections puerpérales, 12.— Autres causes, 792.— Total : 1,189.

Celui de Londres donne les chiffres suivants, du 6 au 12 mars 1870 :

Variole, 6.—Scarlatine, 69.—Rougeole, 17.— Fièvre typhoïde, 19. — Typhus, 4. — Érysipèle, 5. — Bronchite, 232. — Pneumonie, 98. — Diarrhée, 14. — Dysenterie, ». — Choléra, ». — Angine couenneuse, 6.— Croup, 14. —Affections puerpérales, 8. — Autres causes, 1,011. — Total : 1,499.

— L'établissement d'hydrothérapie d'Auxerre est à vendre, par suite de la mort du docteur Fontaine, directeur de cet établissement. S'adresser à Mme veuve Fontaine, à Auxerre.

Le directeur, Dr E. Le Sourd

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois.. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Kyste hydatique de l'avant-bras à liquide séreux, citrin et très-albumineux.

La présence d'un liquide séreux, citrin et très-albumineux dans un kyste doit-elle faire exclure l'opinion d'un kyste hydatique? Telle est la question que M. Gosselin a posée dans une de ses dernières leçons, et qu'il a résolue d'abord par l'affirmative, et ensuite par la négative, dans un fait dont voici le résumé :

Un jeune homme, 24 ans, bien constitué, se présente à l'hôpital de la Charité avec une tumeur de la face palmaire de l'avant-bras droit datant d'environ huit mois. Cette tumeur a le volume d'une orange de moyen volume; elle est indolente, sans changement de couleur à la peau et s'est développée sans aucune cause appréciable. Si on la presse pendant que l'avant-bras et la main sont dans l'extension, elle résiste, et ne donne qu'une sensation vague de fluctuation, analogue à celle qui est fournie par certaines tumeurs mollasses (sarcomateuses ou myxoïdes); mais si on l'explore en faisant tenir l'avant-bras fléchi sur le bras, et la main fléchie sur l'avant-bras, on la trouve molle et si nettement fluctuante, que la présence d'un liquide abondant ne laisse aucun doute. Il est évident que ce liquide est amassé derrière la couche des muscles superficiels dont la présence, quand ils ne sont pas relâchés, donne à la tumeur l'apparence d'un produit demi-solide.

Cette partie du diagnostic étant faite, reste à savoir quel est le liquide. Il n'est pas probable que ce soit du sang, puisqu'aucune lésion traumatique n'est intervenue. On ne peut donc hésiter qu'entre un abcès froid, un kyste séreux ou un kyste hydatique. L'idée d'un abcès froid est un peu éloignée par ces considérations que le malade est d'une très-belle constitution, d'une excellente santé, et qu'il n'a jamais eu la moindre manifestation scrofuleuse. Celle d'un kyste séreux a contre elle cette circonstance que les kystes de ce genre sont extrêmement rares dans cette région. Cependant M. Gosselin, en ayant observé un au milieu des muscles de la jambe, ne serait pas étonné qu'une maladie analogue pût se développer à l'avant-bras.

La percussion répétée un certain nombre de fois, et les pressions n'ayant pu faire sentir à personne le frémissement hydatique, on n'avait pas de motifs suffisants pour admettre de suite l'existence d'une tumeur hydatique. C'était donc un de ces cas pour lesquels un diagnostic ne peut être posé qu'après une ponction exploratrice.

Cette ponction a été faite le 10 mars avec le trocart de l'aspirateur Dieulafoy. On a retiré environ *trente* grammes d'un liquide citrin, dans lequel quelques gouttes d'acide azotique ont fait précipiter une grande quantité d'albumine. Se fondant alors sur cette donnée classique que les kystes hydatiques non suppurés et non envahis par la graisse renferment un liquide transparent comme de l'eau de roche, et à peine ou pas du tout albumineux; s'appuyant d'ailleurs sur ce qu'il n'avait pas encore vu de kyste de ce genre, à liquide séreux et albumineux, et sur ce qu'il n'en connaissait pas d'exemple rapporté par les auteurs, et notamment par l'auteur moderne le plus complet et le plus compétent, M. Davaine, M. Gosselin crut devoir admettre, après cette ponction, l'existence d'un kyste simplement séreux, et décida que, deux jours après, ce kyste serait traité par l'injection iodée.

Le 12 mars, en effet, tout étant préparé pour cette petite opération, M. Gosselin plongea dans la tumeur un trocart à hydrocèle. Mais à son grand étonnement, rien ne s'écoula. Ce fut en vain que la canule fut changée de position dans la poche, et que des pressions modérées furent exercées; on ne put avoir que trois ou quatre gouttes d'un liquide séreux, semblable à celui de la première ponction. En retirant la canule, le chirurgien trouva son extrémité et sa lumière obturées par un pellicule mince comme une pelure d'oignon très-petite, qui fit penser à une membrane hydatique. Mais les caractères du liquide continuaient à éloigner l'idée d'une tumeur de ce genre.

Tout se passa bien pendant 48 heures. Mais le 15 au matin, le malade nous apprit que, la veille dans la soirée, il avait été pris de douleurs très-vives et de fièvre. Il n'avait pas dormi, était fort anxieux. La tumeur était fort augmentée, la peau qui la recouvrait était d'un rouge vif et très-chaude. Il est évident qu'une inflammation aiguë s'était développée, et les phénomènes étaient si intenses, que la suppuration pouvait avoir eu lieu déjà. Une nouvelle ponction faite immédiatement avec l'aspirateur Dieulafoy, donna en effet issue à un pus bien formé et excessivement fétide.

M. Gosselin, après avoir endormi ce malade, pratiqua de suite une incision de 5 à 6 centimètres, traversa avec la sonde cannelée et le doigt l'un des interstices musculaires de la couche superficielle, et donna issue à une grande quantité de pus très-fétide, mélangé de nombreuses poches hydatiques vides, affaissées, mais incontestables, dans lequel on ne put distinguer, à l'examen microscopique, ni cristaux d'hématoïdine ni crochet. Les leucocytes du pus étaient le seul élément appréciable.

La réponse à la question posée plus haut est donc péremptoire ; à la rigueur, par exception et à la suite de modifications anatomo-physiologiques, dont la nature intime ne nous est pas connue, un kyste hydatique peut renfermer un liquide séreux et très-albumineux.

Thoracentèse à l'aide de la seringue aspiratrice à trocart capillaire.

Nous avons assisté, un de ces jours derniers, à deux applications également intéressantes, à des titres divers, de l'appareil aspirateur de M. Dieulafoy, dans le service de M. Axenfeld à l'hôpital Beaujon. L'une est relative à un cas très-simple de thoracentèse pour un épanchement pleurétique récent; l'autre est une exploration destinée à résoudre une question de diagnostic. Ce n'est pas le moment d'insister ici sur l'utilité et sur les indications de la thoracentèse dans tout épanchement aigu ou chronique de la poitrine. Cette question, bien des fois soulevée et discutée dans les sociétés savantes et dans les journaux de médecine, peut être considérée aujourd'hui comme résolue. Nous comptons exposer prochainement le résumé de deux leçons cliniques de M. le professeur Béhier sur ce sujet, à propos d'une série de faits qui ne laissent guère plus de place aux objections. Nous ne voulons, pour l'instant, que traduire notre impression à la vue du fait en question :

Une femme, entrée la veille dans le service de M. Axenfeld, présente à l'examen tout l'ensemble des signes les plus évidents d'un épanchement pleurétique. C'était un cas classique. Aucun signe n'y manquait. Nous nous trompons. Il en est un qui faisait défaut, ou plutôt qui eût témoigné en sens contraire des autres, si leur ensemble n'eût été d'une valeur décisive, nous voulons parler de la capacité comparée des deux côtés de la poitrine. L'épanchement avait lieu à gauche. Or c'était le côté droit de la poitrine qui présentait une capacité plus grande que le côté gauche. Avis en passant à ceux qui accordent une valeur exagérée à certains signes considérés isolément. Mais passons. Ici, nous le répétons, il n'y avait aucun doute. L'épanchement montait jusque vers la région moyenne du scapulum. Le petit trocart de l'appareil aspirateur est plongé dans l'intervalle de la sixième et de la septième côtes; aussitôt un courant de sérosité citrine, précédée d'une couche de mousse, s'établit et monte lentement dans l'appareil, qui est successivement rempli et vidé, sans quitter place, grâce au jeu des robinets, environ une douzaine de fois; le tout en une demi-heure. *Mille six cents* grammes de liquide ont été ainsi retirés séance tenante. Nous insistons avec intention sur la durée de l'opération et sur la lenteur avec laquelle s'effectue le passage de la sérosité de la cavité pleurale dans le corps de pompe de l'instrument, grâce à la capillarité de la canule. C'est là précisément l'un des avantages de cet appareil, qu'il nous a été donné d'apprécier particulièrement dans cette circonstance. Pendant toute la durée de l'opération, qui a été de deux heures, comme après, la malade n'a pas eu un seul accès de toux, ni le moindre sentiment d'oppression, ni la moindre gêne dans la respiration, qui a été toujours la même et parfaitement égale, ni le moindre signe de dimotion. C'est là un résultat dû précisément à la lenteur de l'évacuation. Ainsi se trouve parfaitement réalisé, à côté d'autres avantages, le but que se proposait M. Blachez en pratiquant la ponction avec un trocart capillaire.

Le deuxième cas d'application que nous avons vu dans la même séance présentait des conditions en apparence semblables, en réalité différentes. C'était là justement ce qu'il s'agissait d'établir. Cette femme, entrée le jour même, venait d'avoir une de ces affections catarrhales si communes en ce moment; elle avait encore une angine catarrhale compliquée d'une aphonie complète. L'examen de la poitrine fait constater une différence notable entre les deux côtés. Le côté droit a une sonorité normale dans toute son étendue. Le côté gauche, au contraire, est mat depuis la base jusqu'aux deux tiers au moins ou aux trois quarts de sa hauteur. Un souffle bruyant se fait entendre dans presque toute l'étendue de la matité. Point d'expectoration dont les caractères spéciaux puissent aider le diagnostic. Absence complète d'émission de la voix, par conséquent impossibilité d'apprécier ses modifications à l'auscultation. Avait-on affaire à un épanchement ou à une pneumonie avec hépatisation? La question n'était pas aisée. Mais l'instrument explorateur était là pour lever les doutes...

Comment! dira-t-on, dans le doute, plonger un trocart dans la poitrine, au risque de pénétrer dans le poumon! Sans doute l'imprudence eût été grande s'il se fût agi d'un trocart ordinaire; mais avec le petit trocart capillaire adapté à l'appareil aspirateur, on peut agir en toute sécurité. C'est ce que nous a prouvé du moins le fait en question. A trois trois reprises le trocart a été enfoncé en trois points différents, en procédant de haut en bas, et à chaque fois on a pu s'assurer qu'il n'y avait pas une seule goutte de sérosité. Quelques gouttes de sang spumeux seulement apparaissaient dans le corps transparent de la seringue. Le doute ne pouvait plus subsister. Le diagnostic était établi. Ajoutons qu'il n'est résulté de cette triple ponction exploratrice d'autre inconvénient pour la malade que la sensation de piqûre trois fois répétée.

Nous pourrions peut-être aller plus loin et nous demander si ces piqûres, qui constituent une sorte de petite saignée locale, ne pourraient pas avoir, dans quelques circonstances, un avantage direct et immédiat qui fût recherché en vue de remplir certaines indications. Mais nous ne voudrions pas devancer les faits et encourir un reproche de témérité auquel nous n'avons pas été habitué jusqu'ici.

Nous publierons prochainement, d'ailleurs, un travail de M. Dieulafoy sur le diagnostic et le traitement des épanchements de la plèvre par aspiration pneumatique sous-cutanée, que nous avons entre les mains, et où l'on trouvera des développements suffisants sur des points que nous n'avons fait qu'indiquer seulement en courant.

NOTE

Sur la coexistence d'altérations anévrysmales dans la rétine avec des anévrysmes des petites artères dans l'encéphale

Par M. HENRI LIOUVILLE.

La connaissance de la *généralisation* des anévrysmes des petites artères (A. milliaires), se rencontrant dans quelques cas, et comme d'une façon diathésique, à la fois dans le cerveau et dans différents points du corps (1), devait offrir assurément d'autre intérêt que celui d'une donnée plus rationnelle fournie à la pathologie générale.

Et, en effet, si les observations que nous avons, en 1868, relatées, pour développer ce point, semblèrent dès ce moment offrir (2) « cette importance, qu'elles tendent à établir que les altérations anévrysmatiques se rattachent beaucoup plus à une altération du système artériel tout entier, qu'à une lésion localisée dans tel ou tel point de ce système, » elles purent, dès lors aussi, faire ressortir cette notion, que ces anévrysmes, développés sous une influence générale, peuvent ainsi se rencontrer dans des points accessibles, cette fois, à nos moyens d'investigations.

Sans exagérer les services que l'ophthalmoscopie peut rendre dans le diagnostic de quelques affections cérébrales, on pouvait penser qu'il y aurait peut-être une certaine utilité pratique à continuer les tentatives que différents médecins ont, dans ce sens, récemment commencées. La rétine semblait, en effet, un des organes qu'il était facile et important d'interroger à cet égard, et il était permis d'espérer que, soit pendant la vie, soit après la mort, son examen révèlerait d'intéressantes particularités.

L'objet de cette note est de démontrer, par quelques points d'anatomie pathologique et de clinique, qu'il en a été ainsi :

En 1868, à la Salpêtrière, dans le service de M. Vulpian, ayant, d'après les travaux de MM. Bouchard et Charcot (3), été conduit par différentes autopsies à constater une altération généralisée du système artériel existant dans des cas où il y avait, avec des hémorrhagies encéphaliques, un nombre considérable de petits anévrysmes

(1) *De la coexistence des anévrysmes miliaires du cerveau avec des altérations vasculaires analogues généralisées* (Th. Doct.; Paris, 1870, H. Liouville).

(2) BÉHIER et HARDY, *Traité de pathologie interne*, 2e édition. Paris 1869.

(3) *Archives de Physiologie*, 1868.

sur les vaisseaux du cerveau, du cervelet ou des méninges, nous examinâmes la rétine, dont la circulation a des rapports si connexes avec celle de l'encéphale. Bientôt nous eûmes l'occasion de signaler anatomiquement, d'une façon certaine, l'existence de *lésions anévrysmales rétiniennes* se rencontrant *simultanément* avec des *anévrysmes encéphaliques*. Ce fait fut communiqué à la Société de biologie en 1868, sous le titre de *Diathèse anévrysmale généralisée* (1).

Depuis ce moment, d'autres observateurs (2) ayant pris soin de vérifier ces assertions, en ce qui touche la circulation de l'œil, il en fut rencontré de nouveaux exemples.

La première observation est celle d'une femme de 87 ans qui avait eu, il y a deux ans, une hémiplégie subite à droite sans perte de connaissance, disait-elle; puis des étourdissements, des chaleurs faciales, des céphalalgies, et qui mourut le 15 août 1868. Je trouvai des vaisseaux très-athéromateux par places, des dilatations anévrysmales très-nettes sur les méninges, et de nombreux anévrysmes miliaires à la surface et dans l'intérieur du cerveau, dans le cervelet et la protubérance. L'œil droit examiné montrait : la rétine offrant des vaisseaux très-apparents, très-gorgés de sang, flexueux; et sur leur trajet, des dilatations arrondies, espacées, rappelant tout à fait des *anévrysmes* qu'on soupçonne d'abord, mais que l'on constate bien avec la loupe; le cristallin était dur et un peu rougeâtre en quelques points.

Et dès ce moment (Note de 1868), nous ajoutions : « Des lésions pareilles pourraient être constatées par l'examen ophthalmoscopique, qui assurément rendrait encore dans ce cas de vrais services cliniques. Toutefois, dans notre observation, il eût été rendu impossible par l'opacité du cristallin. »

L'année suivante, en janvier 1869, MM. Bouchereau et Magnan communiquaient à la Société de biologie les pièces d'un nouvel exemple remarquable de *généralisation des lésions anévrysmales* rencontrées chez un homme âgé seulement de 58 ans. Ils en résumaient ainsi l'observation : « Alcoolisme chronique avec accès subaigu; attaques épileptiformes un an après son entrée à Saint-Anne; attaque épileptiforme en dernier lieu; autopsie; hémorrhagies cérébrales; dilatations anévrysmales dans le cerveau; hémorrhagies rétiniennes avec anévrysmes miliaires de la rétine; pachyméningite rachidienne. »

La troisième observation que j'ai recueillie, en collaboration avec M. Charcot, est de date plus récente (février 1870). Il s'agit d'une malade âgée de 72 ans qui succomba à la Salpêtrière à la suite de petites attaques apoplectiformes. L'autopsie, faite par M. Charcot, avait révélé une quantité innombrable d'anévrysmes miliaires existant dans le cerveau, le cervelet, la protubérance et les méninges; ils étaient de toutes grosseurs, d'âges différents, et en de nombreuses places ils correspondaient à de petites hémorrhagies multiples, localisées, et d'âges différents aussi. On voulut bien me confier le soin d'achever l'autopsie, et je pus constater, en même temps qu'un état athéromateux très-généralisé et de nombreuses plaques d'artérite très-disséminées aussi, des altérations anévrysmales dans d'autres points du corps (péricarde, mésentère, région cervicale, carotides).

Mais de plus, et surtout, existaient des *anévrysmes* dans *les deux rétines*. Ces dernières lésions des vaisseaux du fond de l'œil correspondaient à de petites hemorrhagies infiltrées dans les parois mêmes de la couche rétinienne. En effet, il y avait, disséminées çà et là, de petites zones ecchymotiques, jaune rouillé, entourant des dilatations arrondies des vaisseaux, dilatations que l'on voyait déjà presque suffisamment bien à l'œil nu, et qui se confirmaient très-nettement avec une loupe : d'un autre côté, une préparation avec le microscope déterminait absolument ceux que la simple inspection n'avait point tout d'abord reconnus. Il s'agissait bien réellement d'*anévrysmes*; leur forme, leur volume, leurs ressemblances multiples rappelaient ceux que l'on avait rencontrés sur les artérioles des méninges et de l'encéphale. Quelques-uns seulement étaient plus petits, exigeaient l'emploi d'un grossissement de dix à vingt fois pour être bien reconnus; mais d'autres, ceux que la simple vue déterminait de suite, atteignaient jusqu'au volume d'une petite tête d'épingle, d'un grain de tabac ou de poudre; l'un offrait même le volume d'une petite graine de millet.

Enfin l'examen d'une de ces rétines, fait avec le microscope, confirmait absolument la structure anévrysmale de ces altérations vasculaires, et montrait encore plus les points de ressemblance qui existent, pour les modifications pathologiques de ce genre, entre les vaisseaux du fond de l'œil et les vaisseaux encéphaliques.

Dans cette dernière observation, les cristallins, examinés malheureusement seulement à l'autopsie, paraissaient laisser le passage facile aux rayons lumineux, ce qui eût permis, pendant la vie, de faire une inspection ophthalmoscopique et d'y découvrir ces intéressantes dilatations anévrysmales des vaisseaux rétiniens.

Avec les antécédents, l'âge, l'état du système artériel constatable à la radiale par la seule pression digitale ou par le sphygmographe; enfin surtout avec les circonstances dans lesquelles s'étaient produites les dernières petites attaques apoplectiformes qui amenaient cette malade à l'infirmerie, on aurait peut-être été en droit de diagnostiquer la cause probable des hémorrhagies encéphaliques, et de la placer dans une altération généralisée du système artériel, se traduisant par des modifications anévrysmales, presque partout analogues et également disséminées dans différents points du corps.

C'est là, du reste, la conclusion pratique que nous voudrions avoir le droit de tirer des quelques faits précédents, qui démontrent manifestement et à la fois, la coexistence et la relation d'altérations anévrysmales dans la rétine, avec des modifications pathologiques analogues sur les petits vaisseaux de l'encéphale.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Considérations sur l'emploi des dragées de proto-iodure de fer et de manne de Foucher, d'Orléans.

Il n'y a pas longtemps que l'iodure de fer appartient à la matière médicale, et déjà il occupe un rang très-élevé dans la thérapeutique d'un grand nombre de maladies. C'est, en effet, un médicament précieux qui possède le rare avantage de participer à la fois des propriétés de l'iode et de celles du fer, deux des plus puissants modificateurs de l'organisme vivant.

L'iode et le fer sont deux agents de reconstitution du sang. Chaque jour l'organisme reçoit une quantité relativement considérable de l'un et de l'autre par l'intermédiaire des boissons et des aliments. On peut, par ce fait, apprécier la haute importance du rôle de ces deux agents dans l'accomplissement des phénomènes intimes de la vie. On en peut juger d'une manière plus frappante encore, soit par les effets désastreux de l'insuffisance de l'iode chez les goîtreux et les crétins, soit par les résultats remarquables que l'on obtient de l'emploi du fer dans l'aglobulie chlorotique, et plus spécialement de l'administration de l'iode dans l'aglobulie de la période tertiaire de la syphilis.

L'iode et le fer, pour être absorbés et transportés dans le torrent de la circulation, ont besoin d'être introduits dans l'estomac à l'état de combinaison. C'est à cet état qu'ils se trouvent dans les aliments. Or, cette condition si favorable à l'absorption, se rencontre également au plus haut degré dans la combinaison de l'iode et du fer ensemble. De là, l'importance thérapeutique de l'iodure de fer, en tant que produit pharmaceutique.

Mais il se présentait une difficulté pratique. Les préparations d'iodure de fer sont des préparations délicates, altérables, difficiles à conserver. Il y avait donc là un problème intéressant à résoudre, d'autant plus intéressant qu'il s'agissait de l'union médicale de deux corps dont les propriétés, dans l'organisme vivant, semblent congénères ou au moins se corroborer, se compléter l'une par l'autre. L'iode et le fer paraissent, en effet, exercer une influence histogénique sur les éléments figurés du sang. M. Foucher a résolu ce problème avec un succès complet. La manne, associée par lui au proto-iodure de fer, garantit ce sel contre toute altération, et de plus, on obtient par son intermédiaire une masse pilulaire, une véritable pâte, qui, lorsqu'elle est divisée en pilules ou dragées, ne durcit jamais et reste toujours malléable. Ces pilules ou dragées se ramollissent à la simple chaleur de la main, à plus forte raison dans l'estomac, où elles sont facilement dissoutes. Elles possèdent donc les conditions essentielles de tout bon médicament : faculté de se conserver sans altération, — solubilité rapide dans les liquides de l'estomac, — état de combinaison favorable à l'absorption. Ces pilules ou dragées, lorsqu'on les brise, offrent à leur intérieur une pâte homogène et la couleur verdâtre caractéristique du proto-iodure de fer bien préparé et bien conservé.

Dans l'estomac, les éléments de cette ingénieuse composition se séparent pour agir chacun suivant sa vertu propre. La manne, en stimulant les sécrétions du tube digestif, s'oppose à l'influence constipante que l'on reproche généralement aux préparations d'iodure de fer. La manne, dans la dragée de M. Foucher, ne se borne donc pas au rôle simple d'agent chimique conservateur du proto-sel, elle a encore une action physiologique très-intéressante, par laquelle elle fait disparaître un des inconvénients ordinaires de la médication iodo-ferrée, à savoir la constipation.

C'est principalement dans les *chloroses* et les *anémies* que les dragées de M. Foucher rendent tous les jours des services incontestables. Elles agissent là de deux manières : d'une part, en stimulant, par leur action de contact, la circulation de la muqueuse gastrique, d'où il résulte une augmentation de l'appétit et des digestions meilleures; et, d'autre part, en pénétrant, par suite de l'absorption de leur substance, dans les voies circulatoires. Les atomes d'iode et les atomes de fer, charriés par le sang, concourent ensemble à la reconstitution générale de l'organisme, en revivifiant au préalable les globules sanguins appauvris. Ces dragées sont tout particulièrement indiquées, en raison de l'iode qu'elles renferment, lorsque la chlorose est liée à une diathèse lymphatique ou scrofuleuse. L'expérience a démontré, ainsi qu'on devait s'y attendre, qu'elles combattent avec succès les *névralgies*, si fréquentes chez les chlorotiques et chez les anémiques, ainsi que ces *gastralgies* que l'on voit si souvent alterner avec les névralgies de la tête et de la face. Ces gastralgies, chez les femmes, s'accompagnent habituellement d'une *leucorrhée*, qui est une cause d'épuisement. Dans ces cas, l'indication est formelle. Du reste, ces dragées sont utiles contre les leucorrhées purement catarrhales, surtout quand il y a des signes d'anémie, et, par suite, contre tous les écoulements chroniques des membranes muqueuses qui, en général, s'accompagnent d'un état atonique soit local, soit constitutionnel, comme la *bronchorrhée*, la *blennorrhée*. On connaît l'influence de l'iode sur la *menstruation*. Il ne faut pas oublier, toutefois, que chez les filles chlorotiques et aménorrhéiques, l'iode ne ramène le flux menstruel, en général, que lorsqu'on associe la médication ferrugineuse à la médication iodée; les dragées de M. Foucher s'adressent donc très-spécialement à cette catégorie de malades. Enfin, sur le terrain de l'anémie, ces dragées ont été données utilement dans l'*asthme spasmodique* ancien, avec appauvrissement du sang; dans certains cas d'*amaurose*, de *coqueluche*, de *goutte atonique*, présentant les mêmes conditions humorales.

Les dragées de proto-iodure de fer et de manne de M. Foucher conviennent au traitement de la *scrofule* dans toutes ses formes. Sous ce rapport, nous n'avons rien rien de nouveau à dire. Les propriétés de cette médication, pour les cas en question, ne sont contestées par personne.

Un sujet plus délicat est celui de la *phthisie pulmonaire*. Il est certain que chez la plupart des phthisiques, la médication iodo-ferrée est mieux supportée que la médication ferrugineuse pure. La première est même évidemment indiquée chez un certain nombre, par exemple chez les sujets lymphatiques, à phthisie lente, sans fièvre, etc., etc.; alors, les dragées de M. Foucher rendent de réels services.

Il est à peine nécessaire d'ajouter que le médicament qui nous occupe est donné journellement pour combattre des *cachexies* diverses; dans les *convalescences* longues, principalement dans les convalescences de la *fièvre typhoïde* à forme adynamique ou putride; dans l'altération du sang qui se produit sous l'influence du miasme paludéen à la suite de longues *fièvres intermittentes*, dans la période tertiaire de la *syphilis*, si remarquable en général par l'appauvrissement du sang; pour faire cesser les *sciatiques* et autres névralgies de nature syphilitique; contre les *tremblements mercuriels*. Il est à remarquer que, sous l'influence de l'iode, le mercure est promptement éliminé par les urines, en même temps que le fer répare les globules sanguins.

Les dragées de proto-iodure de fer et de manne se sont montrées utiles encore dans plusieurs cas de *salivation* pendant la grossesse. Elles sont d'autant mieux indiquées, alors que l'anémie puerpérale est plus caractérisée.

Nous terminerons cette notice en signalant les bons effets de ces dragées dans le traitement d'une affection morbide souvent fort sérieuse et surtout fort difficile à traiter. Nous voulons parler de l'*ébranlement des dents* causé par l'inflammation de la membrane alvéolaire, de la gingivite grave avec exsudation purulente. Mais ici, il ne faut pas se borner à la médication générale; il importe d'associer à cette médication un traitement topique. Des lotions locales avec la solution aqueuse iodée de Lugol ont le double avantage de contribuer à la curation de la maladie et de corriger la mauvaise odeur de la bouche en agissant comme antiseptique.

Du régime occasionnel et du régime préventif des affections de poitrine.

Les affections de poitrine que le froid occasionne et qu'on peut prévenir sont le rhume plus ou moins grave, la grippe, la bronchite et la pneumonie. Quoique le froid soit toujours la cause déterminante de ces différents cas, qui pourraient bien n'être que les degrés d'une même affection propre à l'appareil respiratoire, cependant, comme il n'atteint qu'un nombre déterminé d'individus; que ces individus sont atteints dans des conditions où les autres sont indemnes, le médecin est bien obligé d'admettre tout d'abord une prédisposition. D'un autre côté, l'état habituellement normal des voies respiratoires du malade ne permet pas d'attribuer à leur constitution cette prédisposition. Il faut donc l'attribuer au régime suivi antérieurement, lequel aurait amené un état tel que le moindre froid en détermine l'explosion. La preuve en serait que, dans la plupart des cas, le malade, interrogé, ne peut assigner à son mal d'autre cause appréciable que celle de la saison à laquelle il paye tribut. Voyons maintenant si les symptômes, et le traitement qu'ils réclament, ne vont pas corroborer la théorie d'une préparation antérieure.

La bronchite, qui n'est que l'état le plus intense du rhume et de la grippe, est caractérisée par une vive chaleur de poitrine, toux fréquente, matière expectorée abondante, forte oppression, peau sèche, pouls dur. La pneumonie offre, en plus de cet état, une douleur profonde, pongitive; difficulté de respirer; rougeur de la pommette du côté du poumon affecté; décubitus pénible sur les deux côtés, et surtout sur le côté sain.

Depuis que l'expectation est essentiellement recommandée dans le traitement de cette maladie, ce traitement revient à celui de la bronchite. Or on va voir si, par les moyens auxquels il se réduit et qui s'appliquent aux différents degrés cités plus haut, ce traitement n'a pas pour résultat, tout en soustrayant le malade aux causes de l'explosion, de débarrasser l'organisme des éléments accumulés qui l'ont produite. « On fera usage dans ces cas, disent tous les traités « d'hygiène, de boissons adoucissantes, pectorales, telles que l'infu- « sion de fleurs de violette, de mauve, de bouillon-blanc, la solu- « tion de gomme arabique, les décoctions de dattes, de jujubes, « édulcorées avec le miel ou le sirop de guimauve. »

Du moment qu'on suit ce régime, on suit aussi la recommandation qui l'accompagne de se tenir chaudement. Voilà pour parer à la cause occasionnelle. Mais les boissons chaudes auront pour effet de rendre la peau halitueuse, c'est-à-dire de lui rendre sa fonction d'exhalaison, et l'organisme exhalera les éléments accumulés qui causaient sa prédisposition. Voilà, me semble-il, l'explication la plus rationnelle qu'on puisse donner de cette prédisposition aux affections catarrhales bronchiques. Je sais bien qu'il est d'usage de prescrire contre celle-ci le sirop de Lamouroux de préférence au sirop de guimauve qu'il a détrôné, et qu'il faudrait donner aussi l'explication de son efficacité. Mais, dût mon adhésion passer pour une réclame, j'avoue que son succès persistant (il date, dit-on, d'un demi-siècle) s'explique pour moi, qui le prescris comme les autres, par sa propriété de saturer les voies aériennes d'éléments contraires à ceux dont proviennent les irritations de poitrine. Et j'ajoute que le régime ci-dessus, conjointement avec ce sirop, les préviendrait, puisqu'il en arrête le développement quand il est institué à temps.

Dr A. Petit.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 2 mars 1870. — Présidence de M. Alph. Guérin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine : La *Gazette médicale de Strasbourg*. — Le *Bulletin général de thérapeutique*. — Le *Journal de médecine de l'Ouest*. — Le *Marseille médical*.

— *Appareils à fractures compliquées*. Brochure in-8° avec une photographie, par M. le docteur Dubost.

— *Objets offerts à la Société au nom du docteur J.-F. Payen*.

Les héritiers du docteur Payen, se conformant à son désir exprimé dans une note dont copie est adressée à la Société, envoient les objets indiqués dans cette note.

Ce sont : 1° une collection de *calculs* provenant de frère Côme, de Souberbielle et de Dupuytren. — 2° Des *instruments de taille* de frère Côme et de Souberbielle. Ceux de frère Côme, parmi lesquels on remarque son premier lithotome, des tenettes variées, dont quelques-unes sont destinées à broyer le calcul dans la vessie, sont tous marqués d'une ancre. — 3° Un portrait à l'huile de Cheselden et des bustes en plâtre de frère Côme, de Chaussier et de Dupuytren. — 4° Des livres, brochures et pièces rares relatives à l'opération de la taille.

(1) *Mémoires* (*Société de biologie*), 1868.
(2) Un exposé historique de la question a été fait dans la séance du 23 janvier 1869 (*Société de biologie*).

— La Société décide que des remercîments seront adressés aux héritiers du docteur Payen.

M. LABBÉ insiste sur la nécessité qu'il y aurait à ne pas introduire dans les procès-verbaux de la Société des notes remises par les membres au secrétaire à l'occasion de discours prononcés par eux.

La Société, après une courte discussion, décide que le secrétaire pourra toujours s'en servir à titre de renseignement, et passe à l'ordre du jour.

M. VERNEUIL communique à la Société l'observation suivante, qu'il fait suivre de remarques très-intéressantes au sujet des hémorhagies consécutives.

Ostéosarcome de la mâchoire inférieure. Extirpation. Guérison pendant un an. Récidive. Nouvelle opération. Ligature préliminaire de la carotide externe. Hémorrhagies consécutives. Ligature de la carotide primitive. Mort. Altération généralisée du foie. — Jean F..., 32 ans, domestique, habitant le département de l'Aisne, entre à Lariboisière, salle Saint-Louis, n° 25, le 12 janvier 1870.

Cet homme, de bonne constitution, n'ayant eu ni syphilis ni scrofule, avait joui de la meilleure santé jusqu'en 1864. Au mois de novembre, une molaire cariée de la mâchoire inférieure du côté gauche avait été extraite; au mois d'avril suivant (1865), au lieu occupé par cette dent parut une petite tumeur, qui grossit peu à peu, tout en restant indolente. Elle avait acquis, en septembre 1868, le volume d'un gros œuf de poule, gênant la mastication, déformant le visage et distendant la peau sans l'altérer.

Le 14 septembre, M. B. Anger ayant reconnu un ostéarcome, réséqua la moitié gauche de la mâchoire. Le trait de scie antérieur passa au niveau de la canine. Mais en haut, on ne fit point de désarticulation. Le col et le condyle restèrent donc en place.

Les suites furent très-simples. La plaie, parallèle au bord du maxillaire, se cicatrisa par seconde intention. F... retourna dans son pays le 25 octobre, se croyant complétement guéri. Un an plus tard, il s'aperçut que la joue du côté opéré venait presser contre les molaires de la mâchoire supérieure et saignait un peu. Un mois après, la tumeur reparut en haut de la cicatrice, et des élancements douloureux se firent sentir dans la joue; c'est alors qu'il se décida à entrer à l'hôpital.

La récidive, en effet, était manifeste. Une saillie cylindrique, du volume du pouce, soulevait l'ancienne cicatrice; elle remonte en haut jusqu'à l'articulation temporo-maxillaire, descend jusqu'au point occupé jadis par l'angle de la mâchoire, et en dedans, du côté de la bouche, proémine en envahissant la muqueuse, qui est rouge, adhérente et légèrement excoriée. Il semble que le mal s'est reproduit dans le tronçon de la mâchoire épargné supérieurement dans la première opération, et s'est étendu depuis en bas et en dedans.

La santé générale est excellente. On ne découvre au cou nulle trace d'engorgement ganglionnaire, c'est pourquoi on veut tenter un dernier effort et recourir à une dernière opération.

Voici quel plan fut conçu et mis à exécution. Incision de la cicatrice verticale. Dissection de la lèvre antérieure, en respectant, si la chose était possible, la parotide et le nerf facial. Dissection de la lèvre postérieure, pour isoler la tumeur en arrière, en passant avec précaution entre elle et le paquet vasculo-interne, la jugulaire et les nerfs satellites.

La dissection devait aller jusqu'à la muqueuse buccale, sans l'intéresser. Pour extirper le prolongement interne, on devait passer de dehors en dedans une série d'anses de fil, circonscrivant la circonférence de la tumeur et servant à conduire des chaînes d'écraseur. De cette façon, la pénétration du sang dans la bouche et la gorge serait à peu près évitée.

On devait s'attendre pendant cette opération, nécessairement longue et délicate, à ouvrir de nombreux vaisseaux, et en particulier la carotide externe, dont on ne pouvait prévoir les nouveaux rapports. Il fut donc résolu que ce vaisseau serait lié à l'avance; cette précaution paraissait d'autant plus indiquée, que la ligature en question est peu dangereuse, et qu'elle semblait devoir être facile à cause du peu de volume du cou et de l'intensité des battements de la carotide primitive au niveau de la bifurcation.

Le 19 janvier, l'opération fut entreprise. MM. Cusco et Guyon voulurent bien y assister et apporter leur précieux concours.

Pour découvrir la carotide externe, une incision fut menée du point représentant l'angle manquant du maxillaire jusqu'au bord antérieur du sterno-mastoïdien. J'allai à la recherche de la bifurcation d'abord, puis de l'artère thyroïdienne supérieure; mais le travail de mastication, consécutif à l'opération antérieure, avait modifié les rapports de la région et attiré fortement en dedans et en haut la carotide externe. La thyroïdienne ne put être trouvée. Je cherchai plus haut le nerf hypoglosse, que M. Guyon considère comme le meilleur point de repère, et avec raison, car aussitôt le nerf trouvé, je n'eus qu'à découvrir le vaisseau qui le croise perpendiculairement, c'était la carotide cherchée. Elle fut liée à 15 millimètres environ au-dessous du nerf, à une distance assez grande de toute branche collatérale.

Cette opération préliminaire avait duré près de vingt minutes, mais ce temps ne fut pas perdu, car pendant tout le reste de l'opération, l'hémostase fut prompte et facile. Je n'eus à lier que trois artérioles pendant la dissection superficielle. Une quatrième, probablement la maxillaire interne, fut blessée à la fin de l'opération; comme sa position profonde rendait difficile l'application d'un fil, je me contentai de la saisir avec une pince à ligature, qui fut maintenue dans la plaie jusqu'au quatrième jour. J'ajoute que la quantité de sang perdu fut peu considérable (environ deux palettes), et que la combinaison de la ligature préalable et de la section des parties profondes avec l'écraseur linéaire, eut le double avantage d'économiser le sang et de me donner une sécurité complète pendant tout le temps de cette longue opération.

La ligature pratiquée, je suivis le plan indiqué plus haut. Une incision pratiquée de haut en bas sur l'ancienne cicatrice vient rejoindre la place de la ligature. Dissection de la lèvre antérieure. La parotide adhère fortement à la tumeur; il faut en sacrifier une partie, et le nerf facial en même temps.

Dissection de la lèvre postérieure un peu moins laborieuse; ici on redouble de précaution pour isoler la face postérieure et interne de la tumeur des vaisseaux carotidiens. On y parvient, en se servant le plus souvent du doigt et d'instruments mousses. Le bistouri et les ciseaux, prudemment conduits sur l'angle de l'index gauche, isolent les extrémités supérieures et inférieures de la tumeur.

Celle-ci, séparée de ses connexions en haut, en bas, en avant et en arrière, ne tient plus que par sa face interne, qui répond à la joue au pilier du voile du palais et à la portion voisine du pharynx. Jusqu'alors, la cavité buccale n'a point été intéressée et n'a point reçu une seule goutte de sang.

Pour compléter l'ablation, je procède de la manière suivante : une sonde cannelée, portée dans l'angle supérieur et antérieur de la plaie, est dirigée vers la cavité buccale; sa pointe est reconnue par le pulpe de l'index gauche introduit dans la bouche à l'aide d'une pression modérée. Les parties molles sont traversées; un stylet, conduit dans la cannelure de la sonde, sert à porter un fil dont un des chefs est ramené par l'orifice buccal.

La sonde est introduite de nouveau et de la même manière dans l'angle antérieur et inférieur de la plaie, un second fil traverse la paroi. Les chefs buccaux de ces deux fils étant réunis par un nœud, une anse est constituée. Le fil est remplacé par une chaîne d'écraseur, qui divise verticalement la muqueuse génale au devant de la tumeur.

Une autre chaîne, placée de la même façon, en arrière de la tumeur, divise à son tour et verticalement la paroi pharyngienne.

Deux autres chaînes, agissant horizontalement, achèvent de détruire les connexions supérieure et inférieure de la masse morbide. Celle-ci ne tient plus que par un pédicule adhérent à la partie la plus reculée de la face externe de la mâchoire supérieure. Un fil triple étreint ce pédicule, et quelques coups de ciseaux achevèrent l'ablation. C'est alors qu'on voit surgir un jet artériel assez fort, dont on se rendit maître en saisissant le vaisseau avec une pince qui fut laissée en place, comme je l'ai dit plus haut.

Pour plus de précaution, et dans la crainte que quelques points du mal aient échappé, je touche, avec le fer rouge, les parties les plus réculées de la vaste et profonde excavation. Celle-ci fait communiquer largement la bouche et le pharynx avec l'extérieur, car la perte de substance de la muqueuse ne mesure pas moins de quatre à cinq centimètres dans les divers diamètres.

La plaie est mollement remplie de bourdonnets de charpie imbibés d'alcool. Quelques compresses mouillées du même liquide et soutenues par une bande complètent le pansement, qu'on devra arroser d'heure en heure avec de l'eau fraîche alcoolisée.

Point d'accidents immédiats. La douleur consécutive à l'opération s'apaise dans la journée, sauf vers les parties profondes. La déglutition reste possible, et c'est avec peine que le malade ingère, avec un biberon, une certaine quantité de vin et de bouillon. Les jours suivants amènent une amélioration progressive. Le premier pansement avait été laissé intact le lendemain. Le surlendemain, les compresses et les bourdonnets les plus superficiels avaient été renouvelés.

Le 22 (3e jour), la charpie profonde est enlevée à son tour. Elle était imprégnée d'une sanie infecte, dont la saveur et l'odeur incommodaient beaucoup l'opéré. La plaie, du reste, a bon aspect. En plusieurs points, elle est détergée et laisse voir une granulation commençante de bon aspect. Les douleurs ont cessé presque entièrement. La déglutition se fait assez aisément. La fièvre est très-modérée, et l'odeur putride étant neutralisée par les pansements, le désir de manger revient. F..., qui, avant l'opération et dans les premiers jours suivants, était en proie aux plus vives terreurs, reprenait tout à fait courage.

Le 23, renouvellement du pansement. Ablation de la pince à ligature. La plaie diminue de dimension; elle suppure abondamment. Ses bords, du côté de la face, sont à peine enflammés. L'appétit renaît franchement, mais il existe une constipation dont les lavements simples ne peuvent triompher. Je prescrit un lavement purgatif, qui amène une selle peu copieuse.

Rien de particulier dans la journée du 24.

Dans la nuit suivante, à deux heures du matin, sans aucun symptôme fâcheux précurseur, frisson, malaise ni douleur dans la plaie, une hémorrhagie se déclare. Sans rien faire pour l'arrêter, le veilleur court prévenir l'interne de garde, qui constate un jet de sang, du volume d'un gros stylet de trousse, s'échappant de la lèvre postérieure de la plaie. Après quelques tentatives infructueuses pour saisir le vaisseau, l'opérateur se décide judicieusement à faire une ligature médiate. Une épingle à suture saisit les parties molles au point d'où jaillit le sang, un fil circulaire est placé; l'hémorrhagie s'arrête; elle a été considérable, au dire des assistants.

Le 25, je trouve l'opéré très-pâle, très-affaibli, très-affecté surtout, et se disant perdu. Je cherche à déterminer la source et la cause de l'hémorrhagie. La position de l'épingle, le volume du jet artériel, l'impulsion du sang contre la ligature de la carotide, indiquent clairement que celle-ci n'a pas cédé. Il s'agit probablement d'un vaisseau musculaire émergeant du bord antérieur du sterno-mastoïdien.

L'absence de frisson antérieur ne permet guère d'admettre une pyohémie commençante, quoique l'hémorrhagie consécutive soit parfois le symptôme initial de cette complication redoutable. Il n'y a pas de fièvre. Le thermomètre marque 37,6; température normale. Mais ce renseignement n'est pas décisif, car les hémorrhagies ont la propriété d'abaisser la température, et rien ne prouve que celle-ci n'ait pas été la veille beaucoup plus élevée. Je songe à la possibilité d'une congestion intermittente de la plaie, et je prescris le sulfate de quinine, qui m'a rendu bien souvent service en pareil cas 60 centigrammes seront donnés dans l'après-midi, dans un quart de lavement. La plaie est pâle, les bourgeons affaissés, le pus séreux. Je renouvelle le pansement avec précaution, je touche les surfaces avec la teinture d'iode. Des compresses d'eau froide recouvrent la région; elles seront souvent renouvelées. Bouillon et vin pris froids; morceau de glace dans la bouche. Le soir, température à 38.4; faiblesse moindre; aucun phénomène inquiétant. A une heure du matin, sans prodromes, nouvelle hémorrhagie très-légère, et qui s'arrête d'elle-même.

Le 26 au matin, température 38. Pâleur de la face, pouls petit, assez dur. Découragement profond. Avant de soulever le pansement et pour remonter le moral du malade, j'explique aux assistants qu'il s'agit d'une hémorrhagie intermittente sans aucune gravité, et qui n'entravera nullement la guérison. Folk m'écoute avec attention, les yeux fixés sur moi. Tout à coup il fait un geste et pousse un léger gémissement. Le sang inonde en un instant les pièces du pansement; je les soulève rapidement, et portant la pulpe du pouce gauche au centre de la plaie, j'arrête subitement l'hémorrhagie. Je juge à l'intensité de celle-ci qu'elle provient de la carotide liée. Ne sachant quel bout donnait, craignant que la recherche ne laissât s'écouler une nouvelle quantité de sang, si minime qu'elle fût, je demande un bistouri, et sans désemparer je découvre, isole et lie la carotide primitive à son tiers supérieur. Il m'avait suffi de prolonger de 3 centimètres en bas la plaie de l'opération. La position demi-fléchie du cou, la faiblesse des battements du vaisseau, la présence du doigt dans la plaie rendaient cette ligature un peu plus difficile. Elle exigea donc huit à dix minutes, mais arrêta définitivement l'hémorrhagie.

Je noterai en passant qu'au moment où j'appliquai le doigt dans la plaie, comprimant le moignon de la carotide externe et simultanément sans doute la carotide interne, le malade ferma les yeux et fut instantanément frappé d'hémiplégie du côté droit. Ce phénomène, toutefois, fut passager, au bout de quelques minutes, et lorsque tout fut prêt pour la ligature de la carotide primitive, le bras avait repris ses mouvements et le regard son expression.

On devine quel pronostic je portai; cependant je prescrivis encore le sulfate de quinine à la dose de 1 gramme. Un julep au perchlorure de fer; la glace *intùs et extrà*.

A cinq heures du soir, petite hémorrhagie arrêtée aussitôt par la compression directe. Température 37. Même accident. A une heure du matin, même succès de la compression.

Le 27 au matin, somnolence, résolution des membres, agonie commençante, température dépassant 39.

Mort à deux heures de l'après-midi, c'est-à-dire au début du neuvième jour.

Une dissection attentive de la région des vaisseaux montre les particularités suivantes : les nerfs pneumogastrique, hypoglosse, grand sympathique n'ont été intéressés ni pendant l'opération ni pendant la ligature de la carotide primitive. Ce vaisseau seul est sain; au-dessous du fil constricteur existe un caillot filiforme, rougeâtre et très-mou; la carotide interne et la veine jugulaire interne sont également indemnes; point de phlébite dans cette dernière.

La carotide externe a été liée très-heureusement à distance presque égale de son origine et des premières collatérales faciale et linguale. En bas et en haut, le caillot pouvait donc se former dans l'étendue de près de 1 centimètre.

L'artère est déjà coupée presque totalement par le fil, mais ses parois ne sont pas fermées ni accolées. L'ulcération causée par la ligature est béante et imparfaitement remplie par un caillot, mou, moitié noir, moitié rougeâtre, et qui ne paraît pas de date ancienne. Ce caillot bouche imparfaitement le bout central. Il s'est formé sans doute, après la ligature de la carotide primitive, avec du sang nouveau et les débris du premier caillot. Le bout périphérique est obturé de la même manière, mais imparfaitement encore.

Le reste de la carotide externe, du côté de la périphérie, n'a pas été blessé. Le foyer traumatique est circonscrit; point de fusées purulentes dans l'épaisseur du cou. La forte hémorrhagie survenue en ma présence venait certainement du bout central. Je n'ai pu déterminer l'origine de la première hémorrhagie, l'épingle ayant été entraînée pendant la ligature de la carotide primitive. La thyroïdienne supérieure est très-volumineuse; elle paraît naître de la carotide primitive, au niveau même de la bifurcation. Son orifice est obstrué par un caillot qui se partage également dans la carotide externe et dans la carotide interne. Si le caillot n'avait pas été ramolli, il eût opposé au sang une digue très-suffisante.

Au point de vue opératoire pur, la ligature de la carotide externe ne laissait rien à désirer; mais, en ce qui touche l'issue de ce cas, quelle part de responsabilité lui revient-elle? Le malade a succombé évidemment par l'hémorrhagie consécutive. A quelles causes faut-il donc attribuer cette dernière?

Le cœur est sain. Le poumon droit est un peu congestionné; il existe à gauche des adhérences pleurales anciennes; ni infarctus, ni abcès. Rate petite, non ramollie.

Les reins sont entièrement sains. A gauche la capsule fibreuse est un peu adhérente, ce qui s'explique sans doute par le voisinage de la pleurésie antérieure. Tous les viscères précédents sont donc à peu près sains.

Par le fait d'un oubli regrettable le cerveau n'a pas été examiné. En revanche, le foie présente une altération fort remarquable, dont la rareté rend la détermination difficile.

Au premier abord, la glande hépatique semble normale; volume et consistance ordinaires. Teinte un peu sombre; nulle trace de sirrhose ni de stéatose. Aucun abcès métastasique.

En examinant de près la surface des incisions, on découvre une quantité innombrable de petits points blanchâtres, arrondis, réguliers, d'un volume très-uniforme, c'est-à-dire variant à peine d'un tiers à deux tiers de millimètre.

Non content d'examiner moi-même et de faire examiner cette lésion par un de mes anciens internes, M. Nepveu, très-versé dans les recherches histologiques, j'ai soumis la pièce aux anatomo-pathologistes les plus compétents des laboratoires de MM. Vulpian, Cornil et Ranvier. MM. Hayem et Nepveu m'ont remis la note suivante : « Les petits foyers miliaires occupent la périphérie des lobules, rarement le centre. On en compte jusqu'à trois par lobule; en certains points. Ils sont évidemment formés par des globules de pus, au centre desquels on retrouve parfois des globules rouges, comme s'il s'agissait d'infarctus. Çà et là, on constate que la veine centrale du lobule renferme un caillot.

« Quelques-uns des foyers sont accolés aux ramifications de la veine-porte dans les espaces interlobulaires. Indépendamment de ces foyers si réguliers, si nettement circonscrits, on reconnaît des traînées de globules purulents le long des vaisseaux capillaires.

« Cette singulière altération qui a envahi la totalité de la glande, mériterait donc à la fois les noms d'hépatite diffuse et d'hépatite miliaire. »

Et maintenant, quelle est la signification de la lésion hépatique? Quel rôle a-t-elle joué dans la terminaison funeste? Certainement elle ne préexistait pas à l'opération, et tout porte à croire qu'elle a été causée par la septicémie consécutive. Les faits que je recueille

depuis plusieurs années me font penser, qu'à son tour, elle a provoqué les hémorrhagies secondaires. C'est un point que je suis prêt à soutenir si, comme je le désire, la discussion s'engage sur l'étiologie des hémorrhagies consécutives aux blessures.

A coup sûr, l'issue du sang par un vaisseau du calibre de la carotide externe a rendu le dénoûment fatal plus certain et plus prompt; mais, à défaut de cette grave complication, la mort n'en serait pas moins survenue par suite de la lésion hépatique.

Je crois pouvoir citer ce fait comme une preuve de la rapidité extrême avec laquelle les grands viscères s'altèrent sous l'influence de l'état particulier qu'engendrent les grandes opérations.

Nées du traumatisme, ces altérations réagissent à leur tour sur le point blessé et y font surgir des complications qu'on aurait bien tort de considérer comme uniquement locales.

Pour terminer ce qui a trait à l'anatomie pathologique, je dirai que la récidive avait bien réellement pour origine le tronçon ménagé du maxillaire, et peut-être les débris du périoste de la portion enlevée. En effet, la tumeur était constituée par une masse cancéreuse assez bien limitée, et dans laquelle flottaient comme des séquestres, les débris du condyle et de son col.

M. DEMARQUAY. J'appuie la manière de voir de M. Verneuil, que des affections hépatiques disposent aux hémorrhagies consécutives. Je citerai à ce propos un blessé affecté de cirrhose du foie qui, après avoir offert des épistaxis répétés, eût une hémorrhagie abondante par la plaie.

M. CHASSAIGNAC. Je demanderai à M. Verneuil si l'hémorrhagie de la carotide, dont il a été témoin, provenait de la chute prématurée du fil ou d'un travail ulcératif de la paroi, attendu qu'il ne suffit pas d'établir une espèce de corrélation entre les affections hépatiques et l'apparition des hémorrhagies consécutives, mais qu'il faudrait encore rechercher comment la lésion du foie peut agir sur la paroi artérielle pour l'altérer.

M. VERNEUIL. Ce qui démontre que dans ce cas c'est l'altération du tissu artériel qu'il faut accuser et non la chute prématurée de la ligature, c'est que les deux premières hémorrhagies que le malade a présentées ont eu lieu par le tronc innominé, et ce n'est que plus tard que la carotide externe liée a cédé à son tour.

M. DEMARQUAY. Une fois la corrélation établie, il faudrait encore se demander de quelle manière les lésions hépatiques influencent la circulation. Est-ce par l'altération directe du sang, ou bien par suite de la résorption dans le torrent circulatoire de matières septiques? C'est là une question qui se pose aux observateurs qui voudront faire des investigations nouvelles sur cet intéressant sujet.

M. GUÉRIN. On pourrait se demander si, dans le cas de M. Verneuil, la situation de la ligature au milieu des collatérales ne suffit pas pour expliquer l'hémorrhagie. Il serait bon de rechercher à cet effet comment les choses se sont passées dans les cas semblables suivis d'hémorrhagie.

M. GUYON. Dans le fait de M. Verneuil, la ligature se trouve placée sur un point du vaisseau particulièrement favorable à la formation d'un caillot obturateur. L'artère thyroïdienne qui nait de la carotide primitive se trouve au-dessous du fil constricteur, et le bouquet artériel au-dessus, à une assez grande distance. Quant à savoir ce que les faits antérieurs nous enseignent à l'égard de l'hémorrhagie, cela n'est guère possible, attendu que sur trente-six cas de ligature de la carotide externe que j'ai pu recueillir, une seule fois il y eut hémorrhagie, et cela par le bout inférieur.

M. VERNEUIL. Entre la ligature et la première collatérale, il y avait une distance de 8 millimètres, par conséquent un place suffisante pour la formation d'un caillot solide, si celui-ci ne s'était pas ramolli.

M. GIRALDÈS. Les hémorrhagies consécutives proviennent toujours du ramollissement du caillot ou de la destruction de la paroi. Quant à la théorie des collatérales comme cause d'hémorrhagie, elle a besoin d'être révisée, attendu qu'on n'a jamais signalé cet accident pour la ligature de l'artère iliaque externe ou interne.

SCRUTIN

Sont élus membres de la commission pour la nomination d'un membre titulaire, MM. Giraldès, Guyon, Blot.

COMITÉ SECRET

La société se réunit en comité secret à quatre heures trois quarts pour entendre le rapport de M. Houel sur les comptes du trésorier.

A la suite de ce rapport, la Société décide que MM. Camescasse et Bertrand, membres correspondants nationaux, sont considérés comme démissionnaires.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— *Legs fait à la Société des Amis des sciences.* — La Société de secours des Amis des sciences, dont le siége est à Paris, est autorisée à accepter le legs fait en sa faveur par M. Michel-Benoit Poisat, suivant son testament du 6 mars 1869, d'une somme de 10,600 francs.

Ladite somme sera placée conformément à l'article 4 des statuts de la Société, pour l'intérêt annuel en être distribué par elle, à titre de secours.

— Le choléra fait, en ce moment, d'épouvantables ravages sur la côte occidentale d'Afrique.

— L'établissement d'hydrothérapie d'Auxerre est à vendre, par suite de la mort du docteur Fontaine, directeur de cet établissement. S'adresser à Mme veuve Fontaine, à Auxerre.

Des ruptures de l'utérus et de la partie supérieure du vagin résultant des manœuvres obstétricales, par le docteur DEVILLEZ. 1 vol. in-8. — Prix : 2 fr. 50.

Le directeur, Dr E. LE SOURD

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. PAUL TOPINARD.

Rhumatisme musculaire aigu et généralisé. — Rhumatisme des bourses muqueuses. — Guérison par la poudre de Dover (1).

(Observation lue à la Société médicale d'observation.)

En résumé, une jeune fille est prise en pleine santé de céphalalgie, d'inappétence et de fièvre intermittente; treize jours après, d'un érythème papuleux du visage et de la face dorsale des mains, et onze jours ensuite, d'une attaque de rhumatisme suivie de quatre autres. La première intéresse les muscles des membres du côté gauche, s'accompagne de phénomènes généraux et d'érythème noueux, dure trente-six heures, et semble si bien terminée que la malade reprend ses occupations pendant trois jours. La deuxième porte sur les muscles des membres du côté droit et du ventre, et sur trois bourses muqueuses sous-cutanées. Sa durée est également de trente-six heures, et pendant deux ou trois jours encore la malade se croit guérie. La troisième atteint les muscles de la cuisse droite, ceux du ventre, quelques filets du plexus lombaire droit, les parties fibreuses extérieures du coude droit et la cavité articulaire de l'un des genoux. Malgré sa physionomie différente, cette troisième attaque se résout plus vite que les précédentes, en trente heures. La quatrième, légère, porte exclusivement sur les muscles du ventre et s'accompagne de nausées, de fièvre. La cinquième, enfin, prend la forme d'une névralgie des derniers nerfs intercostaux et premiers lombaires.

Quant à l'érythème papuleux et à la fièvre intermittente, l'un disparaît spontanément entre la deuxième et la troisième attaque, l'autre sous l'influence du sulfate de quinine, entre la quatrième et la cinquième. Les viscères ne furent jamais touchés, bien qu'une douleur précordiale passagère se soit montrée deux ou trois fois.

Cette observation est intéressante à plusieurs égards; elle est un exemple rare, sinon le seul publié, de rhumatisme musculaire aigu et généralisé. En effet, les auteurs décrivent sous le nom de rhumatisme des muscles les douleurs plus ou moins vagues et chroniques qui reviennent aux changements de temps; celles qui, limitées à un muscle ou à un groupe de muscles, prennent le nom de torticolis, de lombago, de pleurodynie ou de rhumatisme de l'épaule, des parois antérieures et latérales de l'abdomen, etc., et celles qui occupent les muscles dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu ordinaire. Mais de rhumatisme aigu et polymusculaire, ils n'en parlent que pour mention, et sans en donner d'observation. Aucun cas consigné dans la Clinique de Chomel, t. II, où la question est la mieux traitée, ne se rapproche du nôtre. Nous y voyons un érythème noueux, un embarras gastrique et la fièvre intermittente qui accompagnent souvent cette dernière, y constituer une sorte de période de préparation ou prodromique; puis le rhumatisme s'y annoncer par des symptômes généraux, nausées, vomissements, fièvre, anorexie, contrairement à l'opinion des auteurs, et notamment de M. Potain (Path. de Valleix, 5e édition), comme dans une affection fébrile franche. Il s'adresse d'abord aux muscles des membres, puis, dans une série d'attaques, les parcourt tous, à l'exception des muscles du cou et de la région des reins, en s'accompagnant parfois d'épiphénomène propre à démontrer sa parenté avec les autres formes aiguës de rhumatisme. Les deux premières attaques n'intéressent que des muscles, et nous nous trouvons en présence d'un rhumatisme aigu classique qui serait à ceux-ci ce que le rhumatisme articulaire aigu est aux articulations. La troisième attaque, moins simple, s'accompagne comme pour prouver sa parenté, de gonflement d'une grosse articulation pendant vingt-quatre heures. La quatrième ressemble aux deux premières, et la cinquième devient un rhumatisme nerveux, genre de transformation sur laquelle insiste M. Potain.

Le deuxième point intéressant est la coexistence d'une congestion ou phlegmasie de trois bourses séreuses sous-cutanées, les deux anté-rotuliennes et celle de la malléole externe, qui s'est comportée avec la mobilité, la fugacité et les allures propres aux manifestations rhumatismales. Les deux phases régulières de la congestion des séreuses s'y sont montrées : l'une, ou de sécheresse caractérisée par la crépitation amidonnée, symptôme qui a été fort remarquable et que l'on n'avait pas encore constaté, ou mieux indiqué dans le rhumatisme *vrai* non blennorrhagique des séreuses; l'autre, ou d'épanchement séreux, mais assez peu développé pour qu'on ne puisse le qualifier d'hygroma. Le volume que notre Société a publié l'année dernière renferme trois faits analogues, mais tous trois à la seconde période, l'un de M. Martineau, les deux autres de M. Ball. Le cas actuel complète la série, en nous montrant l'accident à sa période initiale, qui avait échappée à ces observateurs distingués. Aussi ai-je été fort étonné de voir à l'article *Blennorrhagie* du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie*, l'un de nos agrégés les plus érudits professer que le rhumatisme simple aigu n'affecte pas les bourses séreuses, tandis que le rhumatisme blennorrhagique les affecte assez souvent.

Passons au traitement. La poudre de Dover, à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme, additionnée deux fois d'un peu de digitale, fut administrée dans les cinq attaques. Chaque fois, et quelle que fût l'ancienneté du début, de dix ou de trente heures, l'amélioration se déclara avec l'établissement de la sueur par le fait du médicament, et la résolution a suivi de près. La malade était si pénétrée de l'action de sa potion, que voyant une nouvelle crise surgir, elle n'hésita pas à l'envoyer chercher et obtint d'elle-même le résultat attendu.

Or l'emploi de la poudre de Dover, répandu en Angleterre, l'est peu chez nous, et dans une maladie comme le rhumatisme aigu, aussi rebelle à nos agents thérapeutiques, il y a lieu d'accepter tout médicament qui se présente avec quelque caractère de rationnalité et quelques succès à l'appui. Certes je ne l'ordonnerais pas empiriquement pendant toute la durée de la maladie, comme dans les dix-huit cas sur lesquels Villeneuve, en 1844, fit un rapport défavorable à l'Académie. Je ne le conseillerais pas davantage à huit ou dix jours du début, lorsque le rhumatisme a déjà pris domicile dans l'organisme; à cette époque les sueurs sont trop abondantes et trop débilitantes pour qu'il n'y ait pas à craindre de les accroître, ou qu'il y ait lieu d'espérer de les rendre utiles. Mais dès le début, lorsque l'organisme lutte encore, je crois l'usage de ce médicament indiqué, que les articulations, les muscles, le système muqueux, ou même les viscères soient atteints. Une sueur copieuse, que l'on soutient un peu en diminuant les doses, peut alors tout juger en douze ou trente-six heures.

Dans ces conditions, il m'est arrivé de le prescrire sans me laisser arrêter par les premiers effets vomitifs, et de voir se résoudre d'une façon inespérée des accidents qui se présentaient avec des allures très-inquiétantes. Peut-être cependant, et par exception, pourrait-on l'administrer dans le cours même de la maladie, en vue de profiter d'un mouvement favorable et d'aider à la production d'un phénomène critique. Je livre cette idée à votre appréciation au lit du malade.

N. B. Des réflexions importantes m'ont été faites à la Société médicale d'observation sur la note précédente. M. Duguet, faisant valoir que l'on a posé le rhumatisme des bourses séreuses comme appartenant en propre au rhumatisme blenorrhagique, s'est étonné que je n'aie pas insisté sur l'état des organes génitaux. Quoique ayant noté l'absence de flueurs blanches chez ma malade, j'ai dû prendre de nouvelles informations, et je me suis assuré que certainement elle n'avait pas de vaginite à l'époque de sa maladie. Ma conclusion persiste donc : savoir que le rhumatisme *vrai* des bourses séreuses existe, caractérisée au premier degré par de la crépitation, au second par un épanchement.

M. Barth, en second lieu, me demanda de préciser les indications de la poudre de Dover dans le cas actuel. La première fois que je vis employer ce médicament dans cette maladie, ce fut précisément par M. Barth il y a cinq ans. Je savais que les Anglais en faisaient usage dans ces circonstances. Enfin, je considérais comme très-rationnel l'emploi de sudorifiques au début même d'une maladie qui se développe ordinairement par l'action du froid humide à la surface de la peau. Dans mon cas, l'indication était plus précise ; la malade venait d'avoir un érythème, qui avait disparu au visage et pâli aux mains, sous l'influence peut-être d'une médication intempestive, un verre d'eau de Pullna tous les matins. Rappeler cet érythème ou une fluxion cutanée équivalente avant que la fluxion sur les organes profonds ne se soit confirmée, telle devait être ma première pensée. Or, la poudre de Dover (opium et ipéca surtout) est le premier des sudorifiques aigus. Si la malade a eu des récidives, c'est qu'elle se levait et marchait pieds nus sur un plancher carrelé. Le succès constaté à la première attaque, je continuai pour les autres.

(1) Fin. — Voir l'avant-dernier numéro.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. ROGER.

Rougeole et scarlatine simultanées

(Lu à la Société médicale d'observation par M. René BLACHE).

OBS. I. — A... Maria (3 ans) entre à l'hôpital le 14 janvier.

Il y avait environ un mois que cette enfant était sortie de l'hôpital, où une bronchite simple avec diarrhée l'avait amenée pour la première fois.

Cette fois, elle venait de la Maison de convalescence, où il existait un certain nombre d'enfants convalescents de scarlatine et de rougeole.

A son entrée, on nous dit qu'elle était un peu souffrante depuis quelques jours, et qu'elle recommençait à tousser. En effet, on con-

FEUILLETON

LES ALIÉNÉS EN WURTEMBERG

Les établissements d'aliénés sont, en Allemagne, l'objet de soins tout particuliers. Les Etats du Sud, entre autres, rivalisent sous ce rapport pour atteindre ce noble but d'humanité. Les maisons d'Illenau, de Pforzheim, dans le grand-duché de Bade, sont célèbres à juste titre, ainsi que celles de Verneck et de Hingenmunster, en Bavière. Le Wurtemberg n'en a point d'aussi renommées, mais celles qu'il possède ne sont inférieures ni par leur bonne organisation ni par les résultats qu'elles obtiennent.

L'Allemagne semble avoir résolu ce problème difficile, qui consiste à concilier deux intérêts contraires : celui de la société, que peut troubler la liberté imprudemment laissée à un fou, et celui de la liberté individuelle.

J'ai longtemps vécu en Allemagne; j'ai questionné bien des gens sur ce sujet. Je n'ai point entendu parler d'un seul cas de séquestration arbitraire et injuste. Les Souabes affirment que, au moins dans le pays qu'arrose le Neckar et qui s'étend au sud du Mein, il ne s'en est jamais produit. Ils assurent même que cela est impossible, grâce à l'excellente législation qui régit la matière, à l'organisation du service médical et à la moralité des médecins et chefs d'établissements, moralité garantie par la rigueur du code pénal. Ils ajoutent que la faculté de divorce dont ils jouissent tend à diminuer l'une des causes les plus fréquentes de ce genre de crimes, et qu'enfin la liberté de la presse est là pour dévoiler aussitôt ceux qui pourraient se produire.

Voilà un faisceau de garanties qui me paraît sérieux et que je me propose d'examiner brièvement dans cette étude.

Il y a, au ministère de l'intérieur, et au sommet de la hiérarchie médicale, une direction composée de quatre médecins conseillers *boëec-medicinal-rathe*, de quatre médecins assesseurs, du médecin professeur à l'école vétérinaire, de quatre médecins placés à la tête des hôpitaux et dont l'un est pharmacien en chef et préposé aux examens de pharmacie, enfin d'un médecin chargé du service de la vaccine et d'un secrétaire. C'est le « medicinal-collegium ». Le directeur est un conseiller d'Etat qui n'est point médecin. Les membres sont nommés à vie, ce qui est un gage sérieux d'indépendance et constitue, pour ainsi dire, une haute cour médicale inamovible.

Ses attributions sont aussi étendues qu'importantes. Elle exerce une surveillance active sur tout ce qui concerne la santé publique. Elle sert de conseil pour les tribunaux, les ministères et les collèges provinciaux dans toutes les questions de médecine légale.

On sait que chaque cercle ou province, en Wurtemberg, est administré non par un préfet, mais par un conseil de six membres, présidé par un directeur, et qui s'appelle *kreis-regierung*. Auprès de chacun d'eux est placé comme conseiller, pour toutes les affaires médicales, un médecin qui a le titre officiel de *kreis-medicinal-rath* et qui touche un traitement. Les quatre cercles du royaume sont à leur tour divisés en soixante-quatre bailliages, et à chacun de ces *oberant* est attaché également un médecin spécial qu'on nomme *oberant-arts*.

Le *medicinal-collegium* est chargé de la direction de ces différents médecins qui sont nommés, sur sa proposition, par le ministre de l'intérieur, après avoir subi, toutefois, un examen de capacité. Il correspond avec eux, reçoit et examine les rapports annuels que tous sont obligés de lui adresser; mais, en outre des rapports annuels, les médecins de cercle doivent en rédiger un spécial après la tournée d'inspection qu'ils ont à faire tous les trois ans dans les bailliages de leur cercle.

Le *medicinal-collegium* a encore dans ses attributions les différents examens de médecine, de pharmacie et de chirurgie. C'est lui qui donne aux candidats admis l'autorisation d'exercer; enfin, en cas d'épidémie ou d'épizootie, il est appelé à prendre les mesures immédiates réclamées par la gravité des circonstances.

Nous voyons, par ce qui précède, que le *medicinal-collegium* offre toutes les garanties possibles de science, de justice et d'impartialité dans les questions d'aliénés qui lui sont soumises. C'est lui, en effet, qui est chargé de la haute surveillance sur ces établissements, et qui l'exerce par le moyen d'une commission d'inspection (*aufsichts-commission für die Staats-Krauken-Austalten*) placée sous ses ordres et prise dans son sein. Elle est présidée par le directeur du *medicinal-collegium*, qui n'est point médecin, comme nous l'avons vu, et se compose de trois médecins conseillers, auxquels on a adjoint, afin de contrebalancer l'influence de l'élément médical et d'augmenter ainsi les garanties d'impartialité, trois autres membres non médecins, le bourgmestre ou maire de la ville, un conseiller d'État et un contrôleur (*ober-revisor*).

La surveillance de la commission s'étend non-seulement sur les établissements de l'Etat, mais plus spécialement encore sur ceux des particuliers. Elle est obligée d'y faire une ou deux visites tous les ans, et les médecins qui les dirigent, et qui ne peuvent être nommés qu'avec son approbation et après avoir prêté serment, sont obligés de tenir un journal sur chaque malade et de lui adresser un rapport trimestriel.

stata un peu de fièvre, du catarrhe bronchique et du larmoiement.

Le 15, lendemain de son entrée, on trouve une éruption pointillée de rouge sur les bras et une teinte uniforme aux aines et sur les cuisses. La face est un peu rouge, sans caractères bien marqués; mais les yeux larmoyants et le coryza portaient à croire que l'enfant avait une rougeole. En effet, la toux persistait, et il y avait dans la poitrine des râles d'une bronchite incontestable. La langue était sale à sa base et très-rouge sur les bords, le fond de la gorge était d'un rouge vif et luisant.

Le 16. Les taches pointillées persistaient encore très-nettes, et une nouvelle poussée éruptive s'était faite à la face, au menton et au col, ayant les caractères bien tranchés de la rougeole, tandis que, dans le dos, l'éruption offrait, au contraire, toute l'apparence scarlatineuse.

L'angine, qui était simple la veille, était devenue couenneuse. Irrigations dans la gorge.

Le 17. La double éruption persiste, le pouls reste très-fréquent et l'angine diphthéritique se manifeste par deux larges plaques pseudo-membraneuses sur les deux amygdales dont on a quelque peine à les détacher. De plus, il existe un engorgement des ganglions sous-maxillaires, plus marqué à gauche.

Le 18. Légère amélioration de l'angine diphthéritique, qui ne s'étend pas; cependant, l'engorgement ganglionnaire augmente et devient très-douloureux.

Le 19, la rougeur scarlatineuse des aines a disparu; mais le pointillé des bras et du dos persiste, se confondant en certains points avec l'éruption morbilleuse qui est devenue plus sombre par places. Le catarrhe bronchique persistent, les râles restent humides et gros.

Le 20. Toujours de larges plaques grisâtres sur les amygdales; augmentation de l'adénite; pas d'albumine dans les urines. La double éruption disparait, laissant la peau un peu marbrée et bleuâtre. La congestion pulmonaire augmente un peu et le pouls reste toujours très-élevé, de 120 à 140.

Le 23. La desquamation commence, en certains points, furfuracée et lamelleuse à la fois. L'angine diphthéritique reste limitée aux amygdales et aux piliers qui sont couverts de plaques verdâtres se reproduisant rapidement après qu'on les a enlevées.

Le 27. L'adénite s'est terminée par un abcès dont l'ouverture spontanée ne laisse écouler qu'une sérosité sanieuse. L'état général de l'enfant est des plus graves; elle refuse toute nourriture; c'est à grand'peine qu'on parvient à lui faire prendre un peu de lait. Pouls, 160.

Le 29. L'engorgement ganglionnaire augmente malgré l'écoulement du pus qui a lieu par la plaie.

Le 1er février. Impossibilité de voir le fond de la gorge, à cause de l'engorgement qui a envahi les deux côtés du col. On constate seulement une odeur fétide et caractéristique.

Le 3. Le pouls est petit, incomptable, la respiration très-accélérée; une congestion pulmonaire très-intense est indiquée par des râles fins. Il existe sur la joue une plaque de gangrène, et les bords de l'abcès sont également sphacélés.

A ce moment, on voyait encore quelques traces de desquamation lamelleuse sur le dos et sur les bras. A partir de ce moment, la gangrène augmenta de jour en jour, et l'enfant succomba le 7 février.

Une opposition à l'autopsie, faite par les parents, nous empêcha de constater l'étendue de la gangrène de la bouche et du pharynx, qui termina la maladie.

Obs. II. — L... (Louise), âgée de 4 ans et demi, d'une constitution faible et scrofuleuse, était à l'hôpital des Enfants, depuis le 10 décembre, pour une chorée assez intense à peu près guérie, quand, le 30 janvier, elle fut prise de fièvre (pouls 144) avec amygdalite intense.

Le 31. On constate une angine pultacée. La fièvre persiste; on donne un vomitif; ipéca, *cinquante* grammes.

Le 1er février. Il existe une légère éruption scarlatineuse, qui ne tarde pas à augmenter les jours suivants, en même temps que se manifestait un engorgement des ganglions sous-maxillaires.

Le 3. L'éruption se complète, mais reste pointillée par places, les plaques blanches de l'angine ont disparu, sous l'influence d'un traitement par le jus de citron et le chlorate de potasse, il ne reste qu'une rougeur vive de toute l'arrière-gorge.

Le 4. L'engorgement ganglionnaire plus manifeste à gauche; une nouvelle plaque de fausses membranes apparaît sur l'amygdale de ce côté; la fièvre persiste (pouls 120) et l'enfant vomit spontanément.

Le 5. On remarque sur tout le corps une nouvelle poussée exanthémateuse, ayant les caractères de la rougeole; en même temps, les yeux sont rouges et injectés, et l'enfant a par moments une toux sèche; la face est vultueuse et bouffie; les lèvres sont croûteuses; la langue humide, est recouverte d'un enduit blanchâtre. Les caractères de l'éruption nouvelle se mêlent à ceux de l'éruption scarlatineuse qui avait précédé. De plus, on vit sur les bras et les avant-bras des élevures rosées nombreuses et serrées, assez semblables à celles de la miliaire. Le pouls est à 150, et la température sous l'aisselle s'élève à 39 2/5.

Le 6. L'éruption rubéolique se complète à la face, et le catarrhe pulmonaire s'accuse par des râles humides.

Le 8. L'angine couenneuse augmente, et il s'y joint un coryza couenneux. La double éruption pâlit sans disparaître entièrement : on retrouve un marbré bleuâtre sur la partie antérieure de la poitrine et dans le dos. Il se fait aussi de la congestion pulmonaire. Pouls 128, température 39 4/5.

Le 9. L'adénite du côté gauche a augmenté.

Le 10. La diphthérie occupe non-seulement la gorge, mais le voile du palais et la bouche.

Le 11. L'adénite se termine par suppuration et le pus se fait jour au dehors. La desquamation est plutôt furfuracée que lamelleuse.

A partir de ce jour, l'enfant va de mal en pis jusqu'au 20 février, où elle succomba à la diphthérie généralisée, compliquée d'une broncho-pneumonie double.

Voici deux observations dans lesquelles se trouvent réunis en même temps et sur les mêmes individus tous les symptômes caractérisant la scarlatine et la rougeole.

Un certain nombre d'auteurs, en décrivant cette double coïncidence, ont cru devoir lui donner un nom spécial. Les Allemands, plus particulièrement, en font une fièvre éruptive à part, sous le nom de *rubeola* ou *roetheln*.

Dans l'ouvrage de M. Gintrac, il se trouve un article intitulé *Rubéole*, et l'auteur décrit avec soin sous cette dénomination : « une affection *mixte* ou *hybride*, qui résulte de la réunion des symptômes de la scarlatine et de ceux de la rougeole. »

Les deux observations que je relate ici me semblent se rapporter entièrement à la description donnée par M. Gintrac; mais nous nous demanderons si cette maladie, désignée sous le nom de *rubéole*, mérite vraiment d'occuper un rang spécial parmi les fièvres exanthématiques?

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 9 mars 1870. — Présidence de M. A.ph. Guérin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine : *L'Art dentaire*. — Le *Sud médical*. — Le *Bulletin médical du nord de la France*.

— *Des serres-fines comme agent hémostatique. Note sur un cas de pygomélie dans l'espèce humaine*, par le docteur Ancelet, membre correspondant de la Société.

— *Étude analytique et critique du rapport de M. Otis, chirurgien militaire des États-Unis, sur la résection de la tête du fémur dans les blessures produites par les projectiles de guerre*, par le docteur Spillmann, médecin-major.

— La Société reçoit du ministère de l'instruction publique l'avis qu'elle touchera son *allocation annuelle*.

COMMUNICATION

M. Giraldès complète ce qu'il a dit dans la dernière séance au sujet des hémorrhagies consécutives. Il rappelle que dans aucun cas de ligature de l'artère innominée on n'a eu à enregistrer d'hémorrhagie. Pareillement sur 35 ligatures de l'iliaque primitive, suivies de 8 succès, pas une fois il n'y eut d'hémorrhagie. Sur 7 cas de ligature de l'hypogastrique, dont 4 succès, pas une hémorrhagie non plus, alors que dans le cas de Stevens l'artère ilio-lombaire naissait d'un point très-rapproché de la ligature. Ces chiffres viennent confirmer ce qu'il disait dans la dernière séance, à savoir, que la théorie du voisinage des grosses collatérales comme cause d'hémorrhagie mérite d'être révisée.

Kyste de l'ovaire multiloculaire et aréolaire. — Ovariotomie. — Accidents chloroformiques combattus avec succès par le courant électrique intermittent. — Péritonite. — Mort. — M. Liégeois. Mlle X..., âgée de 39 ans, est une femme grande. Elle fait remonter le début de son mal à 16 mois. Les symptômes sont : ventre fortement bombé en avant; de l'appendice xyphoïde au sillon sus-pubien, il mesure 63 centimètres; horizontalement au niveau de l'ombilic, il mesure 118 centimètres. La peau qui correspond à la partie inférieure et antérieure de l'abdomen est hérissée de crêtes saillantes, s'entre-croisant entre elles et dues à des ruptures partielles de cette membrane, infiltrées de sérosité. En explorant l'ensemble du ventre, on reconnaît facilement que le développement considérable dont il est le siége est dû à une tumeur bien limitée supérieurement. Elle ne présente, à sa surface, aucune bosselure appréciable. La fluctuation est manifeste sur tous les points. Aucun frottement péritonéal n'est perçu; à la percussion, on constate de la matité dans toute son étendue; des deux côtés de la colonne lombaire et à la région épigastrique seulement, il existe une sonorité manifeste.

Elle n'éprouve et n'a jamais éprouvé soit spontanément, soit au toucher, aucune douleur dans l'abdomen autour de sa tumeur.

Les battements du cœur sont irréguliers; l'irrégularité est due à la suppression d'un certain nombre de pulsations; celles qui se perçoivent sont régulièrement espacées. Aucun bruit de souffle n'est perceptible. Cette irrégularité dans le rhytme cardiaque est apparue après le début de la tumeur, et ne se rattache à aucune cause rhumatismale. Les membres sont légèrement infiltrés de sérosité.

M'étant pourvu d'un appareil Lebreton, pour le cas où il surviendrait quelque accident chloroformique redoutable, je pratiquai l'opération le 27 février, assisté de MM. les docteurs Martin Damourette, Guillaume, Gouraud fils, Aubrun fils, M. Flamain, interne des hôpitaux, et de M. Vinot, externe. Je soumis moi-même la malade aux premières inhalations de chroroforme, en prenant toutes les précautions désirables; la période d'excitation fut courte, et la résolution complète sans que le pouls ait été modifié d'une façon très-appréciable.

L'incision de la paroi abdominale, celle du péritoine, ne présenta rien de particulier. Arrivé sur le kyste, contre mon attente, je rencontrai dans toutes les directions des adhérences, qui cependant cédèrent à une certaine pression opérée avec le rebord de la main.

A ce moment, ponction du kyste qui donna issue à un liquide brun-verdâtre, très-visqueux; attraction au dehors et décollement de nouvelles adhérences de la face postérieure, moins considérables heureusement que celles de la face antérieure du kyste. Supérieurement, je trouvai une large adhérence, qui unissait intimement la tumeur avec l'intestin; elle fut décollée en partie avec le doigt; ce qui restait fut saisi par deux ligatures, entre lesquelles je fis une incision. Le kyste put, dès lors, sortir facilement de l'abdomen. Un clamp à écraseur linéaire fut aussitôt placé sur le pédicule et je procédai à la suture. Quatre points étaient placés, quand, à un mouvement simultané de nos six aides, je compris que ma malade courait un danger. Le pouls, en effet, venait de s'arrêter subitement; la malade n'était plus qu'un cadavre, d'une pâleur effrayante, sans respiration, sans le moindre signe de vie.

Je demandais la pile; mais avant qu'elle me fut apportée, j'avais porté mon doigt derrière la base de la langue, et entraîné celle-ci en avant, sans aucun résultat. Un pôle fut alors placé sur la joue gauche, l'autre pôle sur le tibia de la jambe droite. A peine le courant fut-il établi, qu'une forte convulsion générale parcourut le corps, et la pâleur cadavérique disparut pour faire place à une teinte blanchâtre, qui rendit à la face l'expression de la vie. Mon doigt fut introduit de nouveau dans le fond de la gorge, et détermina une respiration; des aspersions d'eau froide, des percussions sur la poitrine et à la figure achevèrent de ranimer la malade.

Je continuai alors mes sutures. J'étais à la sixième, quand un flot de sang s'échappa de la plaie au niveau du pédicule. Après huit ou dix minutes de recherches, je reconnus que mon écraseur avait sectionné une partie de mon pédicule, qu'au niveau de cette section

---

Toute demande d'admission dans un de ces établissements est soumise à son contrôle et doit lui être envoyée avec les différentes pièces à l'appui. Ces pièces consistent en quatre certificats : l'un délivré par le médecin du cercle ou bailliage, constatant la folie et faisant une description détaillée de la maladie; le second par l'autorité civile du lieu, confirmant la vérité des attestations précédentes et homologué par le tribunal; le troisième par les parents, témoignant de leur consentement et garantissant le payement des dépenses; enfin, le quatrième par le directeur de la maison d'aliénés (dans quelques parties de l'Allemagne, en Prusse, par exemple, on exige le certificat de trois médecins différents).

C'est après l'examen de toutes ces pièces, et, s'il est nécessaire après avoir procédé elle-même à une visite médicale du malade, que la commission de surveillance délivre le bon d'admission qui lui est demandé.

Il paraît difficile qu'au milieu de tant de précautions un fait criminel, une complaisance odieuse puisse se produire, mais le cas est prévu. La commission est armée de pouvoirs suffisants pour punir le coupable, d'abord par le retrait de son emploi, ensuite en le citant devant les tribunaux où l'attend la peine des travaux forcés (zuchthaus), que la loi wurtembergeoise édicte justement contre les médecins qui manquent au plus sacré de leurs devoirs.

Les tribunaux punissent également de peines sévères toute infraction aux dispositions contenues dans la loi concernant le transport des aliénés et les soins minutieux dont ils doivent être l'objet, tant de la part de l'autorité civile que de l'autorité médicale jusqu'au moment de leur admission dans une maison de santé. Ainsi, dès qu'un cas de folie est signalé, l'autorité du lieu est obligée d'avertir le commissaire de police du district. Cet agent doit s'entendre avec le médecin du bailliage, et, de concert avec lui, examiner le malade, prendre les précautions que nécessite son état, et préparer, s'il y a lieu, les mesures convenables pour son transport. Si la folie est dangereuse, ils doivent veiller à ce que la personne qui en est atteinte soit bien gardée et promptement transférée dans une maison de santé, un retard pouvant augmenter le mal et compromettre la guérison. Tout moyen violent est interdit, à l'exception de ceux que le médecin aura autorisés par écrit. La camisole de force (en allemand *english hemd*, chemise anglaise) peut être employée en cas de nécessité absolue, mais les chaînes sont prohibées. L'aliéné doit être accompagné par le médecin du bailliage ou par des personnes sûres, capables de lui faire suivre, pendant le trajet, le traitement convenable, et de plus, conduit dans une voiture particulière, afin de le préserver de toute insulte. Ce médecin ou ces personnes sont responsables et peuvent être poursuivis devant les tribunaux pour toute infraction aux dispositions précédentes.

Tel est l'ensemble des dispositions prises par la loi wurtembergeoise dans cette grave question, et auxquelles est dû, sans nul doute, ce résultat remarquable que jamais personne en Allemagne n'a été victime d'une séquestration arbitraire et injuste, et que des faits aussi criminels y sont non-seulement inouïs, mais impossibles.

Il ne nous reste plus maintenant, pour compléter cette étude, qu'à entrer dans quelques détails statistiques.

D'après les documents officiels, il y a en Wurtemberg 2,295 fous connus. 608 seulement sont placés dans les différents établissements publics et privés. Le plus considérable est celui de Goppingen, qui renferme à lui seul autant d'aliénés que tous les autres réunis. Fondé en 1852 par le docteur Landerer, il reçoit 100 malades tous les ans et peut en contenir 300.

Les deux établissements que possède l'État, à Winnenthal et à Zwiefalten, étant devenus insuffisants, le gouvernement wurtembergeois a passé un contrat avec le directeur de Goppingen, et il lui envoie, moyennant une subvention annuelle, tous les aliénés pauvres qui sont à sa charge ou à celle des communes et qui ne peuvent trouver place dans ses établissements.

Sur 1,100 malades traités dans les dix dernières années, le plus grand nombre (80 p. 100) comptaient de 20 à 50 ans. C'est l'âge où la folie se montre le plus ordinairement; 238 étaient atteints de mélancolie, 261 de folie furieuse, 117 de manie, 249 de démence, 235 d'idiotisme, 92 de paralysie générale et 42 d'épilepsie. Sur ce nombre, 40 p. 100 ou 199 furent guéris, 225 éprouvèrent de l'amélioration dans leur état, 186 furent reconnus incurables, et 199 moururent. La mortalité de l'établissement est de 6 p. 100 par an.

Le directeur de Goppingen vient de faire un essai qui a parfaitement réussi. Il a fondé, dans l'intérêt de ses malades, une colonie agricole qui donne les résultats les plus satisfaisants. On sait que les travaux des champs sont pour les affections mentales un des meilleurs moyens de guérison.

A côté de l'exploitation agricole se trouvent des ateliers de tailleurs, de cordonniers, de menuisiers, etc , où les aliénés sont employés suivant leurs aptitudes. Leur travail est libre et rétribué. Ils ont aussi des distractions, telles que la musique, la lecture, la promenade. La religion n'est point oubliée. Tous les matins, on dit la prière pour les malades qui sont capables d'y prendre part, et le dimanche, le service divin est célébré. Enfin, les hôtes de Goppingen jouissent d'autant de liberté que leur état et le bon ordre le permettent, et l'on m'a assuré que les moyens violents n'étaient employés qu'à la dernière extrémité.

(*A suivre.*)

une artère fournissait un jet de sang. Un nouveau clamp, ordinaire cette fois, fut mis au-dessous du premier.

Je m'occupai de la toilette du péritoine. Celui-ci contenait une certaine quantité de sang, qui se reproduisait au fur et à mesure qu'on l'enlevait. Ce sang provenait de la séreuse pariétale, d'où il s'échappait par gouttelettes au niveau des adhérences détachées. Une pression de quelques instants faite avec des éponges sur ces divers points, et une petite quantité de perchlorure de fer portée avec une baguette de verre, arrêtèrent facilement ce suintement. J'examinai alors l'ovaire du côté gauche; celui-ci contenait un kyste du volume d'une amande. Ce kyste fut excisé, il contenait un liquide visqueux et clair.

Le péritoine ayant été épongé, de manière à ce qu'il ne restât plus de sang dans sa cavité, je terminai mes sutures, ayant soin de laisser à l'angle inférieur de la plaie une partie non réunie, pour favoriser au besoin l'écoulement des liquides qui se seraient produits dans l'abdomen. L'opération avait duré une heure un quart.

Le liquide évacué fut estimé par les assistants à 22 litres; la tumeur pesait 7 kilogrammes. Elle était formée par une série de loges communiquant entre elles et par des milliers de petits kystes isolés les uns des autres.

L'état de la malade resta satisfaisant jusqu'à une heure du matin, où des douleurs abdominales éclatent; puis surviennent des nausées. Le pouls devient de plus en plus petit, le faciès se grippe, les doigts prennent une coloration violacée, et la malade succombe 28 heures après l'opération.

Deux points me paraissent surtout importants dans cette observation. Le premier a trait aux nombreuses adhérences qui unissaient le kyste à la paroi abdominale, et sans qu'aucune douleur dans le ventre, aucune manifestation d'inflammation péritonéale aient pu les faire soupçonner. C'est là, il faut bien l'avouer, un fait regrettable, et qui dépend de ce que nous manquons absolument de signes pouvant nous indiquer sûrement si un kyste est libre ou non d'adhérences.

Le second point porte sur l'accident grave auquel donna lieu l'administration du chloroforme. Cet accident est survenu une heure après le début de l'opération. Alors on avait cessé de donner du chloroforme depuis une minute environ; l'aide qui tenait le pouls de la malade, cessa de le percevoir tout à coup, à l'instant où celle-ci faisait un mouvement en apparence volontaire, avec ses membres supérieurs pour se dégager de la main que tenait l'un d'eux. Évidemment l'asphyxie doit être mise hors de cause, et la syncope seule doit être invoquée.

Si l'on considère que c'est une minute après la cessation du chloroforme et au moment où la malade se réveillant faisait effort pour échapper à la main qui tenait son avant-bras, on comprendra que la seule explication plausible, pour le cas actuel, est l'interruption de la circulation cardiaque sous l'influence d'une excitation psychique. Sous cette influence, le cœur, dont la contractilité sans doute était affaiblie, s'est arrêté, comme s'arrête le cœur des animaux quand on produit une excitation physique, surtout électrique, soit sur le bulbe, soit sur le pneumo-gastrique. Cette théorie, émise surtout par MM. Perrin et Ludger Lallemand, me paraît trouver une confirmation des plus évidentes dans notre fait, avec cette seule différence, qu'habituellement la syncope chloroformique survient au début, pendant la période d'excitation, tandis qu'ici elle s'est montrée tardivement, au moment où la malade sortait de l'anesthésie dans laquelle elle était plongée.

Le service incontestable que nous a rendu le courant faradique *intermittent*, pour ranimer la vie chez cette femme, vient à l'appui de ce que je disais l'année dernière dans mon rapport, à savoir, que les auteurs d'un travail qui vous a été présenté, portant condamnation de cette espèce de courant, au profit des courants continus, étaient dans l'erreur.

Il y a plus, le courant dont je me suis servi était, contrairement à mon intention et par le fait de l'aide qui a monté la pile, des plus intenses que l'appareil Lebreton puisse fournir, et pourtant rien que d'utile n'est résulté de cette inadvertance. Tout en donnant la préférence aux courants de faible intensité et progressivement croissants, je prends acte de cette coïncidence, comme d'une preuve nouvelle de l'erreur dans laquelle sont tombés les auteurs du mémoire auquel je fais allusion en ce moment.

M. DOLBEAU. Ce qui m'a frappé dans l'observation que vient de nous communiquer M. Liégeois, c'est l'existence simultanée d'une lésion des deux ovaires, ce que je crois être, du reste, la règle. Pour cette raison, il faut lorsqu'on est en présence d'une vieille femme enlever les deux ovaires, et quand il s'agit de jeunes femmes, beaucoup regarder avant que de se décider à n'enlever qu'un seul. Je me fonde, pour émettre cette opinion, sur la fréquence des lésions doubles, ainsi que l'attestent les nombreuses récidives survenues après une première opération d'ovariotomie.

M. Liégeois nous a fait part l'année dernière d'une guérison de kyste ovarique opéré. La femme qui était le sujet de cette observation eut depuis une récidive, et comme elle en est morte dans mon service, je profiterai de l'occasion pour faire part à la Société de l'autopsie, qui me paraît pleine d'intérêt.

A l'ouverture du ventre, on constate que c'est bien l'ovaire laissé intact au moment de l'opération (le gauche) qui était le point de départ de la récidive. Il n'y avait aucune adhérence, pas la moindre trace de péritonite. D'une consistance très-friable et contenant un noyau caséiforme, la masse pèse *deux mille sept cent soixante* grammes.

La tumeur est reliée à l'utérus par un pédicule aplati, rubané très-mince, offrant 8 centimètres de large. Je crois qu'il aurait été difficile de faire sortir cette tumeur, presque solide, par l'incision classique.

Les traces de l'ancienne opération étaient représentées par une cicatrice cruciale de la paroi ventrale, dont la branche verticale mesure 15 centimètres et l'horizontale 7.

Le pédicule de l'ancien kyste opéré offre le volume du pouce et a 4 centimètres de longueur; il adhère solidement au péritoine pariétal, qui est sensiblement épaissi et partout *cicatrisé*, sauf sur le point d'intersection des deux branches de la cicatrice. Là s'observe, en effet, l'orifice interne d'un petit trajet fistuleux, qui dans les derniers jours de la vie a permis la sortie d'une certaine quantité de liquide ascétique, pendant des efforts de toux.

L'utérus se trouve fixé par des adhérences contre la paroi abdominale à la hauteur de 4 centimètres au-dessus de la symphyse. Aussi est-il allongé et comme effilé.

M. DEMARQUAY. La malade de M. Liégeois a eu une syncope, que le courant électrique a fort heureusement dissipée.

Dans ces derniers temps, m'inspirant d'un travail de M. Cl. Bernard, paru dans les *Bulletins de thérapeutique*, et relatif à l'emploi simultané de la morphine et du chloroforme comme moyen anesthésique, j'entrepris des expériences sur les chiens, qui m'ont démontré que le courant d'induction ramène à la vie les animaux privés de mouvement et de la respiration depuis peu avec une promptitude que nul autre moyen d'excitation ne peut surpasser en pareilles circonstances.

M. BOINET. Contrairement à M. Liégeois, et tout en lui accordant qu'il y a des cas difficiles, je pense qu'on peut, la plupart du temps, diagnostiquer les adhérences sur le vivant.

Il va s'en dire que je ne parle ici que des adhérences pariétales, attendu que les adhérences postérieures sont souvent impossibles à reconnaître, malgré le toucher rectal et vaginal, qui nous aident parfois.

Dans les cas d'adhérences multiples et fortes, où, pour avoir la tumeur, il faudrait décoller le péritoine en entier, le mieux est de s'arrêter et de se borner à faire suppurer le kyste après l'avoir largement ouvert. Cette méthode, exécutée en 1701 par Houston, et en 1736 par Ledran, avait déjà donné des succès. Il y a peu de temps, M. Demarquay et M. Joüon, de Nantes, nous ont fait connaître chacun un succès. Le fait de Ledran est d'autant plus curieux qu'un kyste placé au fond de la poche ouverte se vida spontanément, et la malade guérit.

Pour éviter toute hémorrhagie provenant du pédicule, le mieux est de se servir de clamp qui ne coupe pas, et, par surcroît de précaution, appliquer une ligature au-dessus.

Le principe posé par M. Dolbeau de toujours enlever les deux ovaires me paraît par trop absolu, attendu que les récidives, après l'ovariotomie, sont encore l'exception, et que, comme il l'a dit du reste, il y aurait inconvénient à le faire sans nécessité chez des femmes jeunes et qui peuvent encore devenir mères, ainsi que cela s'est vu maintes fois après l'opération. Ce qu'il faut faire, c'est de toujours explorer les deux ovaires avant de prendre un parti et d'opérer de bonne heure en cas de récidive.

Je ne sais pas ce que M. Dolbeau, en parlant de la difficulté d'extraire la tumeur, appelle excision classique, attendu qu'il n'y a pas de mesure pour cela depuis 12 centimètres jusqu'à 30 centimètres et plus.

M. PERRIN. M. Demarquay, en nous parlant de de ses expériences sur les chiens, a omis d'indiquer l'état du cœur. Lorsqu'il y a une vingtaine d'années, au sein d'une commmission dont nous faisions partie, M. Forget et moi, nous expérimentions sur l'action des anesthésiques, nous ne tardâmes pas de voir que, parmi les animaux en mort apparente, il y avait une distinction fondamentale à faire entre ceux qui, depuis une demi-minute déjà, avaient perdu tout mouvement du cœur et ceux qui conservaient encore un léger frémissement de cet organe. Les premiers étaient irrévocablement morts, quoiqu'on fît, tandis que les seconds revenaient à la vie, qu'on les électrisât ou non.

M. DEMARQUAY. Chez mes chiens en expérience, le frémissement cardiaque dont a parlé M. Perrin existait; seulement, comme il y avait ici action simultanée de deux stupéfiants, à savoir de la morphine et du chloroforme, je persiste à croire à l'efficacité réelle du courant électrique en pareil cas.

Revenant au diagnostic des adhérences, je ne crois pas, avec M. Boinet, que nous ayons de signes certains capables de nous les faire reconnaître pendant la vie. Tout dernièrement encore je me suis laissé prendre pour un kyste tellement adhérent qu'il me fallait laisser l'ovariotomie inachevée et me borner à une large ouverture du kyste pour le faire suppurer. Malheureusement, je perdis ma malade de péritonite le neuvième jour, et cet insuccès est venu contre-balancer le succès que j'ai obtenu dans des circonstances analogues que rappelait tout à l'heure M. Boinet.

M. LIÉGEOIS. Répondant aux objections qui m'ont été adressées au sujet de la malade dont a parlé M. Dolbeau, je dirai que l'ovaire gauche était parfaitement sain au moment de l'opération, et ce n'est que deux mois après que la tumeur de nature fibro-plastique à développement rapide, s'est montré dans cet organe. Je n'étais donc pas autorisé à l'extirper au moment de l'opération.

Si j'ai temporisé pour la seconde opération, c'est que la malade, atteinte de pyélo-néphrite calculeuse, était dans un mauvais état, et avant le développement d'une ascite finale, je n'étais pas sûr du défaut d'adhérences.

Enfin, j'ajouterai que le petit pertuis péritonéal était résulté de la section des tissus par un point de suture laissé trop longtemps, mon incision ayant été simplement verticale.

M. Boinet, au sujet de ma dernière malade, me reproche de n'avoir pas préféré l'incision suivie de suppuration à une dissection laborieuse et longue. Il me permettra de ne pas être de son avis, alors que j'étais en présence d'un kyste pesant 70 livres.

J'ai fait de mon côté quelques expériences concernant l'association du chloral et de la morphine, et je crois avoir obtenu ainsi des résultats plus durables, au point de vue de l'anesthésie, qu'avec le chloral seul.

M. BLOT. J'ai examiné quatre ou cinq kystes ovariques, que j'ai vu ensuite opérer. De ces faits, il est résulté pour moi la conviction qu'il est à peu près impossible de diagnostiquer les adhérences.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. TRÉLAT présente un œsophagotome de son invention calqué sur son urétrotome. M. Trélat a sectionné, à l'aide de cet instrument, un rétrécissement situé près du cardia, à 35 centimètres de profondeur des dents incisives. Il fit trois séances successives avec un écartement des lames coupantes, de 13 millimètres pour la première opération, de 15 pour la seconde, et de 20 pour la dernière.

La dernière seule fournit du sang avec une certaine abondance (une cuvette de crachats sanglants), et l'hémorrhagie s'arrêta, du reste, toute seule, pour reparaître à deux reprises différentes, vers le dixième et le dix-septième jour de l'opération.

M. Trélat pense que l'hémorrhagie immédiate était due à la section de la muqueuse au-delà des limites du rétrécissement, et les deux hémorrhagies consécutives à une œsophagite. Effectivement, les potions astringentes et hémostatiques (perchlorure de fer) n'ont fait que ranimer la perte de sang, alors que les émollients et la diète lactée ont eu pour effet de l'arrêter.

Le malade se passe aujourd'hui une boule de 8 millimètres et ne présente plus aucun signe de dysphagie.

M. DE SAINT-GERMAIN présente un instrument porte-caustique de son invention, destiné à pratiquer l'opération césarienne et extraire des corps fibreux de l'utérus qu'il serait impossible d'enlever par les voies naturelles. Le but que se propose l'auteur est d'obtenir ainsi, en même temps qu'une voie large, des adhérences salutaires pouvant garantir contre la péritonite. L'auteur fera connaître ultérieurement le résultat d'expériences qu'il se propose d'entreprendre sur les animaux à l'aide de son appareil.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. LIÉGEOIS présente, au nom de M. Krishaber, un malade, et communique l'observation suivante.

Polype du larynx. — Extraction par les voies naturelles. — Guérison. — Le jeune D..., âgé de 14 ans 1/2, est atteint, depuis une date qu'il ne peut préciser, d'une gêne respiratoire qui s'est surtout accrue dans ces quatre dernières années.

Il est à noter que son développement physique paraît avoir été entravé par cet état morbide. Le poids du corps est de 49 livres seulement; sa taille mesure 1 mètre 18 centimètres, et à voir ce garçon, on ne lui donnerait pas plus de 7 à 8 ans.

Lorsque le 1er mars je vis le petit malade, il était aphone, en proie à une asphyxie imminente, et l'examen laryngoscopique me permit de constater chez lui l'existence d'une énorme fongosité globuleuse, d'aspect papillaire, obstruant presque en entier l'orifice du larynx.

Pendant que je tenais le laryngoscope de la main gauche, je saisis une pince à polype avec la main droite, et après plusieurs tentatives infructueuses, j'ai été assez heureux pour saisir la masse et l'extraire du coup en totalité.

Il survint d'abord une hémorrhagie abondante, qui ne tarda pas à cesser. Puis, après quelques instants, l'enfant se mit à respirer tranquillement et m'adressa des paroles avec une voix entendue à distance, quoiqu'un peu enrouée.

Un nouvel examen du larynx, le 3 mars, me permit de constater le lieu d'implantation de la tumeur, qui n'était autre que l'angle antérieur des cordes vocales inférieures. En ce point on voit des rugosités, un léger boursoufflement et une rougeur assez intense; à cet état participent, à un degré moindre, les parties environnantes.

C'est à cet état morbide qu'il faut attribuer le léger enrouement dont se trouve encore atteint l'enfant, et je me propose, pour l'en débarrasser, de toucher sous peu les parties enflammées à l'aide d'un crayon de nitrate d'argent.

Quoi qu'il en soit, aujourd'hui huitième jour de l'extirpation du polype, l'enfant a les apparences de la santé, dort, mange, marche et respire comme s'il n'avait jamais été malade.

Cette observation démontre que, comme je l'ai établi ailleurs, les voies aériennes peuvent impunément et sans provoquer de gêne notable être réduites au tiers ou même au quart de leur diamètre, surtout lorsque cette réduction se fait très-lentement. Avec un volume si énorme de la tumeur, je ne suis pas éloigné d'admettre que la cavité laryngienne a dû être élargie à la longue.

Bien que les polypes de cette espèce aient de la tendance à récidiver, j'espère qu'en surveillant cet enfant pour agir à temps, surtout vu le temps relativement long mis par la tumeur à se développer, que le pronostic sera favorable.

J'ai établi ailleurs (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*), les véritables indications de la polypotomie, suivant les cas; qu'il me suffise de dire ici, en réponse à quelques critiques qui m'ont été adressées, qu'il y a deux classes de polypes; l'une, dans laquelle rentre le cas que je viens de vous soumettre, et où l'extirpation par les voies naturelles est la règle; l'autre, où la laryngotomie seule est applicable, comme dans l'observation que je vous ai présentée l'année dernière.

M. PANAS. En mars 1877, j'avais présenté ici un malade de 71 ans que j'avais opéré avec succès de trois tumeurs fibreuses palatines, l'une d'elles se prolongeant jusque dans le sinus maxillaire du côté droit.

Vous pouvez constater que ce malade, qui porte un petit appareil prothétique fabriqué par M. Dejardin, jouit au bout de trois ans d'une santé parfaite, et qu'il n'y a chez lui aucun signe de récidive. Je tenais à vous faire constater ce résultat, attendu que les tumeurs dont il était porteur, déclarées par moi bénignes, avaient été considérées par des maîtres de l'art, et aussi par le microscope, comme un cancer de la plus mauvaise espèce, devant récidiver très-vite.

Si je reviens là-dessus, ce n'est pas par amour-propre de clinicien, mais bien à cause du jour que cette observation peut jeter sur l'histoire des tumeurs fibreuses palatines, encore peu connues, et qui souvent sont confondues avec des ostéosarcomes.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. PANAS.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1869

299. Pujo (B. D.). Des kystes des paupières et de leur traitement.

300. Alibert (Eugène). Quelques considérations sur la pneumonie franche du sommet.

301. Zaboklicki (Stanislas). Du cordon ombilical et de sa chute après la naissance.
302. Grandguillot (A). De la blépharoraphie.
303. Poumeau-Delille. De la transmission de la syphilis par la vaccination.
304. Lahuppe (E.). Étude sur les purgatifs.
305. Teillais (Auguste). De l'ulcère chronique simple du duodénum.
306. Baudrimont (Édouard). De la méthode nasale dans le traitement des polypes naso-pharyngiens.
307. Bayle (Ernest). Essai sur les causes des fièvres paludéennes.
308. Autefage (Barthélemy). Étude clinique sur le retrait de l'utérus après l'accouchement.
309. Hasserviez (M.). De la chorée et de son traitement par le chloral.
310. Clément (Louis). De la conicité du moignon de la cuisse au point de vue étiologique.
311. Mailles (L.). Étude sur les sels des métaux alcalins.
312. Bonamy (Pierre). Étude sur quelques-uns des effets des antimoniaux et des alcooliques dans le traitement des phlegmasies du poumon.
313. Laraison (Auguste). De l'asthme et de son traitement.
314. Sauvage (Émile). Recherches sur l'état sénile du crâne.
315. Cailleteau (Émile). Étude sur l'origine des pustules vaccinales secondaires.
316. Ballay (Émile). Contribution à l'histoire de l'embolie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les jurés désignés pour faire partie du jury du concours de chirurgiens au bureau central sont :

MM. Demarquay. Guéniot, Manec, Panas, de Saint-Germain, Tarnier, chirurgiens, et Tardieu, médecin.

Les concurrents qui prendront part aux épreuves de ce concours sont :

MM. Anger (Théophile), Bergeron, Cocteau, Fort, Gilette, Ledentu, Michel, Nicaise, Périer, Polaillon.

— MM. les docteurs en médecine qui ont obtenu de S. Exc. M. le ministre de l'instruction publique l'autorisation de faire un cours à l'École pratique sont prévenus que la distribution des amphithéâtres aura lieu jeudi 31 mars, à midi précis, dans la salle du conseil de la Faculté.

— On écrit de Djeddah au *Journal officiel*, en date du 24 février, qu'une commission sanitaire ottomane, placée sous la direction d'Arif-Bey, vice-président du conseil de santé de Constantinople, est arrivée dans cette ville sur l'aviso turc le *Réthimo*. Arif-Bey s'est immédiatement rendu à la Mecque, dont il ne devait repartir qu'après avoir obtenu du grand chériff des lettres le recommandant aux chefs des tribus du littoral méridional de la péninsule, que l'aviso doit explorer dans le but d'établir dans les ports de l'entrée du détroit de Bab-el-Mandeb un lazaret destiné à protéger désormais le Hedjaz contre une nouvelle importation du fléau indien par les navires ayant à bord des pèlerins.

Un médecin français, M. le docteur Watrin, est attaché à cette commission, à laquelle il doit prêter le concours de son expérience personnelle. Il y a lieu d'espérer, pour le pèlerinage actuel, qu'Arif-Bey aura veillé en personne, à Mina et à Arafad, aux mesures de préservation que la grande affluence des pèlerins rend plus urgente que jamais. Le nombre de ceux qui viennent de Suez et des Indes dépasse de beaucoup celui de l'année dernière. Le paquebot le *Samanouth*, portant l'émir Shamyl, qui va résider à la Mecque, est arrivé le 18 février à Djeddah. Les mesures de préservation hygiénique sont prises avec soin, l'ordre le plus parfait n'a pas cessé de régner dans la ville, et son gouverneur, Nouri-Pacha, a su constamment la tenir, malgré le grand nombre de voyageurs, dans l'état le plus satisfaisant.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le 1er avril 1870, à l'Hôtel-de-Ville, à trois heures et demie très-précises.

Ordre du jour : 1° Lecture d'une note de M. Duroziez sur la pleurésie purulente;—2° Rapport verbal par M. Giraldès;—3° De l'alcool à hautes doses dans le traitement des hémorrhagies puerpérales par M. Charrier.

— *Suum cuique.* L'auteur des revues thérapeutiques publiées dans la *Gazette* est M. le Dr Petit (Alphonse-Césaire).

— M. Lutz, professeur agrégé, commencera le cours complémentaire de chimie le 29 mars, à midi, dans le petit amphithéâtre de la Faculté. Ce cours aura lieu le mardi, jeudi et samedi. Le professeur traitera des métaux.

— M. le docteur Stopin recommencera son cours d'accouchements et manœuvres, le jeudi 7 avril, à sa clinique, n° 6, rue des Quatre-Vents.

Les leçons auront lieu tous les jours, sauf les mercredis, à huit heures et demie du soir. — On s'inscrit n° 49, rue de Seine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Des tumeurs osseuses des fosses nasales, et des sinus de la face, par le docteur Olivier. 1 vol. in-8. — Prix : 2 fr. 50.

De l'augmentation progressive du chiffre des aliénés et de ses causes, par le docteur L. Lunier, inspecteur général du service des aliénés. 1er mémoire. Paris, 1870, in-8° de 16 pages et un tableau in-folio. Prix : 1 fr.

De la contagion dans les épidémies, par M. le docteur Stanski, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8°.— Prix : 3 fr. 50.

Le directeur, Dr E. Le Sourd

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La séance a été presque entièrement absorbée par une petite discussion incidente à l'occasion du procès-verbal, et par les scrutins, pour la nomination des commissions de prix. C'est l'élection de M. A. Latour qui a fourni le texte de la petite discussion en question. On se rappelle qu'au premier tour, M. A. Latour a obtenu 47 voix, juste une voix de moins que la majorité stricte, qui était de 48. Or, a fait remarquer à cette occasion M. Broca, il y a eu plusieurs billets blancs, dont il a été tenu compte dans le dépouillement du scrutin, et qui ont enlevé à M. Latour le bénéfice de la majorité, qui lui aurait été acquise en réalité dès le premier tour, si on n'eût point tenu compte de ces billets blancs; d'où la proposition formelle de ne point compter désormais les billets blancs. Cette proposition, appuyée par M. Gavarret, a été combattue par MM. Béclard, Devergie et J. Guérin. Nous ne voulons pas déduire longuement les motifs qu'on a fait valoir contre cette proposition et ceux qui nous paraîtraient pouvoir y être ajoutés encore. Le respect de la liberté absolue du vote est à lui seul un motif suffisant. Ne point tenir compte des billets blancs qui, en fait d'élection, sont une manière comme une autre d'exprimer son vote, serait s'exposer dans telle circonstance où ces billets blancs se trouveraient en certain nombre, à constituer en faveur d'un candidat le bénéfice d'une majorité purement relative, alors que le règlement exige, pour que l'élection soit valable, la majorité absolue des votes exprimés. Que si, dans le dépouillement du scrutin, il se trouve un nombre de bulletins excédant celui des votants, et que dans cet excédant figurent plusieurs billets blancs, il est clair qu'il n'en doit être tenu compte que jusqu'à concurrence du nombre égal à celui des votants, le surplus devant être attribué à une erreur matérielle. Il y aurait d'ailleurs, ce me semble, un moyen bien simple de distinguer les billets blancs déposés intentionnellement dans l'urne de ceux qui s'y seraient glissés par erreur, ce serait de convenir, comme l'a proposé M. J. Guérin, d'un signe représentant la valeur négative que l'on entend donner à son bulletin, tel qu'un zéro, un *n*, ou tout autre. L'Académie a décidé de renvoyer la question à une commission. La solution à laquelle devra arriver cette commission nous semble indiquée d'avance dans le sens du *statu quo*.

L'incident vidé et l'œuvre des scrutins accomplie, il est resté environ trois quarts d'heure qui ont été utilisés par une lecture. C'est M. F. Voisin qui a eu la parole. Il a apporté à la tribune la question de la peine de mort. Ce n'est pas la première fois, si nous avons bonne mémoire, que l'honorable académicien aborde ce sujet, et il n'avait pas attendu le bruit et le mouvement qui se font en ce moment au retour de cette question pour réclamer énergiquement l'abolition de la peine de mort. Il l'a fait hier avec cet accent de chaleureuse conviction et ce sentiment profond d'humanité que l'on retrouve toujours au fond de toutes les œuvres de M. Voisin.

L'Académie reprendra sans doute mardi prochain le cours, momentanément interrompu, des diverses questions inscrites à son ordre du jour.

Dr Brochin.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. ROGER.

Rougeole et scarlatine simultanées (1).

(Lu à la Société médicale d'observation par M René BLACHE).

En résumant les opinions des auteurs qui ont décrit la *rubéole*, en en faisant une maladie, à la fois distincte de la scarlatine et de la rougeole, et ayant sa *manière d'être spéciale*, on cherche vainement des caractères suffisamment tranchés, pour motiver, non par leurs descriptions, qui sont intéressantes, eu égard à la marche simultanée de deux maladies, mais au moins un classement à part dans le cadre nosologique.

Sans vouloir multiplier les citations, nous trouvons que F. Hildenbrand ayant recueilli à la clinique de Pavie (1819) plusieurs cas de *rubéole*, conclut que cette maladie n'est ni une scarlatine, ni une rougeole modifiée, mais une hybride de l'une et de l'autre, résultant de la rencontre fortuite des miasmes appartenant à ces deux exanthèmes.

Schoenlein (1832), professeur à Wurtzbourg, désignait *la rubéole* comme une affection hermaphrodite offrant *réunis* les symptômes de la rougeole et de la scarlatine, en présentant un échange entre les coïncidences ordinaires de ces exanthèmes, c'est-à-dire avec l'angine, une éruption d'apparence morbilleuse, ou avec la bronchite et le coryza, un exanthème d'apparence scarlatineux.

Dans la *Gazette médicale* de Paris, 1853, à la page 128, se trouve le compte rendu d'observations publié par William Tripe, qui le porte à spécialiser la rubéole, ou la *scarlatine rubéolique*, comme il l'appelle.

Je vais résumer ici les signes qu'il en donne, quoiqu'ils ne me semblent pas suffisants pour confirmer l'opinion de l'auteur.

D'abord inaptitude au mouvement, douleur de tête, du dos, lassitude, soif, chaleur et sécheresse de la peau, quelquefois diarrhée et vomissements, larmoiement plus ou moins marqué, éternuement, toux et bronchite; rougeur très-grande du pharynx, du voile du palais, des piliers, des amygdales.

Du 3e au 4e jour, gonflement de la face, éruption qui affecte l'une des trois formes suivantes : 1° petites taches d'une forme irrégulièrement arrondie, ou en croissant, de 1 à 2 lignes de diamètre, plus élevées au centre qu'à la circonférence : les taches restent généralement distinctes, elles se montrent d'abord à la face, où elles sont surtout discrètes comme aux membres; — 2° points rouges ou roses de la grandeur d'un grain de millet, à peine saillants au-dessus de la peau; ils se réunissent bientôt et couvrent tout le corps, donnant tout à fait l'aspect de la scarlatine; — 3° cette variété, qui est très-rare, se montre sous forme de petites taches arrondies, rouges et élevées (papules), du volume d'un grain de millet, qui restent discrètes et saillantes pendant la période d'éruption et disparaissent avec le reste de l'exanthème, semblable à la scarlatine, mais moins continu et moins rapide que dans cette affection.

Du 4e au 5e ou 6e jour de l'éruption, les taches disparaissent, et alors commence la desquamation, qui est rarement aussi complète que dans la scarlatine, mais qui est toujours plus prononcée que dans la rougeole. L'hydropisie, qui survient assez souvent après cette affection, serait moins grave que celle qui accompagne la scarlatine; il y aurait moins d'albumine dans les urines et la lésion rénale serait moins importante.

La scarlatine rubéolique est-elle une maladie *sui generis*, ou tout simplement un mélange de deux types morbides? L'auteur incline plutôt à l'idée d'une maladie distincte, qui différerait de la scarlatine par la durée de la fièvre prodromique, la présence de la toux, du coryza, du larmoiement, de l'éternuement, etc... et de la rougeole, par l'angine, l'aspect framboisé de la langue, le gonflement des amygdales et des parotides.

Ne sont-ce pas là tous les symptômes réunis de deux affections bien connues, la rougeole et la scarlatine? Pourquoi chercher à en faire une nouvelle maladie? C'est en effet l'opinion de bien des médecins et je trouve dans l'*Union medicale* (1855), page 460, une appréciation très-judicieuse de la roséole, à propos d'une épidémie de cette maladie à Berlin (1853), relatée par le docteur Paasch:

« Lorsque la scarlatine et la rougeole se montrent avec leurs caractères tranchés, on ne les confondra jamais; mais quand ces phénomènes se manifestent ensemble, on peut se demander ce qu'il faut pour pouvoir déclarer un état pathologique être une scarlatine ou une rougeole. La réponse n'est pas facile, et c'est cette difficulté qui a donné naissance à la *roséole*. S'il règne dans le moment une épidémie de l'une ou de l'autre de ces affections, on est tenté d'attribuer ces cas à la maladie régnante; mais si l'on observe ces deux maladies à la fois, sous forme sporadique, et si en même temps il existe épidémiquement un appareil de symptômes avec exanthème qui ne se range pas dans un de ces deux cadres, avons-nous le droit de les attribuer à l'une ou à l'autre de ces formes, ou de les appeler d'un nom nouveau ?

« Les descriptions de différentes épidémies de rougeole prouvent que celle-ci se montre sous des aspects bien divers, ce qui milite contre l'admission d'une maladie spéciale; la roséole, rubéole, râle doivent être rangées, selon les caractères particuliers de l'épidémie parmi la scarlatine ou parmi la rougeole. »

En effet, il y a souvent, dans ces cas de doubles fièvres éruptives, prédominance d'une des deux maladies; c'est l'opinion de MM. Guersant et Blache, *Dictionnaire en* 30, article ROUGEOLE, et de MM. Rillet et Barthez : *Traité des maladies des enfants*, t. III, p. 283. Je puis relater ici un fait de rubéolo-scarlatine ou l'élément morbilleux a dominé.

C'est une de nos infirmières de l'hôpital des Enfants, âgée de 24 ans, qui est entrée le 13 mars à Necker, salle Sainte-Eulalie, n° 1. Mal portante depuis huit jours, elle avait eu de la fièvre et de la courbature qui l'avaient fait aliter depuis deux jours, lorsqu'elle présenta à son entrée de la bronchite avec du coryza; la langue était

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

FEUILLETON

LES ALIÉNÉS EN WURTEMBERG

(Suite et fin.)

Après l'établissement de Goppingen, nous citerons ceux de l'État à Winnenthal et à Zwiefalten. Le premier est exclusivement réservé aux aliénés dont la maladie est reconnue guérissable. Il a été fondé en 1834, et peut contenir 110 malades. La mortalité y est d'environ 11 p. 100.

L'accroissement continu des affections mentales rendit bientôt Winnenthal insuffisant et décida le gouvernement wurtembergeois à créer un nouvel établissement à Zwiefalten (1839), et à fonder en même temps, à l'université de Tubingen, une chaire de psychiatrique, qui fut confiée au docteur Griesinger, lequel s'est fait, dans cette science, un nom à côté des célèbres professeurs Nasse, de Bonn; Kieser, de Jena et Marcus de Wurtzbourg.

La maison de Zwiefalten est un ancien couvent qui convenait parfaitement par sa situation et sa salubrité. Les bâtiments ont été appropriés à l'usage nouveau qu'on leur destinait, et tous les perfectionnements que la science et l'humanité ont inventés dans ces derniers temps y ont été introduits. La maison, qui peut contenir 150 malades, est réservée exclusivement aux incurables. La direction, comme à Winnenthal, est confiée à un médecin nommé par l'État, l'administration et le soin du matériel à un régisseur nommé aussi par le gouvernement.

Pour la nourriture et le logement, les malades sont partagés en trois classes, dont le prix varie entre 100 et 400 florins par an. Les étrangers peuvent être admis, mais ils payent plus cher et, s'il n'y a qu'une place à donner, les indigènes ont la préférence. Toutes les demandes d'admission, comme nous l'avons dit plus haut, doivent être adressées à la commission royale d'inspection : c'est elle qui décide. Elle a également le pouvoir d'abaisser le prix de la pension pour les aliénés pauvres et pour ceux qui sont à la charge de l'État ou des communes.

Il y a encore en Wurtemberg plusieurs autres établissements d'aliénés, tels que ceux de Gmünd et de Kennenburg. Ce dernier, situé près de la ville d'Eslingen et non loin de Stuttgard, ne peut contenir qu'un petit nombre de malades (50 environ), et par l'élévation du prix de la pension (de 70 à 100 florins par mois) n'est accessible qu'aux riches. Dans ces dix dernières années, 185 personnes y ont été traitées, sur lesquelles 55 (c'est-à-dire 29 p. 100) sont sorties guéries. Pendant le même laps de temps, la mortalité n'y a été que de 6 p. 100, proportion inférieure à celle de la plupart des autres établissements. Ces heureux résultats, joints à une organisation parfaite et à une situation admirable, ont fait à Kennenburg une réputation méritée.

L'établissement d'Illenau est si célèbre en Allemagne qu'il nous a paru impossible de le passer sous silence. C'est un établissement modèle, et les statistiques qui ont été publiées, résultant d'un nombre considérable de cas observés pendant de longues années, fournissent des détails curieux sur les causes de la folie, sur sa nature, sa forme, sa durée et sa guérison, ainsi que sur l'âge, le sexe, la religion et la patrie des malades.

On a constaté à Illenau, dans les progrès des affections mentales, une augmentation de plus du triple. Ainsi les admissions, qui en 1843 n'étaient que de 126, sont aujourd'hui de près de 350.

Le nombre total des malades reçus dans l'établissement pendant l'espace de vingt années a été de 4,376 (2,286 hommes et 2,090 femmes). En 1842, on ne comptait que 291 personnes en traitement; en 1862, ce chiffre s'est élevé à 443. Les rechutes après guérison complète sont d'environ 17 p. 100.

Tandis que Pinel n'admet dans la folie que 3 divisions et Esquirol 4, les médecins allemands en reconnaissent 5, à savoir : *tobsucht*, frénésie ou fureur, mélancolie; *wahnsinn*, manie; *ferrückheit*, démence; *blodsinn*, idiotisme, Ce sont là les différentes formes que peut revêtir cette affection. La statistique d'Illenau range dans la première catégorie 746 hommes et 454 femmes; dans la deuxième, 397 hommes et 702 femmes; dans la troisième, 484 hommes et 337 femmes; dans la quatrième, 220 hommes et 385 femmes; dans la cinquième, 439 hommes et 213 femmes.

Ainsi la frénésie se rencontre plus fréquemment chez les hommes (32 0/0 d'un côté contre 21 0/0 de l'autre). Au contraire, la mélancolie (33 0/0 contre 17 0/0), et la démence sont plus communes chez les femmes. En revanche, l'idiotisme atteint le sexe masculin dans une proportion de plus du double.

Sur 3,934 personnes sorties de l'établissement, 1,570 ont été guéries, 1,000 ont éprouvé de l'amélioration dans leur état, 767 sont restées incurables, et 597 sont mortes, ce qui donne la proportion suivante : 39,9 0/0 guéries, 25,4 0/0 améliorées, 19,5 0/0 incurables et 15 0/0 mortes.

Les tableaux d'entrée nous montrent que sur 100 personnes admises dans l'établissement dès le premier mois de leur maladie, 87 0/0 ont été guéries dans la première année. La proportion s'abaisse à 59 0/0 pour celles qui ont attendu plus longtemps avant de se mettre en traitement. Il est donc avantageux de le faire le plus tôt possible.

La durée de la maladie, même dans les cas les plus favorables

chargée, épaisse, et la malade se plaignait d'avoir la gorge sèche et douloureuse.

Ce ne fut que le dimanche 15 que parut une éruption qui envahit successivement la figure, la poitrine, les membres supérieurs et l'abdomen; les conjonctives s'injectèrent de plus en plus.

Le mardi 17, on me fit savoir que cette malade avait une forte rougeole avec quelques phénomènes de scarlatine mélangés. Je me rendis à Necker, et je trouvai, en effet, une éruption extrêmement confluente sur la figure, sur la poitrine et sur les bras, avec une couleur foncée par grandes et larges plaques uniformes, tandis que sur d'autres points l'éruption semblait par plaques plus petites, d'un pointillé rouge sur un fond rose, mais sans élevures et donnant bien l'apparence d'une scarlatine; tandis que sur d'autres points, et particulièrement sur les cuisses, on retrouvait les plaques roses déchiquetées avec des espaces de peau saine, en un mot, le caractère de l'éruption rubéolique simplement.

La bronchite, la toux, le catarrhe oculaire et les yeux larmoyants et injectés, se rapportaient aussi fort bien à une rougeole, tandis que la rougeur de la bouche, de la voûte palatine, l'amygdalite et surtout l'angine pultacée sur un fond rouge vif, devaient se rapporter à une scarlatine. Ajoutons que cette fille de salle était depuis peu de temps à l'hôpital des Enfants, où nous avons un grand nombre de rougeoles et quelques scarlatines. Dans ce cas, les phénomènes morbilleux prédominent notablement par l'intensité du catarrhe bronchique et oculaire; peu à peu l'éruption pâlit, l'angine disparut, et la malade est en ce moment en pleine convalescence.

Chez une petite fille de 2 ans 1/2, qui est en ce moment dans le service de M. Roger, nous avons vu la scarlatine prédominer par la forme de l'éruption et par l'angine, bien que la maladie ait débuté par de la toux et du larmoiement. Nous avons cru pouvoir ajouter ces deux faits que nous venons d'avoir sous les yeux et qui se rapprochent de nos observations précédentes.

Maintenant quel enseignement peut-on tirer de ces faits? Existe-t-il réellement une maladie distincte de la rougeole et de la scarlatine, quand les auteurs qui la décrivent lui donnent pour symptômes ceux-là mêmes qu'on retrouve dans ces deux maladies? Nous répondrons non jusqu'à ce qu'on nous prouve le contraire par de nouveaux faits et surtout par des symptômes spéciaux, ou tout au moins mieux tranchés que ceux rapportés par les auteurs que nous avons cités plus haut.

Lorsqu'on a passé un certain temps dans les hôpitaux d'enfants où l'on voit un si grand nombre de fièvres éruptives, on apprend à connaître sous combien de formes variées apparaît la rougeole, depuis le pointillé rose jusqu'aux taches hémorrhagiques, et la scarlatine depuis le simple piqueté jusqu'à l'éruption en larges plaques lie de vin. Eh bien! entre ces limites extrêmes, que de manifestations intermédiaires! Aussi ne doit-on pas arrêter son diagnostic d'après la forme seule de l'éruption, mais prendre en grande considération l'ensemble des phénomènes caractérisant l'une ou l'autre de ces deux maladies. Aussi lorsqu'on voit réunis, comme dans les deux observations précédentes, tous les caractères des deux fièvres éruptives sans aucun symptôme étranger ou inconnu à l'une de ces deux maladies, pourquoi vouloir en faire une maladie à part et lui donner un nom nouveau?

Si nous reprenons une à une les conclusions que donne M. Gintrac, nous ne trouvons rien qui justifie l'existence d'une maladie désignée par lui sous le nom de rubéole.

En effet, voici ces conclusions :

1° Que la rubéole est quelquefois sporadique, et qu'elle peut apparaître sous une influence épidémique.

Il en est ainsi de la rougeole et de la scarlatine.

2° Dans quelques circonstances, elle a paru provenir de la rencontre des miasmes morbilleux et scarlatineux.

Évidemment, c'est ce que nos observations démontrent.

3° Que, bien que née d'une contagion, elle ne s'est pas propagée à son tour par contagion.

4° Qu'elle n'attaque qu'une fois le même individu.

5° Que la scarlatine et la rougeole contractées antérieurement n'en préservent pas.

Sans être très-fréquentes, les récidives des fièvres éruptives sont certes bien admises, quoique la majorité des individus ne les aient qu'une fois.

6° Qu'elle a été observée chez les enfants, les jeunes sujets, chez quelques adultes et très-rarement dans un âge avancé.

Ceci peut se dire également de presque toutes les fièvres éruptives.

7° Que son début a ressemblé soit à celui de la scarlatine, soit à celui de la rougeole; mais que bientôt les symptômes de l'une et de l'autre se sont réunis et associés, tels que d'une part l'irritation oculaire, le coryza, la laryngite, la bronchite, et de l'autre l'angine, la rougeur de la langue, la tuméfaction des parotides, l'otite, etc.

Voilà, sans contredit, un tableau de rougeole et de scarlatine réunis sur le même sujet.

8° L'éruption paraissant du troisième au sixième jour, et parfois plus tôt, sur le corps, épargnant souvent la face, s'est présentée sous l'aspect de taches larges, anguleuses, distinctes, quelquefois confluentes et d'une coloration plus ou moins vive.

Même chose pour la rougeole et la scarlatine anomale.

9° Que ces taches ont parfois été parsemées de vésicules, qu'elles ont d'ailleurs présenté des irrégularités, des aspects variés, selon les sujets et même selon les diverses régions de la peau; qu'elles ont été à peu près constamment suivies d'une desquamation très-manifeste, furfuracée et lamelleuse.

Absolument comme la rougeole et la scarlatine réunies.

10° Que l'exanthème a eu en général une durée de cinq à dix jours.

Rien de particulier à cet égard.

11° Que son caractère a été ordinairement assez grave, mais que son issue a été plus souvent heureuse que funeste.

12° Qu'il a eu plusieurs fois pour suite soit des abus cervicaux, soit une hydropisie, et particulièrement une anaxarque.

A quoi rattacher tous ces phénomènes, si ce n'est à la rougeole et à la scarlatine, suivant que l'une ou l'autre prédomine? En résumé, si de notre côté nous cherchons à conclure, nous admettrons que la réunion de la rougeole et de la scarlatine sur le même sujet doit être désignée, comme on l'a fait généralement jusqu'à présent, sous le nom de rubéolo-scarlatine, sans former pour cela une maladie à part et spéciale; mais que dans le cas où il y a prédominance manifeste de l'une des deux maladies, on pourrait, à l'exemple de certains auteurs, dire rougeole scarlatineuse ou scarlatine rubéolique ou morbilleuse. Enfin qu'il faut conserver le nom de roséole pour cet exanthème, le plus ordinairement apyrétique et toujours sans affection spéciale des muqueuses, constituant une maladie des plus légères et qui n'est certainement pas la rougeole.

TÉTANOS TRAUMATIQUE

GUÉRI PAR LE CHLORAL

(Note de M. Verneuil, présentée à l'Institut par M. Wurtz.)

L'expérimentation ayant établi l'antagonisme qui existe entre la strychnine et le chloral, on pouvait s'attendre à trouver en ce dernier un agent antitétanique sérieux.

Cet espoir semble se réaliser. Déjà M. Liebreich rapporte un succès rapide dans un cas de trismus.

Un nouveau succès, et peut-être plus démonstratif, vient d'être obtenu dans mon service de l'hôpital Lariboisière, dans un cas de tétanos traumatique généralisé et d'une extrême intensité.

Un maçon, jeune et vigoureux, eut vers la fin de janvier, l'extrémité du médius droit écrasé par une pierre. Le tétanos se déclara le huitième jour, et en peu de temps envahit la face, les mâchoires, le cou, les muscles du rachis, de l'abdomen, et des membres inférieurs. Il s'accompagnait de douleurs presque continues et excessives. On employa simultanément les injections sous-cutanées avec l'hydrochlorate de morphine et le chloral à l'intérieur. L'action de ce dernier se montra, dès l'abord, aussi prompte que décisive: diminution de la contracture, apaisement presque instantané des douleurs, sommeil profond et durable.

Le chloral suspendu, les accidents reparaissaient, pour céder de nouveau à la reprise du médicament, dont l'influence sédative se trouvait ainsi démontrée. La guérison complète exigea près d'un mois. Les doses quotidiennes variaient de 6 à 12 grammes, administrées en potion. L'estomac ne parut jamais affecté et digéra facilement des aliments copieux pendant toute la cure.

J'ajoute qu'un autre tétanique actuellement traité par MM. les docteurs Dubreuil, Lavaux et Onimus, est sur le point de devoir sa guérison à l'action combinée du chloral et des courants continus.

Il est impossible encore de savoir si les succès se multiplieront, mais dès aujourd'hui la théorie et les faits autorisent à opposer le chloral à la plus redoutable des complications chirurgicales.

M. Nélaton prend la parole et fait l'observation suivante :

Avant d'entretenir l'Académie du traitement du tétanos par le chloral, il eût peut-être été bon que notre savant confrère attendît une expérimentation plus complète. En effet, le tétanos est une de ces affections que l'on a vu guérir par toutes les méthodes, et qui, par contre, a résisté à tous les moyens de traitement.

Il n'est pas sans inconvénient d'annoncer, dans les académies, des guérisons qui ne reposent que sur un très petit nombre de faits. Or, dans le cas particulier, un seul fait ayant été cité, la communication pourra paraître prématurée.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 29 mars 1870. — Présidence de M. Denonvilliers.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet : 1° l'ampliation d'un décret en date du 24 mars courant, par lequel l'élection que l'Académie a faite de M. Amédée Latour, pour remplir la place d'associé libre demeurée vacante par suite du décès de M. Davaine, est approuvée.

M. le Président invite M. Amédée Latour à prendre place parmi ses collègues.

2° Une note contenant quelques détails du compte rendu annuel de la Société néerlandaise pour la propagation de la vaccine. (Commission de vaccine.)

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné pendant l'année 1869 dans les départements de la Haute-Garonne et du Jura. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

Elle comprend : 1° Une lettre de M. Hardon, par laquelle il soumet au jugement de l'Académie un nouveau système de plaques destinées à recueillir et surtout à conserver le vacciu de génisse ou le vaccin humain (Commission de vaccine); 2° Une lettre de M. le docteur Fouquet (de Vannes), accompagnant l'envoi du compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département du Morbihan; — 3° Une lettre de M. le Dr Henri Lespiau accompagnant l'envoi d'un travail manuscrit intitulé : *Action physiologique des eaux thermales sulfurées sodiques d'Amélie-les-Bains* (Pyrénées-Orientales) (Commission des eaux minérales); — 4° Une lettre de M. le docteur Brochard, ayant trait à la mortalité des nouveau-nés, par laquelle il répond à quelques objections qui lui ont été faites à l'Académie et ailleurs, relativement aux chiffres qu'il a donnés sur la mortalité des nourrissons des petits bureaux.

La préfecture de police venant de faire distribuer à tous les membres de la commission ministérielle une note imprimée dans laquelle elle traite d'hypothétiques les chiffres donnés par M. Brochard sur la mortalité des nourrissons des petits bureaux, M Brochard croit qu'il est de son devoir de relever devant l'Académie les graves erreurs de statistique dans lesquelles est tombé l'auteur de cette note...

....

Après plusieurs explications, l'auteur maintient l'exactitude de ses chiffres et affirme :

1° Que la mortalité des nourrissons des petits bureaux est beaucoup plus grande que la mortalité des nourrissons de la direction municipale.

2° Que les certificats médicaux qui sont donnés aux nourrices des petits bnreaux sont illusoires et n'offrent aux familles aucune garantie.

3° Que les nourrissons des petits bureaux ne sont, dans les campagnes, l'objet d'aucune surveillance médicale. Leur mortalité est considérable.

---

est d'au moins trois à quatre mois. La plupart des guérisons (497 ont lieu dans les troisième et sixième mois. Le total de celles obtenues dans la première année a été de 1,251. La deuxième année, ce chiffre s'abaisse à 206, et la troisième à 52. Au delà, le nombre des cures heureuses est des plus rares; dix et même vingt ans de traitement n'amènent plus aucun résultat.

Parmi les diagnostics qui annoncent l'approche de la guérison, il en est un particulier. Tous les fous se croient et se prétendent complétement sains d'esprit. Un des signes que leur état mental s'améliore, c'est quand ils commencent à comprendre et à reconnaître leur maladie.

La folie ne se montre guère avant 14 ans; mais ensuite, le nombre de cas s'accroît rapidement jusqu'à l'âge de 30 et 40 ans. Ils atteignent alors le maximum et restent stationnaires jusqu'à 50, puis ils diminuent sensiblement. La folie furieuse se montre le plus souvent entre 20 et 30 ans, la mélancolie à 40.

Les israélites, toute proportion gardée, fournissent le plus fort contingent; puis viennent les protestants, et enfin les catholiques.

Les célibataires et les veuves sont beaucoup plus nombreux que les personnes mariées des deux sexes et que les femmes non mariées. Les veuves surtout payent à la folie le tribut le plus considérable.

Les cas d'aliénation mentale sont bien plus fréquents dans les villes que dans les campagnes; la proportion est de un à deux.

La ville d'Offenburg, qui est située dans un pays délicieux, au pied des montagnes, et fort sain en apparence, tient cependant le premier rang sur le tableau; puis viennent Carlsruhe, Heidelberg, Friburg, etc. Les villes qui ont fourni le moins de malades sont Weinheim, Constance, Ueberlingen.

Dans le cercle du Mittel-Rhein, on compte 1 fou sur 6,160 habitants; dans celui du Haut-Rhin, 1 sur 6,850; dans celui du Bas-Rhin, 1 sur 8,540; et enfin, dans le cercle du Lac, 1 sur 10,000.

Le dérangement du cerveau est produit par des causes physiques et morales. Ces causes sont : l'amour malheureux, le chagrin, l'ivrognerie, les dispositions héréditaires, les blessures à la tête. Les malheurs domestiques, l'amour et le fanatisme religieux troublent beaucoup plus le cerveau des femmes que celui des hommes. Pour ces derniers, les causes les plus fréquentes sont la débauche, la paralysie, les maladies du cerveau, la misère, les pertes de fortune, l'hérédité.

Les cas de folie héréditaire sont les plus faciles à guérir. Le fait peut paraître surprenant, mais il est bien connu des spécialistes. Sur 100 malades chez lesquels l'hérédité est constatée, 43 ont été guéris, tandis que la proportion est de 37 p. 100 seulement pour les autres aliénés.

Quand le dérangement du cerveau provient, chez les hommes, de l'amour malheureux, du chagrin, du fanatisme religieux, ou comme nous venons de le dire, de l'hérédité, la guérison est fréquente. Il en est de même chez les femmes quand les causes de la folie sont le fanatisme religieux, des maladies nerveuses ou des suites de couches; mais quand, pour celles-ci, l'aliénation mentale est le fruit d'un amour malheureux, de chagrins domestiques ou de la faiblesse du cerveau, la guérison est des plus rares.

Chez les hommes, les cas les plus difficiles et les plus rebelles sont ceux causés par la pauvreté, la faiblesse du cerveau, l'orgueil et la débauche.

L'affaiblissement du cerveau ou paralysie, laquelle amène l'idiodisme, est une affection qui devient de plus en plus fréquente. A Illenau, le nombre en est de 364 (276 hommes et 78 femmes). Cette maladie, ainsi que celle des tubercules et de l'inflammation des poumons, a ordinairement une issue fatale.

Le nombre des aliénés dans le grand-duché de Bade est de 4,377, sur lesquels 1,915 sont entièrement fous, 2,146 faibles d'esprit de naissance et crétins, 316 épileptiques; ce qui fait, par rapport au chiffre de la population, 1 fou sur 715 habitants, 1 idiot sur 638 et 1 épileptique sur 4,333. A Carlsruhe, on compte 1 aliéné sur 390 habitants, et à Pforzheim 1 sur 2,000 seulement.

Le crétinisme et l'idiotisme sont fréquents dans les vallées qui avoisinent le Rhin et ses affluents, au-dessus de Rastadt, et surtout au confluent de l'Aar, ainsi que dans la vallée inférieure de Wisen et du Neckar.

Tels sont les points les plus saillants qui se dégagent des statistiques publiées dans le grand-duehé de Bade et en Wurtemberg.

Ces statistiques sont peu consolantes pour l'Allemagne, car elles mettent en lumière ce fait capital qui domine toute la question : l'augmentation du triple en vingt ans des maladies mentales. Les médeeins prétendent que ce chiffre est exagéré. Le nombre croissant des admissions dans les établissements d'aliénés proviendrait, d'après eux, en partie de ce que ees maisons sont mieux tenues, plus connues et l'objet de moins de préjugés; mais comme ils sont forcés de reconnaître, d'un autre côté, que les maladies du système nerveux deviennent tous les jours plus fréquentes, et que le suicide, qui provient ordinairement d'un dérangement du cerveau, augmente depuis vingt ans dans des proportions énormes, ils ne peuvent entièrement contester ce triste résultat : l'accroissement progressif et continu d'une des plus grandes infortunes qui puissent affliger l'humanité.

(Journal officiel.)

4° Qu'il existe à Paris des bureaux clandestins où des agents se livrent sans contrôle, sans surveillance, au trafic plus ou moins illicite, plus ou moins coupable des nourrissons. Les enfants ainsi placés fournissent une mortalité énorme, (Commission de l'hygiène de l'enfance.)

M. LARREY présente : 1° quatre volumes de photographies du Musée médical de l'armée des États-Unis; — 2°, au nom de M. Scutetten, professeur à Strasbourg, un volume intitulé : *Histoire chronologique, topographique et étymologique du choléra, depuis la haute antiquité jusqu'à son invasion en France en* 1832.

M. MICHEL LÉVY présente : 1°, au nom de l'auteur, M. Colin, professeur au Val-de-Grâce, un volume intitulé : *Traité des fièvres intermittentes*; — 2° un travail manuscrit de M. le docteur G. Rockel, médecin aide-major, sur les médications des différentes sources de Vichy.

(Ce travail est renvoyé à la commission des eaux minérales.)

M. BOUDET dépose sur le bureau une brochure ayant pour titre : *Guide des mères et des nourrices*, par M. le docteur Anner (de Brest). (Comm. de l'hygiène de l'enfance.)

M. DEMARQUAY offre en hommage, au nom de l'auteur, M. le docteur Létiévant, chirurgien de l'hôpital de Lyon, une brochure intitulée : *Phénomènes physiologiques et pathologiques consécutifs à la section des nerfs du bras.* (Nouvelle interprétation.)

M. DEPAUL présente, au nom de M. le docteur Gariel, un travail manuscrit sur le traitement de la variole par les mercuriaux.

M. Depaul met, en outre, sous les yeux de l'Académie plusieurs instruments de chirurgie, forceps, pinces, spéculum, etc., chargés d'une couche régulière de nikel pur, d'après le procédé de M. Adams de Boston. Le dépôt de nikel est très-adhérent et donne à l'instrument un certain brillant très-agréable à l'œil, tout en le mettant complétement à l'abri de la rouille; il a sur le ruolz le grand avantage d'être beaucoup plus résistant à cause de sa dureté, et de donner une couche métallique plus épaisse et à meilleur compte.

M. J. GUÉRIN dépose sur le bureau, au nom de l'auteur, M. le docteur Bonnet, professeur à l'École de médecine de Bordeaux, une brochure intitulée : *Quelques mots à l'occasion du rapport de M. Barth sur le choléra de* 1854.

M. BROCA demande la parole, à l'occasion du procès-verbal, pour une proposition, rappelant les résultats de la dernière élection, qui s'est terminée par la nomination de M. Amédée Latour. M. Broca fait ressortir les inconvénients qu'il y a à compter les bulletins blancs dans le dénombrement des votes. Ces inconvénients sont d'allonger inutilement l'opération électorale, et de déplacer quelquefois la majorité au second tour de scrutin,

M. Broca voudrait donc que, tout en maintenant pour les votants le droit de déposer des bulletins blancs dans l'urne, par respect pour le secret du vote et comme un moyen de protester contre le choix des candidats, l'Académie ne tînt pas compte de ces bulletins dans le dépouillement.

M. GAVARRET appuie la proposition de M. Broca, en faisant observer que l'usage de ne pas compter les bulletins blancs a prévalu dans les scrutins de l'Académie des sciences et de la Faculté de médecine.

MM. BÉCLARD et DEVERGIE combattent la proposition de M. Broca, et demandent le maintien des usages actuellement en vigueur à l'Académie.

M. J. GUÉRIN, dans le but de distinguer les bulletins blancs jetés involontairement dans l'urne de ceux qu'on y dépose avec intention, propose de substituer aux simples bulletins blancs des bulletins marqués d'un zéro.

M. DE KERGARADEC demande le renvoi au conseil d'administration.

Sur la proposition de M. le président, l'Académie décide que la question en litige est renvoyée à une commission composée de MM. Broca, Gavarret, Béclard, Devergie et Jules Guérin.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à plusieurs scrutins successifs pour la nomination des commissions de prix pour l'année 1870.

Voici d'après le résultat du dépouillement du scrutin, la composition de ces commissions.

Prix de l'Académie. — MM. Larrey, Demarquay, Legouest, Vigla et Vulpian.

Prix Portal. — MM. Michel Lévy, Barth, Sappey, Sée et Bouley.

Prix Civrieux. — MM. Baillarger, Roger, Pidoux, Chauffard et Béhier.

Prix Barbier. — MM. Laugier, Broca, Hardy, Davaine et Gubler.

Prix Capuron. — MM. Depaul, Danyau, Devilliers, Briquet et Bouvier.

Prix Godard. — MM. Delpech, Bergeron, Guérard, Marrotte et Hérard.

Prix Orfila. — MM. Buignet, Cloquet, Devergie, Regnauld et Wurtz.

Prix Itard. — MM. Bouillaud, Blache, Chassaignac, Guéneau de Mussy et Verneuil.

LECTURE

Abolition de la peine de mort. — M. F. VOISIN lit un mémoire en faveur de l'abolition de la peine de la mort.

En résumé, dit en terminant M. Voisin, la pénalité de la peine de mort vient de loin. C'est la loi du talion. Elle porte, en conséquence, le signe de l'enfance de l'humanité. Elle atteste le silence et l'enveloppement de ses facultés intellectuelles et morales elle révèle sa barbarie primitive, et à ces différents points de vue; elle forme avec nos mœurs actuelles un anachronisme évident.

Cela est si vrai que, dans aucun rang de notre ordre social aujourd'hui, on n'accepte la responsabilité d'une exécution capitale. L'intelligence et les sentiments moraux se soulèvent spontanément à la vue d'un sacrifice humain. La preuve ne vous en est que trop fréquemment donnée. Suivez un coupable, depuis le moment où il comparaît devant ses juges, jusqu'à celui où vous le voyez monter à l'échafaud. La sentence de mort n'est pas prononcée sans que l'auditoire, les membres du jury, les magistrats eux-mêmes, éprouvent un frémissement involontaire, et cette sentence n'est point exécutée sans que le peuple qui court au spectacle de cette sanglante tragédie, sans que les hommes d'armes, le prêtre, le bourreau lui-même, soient douloureusement remués dans tout leur être, sans qu'il y ait sur tous les visages une laideur d'expression qui laisse bien souvent à l'homme que l'on va supplicier tous les avantages moraux de la position.

Et en effet, en montrant du courage et de la fermeté, en montrant du repentir, en envisageant le moment suprême où il est, à travers le prisme de l'espérance et de l'idéalité, en se jetant dans les bras de son Dieu, il manifeste seul en cette circonstance quelques-unes des brillantes facultés de notre être, seul il a de l'éclat au milieu des têtes muettes qui le contemplent. Ce sang qu'il va donner rachète à ses yeux l'énormité de sa faute, il en trouve l'expiation trop forte. Son intelligence la condamne, sa conscience ne s'y soumet pas, et il meurt emportant avec lui l'intérêt de cette même société qui ne s'était pas doutée que la vie ne doit être rendue qu'à celui qui l'a donnée.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 21 janvier 1870. — Présidence de M. SIMONOT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. GIRALDÈS, à propos du procès-verbal, fait remarquer que les salles spéciales destinées à l'application de l'électricité n'existent pas dans tous les hôpitaux, mais seulement dans les hôpitaux destinés aux paralytiques.

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. Gillebert d'Hercourt, membre correspondant, assiste à la séance, et il présente, de sa part, un fascicule intitulé : *Recherches sur la présence du sel marin dans l'atmosphère maritime.*

M. ONIMUS lit, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire, un travail intitulé : *De l'emploi de l'électricité comme moyen de diagnostic dans les paralysies du nerf facial.*

M. DUROZIEZ lit l'observation suivante :

Pleurésie purulente à droite.—Expectoration considérable et subite simulant l'évacuation d'un empyème — Quatre thoracentèses. — Injections iodées.— Hémiplégie ultime. — Mort. — M. A.... employé, âgé de 28 ans, a perdu plusieurs frères et sœurs tuberculeux ; le seul qui lui reste est officier d'infanterie et est bien portant. Il a eu un enfant qui est mort jeune. Maigre, pâle et nerveux, il paraît avoir joui d'une bonne santé jusqu'à ce jour. Je le vois pour la première fois, le 28 août 1869, avec M. le docteur Poncet. Je constate, à droite, les signes d'un épanchement pleural. La maladie date déjà de quinze jours et est survenue à la suite d'un refroidissement. M. Poncet visite M. A... depuis cinq jours et a prescrit deux vésicatoires et des potions kermétisées.

Nous employons plusieurs jours de suite des potions stibiées, à 30 et 35 centigrammes. Le liquide diminue.

Je suis rappelé le 8 septembre. Il y a une rechute. Applications de larges vésicatoires, suivies d'amélioration. Le pouls reste fréquent.

Le 21 septembre, il survient subitement une oppression considérable avec crachement d'une énorme quantité de sérosité sur laquelle nagent quelques crachats muco-purulents. Il n'y a pas de pus en nappe. Cette expectoration persiste pendant plusieurs jours. La matité disparaît. Toutefois, au sommet droit, nous trouvons les signes d'une caverne, qui n'existe pas. Nous demandons qu'on transporte le malade dans le Midi aussitôt qu'il aura repris quelques forces. Il se lève deux ou trois jours.

L'épanchement reparaît; la fièvre persiste.

Nous faisons une première thoracentèse le 2 octobre. La première partie du liquide est séreuse et verte; mais la seconde contient du pus. Nous retirons de deux à trois litres de liquide.

L'épanchement se reforme vite. Le malade s'affaiblit.

Le 5 octobre, nous faisons une seconde ponction, trois jours après la première. Le liquide est jaunâtre, roussâtre, évidemment purulent. Nous en retirons environ deux litres, un peu moins que pour la première ponction. Nous nous servons d'un condom pour introduire l'eau de lavage et la teinture d'iode.

Après l'opération, la résonnance existe dans les deux tiers supérieurs de la cavité. Le cœur, qui battait dans le septième espace intercostal gauche, très-en dehors, bat maintenant dans le cinquième.

6 octobre. Le malade se trouve bien, a une bonne apparence. Il a passé la meilleure nuit qu'il ait eue depuis longtemps. Pourtant, ce matin, il a senti un frisson, peu violent toutefois. Le pouls est encore à 108; une sueur abondante inonde, depuis deux ou trois jours, le côté droit de la poitrine. Les crachats sont rares et n'ont pas un mauvais aspect. La résonnance est assez bonne en avant; en arrière, elle est un peu étroite, skodique dans les deux tiers supérieurs, nulle en bas. La main perçoit des vibrations dans les deux tiers supérieurs environ. La respiration est faible à ce niveau, nulle en bas. Je ne perçois du souffle nulle part. Au sommet, on entend quelques râles liquides sans pectoriloquie. L'égophonie n'est manifeste dans aucun endroit.

7 octobre. L'état continue à être bon. Les mesures ne fournissent aucun renseignement. Nous constatons un retrait notable de la paroi thoracique, surtout dans la partie supérieure. Le foie ne déborde pas les fausses côtes. Le cœur nous paraît un peu rejeté à gauche. On trouve la résonnance faible, skodique dans les deux tiers supérieurs, nulle dans le tiers ou le quart inférieur ; nulle part on ne saisit du souffle. Au sommet, la voix prend la consonnance amphorique.

9 octobre. L'état reste assez bon. La physionomie respire la confiance. Les forces reviennent.

Pourtant le pouls est toujours à 108. Il y a peu de chaleur. La toux n'a pas complétement cessé. Les crachats sont muco-purulents.

L'auscultation de la poitrine est intéressante, ainsi que la percussion. Le retrait se fait de plus en plus. Le foie ne déborde pas le rebord des fausses côtes.

En avant, la percussion donne le son skodique type ; en arrière, la résonnance offre aussi, mais bien moindre, ce même timbre. En haut, on entend des râles liquides et une consonnance légèrement amphorique. La respiration est faible plus bas, mais sans bruits anormaux. En avant, respiration faible sans bruits bien déterminés.

La bouche est envahie par le muguet.

14 octobre. La fièvre persiste. Le pouls est à 108. Les forces reviennent lentement. La rétraction continue. En arrière, la résonnance est faible dans toute la hauteur, surtout en bas. A ce niveau on entend encore une résonnance skodique. Vers le milieu, on perçoit une respiration amphorique avec pectoriloquie, qu'on retrouve en bas, mais avec moins de force et d'intensité. En avant, la résonnance est tout à fait skodique. Il semble qu'on percute une caverne considérable placée immédiatement sous la paroi. Le bruit skodique est remarquable par sa persistance et par sa pureté.

L'appétit est bon; le sommeil est passable. La toux persiste; les crachats modérément abondants, sans caractères parfaitement nets.

21 octobre. L'état est moins bon. Depuis huit jours, il y a de la diarrhée, qui s'est calmée cependant aujourd'hui. L'étouffement apparaît le soir. Il n'y a pas de sueurs. L'appétit diminue. Nous trouvons toujours la submatité en arrière, dans les deux tiers inférieurs; la matité n'est pas complète; profondément, on saisit un peu de son; en haut, la résonnance est mauvaise.

En avant, on a le type du son de Skoda. Le foie ne me paraît pas abaissé. La pointe du cœur bat dans le sixième espace gauche, en dehors de la ligne verticale du mamelon.

En arrière, au niveau du tiers moyen surtout, le timbre de la voix est amphorique, et ce signe se propage plus en bas qu'en haut. En avant et en haut, la respiration est faible, sans bruits de gargouillement, sans bruits amphoriques.

4 novembre. Le malade est moins bien : il a des accès de fièvre le soir; l'appétit disparaît. La figure est œdématiée; les jambes le sont un peu le soir. Le côté droit s'est de nouveau rempli. Même résonnance skodique en avant. En arrière, matité dans la moitié inférieure. Le foie est refoulé en bas. La pointe du cœur bat loin et bat à gauche. En arrière, en bas, quelques râles crépitants; pas de bruits amphoriques nets, ou du moins ils sont très-lointains.

5 novembre. Troisième thoracentèse, un mois après la précédente, au niveau du septième espace. Nous employons un condom; nous lavons la poitrine, et nous introduisons 20 grammes de teinture d'iode.

Le liquide est tout à fait purulent. Dans les déplacements qu'on fait exécuter au malade pour laver la poitrine, on sent le liquide se déplacer sans qu'il sorte une seule bulle d'air par la canule : il n'y a pas de gaz. Malheureusement, au moment où nous retirons la canule et où nous appliquons de la baudruche gommée, il entre un peu d'air.

6 novembre. Le malade a passé une bonne journée : il a dormi et n'a pas eu son accès d'étouffement du soir. Coryza iodique.

Matité et souffle au niveau du tiers inférieur. Au-dessus, râles sous-crépitants gros, caverneux. Pas de bruits amphoriques. En avant, résonnance skodique; respiration passable : pas de bruits caverneux.

11 novembre. La faiblesse est encore très-grande. Le malade ne salive pas. Il a encore de la fièvre. L'appétit n'est pas bien franc. Cependant le malade ne se plaint pas : la toux est modérée. Les crachats sont peu abondants, transparents, ne ressemblent nullement à ceux d'un phthisique ; ne proviennent pas de cavernes, non plus que de cavernules.

En arrière, la résonnance est bonne dans la moitié supérieure, à peu près nulle seulement dans le quart inférieur. A ce niveau, on entend de l'égophonie et du souffle. En avant, la résonnance est toujours skodique, mais moins nettement, et elle est passable, beaucoup plus bas que jamais. Le foie est un peu abaissé; il y a de la saillie, de la voussure, mais modérément. Au niveau de la piqûre du trocart, il s'est fait un petit abcès, mais il n'y a pas de communication entre l'air extérieur et la plèvre. L'injection iodée a été encore une fois favorable.

15 novembre. Le malade s'est plaint d'un étouffement considérable et a réclamé la ponction. Nous trouvons de la matité en bas, en arrière. En avant, la résonnance est celle des épanchements d'air. En arrière, bruits amphoriques profonds. Il existe un mélange de liquide et d'air.

Nous faisons, pour la quatrième fois, la ponction, dix jours après la précédente; un liquide purulent et à odeur fétide se dégage. Nous lavons la poitrine. L'air ne sort qu'à la fin et dans certaines positions. Nous introduisons 50 grammes d'iode.

Le pouls est à 120.

16 novembre. L'état est meilleur, comme après toutes les injections iodées. Le sommeil a été bon. Les crachats ne sont nullement purulents, ni même muqueux. Il est bien évident qu'il n'y a ni cavernes ni cavernules. C'est une pleurésie purulente. La résonnance est faible et nulle en arrière, skodique en avant. En faisant mettre le malade à quatre pattes, la résonnance devient skodique en bas en arrière.

Nulle part je n'entends du souffle ni de l'égophonie. La respiration est amphorique, mais dans le lointain. La succussion ne produit pas de déplacement de liquide, et le malade n'en éprouve pas la sensation comme il le faisait avant la ponction.

Le 17, le malade est subitement frappé d'hémiplégie droite, avec perte de la parole, conservant seulement quelques lueurs d'intelligence.

18 novembre. Même état. L'anesthésie au pincement est complète sur toute la partie droite du corps, et très-prononcée sur la partie gauche. A la face seulement, le pincement est mieux senti. Les mouvements sont nuls du côté droit. Le malade ne dit pas un mot, il paraît comprendre encore un peu ce qu'on lui dit, mais d'une façon très-vague. La miction est volontaire. Le pouls est toujours très-fréquent, à 120. La résonnance skodique est la même en avant. En arrière, on constate de la matité. On retrouve du souffle au niveau du quart inférieur.

Je ne vois plus le malade à partir de ce jour; il meurt quelques jours plus tard. L'autopsie n'est pas faite.

Cette observation nous a vivement intéressés sous plusieurs points de vue. Le pronostic a offert des difficultés sans cesse renaissantes : sans doute le pouls n'a pas varié et nous a imposé toujours les plus

graves pressentiments, et cependant nous ne pouvions nous empêcher de nous laisser aller à quelque espoir en présence d'améliorations considérables : vingt fois, nous nous sommes fait illusion sur la fin. La marche de la maladie a été singulièrement insidieuse.

Le diagnostic nous a semblé présenter aussi de grandes difficultés, qui, du reste, sont toujours les mêmes. A un moment donné, nous avons cru à une caverne, qui n'a jamais existé. Nous avons cru à une perforation de la plèvre, qui n'a probablement pas existé davantage.

(*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

Vaccin humain et vaccin de génisse.

26 mars 1870.

A M. le Dr E. Le Sourd, directeur de la Gazette des hôpitaux.

Monsieur le directeur,

J'ai hésité longtemps avant de me décider à écrire cette petite note, parce que je ne voulais pas sortir du rôle de modestie que mon âge et ma situation m'imposent.

Je ne me dissimule pas le peu d'importance que ma faible voix peut avoir dans une aussi grave question, et, si je me permets de parler, c'est parce que le vaccin de génisse paraît passer déjà à l'état d'habitude reçue ou imposée, comme si l'expérience s'était définitivement prononcée en sa faveur.

Pendant mon internat, j'ai suivi les résultats d'un grand nombre de vaccinations faites avec la génisse; et, depuis que les revaccinations sont pratiquées sur une grande échelle à l'Académie et dans les mairies, je me suis mis à la recherche des personnes vaccinées, pour étudier les effets de l'inoculation. J'ai réuni ainsi beaucoup d'observations qui m'ont confirmé dans les convictions que j'avais acquises à l'hôpital.

Aujourd'hui, je crois avoir assez de faits pour pouvoir formuler les propositions suivantes, que je soumets à l'approbation de mes maîtres :

1° Le vaccin artificiel de génisse ne se conserve pas, quelles que soient les précautions employées : il ne peut donc pas servir aux vaccinations faites à une certaine distance du lieu où il a été recueilli.

2° Choisi avec tous les soins possibles, ce vaccin de génisse, si récent qu'il soit, ne présente qu'une énergie de beaucoup inférieure à celle du vaccin humain. Il peut réussir plus souvent pour une première vaccination que pour une revaccination; mais je l'ai vu bien des fois échouer chez des enfants qui n'avaient jamais été vaccinés, alors que du vaccin humain a pu réussir. Ce vaccin artificiel de génisse échoue le plus souvent pour une revaccination, et lorsqu'il prend, il donne presque toujours une fausse vaccine. J'ai vu plusieurs fois (et j'en ai encore deux exemples tout récents) du vaccin recueilli sur le bras d'un enfant, être inoculé avec succès sur un sujet chez lequel le vaccin de génisse venait d'échouer. Chez plusieurs personnes revaccinées à un bras avec la génisse et à l'autre bras avec du vaccin d'enfant, ce dernier virus a seul réussi.

En cas d'épidémie, il serait donc imprudent de se croire suffisamment garanti par une tentative de vaccination à la génisse.

3° La durée de l'immunité que donne le vaccin de génisse n'est nullement connue, et il serait utile d'avoir quelques notions à ce sujet avant d'employer ce vaccin, comme on le fait, d'une façon presque exclusive. Le temps seul pourrait nous apprendre combien dure sa vertu préservatrice à l'égard de la variole.

4° On épuise tellement chaque pustule de la génisse, qu'on finit par n'en rien tirer qu'une sorte de sérosité ou de plasma, complétement dépourvus d'action.

5° En transportant du vaccin de la génisse sur un bras, puis d'un bras sur la génisse, et continuant ainsi sans interruption sur 25 ou 30 personnes, ne peut-on pas craindre la transmission de maladies?

Je laisse de côté tout ce qui a trait à la possibilité de transmettre un virus par la vaccine; je n'ai pas assez d'expérience pour me prononcer sur cette grave question.

Je me résume, en disant que je ne vois dans la vaccination par la génisse, telle qu'elle est pratiquée en ce moment, qu'une curiosité à étudier. Mais dans la pratique, c'est une illusion ou du moins un procédé insuffisant, qui conduit à discréditer la vaccine et la médecine elle-même. On fera douter ainsi d'une des plus belles découvertes de la science en faisant considérer à tort comme garanties de la variole des personnes sur lesquelles le vaccin de génisse a échoué, mais qui pourraient encore être vaccinées avec succès de bras à bras.

J'appelle de tous mes vœux le cow-pox spontané, mais je crois qu'avant d'en avoir en assez grande quantité pour répondre aux besoins actuels, il serait nécessaire de revenir au vaccin humain. Enfin le vaccin artificiel de la génisse n'est-il pas beaucoup plus dégénéré que celui qui nous était transmis de bras à bras.

Votre tout dévoué,

E. Derlon.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 20 au 26 mars 1870, donne les chiffres suivants :

Variole, 81.—Scarlatine, 10.— Rougeole, 13.—Fièvre typhoïde, 10. Érysipèle, 3. — Bronchite, 81. — Pneumonie, 89. — Diarrhée, 4. — Dysenterie, 1. — Choléra, 1. — Angine couenneuse, 4. — Croup, 11. — Affections puerpérales, 12.— Autres causes, 781.— Total : 1,101.

Celui de Londres donne les chiffres suivants, du 13 au 19 mars 1870 :

Variole, 3.—Scarlatine, 81.— Rougeole, 20. — Fièvre typhoïde, 8. — Typhus, 8. — Érysipèle, 7. — Bronchite, 212. — Pneumonie, 86. — Diarrhée, 11. — Dysenterie, 1. — Choléra, ». — Angine couenneuse, 4.— Croup, 10.— Affections puerpérales, 10. — Autres causes, 1,071. — Total : 1,532.

Le directeur, Dr E. Le Sourd

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Les cliniques médicales.

Dans la période de transition scolaire où nous nous trouvons, entre le semestre d'hiver qui vient de se terminer et le semestre d'été qui commence, nous jetterons des deux côtés un rapide coup d'œil sur la situation des cliniques médicales.

A l'Hôtel-Dieu, la transition est peu sensible; il n'y a de changé sur l'affiche officielle que la date et le titre du semestre. C'est M. Béhier qui succède à lui-même, avec cette particularité toutefois, qu'il n'est pas inutile de signaler. Durant le semestre d'hiver, M. Béhier a associé à son enseignement de l'amphithéâtre deux de ses aides naturels, le chef de clinique, M. Bouchard, et le pharmacien interne attaché à son service. Tandis que M. Béhier s'était réservé le mercredi pour l'exposition habituelle des faits les plus intéressants de son service, les exercices cliniques ordinaires se faisant d'ailleurs comme d'habitude tous les jours à la visite, il faisait faire en sa présence : le lundi, une leçon sur les procédés d'exploration et les moyens physiques de diagnostic, par M. Bouchard; le vendredi, une leçon sur la manière de formuler et sur les préparations pharmaceutiques les plus usuelles, par l'interne en pharmacie. L'assiduité des élèves et l'attention soutenue qu'ils ont prêtée à ces deux cours complémentaires suffiraient pour témoigner de leur utilité, si leur objet même n'en emportait pas en quelque sorte avec lui la démonstration.

La dernière leçon de M. Bouchard, à laquelle nous avons assisté, a été consacrée à l'étude des bruits thoraciques, dont le mécanisme et les conditions physiques ont été très-nettement exposés. Nous nous bornerons à signaler ici quelques-unes des considérations très-intéressantes dans lesquelles est entré le jeune professeur sur l'un des bruits les plus curieux à étudier, le tintement métallique.

On connaît les diverses théories qui ont été émises sur le mécanisme de ce bruit, depuis celle de Laënnec, qui l'attribuait à la résonnance de l'air par la respiration, la toux ou la voix, à la surface d'un liquide ou à la chute d'une goutte liquide tombant du haut de la poitrine sur la masse du liquide épanché; ou celle de Dance, qui admettait que ce bruit était produit par une certaine quantité d'air s'insinuant pendant la respiration à travers la fistule pleuro-bronchique, et venant bouillonner à la surface du liquide, en ébranlant le fluide élastique contenu dans la plèvre; jusqu'à celle de M. Castelnau, pour qui trois conditions étaient nécessaires pour la production des bruits métalliques : 1° l'existence d'une cavité assez spacieuse contenant du gaz avec ou sans liquide ; 2° la communication de cette cavité avec l'air extérieur; 3° des vibrations sonores produites dans les canaux qui établissent cette communication; ou celle de M. Skoda, qui, admettant comme M. Castelnau que le tintement métallique est un râle amphorique lié, ainsi que la respiration de même nom, à la présence d'une cavité gazeuse, mais élargissant encore les conditions nécessaires à sa production, considère tout bruit métallique comme étant indifféremment l'effet d'une résonnance ou d'une consonnance de bruits voisins de la cavité gazeuse. On sait enfin que le professeur Monneret, adoptant un système d'explications en tous points conforme à la théorie de Skoda, considérait le souffle amphorique comme le bruit glottique transmis, soit à travers la fistule pleuro-bronchique dans le pneumothorax, soit à travers le tissu du poumon induré ou comprimé, jusqu'à la cavité pleurale d'air ou de gaz, et que, pour lui, le tintement métallique n'exigeait que deux conditions, pouvant varier en apparence, mais restant au fond les mêmes: 1° un liquide capable d'entrer en vibration ; 2° une cavité spacieuse dans laquelle le râle vient résonner et s'amplifier.

Restait à faire la démonstration de cette théorie qui, à mesure qu'elle se simplifiait, semblait grouper autour d'elle des adhérents de plus en plus nombreux.

C'est à M. le professeur Béhier que revient l'honneur d'avoir fait cette démonstration. M. Béhier, dans les leçons qu'il faisait à la Pitié, avant d'être chargé de l'enseignement clinique officiel, faisait devant ses élèves l'expérience suivante : prenant un de ces ballons en caoutchouc vulcanisé qui servent de jouet, et l'appliquant sur l'oreille de l'un des auditeurs pendant qu'il percutait légèrement sur le point de la sphère opposé au point d'application, il faisait entendre à celui-ci un bruit d'airain tout à fait semblable à celui que produit la percussion sur la poitrine d'un malade atteint de pneumo-thorax. Pendant que le ballon restait appliqué sur l'oreille, apposant un stéthoscope sur le point opposé, et soufflant, à l'aide de cet instrument, sur la surface du ballon, il faisait entendre le souffle amphorique, le souffle métallique. Venait-on à parler à travers le stéthoscope, maintenu dans la même situation, de manière que la vibration de la voix fût transmise à l'oreille à travers le ballon, on obtenait la voix amphorique. Enfin, si l'on veut produire un véritable tintement métallique, un râle broncho-pleural métallique, il suffit de placer le ballon dans une cuvette d'eau de savon un peu épaisse, la personne qui désire percevoir le bruit l'y maintenant un peu submergé à l'aide même de son oreille, qu'elle appuie dessus avec une certaine force, tandis qu'une autre personne, prenant un chalumeau dont elle place l'une des extrémités dans le liquide, fait crever des bulles d'air qui traversent l'eau le long du ballon de manière à venir frapper sa surface. Le bruit que produisent ces bulles arrive à l'oreille avec un éclat tout à fait semblable au tintement métallique, et il est isolé ou par ondées, suivant qu'on produit, à l'aide du chalumeau, une seule bulle ou plusieurs bulles successives. Dans ces expériences, comme on le voit, le ballon de caoutchouc qui présente des conditions physiques assez analogues à celles de la cavité thoracique dans le pneumo-thorax, ne remplit d'autre office que celui d'une caisse de renforcement, amplifiant les bruits qui se passent à sa surface externe et leur imprimant le timbre métallique par la consonnance de l'air qu'il contient. N'est-ce pas là aussi l'office que remplit l'air accumulé dans la cavité pleurale? N'est-ce pas là, en effet, l'explication la plus naturelle et la plus conforme en même temps aux lois de l'acoustique, du timbre particulier que prennent les divers bruits qui se passent dans la poitrine d'un sujet atteint d'hydro-pneumo-thorax, que ces bruits soient le résultat de la toux, de l'émission simple de la voix ou des râles bronchiques qui accompagnent la respiration?

C'est pour la répétition de ces expériences si simples et si convaincantes et auxquelles la plupart des élèves assistants ont pu prendre part, que M. Bouchard a terminé la série de ses leçons sur les moyens d'exploration et les signes physiques de diagnostic.

— A la Charité, M. le professeur Sée a terminé le semestre d'hiver pour reprendre, dans les mêmes conditions, le semestre d'été, et M. le docteur Proust, professeur agrégé, remplaçant M. Bouillaud, a commencé son cours le 24 mars.

— A la Pitié, M. le professeur Lasègue a inauguré le 29, son nouvel enseignement dans la chaire de clinique.

Nous dirons quelques mots sur chacun de ces trois cours dans notre prochaine Revue.

— Parmi les cours nouvellement ouverts à la Faculté, nous signalons, comme se rattachant plus directement aux sujets que nous traitons dans cette Revue, le cours de thérapeutique de M. le professeur Gubler, dont la première leçon a été consacrée à un résumé du cours de l'année dernière. Nous exposerons ce résumé dans le numéro prochain.

Épilepsie traumatique.

Nous avons inséré dans le n° du 23 septembre dernier une observation d'épilepsie traumatique qui nous a été communiquée par M. Ernest Briand, ex-interne provisoire des hôpitaux. L'auteur avait cru pouvoir conclure de ce fait que l'épilepsie n'est pas une entité morbide, mais un symptôme, et que l'attaque épileptique n'est autre chose qu'une action réflexe provoquée par des lésions diverses. Cette proposition lui paraît pouvoir être appuyée encore par un nouveau fait du même genre qu'il vient de recueillir dans le service de M. le professeur Laugier, à l'Hôtel-Dieu. Voici ce fait :

Il s'agit d'un jeune homme de 21 ans, nommé Louis C..., doreur sur bois. Rien de particulier n'a été noté sur ses antécédents ; aucun membre de sa famille n'a jamais été atteint d'une maladie nerveuse. Il n'a eu lui-même aucune maladie jusqu'à l'âge de 8 ans, époque où il reçut un vigoureux coup de pied dans la jambe gauche, qui l'obligea à garder le lit pendant deux mois. Dix mois après cet accident, il commença à ressentir de légers étourdissements, puis de véritables vertiges, qui revenaient trois ou quatre fois par semaine et presque toujours vers deux heures de l'après-midi. Il n'éprouvait d'ailleurs aucune palpitation et ne présentait aucun signe d'anémie. Jusqu'à 18 ans, les choses se passent ainsi ; mais le 15 août 1868, tout d'un coup, sans cause appréciable, il est pris d'un étourdissement plus grand qu'à l'ordinaire, il perd connaissance et tombe. Il reste dix minutes dans cet état et revient à lui.

Pendant deux mois, sa santé était parfaite, lorsqu'une nou-

FEUILLETON BIBLIOGRAPHIQUE

La lithotritie et la taille. — Guide pratique pour le traitement de la pierre, par M. le docteur J. CIVIALE. — **Collection de calculs urinaires et d'instruments de chirurgie**, par le même.

Civiale aima le bruit pendant sa vie, on peut dire que, même après sa mort, il l'aima encore davantage. L'ouvrage que nous annonçons plus haut, et qui est une œuvre posthume, en fournit une preuve trop évidente. C'est un livre curieux et instructif à plus d'un titre, mais la partie la plus curieuse est certainement l'introduction assez longue qui en fait partie. Comme tous les inventeurs, Civiale est fanatique de sa découverte; personne ou à peu près personne, en France tout au moins, ne la comprend bien et ne la pratique convenablement; tout le monde est acharné contre sa méthode, tous les chirurgiens en conspirent la perte. Lui seul est capable de bien opérer, lui seul est capable de bien expliquer le mécanisme de l'opération, lui seul peut faire des élèves habiles.

Jusque-là, tout pourrait passer. Les inventeurs de tous les temps ont pensé de même et écrit des choses analogues. Civiale, dont tout le monde connaissait et vantait la sûreté et la délicatesse de main; Civiale qui réussit aisément où d'autres avaient échoué avant lui ; Civiale avait autant que pas un le droit de penser de la sorte. Mais où il a outrepassé tous les droits, soit de la critique, soit de la défense, c'est quand il a, à chaque page, presque à chaque ligne, déversé le blâme, l'injure même, sur les hommes les plus habiles et les plus justement estimés. Et quand ces accusations sont des accusations d'outre-tombe, quand on n'est plus là pour porter la responsabilité scientifique de ses paroles, de pareilles récriminations, un livre de cette nature, sont une mauvaise action. Ce ne sont pas là des procédés légitimes ni bonnêtes, et l'homme qui va dormir ou qui dort déjà du sommeil éternel, devrait apporter plus de calme et de sérénité dans ses discussions. Car il est possible que Civiale eut l'intention de publier ce livre de son vivant; dans ce cas, il aurait dû le brûler à son lit de mort, au lieu d'en demander la publication dans ses volontés dernières.

Qu'avaient à faire les chirurgiens encore vivants attaqués avec une telle violence par un mort? Se taire, et c'est ce qu'a fait M. Nélaton; quant à M. Dolbeau, il a cru devoir répondre, et sa réponse a été d'une vivacité trop facile à comprendre et à expliquer. A notre sens, M. Dolbeau aurait dû imiter le silence de M. Nélaton, car sa réponse ne pouvait aboutir. Mais M. Civiale a attaqué les morts également, et en particulier Velpeau et Jobert (de Lamballe), et on peut dire qu'il y a là quelque chose de souverainement triste et pénible.

On pardonnerait à M. Civiale d'avoir défendu sa méthode, d'avoir revendiqué une invention contestée (les lecteurs de la *Gazette* comprendront, je l'espère, que nous ne rentrions pas dans cette insipide et trop longue discussion), d'avoir voulu établir ses droits à la priorité de la découverte; mais tel n'est pas son but. Il veut prouver que lui seul connaît la lithotritie, que tous les chirurgiens la pratiquent très-mal, qu'ils n'en connaissent pas les règles, qu'ils se servent de mauvais instruments, qu'ils font tout pour déconsidérer un procédé opératoire admirable, et qui n'échoue que par leur insouciance des règles ou par leur ignorance. Quand de pareils reproches s'adressent à M. Nélaton, quand ils s'adressent surtout à un chirurgien comme Velpeau, qui n'en comprend toute l'inanité et tout le mal-fondé?

Il semblerait que Civiale, froissé de la sorte de discrédit qui frappe, en ce moment, la lithotritie, ait voulu lutter jusqu'au bout et surtout défendre devant la postérité une méthode opératoire, en déclarant d'avance, en quelque sorte, que si elle perd un jour de son importance, il n'en faut accuser que les mauvais opérateurs qui l'auront mise en pratique après lui. On ne prouve rien, en voulant trop prouver, et personne n'acceptera jamais cette opinion que Velpeau, que Jobert ne fussent pas capables de pratiquer la lithotritie aussi bien que Civiale; cela reviendrait à dire, et ce n'est pas l'opinion de ce dernier, que la lithotritie serait de nature à n'être bien appliquée que par un seul homme, l'inventeur, et que, lui mort, l'invention devrait se perdre. La part de cette découverte se fait tous les jours avec plus d'impartialité; elle est sans contredit, des plus remarquables, elle est appelée à rendre d'excellents services, mais il faut qu'elle se meuve dans son cercle d'action; qu'on ne lui demande que ce qu'elle peut donner, et qu'on se méfie de l'en-

velle attaque survient vers le mois d'octobre, puis une troisième au début de janvier. Dans l'intervalle de chacune d'elles, la santé est toujours très-bonne.

Chaque attaque est caractéristique : perte de connaissance complète ; morsures à la langue.

En 1869, les attaques surviennent tous les mois. Pour tout traitement, on le saigne et on lui met quelques sangsues à l'anus.

A partir du mois de janvier 1870, les attaques redoublent encore. Quatre ont lieu jusqu'au moment où il entre à l'hôpital.

Le 21 février, il tombe tout d'un coup, avec perte de connaissance, convulsions, etc. On l'apporte, blessé à la tête, dans le service de M. le professeur Laugier.

Cet homme paraît d'une constitution très-robuste. Il répond parfaitement aux questions qu'on lui adresse.

Tous les organes sont en parfait état ; l'appétit est très-bon.

Cette observation, en tout semblable à celle de Louis-Pierre C..., du 23 septembre 1869, montre un nouvel exemple d'épilepsie survenant subitement, brusquement, et fournit une nouvelle preuve clinique en faveur de la théoriede M. Brown-Séquard sur l'épilepsie, savoir : que « l'épilepsie n'est pas une entité morbide, mais un symptôme. L'attaque épileptique n'est autre chose qu'une action réflexe. »

Ici nous laissons parler M. Briand lui-même.

« De même que le 23 septembre 1869, je disais : Si la lésion de la main n'a pu, chez Louis C..., déterminer l'épilepsie, comme la lésion des membres postérieurs intéressant le sciatique chez les cobayes de M. Brown-Séquard, ne peut-on pas supposer qu'elle a eu une certaine influence prédisposante sur le développement de la maladie?

« De même aujourd'hui ne suis-je pas autorisé à dire que le coup de pied violent qui a forcé Louis C... à s'aliter pendant deux mois a eu une certaine influence sur le développement de sa maladie.

« Ainsi on aurait une nouvelle classe d'épilepsies pouvant être appelées traumatiques, classe importante et analogue aux épilepsies traumatiques et expérimentales des cobayes de M. Brown-Séquard.

« Dans cet état, le pouvoir excito-moteur de la moelle est considérablement accru et prêt à se traduire par des convulsions sous l'influence d'impressions diverses.

« Cela est si vrai que, chez les animaux, M. Brown-Séquard a pu à volonté déterminer les attaques.

« La différence qui existerait entre les épilepsies traumatiques et organiques, importante au point de vue du traitement, c'est que les unes seraient utilement traitées par les médicaments diminuant l'excitabilité de la moelle (bromure de potassium), tandis que les autres, au contraire, seraient plus difficilement guéries, l'excitabilité étant plus incessante. »

Luxation de l'astragale.

Dans sa clinique de jeudi dernier à l'hôpital Saint-Antoine, M. Tillaux s'est occupé d'un cas très-remarquable de luxation de l'astragale.

Ces luxations sont intéressantes, en général, à cause de leur rareté et des difficultés extrêmes qu'offre le traitement. Mais ce qui fait l'intérêt spécial du cas actuel, c'est son mode de production. Il s'agissait d'un cocher qui, dans une rixe, s'est fortement retourné en arrière et à gauche, son pied droit étant immobilisé sur le sol.

Le pied avait subi une déviation telle, que le talon regardait directement en dedans et les orteils directement en dehors, l'axe de la jambe ayant sa direction normale. L'astragale faisait une saillie appréciable à la vue et au toucher au niveau de la partie interne et antérieure du coude-pied. La tête de cet os dépassait en avant de 3 centimètres environ le tubercule du scaphoïde.

Le diamètre antéro-postérieur du pied était augmenté de l'épaisseur de l'astragale, la face dorsale du pied mesurait 3 centimètres de moins que celle du côté opposé, et la jambe avait subi un raccourcissement de 2 centimètres. La malléole interne était masquée par la saillie de l'astragale et le péroné fracturé à 4 ou 5 centimètres au-dessus de la malléole. Le pied était immobilisé d'une façon absolue dans sa position vicieuse.

M. Tillaux a, d'après ces signes, diagnostiqué une luxation complète de l'astragale en avant et en dedans. Il a prévenu les élèves que la réduction serait très-difficile et probablement impossible, mais qu'il la tenterait néanmoins, ne fut-ce que pour rendre au pied une direction à peu près normale.

Le chloroforme ayant été administré au malade jusqu'à résolution musculaire, M. Tillaux a exercé des tractions assez énergiques sur le membre, mais sans aucun résultat pour le déplacement de l'astragale. Le pied a seulement pu être ramené dans une bonne position.

HOPITAL DE CONSTANTINE. — M. Paul Dauvé.

Note sur un cas de phthisie pulmonaire aiguë avec les lésions suivantes. — Insuffisance aortique. — Aorte s'ouvrant dans les deux ventricules. — Oblitération partielle de l'artère pulmonaire. — Hypertrophie du ventricule droit. — Cyanose congénitale.

Par le docteur Simonnot, aide-major.

Observation. — Le nommé Emile L..., âgé de treize ans, pupille de M. X..., officier, entre à l'hôpital de Constantine le 15 juin 1869 à huit heures du matin, et est placé sur la demande de son tuteur, dans les salles de chirurgie. Un mois auparavant, M. Dauvé avait été appelé à soigner cet enfant pour une hémoptysie, qui avait mis ses jours en danger, et pour une otite.

Voici les antécédents de notre petit malade : son père est mort phthisique à l'âge de 27 ans, et sa mère succomba plus tard aux atteintes d'un cancer à la matrice. Dès l'âge de 4 ans cet enfant commençait à cracher du sang. Pendant toute sa vie le moindre effort amenait un état syncopal inquiétant, et toujours il a présenté les signes de ce que l'on a appelé du nom de *maladie bleue*; teinte cyanotique et coloration noirâtre des lèvres, des paupières, des joues, du nez, des oreilles, de la pulpe, des orteils et des doigts dont l'extrémité est en massue avec les ongles recourbés.

Il y a huit jours qu'il est pris de toux vive, accompagnée de fièvre et de suffocation, et depuis deux jours, il expectore des crachats rouillés, visqueux, peu aérés et très-adhérents au vase.

État actuel. — Couché sur le côté droit, dans une position demi-assise l'enfant a la respiration courte et difficile. Le pouls bat 125 pulsations; il est rapide et bondissant. Le thermomètre monte à 36°6. Expectoration fréquente de crachats rouillés pneumoniques et mêlés de pus. L'auscultation des poumons est faite rapidement en arrière, vu l'état du malade.

A gauche, râles sous-crépitants à grosses bulles, craquements multiples, respiration soufflée au sommet. Diminution notable du murmure vésiculaire, matité légère et un peu d'élasticité.

A droite, râles crépitants de la pneumonie à la base, avec matité prononcée sans élasticité à ce niveau. Craquements dans les deux tiers supérieurs. Expiration prolongée et submatité sous les clavicules.

Examen du cœur. — Frémissement cataire perçu par la main placée sur la région précordiale. La matité déborde le sternum de chaque côté. Le diamètre transversal de cette matité est de 9 centimètres. En haut la matité s'arrête, à droite, au niveau du cartilage chondro-costal de la deuxième côte; à gauche et en bas, au niveau du cartilage chondro-costal de la sixième côte. La ligne qui joint ces deux points mesure 11 centimètres. La matité inférieure se terminant en pointe, on tire la conclusion qu'il n'y a pas d'épanchement péricardique notable.

A l'auscultation, le premier bruit est faible; mais nettement frappé avec maximum d'intensité à la pointe. A ce premier bruit succède immédiatement un bruit de souffle râpeux, très-long; occupant le petit silence, couvrant le deuxième bruit normal, et se prolongeant pendant une partie du grand silence. Ce souffle a son maximum d'intensité à la base, au lieu d'élection, c'est-à-dire dans le deuxième espace intercostal droit, et retentit dans les carotides. Le pouls bondissant au moment de la systole ventriculaire, s'affaisse aussitôt sous le doigt; il est rétrocédant. A cause de l'état d'abattement du malade, il a été impossible de se livrer à une étude plus approfondie des signes stéthoscopiques. Les jambes ne sont point œdématiées; le ventre seul contient un peu de liquide. Enfin l'examen clinique sera terminé en ajoutant que les deux testicules sont retenus dans l'anneau.

Le diagnostic posé fut celui-ci: phthisie pulmonaire aiguë, avec foyers pneumoniques à droite; insuffisance aortique et probablement anomalie congénitale du cœur. Mais quelle était la nature de cette lésion? Était-elle due à la persistance du trou de Botal, ou du canal artériel, ou bien à un arrêt de développement de la cloison interventriculaire?

Prescriptions. — Pectorale chaude. Infusion de digitale de 25 centigrammes. Sinapismes promenés sur la poitrine et les membres inférieurs. A trois heures, pouls à 140, avec 38°2 de température. Le petit malade se plaint d'une faiblesse extrême.

16 juin. A huit heures du matin, pouls à 130 et 38° de chaleur. Mêmes prescriptions que la veille. Mort à deux heures de l'après-midi.

Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort. Rigidité cadavérique très-prononcée. Taches ecchymotiques et vergetures aux parties déclives. Cyanose moins marquée que pendant la vie.

La poitrine est ouverte sans toucher aux organes. Le péricarde contient environ 20 grammes de liquide citrin transparent. La pointe du cœur correspond en bas, au bord inférieur de la 6e côte gauche, au niveau du cartilage chondro-costal. Le bord supérieur de l'oreillette droite, correspond au bord inférieur de la 2e côte à droite, au niveau de l'articulation chondro-costale. Ce grand diamètre mesure 11 centimètres. Le diamètre transversal perpendiculaire à ce dernier, et passant par la base des ventricules, est de 9 centimètres. La crosse de l'aorte est notablement dilatée; son diamètre est le double de celui de l'artère pulmonaire aux points d'émergence des ventricules.

Plèvres. Pas de liquide. Adhérences nombreuses à droite, très-anciennes au niveau du diaphragme; très-solides à gauche, et au niveau du bord supérieur du lobe inférieur.

Poumons. Dans le lobe supérieur gauche, œdème prononcé; tissu pulmonaire se déchirant facilement ; quelques tubercules miliaires un peu ramollis. Tout le bord supérieurdu lobe inférieur est farci de tubercules ramollis, contenus dans de petites cavernes à parois presque cartilagineuses dont le diamètre varie de 2 à 7 ou 8 millimètres. Les deux tiers inférieurs de ce lobe ne contiennent pas de tubercules; mais là encore, œdème prononcé et pas de crépitation.

Poumon droit. Les trois lobes sont farcis de tubercules crus, ramollis ou en voie de ramollissement. Dans le lobe supérieur les tubercules sont miliaires; dans le moyen ils affectent une disposition en plaques (ce lobe crépite encore). Quant au lobe inférieur, il est farci de tubercules de volumes très-variés, et à tous les degrés de leur évolution. Ce lobe est induré, et présente autour des néoplasmes les lésions de la pneumonie au 2e degré. Les bronches des deux poumons sont dilatées, ampoulaires, et leur muqueuse est hyperhémiées. Les fines divisions sont remplies de mucosité puriforme. Les divisions de l'artère pulmonaire rétrécies contiennent de petits caillots noirs diffluents, et on ne peut que difficilement en suivre les terminaisons. Autour des masses tuberculeuses, on trouve sur la paroi des cavernes le réseau artériel de nouvelle formation décrit par Natalis Guillot.

Cœur. Le cœur est détaché avec soin, et tous les vaisseaux sont incisés aussi loin que possible de leur orifice cardiaque. En ouvrant les deux ventricules, on les trouve remplis de caillots noirs diffluents. Si on fait couler un filet d'eau par la section de l'aorte, on est surpris de voir que l'eau presque toute entière coule par le ventricule droit. A peine quelques gouttes sortent par le ventricule gauche. Le doigt, aussitôt introduit dans l'aorte, reconnaît à ce vaisseau deux origines, l'une partant du ventricule droit, l'autre du ventricule gauche. On constate, de plus, que l'orifice aortique communiquant avec le ventricule droit, est largement ouvert; le doigt y pénètre bien plus facilement que dans l'orifice gauche. L'orifice de communication de l'aorte avec le ventricule droit est faite aux dépens de la cloison interventriculaire. Nous y reviendrons tout à l'heure.

Cavités gauches. Rien d'anormal dans l'oreillette. Le trou de Botal est oblitéré.

La paroi du ventricule mesure 1 centimètre d'épaisseur. Incisé en entier et développé, sa largeur à la base est de 11 centimètres. L'aorte, également incisée et étalée, mesure à sa naissance 6 centimètres de largeur, 5 centimètres et demi au niveau de l'orifice du tronc brachio-céphalique, et 4 centimètres immédiatement après la

---

gouement. Si Velpeau a été d'abord très-partisan de la lithotritie s'il l'a été moins dans la suite, ce n'est ni par jalousie, ni surtout par impuissance, c'est parce qu'il avait de bonnes raisons scientifiques pour agir ainsi.

Le plus malmené de tous, dans le livre de M. Civiale, est M. Nélaton. Je n'ai aucun goût pour le défendre et je crois bien faire d'imiter son silence.

L'introduction du livre de M. Civiale, qui a amené sous notre plume toutes ces réflexions, mérite cependant d'être lue et méditée; car, au milieu de toutes ces attaques passionnées, on trouve d'excellents conseils, des leçons très-judicieuses, et on peut tirer un grand profit des fautes ou des prétendues fautes que signale l'auteur, car elles apprennent mieux que tous les préceptes le véritable manuel opératoire, les précautions à prendre, ce qu'il faut faire et surtout ce qu'il faut éviter.

Un des chapitres les plus remarquables de cette introduction est celui qui porte pour titre : *Conditions requises pour les opérations qui intéressent les organes génito-urinaires.* Ce n'est pas qu'il renferme des considérations bien neuves ; ce n'est pas qu'il ne contienne pas, comme tous les autres, des insinuations malveillantes et des accusations erronées, mais il résume en quelques mots les préceptes les plus utiles et les plus sages. L'auteur y rappelle l'importance des études anatomiques et physiologiques, et l'urgente nécessité d'acquérir, par des manœuvres répétées sur le cadavre, cette délicatesse du tact si nécessaire dans les opérations qui se pratiquent sur la vessie et le canal de l'urèthre et qui permettront d'établir un diagnostic certain des maladies nombreuses et si facilement méconnues de ces organes. Il montre, par des exemples, à quelle sûreté de main il était lui-même parvenu. Antérieurement, il s'était appesant sur la nécessité de bien préparer le malade, de faire très-courtes les séances de lithotritie, de les espacer suffisamment pour qu'il n'en fût pas incommodé.

Tout le reste de l'ouvrage est en quelque sorte un commentaire de ces sages et utiles préceptes. M. Civiale y a résumé sa pratique journalière, et, à part une certaine exagération dont le lecteur devra tenir compte, ce livre est un véritable *vademecum* du praticien sur la lithotritie et la taille. Sans doute, il ne renferme rien de bien nouveau, et tout ce que dit l'auteur, il l'avait déjà écrit ailleurs; mais nulle part il ne l'avait ainsi condensé; nulle part il ne l'avait présenté avec autant de précision et de netteté. En somme, c'est un ouvrage très-utile et dont on ne saurait trop recommander la lecture aux chirurgiens.

Je dirai un dernier mot d'un des paragraphes de l'introduction où M. Civiale présente des *Réflexions sur la spécialité dans l'art de guérir.* L'auteur y trace un portrait quelquefois vrai, trop souvent menteur du spécialiste. Selon lui : « Le chirurgien qui se destine sérieusement à une spécialité de l'art de guérir, embrassera dans ses études préparatoires toutes les parties qui constituent cet art. Reconnaissant ensuite l'impossibilité de les cultiver toutes avec un soin égal, il se restreint en conséquence, et concentre sur un seul point les connaissances qu'il a acquises dans les diverses branches de son art ; compare les principes généraux de la science avec les faits particuliers qu'il observe, et arrive ainsi à pouvoir approfondir la spécialité dont il fait choix. Tels sont les principes qui m'ont dirigé dans mes travaux.... »

Ces principes sont excellents, en effet, et c'est ainsi seulement que les spécialités peuvent être étudiées avec fruit, mais nous croyons que M. Civiale se fait illusion sur son propre compte ; il ne fut jamais qu'un spécialiste étroit, ne voyant guère au delà de la vessie et assez ignorant de la science médicale générale, fort ignorant surtout en anatomie et en physiologie. J'ajouterai, au risque d'encourir quelques reproches posthumes, que, de toutes les spécialités, aucune peut-être ne saurait être plus facilement fondue dans la chirurgie générale que celle qu'il avait adoptée, et à laquelle, encore une fois, il a donné un grand éclat.

Quant au second ouvrage que nous annonçons, c'est un simple catalogue de la très-nombreuse collection de calculs et d'instruments léguée par M. Civiale à l'hôpital Necker. Cette collection est assurément une des plus intéressantes et des plus importantes qui se puissent voir.

Dr H. Montanier.

Revue photographique des hôpitaux de Paris. — Bulletin médical publié sous le patronage de l'administration de l'assistance publique, par de Montméja et Bourneville. 2e année, n° 3, mars 1870, avec 3 photographies. — Prix : 2 fr.

naissance de la sous-clavière gauche. Dans la crosse, il existe deux dilatations ampoulaires; une, considérable, un peu en avant du tronc brachio-céphalique; une autre, plus petite, après la sous-clavière gauche. Les valvules sigmoïdes de l'aorte sont saines, mais insuffisantes pour fermer les deux orifices ventriculaires.

L'orifice aortique gauche est fermé, d'une part, par la valvule sigmoïde une partie de la valvule sigmoïde externe, et d'autre part, par un éperon tranchant fourni par la cloison interventriculaire. L'orifice aortique ventriculaire droit est fermé, très-incomplétement il faut le dire, par la deuxième moitié de la valvule sigmoïde externe, par la postérieure et par l'éperon interventriculaire. Cette ouverture est elliptique, et son plus grand diamètre est de 2 centimètres. Les valvules redressées sont loin de la fermer complétement.

Cavités droites. Rien à noter dans l'oreillette. Valvules tricuspides saines.

Le ventricule est sensiblement hypertrophié. Sa paroi mesure 2 centimètres d'épaisseur. Ce ventricule a été divisé en deux chambres, l'une droite, l'une gauche ou pulmonaire, consistant en une sorte de bourgeonnement du cœur, sous forme d'entonnoir renversé, qui porte le nom d'*infundibulum*, et donne naissance par son sommet tronqué à l'artère pulmonaire. Ici, ces deux chambres sont tout à fait distinctes. L'infundibulum, complétement séparé de la chambre droite par une cloison musculaire complète, ne communique avec cette dernière que par une dizaine de petits canaux, qui vont s'ouvrir entre les colonnes du ventricule droit. Ces colonnes forment une espèce de treillage très-serré, à travers lequel le sang du ventricule filtre dans l'artère pulmonaire. Cet infundibulum à parois anfractueuses a 2 centimètres de large dans son grand diamètre. Il est terminé, en dehors et en haut, par les valvules sigmoïdes normales. Incisée et développée, l'artère pulmonaire mesure 3 centimètres au-dessus des valvules. Entre cet infundibulum et l'orifice tricuspide, on remarque une ouverture elliptique, qui n'est autre que l'orifice droit de communication interventriculaire déjà décrit.

Du côté de l'oreillette droite, cet orifice est en partie fermé par une des valvules tricuspides. En bas, le bord est constitué par l'éperon de la cloison interventriculaire. Au-dessous de la valvule tricuspide interne, on remarque une valvule sigmoïde percée de trous, dont le bord adhérent se continue avec la cloison des ventricules, et dont le bord libre donne attache à de petites cordes tendineuses, qui s'insèrent, d'une part, sur les tendons de la valvule tricuspide correspondante, et d'autre part, sur les colonnes charnues du ventricule droit. Sa concavité regarde le ventricule droit; elle a 1 centimètre de hauteur. En se redressant sous la systole ventriculaire, elle ne ferme qu'à demi les communications interventriculaires, et laisse libre une ouverture en forme de croissant, dont la hauteur est de 1 centimètre. Cette valvule s'opposait probablement au passage de tout le sang veineux dans l'aorte, et permettait qu'une partie de ce sang parvînt dans l'artère pulmonaire à travers le filtre de l'infundibulum.

Le canal artériel est fermé. Le cœur pèse 310 grammes.

Foie, 1,080 grammes. Adhérences anciennes avec le diaphragme. Vaisseaux gorgés de sang noir. Commencement de dégénérescence graisseuse. Un tubercule crétacé de la grosseur d'une lentille dans le lobe de Spiegel.

Rate normale.

Un peu de liquide jumenteux dans les bassinets.

Le péritoine contient environ 200 grammes de liquide albumineux. Pas de tubercules.

Rien d'anormal dans le tube digestif.

Le scrotum est vide, et les canaux inguinaux ne contiennent pas les éléments du cordon. Immédiatement au-dessous de l'anneau interne et des deux côtés, on remarque la glande testiculaire aplatie, de la grosseur d'un petit haricot, et lâchement unie à son épididyme. Le crâne n'a pas été ouvert, sur la réclamation de la famille. Les membres étaient grêles; mais l'intelligence et les facultés affectives étaient très-développées chez cet enfant.

Dans le cas qui nous occupe, l'obstruction partielle de l'artère pulmonaire, le rétrécissement de son calibre, et surtout l'affaissement de ses divisions les plus fines, ne permettaient que très-difficilement à la quantité du sang veineux qui n'était pas lancé dans l'aorte au moment de la systole ventriculaire, d'aller se revivifier dans les poumons, pour y trouver de nouvelles qualités nutritives. Ne pourrait-on trouver dans cette hématose incomplète, une cause de rapidité d'évolution de la tuberculose chez cet enfant. Cette opinion pourrait avoir quelque crédit devant l'unité de production des tubercules dans le tissu pulmonaire; car nulle autre part on ne trouve de traces de tubercules, ni dans les plèvres, ni dans le péritoine, etc. Nous nous trouverions alors en contradiction avec Niemeyer, qui professe, dans son livre de pathologie interne, « que les malades qui ont pour effet des stases sanguines dans le système veineux, et dans lesquelles l'oxydation et la décarbonisation du sang se font d'une manière incomplète, prêtent, à celui qui en est atteint, une certaine immunité contre la tuberculose; rarement, nous voyons subvenir cette affection chez les individus atteints d'affection du cœur. »

DES MOYENS
DE DÉTRUIRE LES MIASMES CONTAGIEUX DES HOPITAUX
TANT DANS L'AIR DES SALLES QUE DANS CELUI QUI EST EXPULSÉ SUR LES VILLES PAR LES DIFFÉRENTS SYSTÈMES DE VENTILATION EN USAGE

Par M. C. WOESTYN.

La mortalité considérable constatée dans les hôpitaux, l'impossibilité d'y faire certaines opérations chirurgicales qui réussissent habituellement dans d'autres locaux, l'influence fatale de ces établissements sur les quartiers voisins sont des vérités acceptées par toutes les personnes compétentes; l'importance du sujet que je vais traiter n'a donc pas besoin d'être démontrée, j'entrerai immédiatement en matière.

Tous les systèmes de ventilation en usage consistent dans l'introduction d'une proportion d'air frais dans les salles et dans l'évacuation d'une partie d'air vicié; les miasmes délétères et contagieux ne sont donc jamais détruits, mais simplement rejetés en partie sur la ville, où, dans les temps d'épidémies, ils produisent de véritables ravages.

MM. Pasteur et John Tyndall, dans leurs expériences sur la nature organique de la poussière atmosphérique, ont montré que l'air des grandes villes en était chargé et que celui des campagnes n'en était pas exempt; ces particules flottantes sont extrêmement ténues et ne peuvent être rendues visibles que sous l'influence d'un faisceau lumineux intense.

Schwann, de Berlin, et Helmholtz ont signalé qu'en élevant la température de l'air on paralysait l'action de ces particules organiques, qu'une décoction de viande, par exemple, placée dans de l'air élevé d'abord à une haute température, n'est jamais envahie par la putréfaction.

Suivant moi, les appareils de chauffage et de ventilation dans les hôpitaux devraient être absolument installés avec cette condition fondamentale de brûler les germes organiques contenus dans l'air; je ferai observer que, dans les procédés modernes, ce but important a été complétement négligé, que généralement même l'air brûlé dans ces appareils de chauffage est pris au dehors. Les anciens systèmes de nos pères, où l'on chauffait chaque salle par un poêle ou une cheminée, avaient au moins l'avantage de détruire une partie des germes nuisibles.

Il conviendrait donc de brûler les éléments organiques contenus dans l'air des hôpitaux, soit à la sortie des salles, soit à l'issue générale dans la cheminée d'appel. Vu la ténuité de ces corpuscules, un rapide passage près d'une flamme fournira facilement ce résultat; pour que tout l'air empesté soit bien régulièrement grillé, il faut le faire filtrer à travers une section enflammée.

On devrait, en conséquence, donner à l'appareil de combustion la forme d'une grille à anneaux concentriques percés de trous latéralement et suffisamment écartés, pour que les flammes de deux cercles voisins puissent se rejoindre. L'air, dans son passage, même rapide, à travers une pareille section enflammée, perd toutes ses propriétés délétères. On peut vérifier ce fait par les moyens optiques dont M. Tyndall fit usage, ou bien encore par l'expérience suivante, très-simple et très-démonstrative; si l'on remplit un flacon de l'air qui a passé à travers une pareille grille enflammée, et qu'après y avoir introduit un morceau de viande on le bouche hermétiquement, on constate que cette dernière y peut demeurer plusieurs mois sans altération; tandis qu'en répétant la même expérience avec de l'air pris simplement dans une chambre, la putréfaction se manifeste après quelques jours seulement.

On pourrait mettre un semblable appareil dans la cheminée générale d'appel, mais je conseillerais plutôt de disposer des poêles munis de ces grilles dans les différentes salles.

Ces poêles auraient la forme cylindrique, la grille devrait pouvoir à volonté se mettre au milieu ou à la partie supérieure du cylindre, suivant qu'on aurait besoin ou non de chauffer le poêle; des glaces, disposées devant ces grilles, permettraient que cet appareil de chauffage fût en même temps un système d'éclairage. J'ajouterai que l'installation de ce procédé serait peu coûteuse, que dans les grandes salles, il serait profitable de multiplier ces appareils pour avoir une expulsion bien régulière de l'air vicié, que dans les lieux où se traitent les maladies les plus contagieuses on pourrait avoir une proportion plus grande d'appareils.

Les compagnies d'éclairage des villes devraient posséder de semblables grilles qui se pussent adapter aux appareils de chauffage des maisons des particuliers pour activer la ventilation de la chambre des malades atteints d'affections contagieuses, et protéger ainsi les autres habitants de l'appartement. On comprend également qu'avec un changement facile dans la forme des becs d'éclairage, on puisse faire concourir ce dernier agent à la destruction des miasmes qui, dans les temps d'épidémies, viennent décimer les familles. L'appareil d'éclairage, s'il était placé en dehors de l'appartement à purifier, devrait avoir sa prise d'air ménagée dans la pièce; si au contraire, il était à l'intérieur, il devrait être muni d'une cheminée communiquant au dehors.

Les considérations qui précèdent justifient la vieille coutume d'allumer de nombreux feux, que nous avons vu remettre en usage il y a quelques années à Marseille, lorsque le choléra y sévissait d'une façon terrible; une pareille croyance restée dans le souvenir d'une population si souvent éprouvée par les épidémies de l'Orient démontre l'efficacité au moins partielle du moyen; on comprend que, dans ce cas, l'air chargé de miasme, appelé de toutes parts vers les feux, vienne se purifier au contact des flammes.

Je me permettrai, à propos des épidémies si souvent provoquées par les navires, d'émettre le vœu suivant : l'administration devrait fournir aux navires suspects au point de vue sanitaire des appareils basés sur les principes que je viens de développer (au besoin même des petits poêles portatifs dont la grille serait recouverte de charbons incandescents), pour purifier en quelques heures l'air des cales et des chambres du bâtiment avant son arrivée dans le port (1).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 21 janvier 1870 (2). — Présidence de M. SIMONOT.

Dans une des dernières séances de la Société de biologie, il a été fait une communication sur la disparition d'épanchements pleuraux à la suite d'expectorations considérables; on avait noté dans le liquide des crachats une grande quantité d'albumine. Plusieurs membres citèrent des faits analogues, et comparèrent cette action à celle des vésicatoires. M. Bouillaud a noté parfois l'albuminurie lorsque des épanchements pleuraux disparaissaient. Nous avions à ce moment ce fait sous les yeux. Le malade fut pris d'une oppression considérable; on croyait la mort imminente. Le liquide expectoré remplissait des saladiers. Notre première idée, nous l'avouons, fut une déchirure du poumon, et nous pensions trouver le lendemain les signes d'un hydropneumo-thorax, qui ne se montra pas. L'expectoration insolite dura plusieurs jours, et la plèvre se vida; malheureusement elle se remplit de nouveau.

Dernièrement, dans la Société des hôpitaux, on a appelé l'attention sur l'hémiplégie survenant chez les malades atteints d'épanchements pleuraux. Cette observation nous en présente un exemple remarquable. Jamais notre malade n'avait eu aucun accident cérébral : le cœur était intact; il était seulement déplacé. Une attaque subite d'hémiplégie droite se manifesta, avec perte complète de la parole, de l'intelligence, et partielle de la sensibilité. La mort suivit de près ces accidents. L'autopsie ne fut pas faite; nous ne pouvons indiquer la cause de l'hémiplégie.

Nous devons insister sur le traitement, qui n'a pas été suivi de succès. Le tartre stibié à haute dose, les larges vésicatoires n'ont pas produit un résultat définitif. Nous croyions le malade guéri, il n'en était rien : l'épanchement se reformait le lendemain ou quelques jours plus tard. Nous en sommes venus à la thoracentèse suivie d'injectious iodées. Après chacune des opérations, il y eut une amélioration inespérée, nous pensions tenir la guérison; notre espoir était bientôt déçu. Le liquide sortait à chaque fois plus franchement purulent. Nous ne pouvons donc vanter les thoracentèses répétées qui, ici, ne nous ont pas réussi. Toutefois, l'emploi du condom pour le lavage de la poitrine et l'introduction de la teinture d'iode, suivant la méthode de Barth, nous a paru très-facile; mais en introduisant de l'eau, ne fait-on pas pénétrer de l'air dessous? Le drainage paraîtrait avoir donné de meilleurs résultats que les thoracentèses répétées.

Il est enfin un point sur lequel je désire appeler l'attention de la Société. Lorsque j'avais introduit de l'eau de lavage et que je remuais mon malade en tout sens, j'avais parfaitement la sensation du déplacement d'un liquide sans qu'il y eût du gaz dans la cavité pleurale. Je n'obtenais pas, il est vrai, le bruit de succussion. Il ne sortait aucune bulle de gaz au moment où je laissais sortir le liquide. Et cependant je n'ai jamais perçu le même phénomène dans les épanchements pleuraux. Je demande l'explication du fait; je ne crois pas m'être trompé.

En résumé, espoir sans cesse renaissant, déceptions répétées, croyance momentanée à une caverne qui n'existait pas, expectoration subite et énorme simulant l'évacuation d'un épanchement, insuccès des thoracentèses répétées, mort à la suite d'une hémiplégie, telles sont les particularités que nous a offertes cette observation, qui nous a paru mériter de vous être signalée.

M. BLACHEZ. Trois ou quatre fois, à la Charité, j'ai rencontré des pleurésies simulant des excavations tuberculeuses. Pour moi, les bruits que l'on entend sont des frottements pleuraux à sonorité modifiée : ces bruits modifiés s'entendent dans le bas de la poitrine. Landouzy a insisté sur cette cause d'erreur.

Quant à la coïncidence de l'hémiplégie, j'ai lu il y a quelques années devant la Société un travail sur la mort subite dans la pleurésie. Paget a constaté dans les vaisseaux pulmonaires des caillots organisés, dus à la compression produite par l'épanchement pleural. Mais la mort subite ne paraît pas liée à l'abondance de l'épanchement. Dans un cas, celui-ci était peu considérable et le cœur n'était pas tordu; dans d'autres cas, bien que l'épanchement soit considérable, il n'y a pas mort subite.

Dans un cas j'ai observé l'oblitération de l'artère pulmonaire, qui a été notée dans plusieurs autres cas.

Dans les cas d'hémiplégie cérébrale, je propose d'admettre la formation d'un caillot qui des veines pulmonaires passe dans les carotides.

M. DELASIAUVE. Une femme de 30 ans avait tous les signes d'une pneumonie gauche : fièvre intense, douleur très-profonde. Au bout de quelques jours le pouls tomba et la malade vomit trois ou quatre litres de pus. L'expectoration diminua ; une anasarque générale se manifesta, et la guérison eut lieu.

M. ANT. MARTIN. Un Espagnol de 18 ans était menacé de mort par un épanchement; il rendit deux ou trois cuvettes de pus.

M. GALLARD. Très-souvent autrefois on éprouvait la difficulté du diagnostic à porter entre un épanchement et une caverne; c'est au sommet et non à la base que se rencontrent ces signes qui nous trompent. Skoda a rapporté le timbre du bruit, auquel il a donné son nom, à la consonnance caverneuse. Le poumon est refoulé par l'épanchement; le tissu pulmonaire est condensé autour des bronches qui conservent leur diamètre; le poumon surnage et est repoussé en avant à la partie supérieure, et c'est là qu'on entend les bruits à forme caverneuse. Mais il peut y avoir une adhérence qui ait maintenu le poumon, soit en bas, soit en arrière, et c'est à ce niveau que se fera l'illusion stéthoscopique. Ce n'est pas dans les plèvres que les bruits se passent, c'est dans les bronches.

Quant à la matière de l'expectoration, j'admets que dans l'observation précédente elle provient des bronches. Les vésicatoires produisent le même résultat que cette abondante bronchorrhée. Ne voit-on pas la diarrhée cholérique supprimer des épanchements? Le tartre stibié à haute dose, donné comme évacuant ne produit-il pas le même résultat? M. Valin a admis comme cause de l'hémiplégie la possibilité d'une coagulation du sang sous l'influence de la compression, et c'est à droite, en effet, qu'a lieu l'hémiplégie comme dans les cas d'embolie.

M. BLACHEZ. Le mémoire de Paget remonte certainement à 13 ou 14 ans. Paget a donc la priorité sur M. Valin. Le bruit skodique est un fait de simple percussion. Je rappellerai les expériences répétées par M. Roger. Lorsque le poumon n'est plus séparé que de 2 centimètres de la surface du liquide, on a le son de Skoda.

Le souffle amphorique de la pleurésie a été indiqué par Landouzy.

Une personne avait été déclarée incurable par Andral, qui avait trouvé les signes d'une caverne énorme. Aujourd'hui, cette personne est solide et vigoureuse; elle est seulement sujette à de légères bronchites avec dypsnée; on entend toujours un râle crépitant dans toute la hauteur du poumon, et cela depuis 8 ans.

M. GALLARD. On trouve en même temps le bruit skodique et le

(1) M. Dumas fait remarquer, à l'occasion de cette communication à l'Académie des Sciences, que, dans les cas d'épidémie, l'administration de l'assistance publique, observant les prescriptions de la commission du choléra, soumet à une désinfection énergique l'air venant des salles de malades, réuni dans la chambre d'émission, au sommet du bâtiment. Cet air arrive donc, dans l'atmosphère, purifié des miasmes ou germes nuisibles.

(2) Fin. — Voir le dernier numéro.

souffle amphorique qui paraissent se rattacher à une même cause.

M. BRIQUET. Les bruits pseudo-caverneux se rencontrent surtout à la base; ils ne sont qu'une simple modification du souffle bronchique et ils ne durent que peu de jours.

M. LUNIER fait remarquer que lorsqu'il n'y a pas d'adhérences on peut déplacer le liquide en déplaçant le malade, et corriger l'erreur.

M. BLACHEZ observe que le liquide pleurétique se déplace très-peu.

M. DUROZIEZ. Le liquide était parfaitement libre dans la cavité pleurale. Le son skodique qui était un type dans le cas que je rapporte se transportait de la partie antérieure et supérieure à la partie postérieure lorsque le malade se mettait à quatre pattes, la tête inclinée en bas. Le liquide pleural se déplace ainsi quand on fait prendre au malade cette posture, malheureusement un peu trop singulière.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel : Le Dr DUROZIEZ.

Séance du 4 février 1870. — Présidence de M. SIMONOT.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance imprimée comprend :

1° Une brochure intitulée : *Aplasie lamineuse*, par le docteur Louis Lande. (Rapporteur, M. Foville.)

2° Un mémoire sur l'aphasie ou dysphasie traumatique, par le docteur Antonin Martin, secrétaire annuel de la Société.

La correspondance écrite comprend :

1° Une lettre de M. Duchâtel, chef du secrétariat de la préfecture, qui prie la Société d'examiner trois employés au sujet des infirmités qu'ils peuvent faire valoir pour leur admission à la retraite.

2° Une lettre de M. Gillebert d'Hercourt, qui demande à la Société d'échanger son titre de membre correspondant en celui de membre titulaire.

Une commission, composée de MM. Durand-Fardel, Forget, Géry père, Giraldès et Gros, est chargé d'examiner la demande de M. Gillebert d'Hercourt.

M. JACQUEMIN, trésorier, demande à rendre les comptes de la Société dans la prochaine séance.

MM. Bois de Loury et Géry père, de concert avec M. Jacquemin, examineront l'état des finances de la Société.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel : Dr DUROZIEZ.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La *Gazette médicale de Strasbourg*, ouvre son numéro du 25 mars, par la déclaration suivante :

« La *Gazette médicale de Strasbourg*, dont nous avons dirigé la rédaction pendant trente ans, commençait à devenir un fardeau trop lourd pour nous, éprouvé par des désastres inouïs dans nos fonctions médicales administratives. Nous avons été successivement victime — et cela sans notre faute — de tous les revirements politiques que notre pays a traversés. Aujourd'hui, découragé, accablé, nous cessons de lutter, et nous remettons entre des mains plus jeunes, à un confrère au début de la carrière, le soin de veiller au maintien des traditions qui ont fait le succès de notre feuille. Nous ne cessons point pour cela notre collaboration, et nous nous réservons de nous entretenir avec nos lecteurs toutes les fois que des circonstances majeures nous y provoqueront.

« Nous avons le ferme espoir que nos lecteurs voudront bien continuer à notre successeur, M. le docteur Blum, qui a déjà fait ses preuves dans la presse médicale parisienne, la bienveillance dont ils n'ont cessé de nous honorer pendant notre longue carrière de publiciste.

« Dr EISSEN. »

Si nous saluons avec la sympathie la plus cordiale, M. le docteur Blum, notre nouveau confrère de la presse; que de douloureuses réflexions nous inspire le cri de douleur de notre vénérable confrère, le docteur Eissen. Mais qu'il se rassure, on ne tient pas aussi honorablement que lui la plume, pendant trente années, sans laisser derrière soi une mémoire entourée de respect et de considération. N'y a-t-il pas dans cette pensée de quoi réagir contre les injustices dont on a été la victime?

— Par arrêté en date du 9 mars 1870, M. le docteur Thevenet, médecin adjoint de la Roquette, est nommé médecin adjoint du ministère de la justice et des cultes.

— M. le docteur Henri Roger, professeur agrégé de la Faculté, commencera, à l'hôpital des Enfants-Malades, le cours clinique des maladies des enfants (semestre d'été), le samedi 2 avril, et le continuera les samedis suivants. — Visite des malades tous les jours à huit heures et demie ; exercices cliniques les mardis et jeudis. — Leçons à l'amphithéâtre le samedi, à neuf heures.

— M. le docteur Regnard, ancien interne des hôpitaux, reprendra son cours préparatoire au deuxième de doctorat (troisième de fin d'année), le jeudi 7 avril.

On s'inscrit chez M. Regnard, 34, rue des Écoles. Préparation au quatrième de doctorat.

— M. Liégeois, chirurgien des hôpitaux, commencera des leçons cliniques sur les maladies vénériennes de l'homme, le samedi 9 avril, à neuf heures et demie du matin, à l'hôpital du Midi, et les continuera les samedis suivants.

Le directeur, Dr E. LE SOURD

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Première leçon du cours de thérapeutique de M. Gubler.

M. Gubler inaugurait, le 19 mars dernier, la seconde année de son cours de thérapeutique. Il n'a pas fait cette fois, à proprement parler, une leçon d'ouverture, mais s'est attaché à retracer dans un rapide tableau l'ensemble des sujets traités dans les 45 premières leçons du cours.

La moitié de ces leçons a été consacrée à l'institution d'une science qui n'existe guère encore que de nom, ou du moins qui n'est intégralement exposée dans aucun ouvrage classique : la *thérapeutique générale.*

M. Gubler a largement rempli le cadre qu'il s'était tracé. On en jugera par les indications suivantes :

Après avoir jeté un rapide coup d'œil sur le passé de la thérapeutique; après avoir, chemin faisant, rendu hommage à l'heureuse influence exercée par les auteurs du *Traité de thérapeutique*, et spécialement par l'éminent professeur Trousseau, son maître regretté ; après avoir rappelé sa doctrine physiologique, catégoriquement formulée dans la préface des *Commentaires thérapeutiques du Codex*, et plus ou moins explicitement continue dans tous ses travaux, M. Gubler caractérise la thérapeutique, et établit la distinction entre les *remèdes :* savoir, tous les moyens mécaniques, physiques ou chimiques, ou psychiques, servant à guérir, et les *médicaments* qui sont des substances pondérables agissant sur le corps, vivant en vertu de propriétés physiques, chimiques ou organiques.

Puis, glissant rapidement sur le traitement moral et sur l'emploi des moyens mécaniques et des fluides impondérables, il aborde l'étude des médicaments proprement dits, par un essai de classification naturellement fondé sur l'action physiologique.

Les médicaments sont d'abord partagés en deux catégories, selon :

A qu'ils exercent leur action sur l'organisme lui-même ;

B qu'ils agissent au dedans de l'économie, mais non sur les organes.

Dans cette seconde division, la moins nombreuse, se rangent :

Les *eupeptiques :* pepsine, diastase, pancréatine, acides lactique et chlorhydrique, etc. ;

Les *absorbants mécaniques ;*

Les *absorbants chimiques ;*

Les *dyalitiques ;*

Les *délayants ;*

Les *parasiticides* des animaux : antipsoriques, anthelmintiques.

Les *parasiticides* des végétaux : muguet, teignes ;

Les *antiseptiques* et *antiputrides.*

Dans la première classe, qui est de beaucoup la plus nombreuse, il y a trois subdivisions :

1° Les médicaments exercent leur action à la fois sur les éléments spéciaux et sur les éléments communs.

2° Ils n'agissent que sur certains tissus propres.

3° Ils agissent sur le sang.

On y remarque particulièrement la distinction établie entre les escharotiques, sphacéliques et les caustiques, entre les intégrants de force ou dynamophores et les intégrants de substance qui sont à leur tour reconstituants ou euplastiques, et altérants ou hétéroplastiques.

Dans les médicaments du sang, le professeur distingue également des stimulants de la combustion ou de l'*hématocausie*, des modérateurs de cette fonction, des reconstituants *eucrasiques* et des altérants ou *dyscrasiques.*

Après cela, M. Gubler entreprend l'étude du mode d'action des médicaments, lesquels agissent en vertu de propriétés physiques, chimiques et organiques.

A leur tour, les tissus répondent par des actes physiques, chimiques, organiques.

Seulement, M. Gubler remarque que nous ne pouvons absolument rien directement sur la propriété essentielle, la seule caractéristique des êtres vivants : la nutrition et la reproduction, ce qui justifie l'adage : *Medicus naturæ minister, sed non magister.*

Des circonstances diverses de masse, de durée, de points d'application modifient l'action médicamenteuse, laquelle est principalement en rapport avec la nature chimique (composition élémentaire, arrangement moléculaire et charge dynamique).

Il faut aussi distinguer les effets directs et *positifs* des effets indirects ou *négatifs*, ainsi nommés parce que, provenant de la réaction de l'organisme, ils sont pour ainsi dire la négation des premiers.

Cela dit, M. Gubler étudie le double mode de propagation des effets médicamenteux par translation de la substance, à la faveur de l'imbibition et de l'absorption suivie de circulation, et par consensus organique se décomposant en sympathies de continuité ou de contiguïté et actes réflexes.

L'action ne pouvant se généraliser complétement que par le premier procédé, le professeur substitue l'expression d'*action diffusée* à celle d'action générale, antérieurement usitée.

Les médicaments s'influencent réciproquement en agissant directement les uns sur les autres physiquement ou chimiquement, ou bien indirectement en sollicitant les organes dans le même sens, ce qui constitue les synergiques et les auxiliaires, ou en sens contraires, ce qui constitue les antagonistes. M. Gubler a insisté sur cette vue que les médicaments et les poisons n'offrent jamais qu'un antagonisme partiel, et ne peuvent se servir mutuellement d'antidotes parfaits. Après avoir indiqué les diverses voies d'introduction des médicaments, avec les avantages et les inconvénients attachés à chacune d'elles, après avoir discuté les conditions de l'absorption cutanée, et émis à cet égard quelques vues nouvelles, enfin après avoir décrit en détail la méthode d'inhalation appliquée à des substances gazeuses ou bien à des liquides non-seulement pulvérisés, mais *brimifiés* ou *nébulisés*, suivant l'expression de M. Gubler, le professeur expose les mutations physiques et chimiques des substances médicamenteuses dans les premières et les secondes voies. Il fait voir que leur manière de se comporter dans la circulation peut être ramenée à cinq cas. Elles passent inaltérées, ou bien elles contractent des combinaisons ; elles se dédoublent, ou bien elles sont oxydées et parfois réduites.

A cette occasion, M. Gubler fait une étude complète du rôle singulier de l'albumine, qui invisque beaucoup de substances et s'oppose en partie au jeu des affinités chimiques, ainsi qu'à la réalisation de l'action physiologique dans le système sanguin. Il montre que pour agir, la plupart des médicaments doivent s'échapper des vaisseaux sanguins et pénétrer dans les tissus.

L'intersusception a lieu, soit par imbibition pure et simple, soit en vertu de l'affinité et par une sorte de combinaison chimique, soit enfin par l'intermédiaire de la nutrition, le médicament ou le poison devenant pour un temps partie intégrante de l'organisme.

Quand les substances ingérées à titre de médicaments ont accompli leur rôle au sein de l'organisme, elles doivent en sortir. M. Gubler étudie les voies et moyens d'élimination, et signale un ordre de faits jusque-là méconnu : c'est l'élimination par la séparation des éléments caducs de l'organisme (épiderme, épithélium, poils, ongles). Il pose les règles qui président à l'élimination par les sécrétions. Les substances médicamenteuses ou toxiques suivent les voies qui leur sont tracées d'avance par leur analogie ou leur similitude avec certains produits normaux de l'économie. Elles s'éliminent rapidement ou lentement, selon qu'elles sont plus ou moins hétérogènes à l'organisme, et qu'elles sont aptes ou non à prendre part à la composition de nos fluides ou de nos tissus.

Au passage à travers les émonctoires, les médicaments subissent de nouveaux changements en partie confondus avec ceux qui ont lieu dans la circulation.

Ces faits établis, M. Gubler fait comprendre le mécanisme de l'accumulation d'action et de l'accumulation de doses, détermine l'influence de l'habitude et définit la tolérance.

Puis il étudie l'influence des conditions du sujet sur l'action médicamenteuse : conditions d'âge, de sexe, de tempérament, de taille, de force ou de faiblesse, de jeûne ou de réplétion ; l'influence des climats, des races, des maladies spontanées ou artificielles.

Il trace les règles relatives à la détermination des doses, et introduit quelques rectifications nécessaires dans les tableaux dressés successivement par Gaubius, Hufeland et Young.

Des considérations sur les médications et sur ce que M. Gubler appelle la tactique thérapeutique ou *thérapeutaxie*, terminent l'exposition de la thérapeutique générale.

Étant connue la valeur des agents médicamenteux, leur manière d'agir, leurs évolutions au sein de l'économie, etc., il faut encore apprendre à les mettre en œuvre dans un but déterminé et suivant des conditions fixées d'avance.

Leurs rôles, en effet, sont variés. Tantôt on les adresse à la cause (médication contra-causale, anglais *contra-causation*), tantôt et plus souvent on les dirige contre un désordre organique auquel il s'agit de remédier par une action directe portée sur le siége du mal, ou par une action détournée constituant la révulsion ou la dérivation.

A cette occasion, M. Gubler a cru devoir soumettre à une appréciation critique ce qu'il a nommé la grande erreur médicale de ce temps-ci : la doctrine homœopathique et celle des doses infinitésimales ; la dernière manifestement absurde, l'autre moin évidemment déraisonnable, mais incapable de résister à un examen sérieux.

Tel est en quelques mots le plan de la thérapeutique générale, développée l'an dernier par M. Gubler et résumée cette année au début du cours.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. DEMARQUAY

Recherches sur les kystes hydatiques développés chez l'homme dans le tissu musculaire et intermusculaire.

Par M. Georges BOYRON, externe des hôpitaux.

Les hydatides peuvent se rencontrer chez l'homme dans tous les tissus de l'économie, mais à un degré de fréquence très-différent. C'est dans le parenchyme du foie qu'on les trouve de beaucoup le plus fréquemment. On en rencontre assez souvent dans les organes abdominaux et thoraciques, les poumons, le cœur, la rate, les reins, les épiploons ; on les a encore remarquées entre le cristallin et la choroïde, dans le cerveau, dans le tissu cellulaire et musculaire. Nous avons l'intention de ne nous occuper ici que des kystes hydatiques qui se rencontrent dans le tissu musculaire ou entre les différents muscles d'une même région.

Avant d'aller plus loin, nous allons exposer, en quelques lignes, l'histoire des vers vésiculaires qui forment les kystes hydatiques. Épars çà et là dans les auteurs, ces renseignements, acquis tout nouvellement à la science, nous seront d'une grande utilité pour résoudre certains points encore obscurs sur l'étiologie des vers cystoïdes.

Dans l'histoire des échinocoques, en effet, on trouve dans tous les auteurs un point complétement négligé, c'est celui qui a trait au mode de formation de ces vers dans l'intérieur des organes où ils se développent.

Les médecins ont appelé *hydatides* ou vers *cystiques* un groupe d'helminthes qui a disparu depuis quelques années des cadres de la classification, depuis que les naturalistes ont établi que ces êtres sont un état transitoire et non pas définitif. Ce sont les *jeunes* d'autres animaux que l'on était habitué à en séparer : les *ténias* ou *vers rubanés.*

Ainsi les hydatides sont un des états de transformation successive des ténias.

Le lien qui unit l'hydatide au ténia est aujourd'hui connu par des travaux qui ont eu un très-grand retentissement parmi les zoologistes, et qui ont fourni des arguments précieux aux discussions sur les générations spontanées et les théories du parasitisme.

Le ténia est l'animal parfait. Il est caractérisé par la possession des sexes. Il produit un œuf qui se développe en un embryon appelé *hexacanthe*, parce qu'une de ses extrémités est garnie de six crochets ; mais ce n'est pas encore l'hydatide. A l'aide de ses crochets, l'embryon, qui a été introduit dans le tube digestif de l'homme avec sa nourriture, perfore ses tissus, chemine dans leur intérieur, et va choisir un lieu d'élection où se trouvent le mieux remplies les conditions favorables à son développement.

Pour atteindre ce second état, l'état hydatique, l'embryon hexacanthe devra se transformer ; la partie supérieure, qui présentait des crochets, s'est allongée ; la partie inférieure se renfle. Si les choses en restent là, on se retouve en présence d'une hydatide *cysticerque*. Mais ce n'est pas le cas qui peut intéresser le plus le chirurgien.

La vésicule caudale va bourgeonner, et, par une véritable gemmation, produire, soit au-dessus, soit à l'extérieur, de nouveaux êtres pareils à celui qui a été le point de départ. Alors, on a devant les yeux une vésicule plus ou moins considérable dans, l'intérieur de laquelle sont implantées des têtes. Les têtes sont distinctes ; la vésicule caudale est commune. Cet être polycéphale, c'est l'échinocoque. De temps à autre, une de ces têtes

peut se détacher et aller reproduire, dans le voisinage ou la contiguïté de la première, une vésicule hydatique semblable à celle dont elle provient.

Autour de ces vésicules hydatiques, qui quelquefois ont une dimension considérable, les tissus ambiants forment une poche, une enveloppe kystique. On a le *kyste hydatique*. Le plus souvent, le développement s'arrête là. Si l'hydatide appartient au ténia *serrata*, et si un chien venait à ingurgiter un fragment de ce kyste, le développement aurait lieu, et l'hydatide deviendrait un vers solitaire du chien. Le cysticerque du cochon, absorbé par l'homme, devient chez lui ver solitaire.

Symptomatologie. — Le plus grand nombre des kystes hydatiques se développent lentement, et la lenteur qu'ils mettent à s'accroître est même un bon moyen pour arriver au diagnostic. Ils peuvent surtout, dans le tissu musculaire, acquérir un volume considérable sans produire d'accidents; mais s'ils se développent dans le parenchyme d'un organe, ils pourront, par la compression qui sera la conséquence naturelle de leur accroissement, entraîner les désordres les plus graves.

Quand le kyste siége dans le tissu musculaire, le malade n'accuse ordinairement pas de douleur; la peau qui recouvre la tumeur ne présente pas de traces d'inflammation, ce qui explique comment certains malades peuvent garder ces sortes de tumeurs pendant des laps de temps considérables. L'observation suivante est la preuve de ce que nous venons d'avancer.

Obs. I. — M. Reynal rapporte qu'il a opéré un kyste hydatique siégeant à la partie latérale gauche du cou, s'étendant sur le tiers externe de la face, du volume de la tête d'un enfant, indolent, sans inflammation. On y percevait une fluctuation manifeste. Il y avait quarante-trois ans que le malade avait remarqué cette grosseur. Il fit, dans toute son étendue, une large incision qui laissa sortir de nombreuses hydatides. Le malade guérit. — (Reynal, *Bulletin des sciences médicales de la Société du département de l'Eure*, juillet 1859.)

Dans tous les auteurs, on trouve un signe pathognomonique pour reconnaître les kystes hydatiques; seulement, dans la plupart des cas, ce signe manque. En effet, parmi toutes les observations que nous avons réunies, une seule fois nous avons vu M. Nélaton reconnaître un kyste hydatique au *frémissement hydatique*; dans tous les autres cas, nous ne voyons rien de semblable. Pour les kystes hydatiques du foie, ce signe a une plus grande valeur; on le rencontre beaucoup plus fréquemment; aussi M. Piorry a-t-il insisté sur ce frémissement. Pour le sentir, il faut appliquer, avec une certaine pression, sur la partie la plus saillante de la tumeur, trois doigts écartés, et si l'on donne alors sur celui du milieu un coup sec et rapide, les deux autres doigts perçoivent le frémissement d'une manière très-nette.

On a expliqué ce frémissement par la présence de plusieurs hydatides secondaires dans une hydatide mère; c'est le frottement de ces hydatides les unes contre les autres qui produirait ce frémissement. Les kystes qui contiennent une seule hydatide ne présenteront donc pas ce frémissement.

Dans l'observation suivante, que nous avons recueillie à la Maison municipale de santé, dans le service de M. Demarquay, malgré la multiplicité des hydatides, nous n'avons pu percevoir ce frémissement.

Obs. II. — Mme veuve B... est entrée le 17 août 1869 dans le service de M. Demarquay, à la Maison de santé, pour se faire opérer d'une tumeur qu'elle porte dans le côté gauche, entre les deux dernières fausses côtes.

Cette femme, âgée de 49 ans, habite la campagne et travaille dans les champs.

Elle nous dit qu'elle s'est aperçue du développement de cette grosseur il y a à peu près deux ans; elle n'est pas douloureuse et ne la gêne nullement pour vaquer à ses occupations; seulement, il lui est impossible de dormir couchée dessus, et elle ne peut rester assise, car, dans cette position, la tumeur lui fait mal; son appétit est conservé; sa santé paraît bonne. Elle ne se rappelle pas avoir reçu de coup en cet endroit. Les poumons sont sains, et toutes les fonctions, chez notre malade, s'accomplissent physiologiquement.

Si l'on examine avec soin la partie malade, on constate, située immédiatement sous la peau, vers les deux dernières fausses côtes gauches, sur la partie externe, une tumeur grosse comme le poing, rénitente, élastique, nullement enflammée; on peut la presser sans faire souffrir la malade. Au premier abord, M. Demarquay diagnostique un abcès froid, développé sur la dernière côte. Huit jours après son entrée à l'hôpital, le chirurgien fait une incision transversale, et arrive sur une poche blanche qu'il ouvre d'un coup de bistouri; un jet de liquide incolore s'échappe par l'ouverture, et en agrandissant un peu la plaie, M. Demarquay retire une poche blanche qui, du reste, énuclée facilement. Cette poche, qu'il est facile de reconnaître pour une hydatide mère, s'était développée entre les deux muscles intercostaux; elle appuyait sur la dernière côte, qu'elle avait même usée sur une surface assez large, comme on peut s'en assurer en introduisant le doigt dans la plaie restée béante.

Le kyste enlevé avec autant de facilité était uni aux muscles intercostaux par un tissu cellulaire très-lâche, car il suffit de tirer pour l'extirper complétement.

La surface interne de ce kyste est blanche et lisse, semblable à une membrane séreuse; elle renferme plusieurs hydatides, dans l'intérieur desquelles on trouve un liquide transparent qui contient une quantité variable de granulations qui lui donnent une teinte légèrement opaline. On voyait flotter dans le liquide un certain nombre de ces granulations; mais un nombre beaucoup plus grand semblait s'être fixé à la face interne de l'hydatide, et s'être réuni par place de façon à former des îlots de granulations. Examinées au microscope, on a trouvé que ces granulations n'étaient autre chose que des échinocoques; car les crochets caractéristiques de cet entozoaire se voyaient en abondance.

On introduit de la charpie dans la plaie. Ce pansement est changé tous les jours, et quinze jours après l'opération la malade, sans avoir eu aucun accident inflammatoire, retourne chez elle à peu près guérie.

Comme nous l'avons dit, la durée des kystes hydatiques peut être très-longue, et par l'exemple cité précédemment, on pourrait croire que c'est une affection interminable. Mais tous les kystes sont loin d'avoir la même marche. Les uns, arrivés à un certain volume, s'ouvrent et laissent écouler le liquide qu'ils contiennent. Les parois peuvent alors s'enflammer et le kyste guérir.

Obs. III. — M. Soulé, dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1852, rapporte l'histoire d'un kyste hydatique développé dans le biceps gauche, qui s'ouvrit de lui-même et laissa écouler une suppuration onctueuse et filante. L'ouverture s'étant bouchée, on fit une incision, et quelques jours après il en sortit une hydatide qui fit reconnaître la nature de la tumeur. La guérison se fit vite. (*Gazette des Hôpitaux*, 1852, p. 144.)

Les autres, et c'est le cas le plus heureux, se flétrissent, les hydatides meurent, la poche s'aplatit, le liquide se résorbe, et les bords se réunissent par un enduit jaunâtre qui ressemble à du mastic de vitrier.

Obs. IV. — Le cas observé par MM. Charcot et Davaine, d'un kyste gros comme un œuf de poule, trouvé dans le foie d'une vieille femme, met cette terminaison heureuse hors de doute. Ses parois étaient, dit M. Davaine, très-épaisses, et sa cavité contenait une matière qui avait l'apparence du mastic de vitrier, avec quelques lambeaux hydatiformes. L'existence de crochets d'échinocoques ne laissa pas de doute sur sa nature. L'épaisseur de ses parois, son petit volume relatif, son contenu, ne permettaient pas de douter qu'il n'eût subi une transformation et un retrait. — (Davaine, *Histoire des entozoaires.*)

On a vu des kystes hydatiques acquérir des dimensions incroyables; l'observation suivante nous en montre un qui contenait 8 litres de liquide. On comprend qu'un kyste aussi volumineux, développé dans le tissu musculaire, puisse, n'importe où il se trouve, produire des accidents graves qui retentiront sur l'organisme tout entier. Si une aponévrose vient brider le kyste extérieurement, la compression qu'il exercera sur les vaisseaux sous-jacents pourra être assez forte pour arrêter la circulation et produire les accidents habituels en pareil cas.

Obs. V. — M. Cailleux rapporte qu'en 1867 il a traité une malade qui vers l'âge de 15 ans, époque de sa menstruation, a senti une tumeur se développer dans l'hypochondre gauche. Jusqu'à 18 ans la tumeur sembla rester stationnaire; mais à partir de cette époque elle augmenta chaque année, jusqu'à l'âge de 32 ans, et descendit dans la cuisse. Ses menstrues ont toujours été irrégulières.

A ce moment, l'aspect général est mauvais; il y a un amaigrissement notable et un aspect cachectique bien prononcé. La malade n'a eu aucun trouble de la digestion, elle n'a jamais toussé. Le ventre présente une tumeur dure, légèrement fluctuante, qui occupe tout l'hypochondre gauche et une partie de l'hypochondre droit, remonte dans la région épigastrique et descend jusque dans la partie interne de la cuisse, après avoir subi une sorte d'étranglement en passant sous l'arcade de Fallope. La malade avait été examinée par plusieurs médecins et chirurgiens de Paris, entre autres par un célèbre professeur de clinique chirurgicale, qui avait porté ce diagnostic : abcès par congestion, tenant à une lésion des vertèbres ou des os du bassin. Nul n'avait pensé à un kyste hydatique du muscle psoas iliaque. Bien convaincu qu'il avait affaire à un abcès par congestion, M. Cailleux fit une ponction, qui ne laissa rien sortir; seulement, en retirant la canule, il remarqua que quelques débris d'hydatides en avaient bouché l'ouverture; une incision de 6 centimètres fut faite à l'endroit où le trocart avait été enfoncé; la poche kystique, située dans le plan profond musculaire, dans la gaîne du psoas, entre le triceps fémoral et les adducteurs, ouverte, donna issue à un flot de liquide qui contenait des débris d'hydatides et des acéphalocystes de tout volume. La quantité de liquide sortie de ce kyste fut évaluée à 8 litres. L'intérieur de la poche bien lavé avec de l'eau tiède, on y injecta de la teinture d'iode mêlée à l'iodure de potassium, une mèche enduite de cérat fut introduite dans l'intérieur; de temps en temps on renouvela les injections, et quatre mois après l'opération la malade était parfaitement guérie, et les menstrues étaient redevenues régulières.

(*A suivre*).

ÉPILEPSIE

DEUX NOUVEAUX CAS DE GUÉRISON PAR LE BROMURE DE POTASSIUM A HAUTE DOSE.

Par M. le docteur H. Ravin-Bussière.

La pratique si pénible de la médecine, à la campagne, laisse peu de loisirs et ne permet guère de rédiger des observations et de les adresser aux journaux spéciaux. Toutefois, je suis si frappé des résultats extraordinaires que j'ai obtenus chez deux malades, à l'aide du bromure de potassium, que je me considère comme engagé — par le succès lui-même — à ne point laisser tomber dans le silence et l'oubli la petite relation clinique qui va suivre. Si dans les bureaux du journal on la trouve digne d'être publiée, j'en serai très-flatté.

I. — Un cultivateur aisé, âgé de 33 ans, qui avait été exonéré du service militaire pour cause d'épilepsie ancienne, tombait environ deux ou trois fois par semaine. Il ne suivait aucun traitement depuis quelques années, mais il avait été autrefois traité par la belladone, l'atropine, les préparations de zinc, le valérianate d'ammoniaque, etc. Un maréchal-ferrant lui avait même fait boire pendant deux mois de l'urine d'enfant !.... Sur les conseils d'une sage-femme, il s'était marié à l'âge de 26 ans. Il avait eu trois enfants qui moururent de convulsions dans les premiers mois de la vie.

Louis M. était peu intelligent, irritable, et ne possédait aucune mémoire. Il avait des attaques d'épilepsie dans les champs, sur les routes, au café, chez lui; il avait plusieurs fois failli être écrasé par sa voiture. Un jour, il tomba même dans le feu. Après ses attaques, il était troublé, ahuri, hébété. Il essayait de dire quelques mots, mais le plus souvent il était maussade et grossier. — Cette situation était intolérable pour le malade et fort pénible pour autrui.

Au mois de novembre 1868, j'appris par la *Gazette des hôpitaux* qu'un de nos plus savants confrères, M. Legrand du Saulle, obtenait à l'hospice de Bicêtre des succès signalés dans le traitement de l'épilepsie, et je proposai alors à Louis M. de lui faire suivre le traitement qu'indiquait mon journal. Le malade accepta, mais sans confiance aucune.

Le 7 décembre suivant, nous commençâmes par la dose de deux grammes de sel bromique dans un demi-verre d'eau sucrée, puis j'arrivai à trois et quatre grammes assez rapidement. Le malade maigrit, s'enchifrêna, ne mangea plus, eut de la diarrhée, tomba plus souvent et accusa une faiblesse marquée.

Nous allions abandonner l'expérience, lorsque l'idée me vint que le bromure de potassium était peut-être de mauvaise qualité. Je fis venir du sirop de Henry Mure au bromure de potassium (exempt de chlorure et d'iodure), j'en donnai une, deux, puis trois cuillerées à soupe, par jour, c'est-à-dire deux, quatre et six grammes de sel, et à partir du 1er avril 1869, voici quel a été le bilan des crises : avril, 8; mai, 9; juin, 5; juillet, 5; août, 3; septembre, 4; octobre, 1. Depuis le 16 octobre dernier, non-seulement le malade n'est plus tombé et, avant le traitement, la moyenne normale des attaques oscillait entre 9 et 13 crises par mois — mais encore il est devenu plus actif, plus intelligent, plus causeur, meilleur camarade et plus laborieux. En un mot, Louis M. est complétement changé à son avantage. Dans le pays on n'en revient pas.

II. — A quatorze kilomètres de chez moi, je connaissais une famille très-affligée par la maladie convulsive d'une jeune fille de seize ans, menstruée depuis dix-huit mois, et dont les crises tendaient toujours à se rapprocher. J'avais même été témoin un jour, d'une très-franche attaque d'épilepsie, avec cri, chute, émission d'urine, etc., etc. Depuis que la menstruation s'était établie, les attaques précédaient ou suivaient immédiatement les règles, mais il n'y avait jamais moins de trois, quatre, cinq ou six crises dans la même journée. Seulement, en dehors de l'influence cataméniale, il était rare qu'il se produisît des accidents nerveux.

Je commençai le traitement par le sirop de Henry Mure, au bromure de potassium (exempt de chlorure et d'iodure), le 11 mai 1869, le lendemain d'une époque menstruelle et d'une série de six attaques d'épilepsie, et je ne tardai pas à m'apercevoir qu'il y avait beaucoup moins de relation entre les règles et la névrose consulsive que je ne l'avais cru tout d'abord. Voici en effet ce qui arriva : quinze jours après le commencement de la médication bromurée, trois attaques vinrent surprendre la malade de la façon la plus inattendue; les règles apparurent douze jours après et ne furent ni précédées ni suivies d'attaques épileptiques, et l'on ne releva plus que deux crises en juin, une en juillet et une en août. Depuis ce temps, les convulsions ont disparu, mais je continue par précaution l'usage du sirop de Henry Mure, à la dose de deux cuillerées par jour.

En présence de ces deux faits, il me paraît bien évident que le bromure de potassium, lorsqu'il est d'une grande pureté chimique, peut rendre dans les affections nerveuses les plus grands services. Je suis tellement surpris d'avoir réussi de la sorte que, dans l'intérêt de l'humanité, je me prends quelquefois à espérer que l'on pourra rendre à la santé tous les épileptiques. Mais je dois dire que l'un de mes confrères a dernièrement traité la sœur d'un instituteur primaire, et qu'il a échoué à peu près complétement. Avait-il suivi le *modus faciendi* que M. Legrand du Saulle a fait connaître par l'intermédiaire de la *Gazette des Hôpitaux?* C'est ce que je ne saurais dire, mais j'ajoute — et ceci n'est point un épigramme — que si les journaux de médecine, au lieu de tant s'occuper de science appliquée ou d'anatomie pathologique, voulaient donner plus d'attention à la thérapeutique expérimentale et à la clinique thérapeutique, les malades ne s'en porteraient peut-être pas plus mal.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 16 mars 1870. — Présidence de M. Alph. Guérin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprennd :

— Les journaux de la semaine. — La *Gazette médicale de Strasbourg*. — Le *Bulletin général de thérapeutique*. — Le numéro de mars des *Archives générales de médecine*. — Le *Bulletin de la Société de médecine pratique de Paris*, année 1869.

— *Désarticolazione di gamba al ginocchio per tetano-traumatico, e nuovo processo d'amputazione della coscia con lembo rotuliano.* Mémoire in-4° avec planche. Bologne, 1870, par le professeur Fr. Rizzoli.

— M. Chassaignac dépose sur le bureau, au nom du docteur Pontoire, un *Mémoire contenant toutes ses opérations chirurgicales depuis l'année 1842.* — Renvoyé à une commission composée de MM. Verneuil, Trélat et Chassaignac.

COMMUNICATIONS

Anesthésiques. — M. Liégeois. J'avais à opérer ces jours derniers des chancres phagédéniques, et le chloral ayant provoqué, comme d'habitude, le sommeil, mais non l'anesthésie, je chloroformai le malade. Mon étonnement fut grand en voyant que cette asso-

ciation, loin d'activer les effets, ne produisait qu'une excitation qui a duré aussi longtemps que je continuais les inhalations. Je tenais d'autant plus à faire constater ce résultat, qu'il est en opposition avec l'identité d'action que Liebreich crut avoir trouvé entre le chloral et le chloroforme, et que d'autres ont admise d'après lui.

M. GIRALDÈS. Procédant différemment, j'administrais chez des enfants chloroformisés, et qui étaient très-agités, une potion au chloral. L'effet de cette association a été de provoquer un sommeil paisible pendant cinq et onze heures de suite. Depuis cette époque j'emploie fréquemment le chloral en potion ou en lavement, toutes les fois que les enfants restent excités après avoir été chloroformés, et toujours avec succès.

M. LIÉGEOIS. M. Cl. Bernard a déjà démontré, pour l'association du chloroforme et de la morphine, que les effets sont tout opposés, suivant que l'on administre l'un ou l'autre de ces deux agents le premier. Ce que vient de dire M. Giraldès prouve qu'il en est de même du chloral et du chloroforme.

M. DEMARQUAY. J'ai pris l'habitude d'administrer chez tous mes opérés de *deux* à *cinq* grammes de chloral dans du sirop, ce qui a pour effet de les tenir calmes pendant le reste de la journée, et de supprimer les fortes douleurs qui suivent l'opération.

M. GIRAUD-TEULON. Chez les enfants, je me sers de préférence des inhalations d'éther. Une fois, ayant administré chez un petit garçon du chloral, je voulus l'anesthésier ensuite par l'éther, sans parvenir à autre chose qu'à l'exciter fortement. C'est là un fait confirmatif de ce que disait tout à l'heure M. Liégeois au sujet de l'association du chloral et du chloroforme, et qui démontre que les choses se passent de même avec l'éther. Il serait intéressant de poursuivre ces recherches pour savoir s'il en est ainsi des autres anesthésiques.

Œsophagotomie. — M. DOLBEAU. J'ai eu l'occasion de pratiquer deux fois l'œsophagotomie interne.

Une première fois chez une jeune fille qui, dix huit mois auparavant, dans un moment de désespoir d'amour, voulut se suicider en avalant de l'acide sulfurique. Appelé auprès d'elle par mon ami le docteur Cadet-Gassicourt, je constatai une dysphagie telle qu'elle ne pouvait plus avaler que du bouillon et du lait. Pendant huit jours, je tentai le cathétérisme sans parvenir à franchir le rétrécissement; et ce n'est qu'au bout de ce temps que je pus passer la première petite olive de la série, telle qu'elle est fabriquée par la maison Charrière. Cet instrument consiste, comme on sait, en une tige de baleine, munie à son extrémité œsophagienne de plusieurs olives en ivoire disposées en chapelet et d'un volume progressivement croissant. A partir de ce jour, je répétai le cathétérisme, et je parvins ainsi à dilater le canal jusqu'à lui donner un diamètre de 5 à 6 millimètres, ce qui permit à la malade de s'alimenter avec des bouillies.

Arrivé à ce point, le rétrécissement restait stationnaire, et de plus j'éprouvai toujours une très-grande difficulté à franchir le rétrécissement de bas en haut, à tel point que j'ai craint un jour de ne plus pouvoir dégager la sonde. Je me décidai, dès lors, à pratiquer la section, ou pour mieux dire la scarification du rétrécissement à l'aide d'un œsophagotome que j'ai fait construire par MM. Robert et Colin. Cet instrument se compose d'une boule terminale conique, de 6 millimètres de diamètre à la base, et de deux lames latérales coupantes qui, à l'aide d'un mécanisme spécial de la tige, se développent alors que l'olive, ayant franchi le rétrécissement, se trouve ramenée contre l'obstacle par un mouvement rétrograde. Le développement de ces lames coupantes se trouve exactement borné au diamètre de la boule, de sorte qu'on est parfaitement sûr de ne pas dépasser les limites du tissu cicatriciel.

La section du rétrécissement fut faite avec la plus grande facilité, sans douleur et sans avoir eu une seule goutte de sang. La dilatation fut alors reprise, et nous pûmes ainsi atteindre rapidement 1 centimètre, ce qui permit à la malade de s'alimenter comme tout le monde, à la condition de continuer à se cathétériser tous les jours.

L'année dernière, j'ai eu à traiter, à l'hôpital Beaujon, une autre malade dont la dysphagie remontait à deux ans, et qui avait ingéré pareillement de l'acide sulfurique. Après un cathétérisme progressif jusqu'à 5 ou 6 millimètres, nous fûmes arrêtés par la même impossibilité d'aller plus loin, ce qui m'engagea de pratiquer l'œsophagotomie comme précédemment. Le cathétérisme ayant été alors repris, j'arrivai rapidement à une dilatation de 1 centimètre, permettant une alimentation complète. Ici encore il n'y eut ni douleur ni hémorrhagie, et nous congédiâmes la malade en lui recommandant de se sonder journellement.

L'œsophagotomie retrograde, dans les limites que je viens de préciser, me paraît une opération sûre, non dangereuse, et applicable à *titre d'exception* dans les cas où il y a urgence. Je dis à titre d'exception, attendu que le cathétérisme de l'œsophage n'est pas chose facile, et dès lors on n'est pas toujours sûr de couper juste là où il faut. A cet égard, l'instrument de M. Trélat me paraît plus hasardeux, comme devant exposer à de fausses routes; preuves, l'hémorrhagie et l'œsophagite dont il a été témoin.

M. TRÉLAT. Je suis d'accord avec M. Dolbeau sur la rareté de l'indication de l'œsophagotomte, en substituant seulement l'expression de cas de *nécessité* à celui d'urgence, attendu que l'opération pouvant être différée de quelque temps, il n'y a pas urgence à proprement parler.

L'instrument de M. Dolbeau est certainement bon; seulement, il est à faculté limitée, et se borne, à une simple scarification destinée ici comme pour l'urèthre, à rendre le cathétérisme ultérieur plus fructueux.

Le malade que j'ai eu à traiter n'était point dans les conditions des deux femmes dont a parlé M. Dolbeau. La coarctation, qui laissait passer une olive de 5 millimètres, cédait à peine à la dilatation. Je débutai par une incision, avec un écartement de lames de 13 millimètres, et je n'obtins ainsi qu'une dilatation de 1 millimètre. Force donc a été de recommencer avec un écartement de 15 millimètres, puis une troisième fois avec 20 millimètres. et ce n'est qu'alors que j'ai pu arriver à passer une olive de 12 millimètres Dans les cas de M. Dolbeau, au contraire, une simple scarification a suffi pour atteindre rapidement 1 centimètre de dilatation.

Sans doute, avec une série d'instruments comme celui dont a parlé M. Dolbeau, j'aurais pu pratiquer aussi mes incisions successives; seulement, j'ai cru plus simple d'employer, comme pour l'urèthre, un instrument à développement variable. Quant à la difficulté et aux dangers de l'emploi de celui-ci, je les crois hypothétiques, et si j'ai eu une hémorrhagie après la dernière suture, avec 20 millimètres d'écartement des lames, c'est que les circonstances exceptionnelles propres à ce cas m'ont forcé d'aller trop loin. Je prendrai à témoin les deux premières incisions, qui n'ont provoqué aucune douleur et pas fourni une seule goutte de sang.

Dans les cas de coarctation par brûlure, comme ceux de notre collègue, le tissu cicatriciel se trouve disposé sous forme de plaques ou de brides irrégulièrement étalées, n'intéressant souvent qu'une partie de la circonférence du canal œsophagien. De là la facilité avec laquelle il se laisse dilater; tandis que lorsqu'on à affaire à de rétrécissements fibreux annulaires, comme chez mon malade, les difficultés à vaincre sont bien autrement grandes.

Opération de la cataracte. — M. GIRAUD-TEULON. La kératotomie dite linéaire, ou méthode de Græfe, a l'avantage de captiver aujourd'hui l'attention des chirurgiens de tous les pays, et à ce titre je demande la permission de vous entretenir d'un nouveau procédé qui se rapporte à cette méthode.

L'incision linéaire est fondée, vous le savez, sur deux principes fondamentaux, qui sont:

1° Incision réduite *au juste nécessaire* pour permettre l'issue du cristallin.

2° Placer l'incision de façon que, par sa *direction* suivant un arc de grand cercle (Græfe), et sa *situation* périphérique sur le limbe scléral (Jacobson), elle se prête le mieux possible à la réunion immédiate.

L'incision ancienne ou à lambeau, comme toute opération qui passe par un petit cercle de la sphère, fait que le lambeau qui en résulte se trouve soulevé, par suite de la tension intra-oculaire, à l'instar du couvercle d'une tabatière, et cela d'autant plus que le lambeau offre plus de hauteur.

D'autre part, il reste démontré que les plaies qui intéressent la cornée se cicatrisent moins vite que celle du limbe scléral. Autre raison pour préférer l'opération nouvelle à l'ancienne.

M. Græfe se sert, pour pratiquer son opération, d'un bistouri très-étroit, qu'il fait cheminer parallèlement à l'iris, presque en rasant la face antérieure de celui-ci, et de façon que toute l'incision tombe dans le limbe scléral, à l'exception de son milieu, qui seul intéresse le sommet de la cornée.

La longueur de l'incision mesure de 10 à 11 millimètres, et se trouve ainsi avoir, lors de l'écartement des deux lèvres, une étendue égale au volume de la lentille. Pour arriver à ce résultat, on pénètre à 1 millimètre et demi en arrière de la cornée, on fait cheminer la pointe du couteau obliquement jusqu'au centre de la pupille, puis on élève la pointe à l'horizontale, et on la fait ressortir de l'autre côté à 1 millim. 1/2 encore derrière la cornée. Tous ces temps doivent être faits avec une précision presque mathématique, sans quoi on risque soit de tomber trop en avant en pleine cornée, ce qui, entre autres inconvénients, donne un lambeau trop petit ou bien d'embrocher l'iris, le canal de Fontana, les procès ciliaires, la choroïde et la sclérotique, suivant que l'incision est involontairement portée plus ou moins en arrière; de là des hémorrhagies internes abondantes, et la procidence de l'humeur vitrée: accidents qui se sont montrées fréquemment au début de la méthode.

Pour se convaincre de toutes les difficultés inhérentes à cette opération délicate, il suffit de jeter les yeux sur les statistiques de chaque opérateur. L'on verra ainsi que pour les vingt premiers essais il y a véritablement trop d'insuccès.

Frappé de ces inconvénients, Weber fit construire un large couteau lancéolaire à bords coupant jusqu'au talon, où ils finissent même par devenir parallèles. Ce couteau est recourbé régulièrement sur l'une de ses faces, suivant un arc qui doit coïncider avec celui d'un grand cercle. On pénètre avec ce couteau juste à la jonction de la cornée et de la sclérotique, puis on les fait marcher parallèlement à l'iris jusqu'au talon, et ses bords tracent sur le limbe scléral une incision dans le plan d'un grand cercle.

J'ai légèrement modifié ce couteau cylindrique, en ce sens que je l'ai rendu plus large, et surtout je lui ai donné, conformément au calcul, une courbure plus en harmonie avec la direction du grand cercle.

J'ai opéré avec cet instrument un certain nombre de cataractes, et, habitué aux écueils de l'opération de Græfe, je n'hésite pas à donner toute ma préférence au couteau de Weber, comme étant plus sûr et n'exposant pas à l'apprentissage encore assez difficile à acquérir qu'exige le maniement du petit bistouri du professeur de Berlin.

Une vérité qu'il ne faut plus se dissimuler, c'est que *l'incision linéaire, si admirablement disposée pour faciliter la coaptation et la cicatrisation des lèvres de la plaie, rend par contre plus difficile l'issue du cristallin*. Les crochets, les curettes grandes ou petites, qui pendant les premières années de la méthode ont joué un grand rôle, et cela au détriment des yeux opérés, témoignent assez de cette difficulté. Græfe a abandonné il est vrai depuis cet outillage, mais aussi il s'est écarté dans la pratique de l'incision d'après la formule pour faire un petit lambeau scléral de 1 et demi à 2 millimitres de hauteur.

Pour éviter cette difficulté, j'emploie, comme Weber, un petit instrument en écaille ayant la forme d'une pelle à feu, à l'aide duquel je presse contre la lèvre postérieure de l'incision sclérale. Cette pression a pour effet de faire entrebâiller la plaie, et le cristallin, pressé de toute part, s'échappe alors avec d'autant plus de facilité que l'iris a été préalablement excisé. Toute pression sur un autre point du globe, loin d'expulser le cristallin, a pour effet de fermer les lèvres de la plaie, comme le ferait une boutonnière lorsqu'on vient de tirer sur ses deux extrémités, et c'est pour n'avoir pas nettement formulé ce précepte que Græfe a tâtonné au début, et que bien des médecins qui ne l'ont pas vu à l'œuvre se sont exposés à voir compromettre l'opération par l'issue de l'humeur vitrée.

M. TRÉLAT. Je suis très-approbateur de M. Giraud-Teulon au sujet de la difficulté réelle qu'il y a pour extraire le cristallin lorsque celui-ci est dur et sclérosé.

M. PERRIN. Je ne partage pas, pour mon compte, l'idée que la contreponction soit, dans le procédé de Græfe, d'une exécution véritablement difficile; aussi je passe outre.

Ce que j'admets, c'est la difficulté réelle de la sortie du cristallin dans les cas de cataractes entièrement dures. Cette difficulté ne se rencontre plus, pour les cataractes molles et les demi-dures, et con ces dernières constituent la grande majorité, il n'y a là aucune objection à tirer contre le procédé linéaire. Quant aux cataractes véritablement dures, Græfe propose d'agrandir l'incision en la faisant de 13 millimètres au lieu de 10 ou 11.

Aux curettes et au crochet, Græfe a renoncé bien vite pour arriver au simple glissement qu'il pratique bien certainemen en pressant sur la lèvre postérieure de la plaie sclérale.

La procidence de l'humeur vitrée dépend, non-seulement de pressions mal dirigées et de la situation périphérique de l'incision linéaire, mais, en outre de ce qu'on presse très-souvent avec la pince fixatrice de l'œil sans qu'on y fasse attention.

J'objecterai au couteau de Weber, de même qu'au couteau lancéolaire ordinaire, de ne pas donner au canal de la plaie une étendue égale en dedans qu'en dehors, et de rendre ainsi l'issue du cristallin plus difficile; c'est même pour cela que Græfe lui a substitué son couteau.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Fracture verticale double du bassin. — M. DEMARQUAY présente le bassin d'un homme qui s'est précipité du second étage et qui est mort sur le coup. Il existe une fracture du pubis, au niveau du trou oval, et une autre en arrière, à l'os iliaque, au niveau de la grande échancrure sciatique. Un éclatement, du fond de la cavité catyloïde, témoigne assez que la chute a dû se faire sur le grand trochanter.

Bien que cette fracture, décrite par Malgaigne, et observée aussi par Larrey et d'autres, semble à peu près constamment mortelle, M. Demarquay pense en avoir guéri une chez une femme qui, à l'examen direct, lui offrait les signes suivants: crépitation et mobilité en pressant sur la crête iliaque; vaste ecchymose de toute la racine de la cuisse et de la grande lèvre; enfin, rétention d'urine.

M. Demarquay cite en outre le cas d'un jeune homme tombé de haut, sur le siége, et qui, après bien des accidents et des abcès fistuleux de la région sacrée, finit par guérir en ayant perdu toute la partie postérieure du sacrum, qui s'est éliminée. Tout ce qui restait de son accident, c'était une paraphlégie incomplète.

M. LARREY. D'après l'étude des faits, je suis arrivé à conclure que, dans les cas de chute d'un lieu élevé, le bassin se fracture sans lésion articulaire concomitante, et c'est précisément ainsi que les choses se sont passées dans le cas que vient de nous communiquer M. Demarquay; tandis que lorsque c'est un poids très-lourd, une roue de voiture, par exemple, qui détermine la fracture, alors la disjonction des symphyses s'observe concurremment.

M. PANAS rappelle que sur un bassin qu'il présenta à la Société en 1868, et où il y avait une quadruple fracture verticale, deux de chaque côté, plus, une fracture du sommet du sacrum, la disjonction des symphyses existait, et, comme vient de le faire observer M. Larrey, c'était le passage d'une roue de voiture qui avait occasionné l'accident.

M. BLOT. J'ai disséqué le bassin d'une femme à terme tombée d'un second étage et morte peu de temps après. La fracture n'était accompagnée d'aucune disjonction des épiphyses, mais, chose curieuse, le crâne fœtal était le siége de deux fractures.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel: F. PANAS.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1870

1. Hardy (A.). Considérations sur les lésions athéromateuses des grosses artères dans leur rapport avec l'hypertrophie du cœur.
2. Bardin (Gustave). De l'influence de diverses maladies, et en particulier de la syphilis, sur la grossesse.
3. Pojolat (Lucien). Modifications imprimées aux laryngites par les diathèses et quelques maladies générales.
4. Fortin (Pierre). De la pneumonie intermittente ou fièvre pernicieuse pneumonique.
5. Tessel. (A.). De la laryngite striduleuse.
6. Jourjon (Baptiste). De l'influence des maladies aiguës sur quelques manifestations cutanées de la syphilis.
7. Vincent (J.). Du mécanisme de la luxation spontanée du fémur dans la coxalgie.
8. Laygue (J. B.) De l'emploi du bromure de potassium dans l'éclampsie puerpérale.
9. Madaune (Jean). De la gangrène du poumon.
10. Sautereau (Félicien). Etude sur les tumeurs de la glande laerymale.
11. Dézautière (Henri). Etude sur l'extension des altérations osseuses dans l'ostéite.
12. Delannégrie (Louis). De l'emploi du chloroforme dans les accouchements.
13. Badin (Vital). Contusions de la portion périnéale de l'urètre chez l'homme.
14. Festy (Edouard). De la ponction de la vessie.
15. Quertier (Joseph). De l'incubation de la variole.
16. Caubet (Armand). Contribution à l'histoire de l'hématémèse considérée au point de vue étiologique.
17. Voyet (Emmanuel). De quelques observations de thoracenthèse chez les enfants.
18. Tacheron (Edmond). Considérations sur le choléra dit *nostras* (à propos d'une petite épidémie à l'hôpital Saint-Antoine en 1869).
19. Lucas-Championnière (Just). Lymphatiques utérins et lymphangite utérine. — Du rôle que joue la lymphangite dans les complications puerpérales et les maladies utérines.
20. Hiblot (E.). Considérations sur l'évidement sous-périosté des os.
21. Hélot (Paul). Etude sur quelques cas d'hémiplégie hystérique.
22. Durand (Emile). Causes et traitement des pseudarthroses.

23. Arnaudet (Louis). De la transfusion du sang.
24. Mora (Eugène). Contribution à l'histoire des plaies des os.
25. Doutrebente (Gabriel). Recherches sur la paralysie générale progressive. (Historique, pathogénie, terminaison).
26. Rouault-Champglen (Charles). De la coqueluche.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Jeudi dernier ont eu lieu, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, la distribution des prix aux internes en pharmacie et la proclamation des noms des nouveaux élèves qui entraient en fonctions à partir du 1er avril 1870.

M. Byasson, pharmacien de l'hôpital du Midi, au nom des membres du jury du concours des prix, a rendu compte des opérations de ce concours, et M. Prunier, pharmacien de l'hôpital de Lourcine, a fait connaître les résultats du concours pour la nomination des internes.

Le prix de la première division des internes, consistant en une médaille d'or, a été remportée par M. Rabourdin, interne de troisième année à l'hôpital des Enfants-Malades. — L'accessit (livres) a été obtenu par M. Lextrait, interne de quatrième année à l'hôpital Saint-Louis.

Le prix de la deuxième division, consistant en une médaille d'argent, a été remporté par M. Portes, interne de deuxième année à l'hospice de la Vieillesse (hommes). — L'accessit a été obtenu par M. Delarue, interne de deuxième année à l'Hôtel-Dieu. — Deux mentions honorables ont été accordées : la première à M. Thibault, interne à l'hôpital de la Pitié; la deuxième à M. Colin, interne à l'hôpital Saint-Eugénie.

La séance a été terminée par la proclamation des noms des élèves qui, ayant achevé leur temps d'exercice dans les hôpitaux, ont reçu des médailles de bronze comme témoignage de la satisfaction de l'administration.

— M. le docteur Brochard vient d'être appelé à la direction médicale de l'établissement hydrothérapique de Serin près Lyon.

— Les médecins du bureau de bienfaisance, du 7e arrondissement viennent à *l'unanimité* faire la déclaration suivante :

« Les soussignés, médecins du bureau de bienfaisance du 7e arrondissement, après avoir examiné, suivi et comparé les résultats obtenus dans le service de vaccination établi à la mairie de cet arrondissement par le vaccin de génisse, émettent l'opinion sur les résultats plus qu'insuffisants, même chez les nouveau-nés, obtenus par ce procédé, qu'il faut y renoncer, et demandent qu'il soit mis à leur disposition du vaccin jennérien, à la condition que le vaccinifère soit examiné par l'un d'eux. »

(*Suivent les signatures*).

— *Faculté de médecine. — Cours complémentaire des maladies syphilitiques.* M. le docteur Alfred Fournier, agrégé de la Faculté, commencera ce cours le jeudi 7 avril, à neuf heures, à l'hôpital de Lourcine, et le continuera les jeudis suivants à la même heure.

MM. les étudiants seront admis sur la présentation de cartes qui sont délivrées au secrétariat de la Faculté.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance le mercredi 13 avril, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

Ordre du jour : 1° Lecture du rapport adressé par la Société à M. le préfet de la Seine, sur le nouveau service des vaccinations et revaccinations municipales. — 2° De la nécessité d'instituer dans chaque arrondissement de Paris un comité de vaccine, composé des médecins du bureau de bienfaisance, chargé des vaccinations et des revaccinations au moyen des deux vaccins.

— Un docteur en médecine demande à prendre la suite d'une position médicale à Paris ou aux environs.

S'adresser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Des affections sympathiques de la vue, par Albert Mooren, docteur en médecine et chirurgie de la Faculté de Berlin, médecin en chef de la clinique ophthalmologique de Dusseldorf, chirurgien honoraire de l'Institut ophtalmique de Liége. Traduction de l'allemand, par le docteur A. Lebeau. Liége, 1870, grand in-8°, de 155 pages. — Prix : 3 fr.

Étude sur la convention de Genève, pour l'amélioration du sort des militaires blessés dans les armées en campagne (1864 et 1868), par Gustave Moynier, président de la Société genevoise d'utilité publique et du comité international de secours pour les militaires blessés; l'un des plénipotentiaires de la Suisse aux conférences à Genève. 1 vol. in-18 de 376 pages. — Prix : 4 francs.

Des doctrines professées sur les affections de la peau depuis Plenck et Willan jusqu'à nos jours. Leçons professées à l'École pratique de la Faculté de médecine, par le docteur Baudot, professeur libre. Paris, 1870, in-8° de 40 pages. — Prix : 2 francs.

De l'ulcère chronique simple du duodenum, par M. le docteur A. Treillal. 1 vol. in-8, 1870. — Prix : 1 fr. 50.

Aphasie syphilitique, par le docteur Tarnowsky. 1 vol. in-8° de 132 pages. — Prix : 3 fr.

D'un signe certain et immédiat de la mort réelle, par le docteur Léon Danis. 1 vol. in-12 de 8 pages. — Prix : 50 c.

Le directeur, Dr E. Le Sourd

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois.. 16 — Un an..... 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ (M. Demarquay). Recherches sur les kystes hydatiques développés chez l'homme dans le tissu musculaire et intermusculaire. — Quelques remarques au sujet de la note de M. Wœstyn (M. Bouilland). — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — Feuilleton. — Nouvelle.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Pendant que la commission administrative dite des *Nourrissons* continue l'œuvre de l'Académie, pour lui donner vie et puissance, celle-ci reprend le cours interrompu d'une discussion qui n'est en quelque sorte qu'un corollaire ou un complément de la grande question de l'hygiène de la première enfance qu'elle a prise sous son patronage. On n'a pas oublié qu'au mois de septembre dernier, entre deux temps de la longue et importante discussion sur les nourrissons, s'est intercalé un rapport de M. Delpech sur l'hygiène des crèches, qui donna lieu immédiatement à quelques observations. Les deux questions ayant une étroite connexité entre elles, il fut décidé qu'elles seraient annexées et discutées simultanément. Mais il y a souvent loin d'une décision à un fait accompli. La discussion sur les nourrissons prit le développement que l'on connaît, et la question des crèches fut momentanémont laissée de côté. Maintenant que la première est terminée, il était tout naturel de revenir à la seconde. C'est ce qu'a fait l'Académie.

Avant de reproduire en substance ce qu'a dit hier M. Delpech à la tribune, il est bon de rappeler les termes généraux du rapport.

Le rapport de la commission, dont M. Delpech était l'organe, se résumait dans l'expression de cette opinion : qu'au point de vue des conditions hygiéniques qu'elle réalise pour les enfants qui lui sont confiée (les enfants de moins de deux ans), la crèche a des avantages incontestables; qu'elle constitue un progrès et un bienfait pour les classes laborieuses. Il concluait en disant qu'il y avait lieu de favoriser la généralisation de cette institution dans les communes habitées par les populations laborieuses, mais aux conditions suivantes :

N'ouvrir une crèche qu'après qu'une inspection administrative et médicale aura constaté la salubrité du local choisi et la convenance de l'organisation réglementaire.

N'y recevoir que des mères-nourrices travaillant hors de chez elles.

N'y recueillir les enfants que pendant le jour.

Ne les y admettre que sur la présentation d'un certificat de vaccine et une attestation de médecin constatant leur bonne santé.

Rendre les enfants à leurs parents dès qu'ils présenteront un symptôme de maladie.

Astreindre les mères à venir deux fois par jour, au moins, allaiter leurs enfants. N'autoriser le sevrage que sur l'approbation du médecin de la crèche, qui ordonnera et surveillera l'alimentation supplémentaire, et visitera la crèche une fois au moins par jour, pour s'assurer de la bonne santé des enfants et de l'observance de toutes les précautions de l'hygiène.

Fixer le nombre des enfants en raison de l'étendue du local choisi et indiqué dans l'ordonnance d'autorisation, etc.

Nous avons dit que quelques objections avaient été présentées contre l'avis de la commission et son projet de réglementation. Déjà et longtemps avant que l'Académie fut consultée sur ce sujet, l'institution des crèches avait soulevé, de la part d'hommes très-compétents en économie et en hygiène, des critiques assez sérieuses. Voici comment les énonçait en 1865 l'auteur d'un livre intitulé : *De l'organisation et du régime des secours en France*, feu M. Davenne, l'ancien directeur honoraire de l'Assistance publique.

« .... Si, au point de vue purement moral, la crèche semble à peu près irréprochable, à d'autres égards, elle a ses inconvénients et même ses dangers... Le premier et le plus à craindre, est la réunion d'un trop grand nombre d'enfants dans un même local, si bien aménagé, si proprement tenu qu'il soit. » Et en effet, on avait constaté, à Paris du moins, que les fièvres éruptives, les ophthalmies, les angines, avaient sévi avec intensité dans la plupart des crèches, ce qui s'était traduit, durant une année, par 222 décès sur 512 enfants ayant fréquenté les crèches; tandis que la mortalité moyenne, chez les enfants d'un jour à trois ans, n'excède pas le quart pour la population générale.

Une autre cause de mortalité signalée, est celle qui tient au va et vient de chaque jour, du logis de la mère à la crèche, et *vice versa*, le matin et le soir, en toute saison et par toutes les intempéries.

On signalait encore l'abus de la position horizontale pour l'enfant au berceau, faute d'un personnel suffisant pour les promener à bras, etc.

On invoquait enfin, comme un argument qui semblait comprendre et résumer toutes les objections, ce fait que la statistique des crèches du département de la Seine pour 1863 prouvait que l'institution avait peu progressé depuis sa fondation, et qu'elle était en partie déviée de sa destination primitive, la plupart de ces petits établissements, de crèches pour les enfants allaités qu'ils étaient dans le principe, étant devenus des sortes de *garderies* pour les enfants sevrés.

Une grande partie de ces objections et de ces critiques a été reproduite à la tribune de l'Académie, dans la séance du 5 octobre dernier, par M. Husson qui insistait surtout sur le danger des tendances toujours croissantes à la substitution de l'allaitement artificiel à l'allaitement maternel, et que lui semblaient favoriser encore en réalité les crèches, malgré le but en apparence contraire de leur institution. Sans repousser entièrement le système des crèches, M. Husson voulait qu'on en restreignît ou qu'on en modifiât l'usage, de manière à n'y recevoir que les enfants allaités par des mères contraintes à travailler hors de chez elles, et ne pouvant recevoir des secours suffisants à domicile, et à n'y admettre les enfants sevrés qu'après l'âge de 9 à 10 mois ; et il exprimait le vœu et le désir de voir surtout favoriser l'établissement des crèches à proximité et mieux encore à l'intérieur des manufactures où l'on emploie un grand nombre de femmes.

M. Bouchardat fut frappé comme M. Husson des dangers que pouvait présenter l'agglomération des petits enfants dans les crèches. Cependant devant l'énoncé des mesures rigoureuses de surveillance et de précautions proposées contre les chances possibles de propagation des maladies contagieuses, M. Bouchardat s'est rallié au projet de la commission.

Restait donc debout l'argumentation de M. Husson. C'est elle qui a fait l'objet principal, pour ne pas dire à peu près exclusif du discours qu'a prononcé hier M. Delpech. Nous plaçons les points principaux de sa réponse sous les yeux de nos lecteurs, sans autre commentaire, quant à présent, nous réservant de suivre attentivement toutes les phases de cette nouvelle discussion.

— La correspondance de l'Académie comprend plusieurs lettres relatives à la vaccine. Nous avons reçu nous-mêmes depuis quelques jours plusieurs communications sur ce sujet, qui émeut et agite en ce moment la plupart des praticiens. Nous consacrerons prochainement quelques pages à l'exposé et à l'examen de cette situation.

Dr Brochin.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. DEMARQUAY

Recherches sur les kystes hydatiques développés chez l'homme dans le tissu musculaire et intermusculaire (1).

Par M. Georges BOYRON, externe des hôpitaux.

Diagnostic. — Les kystes hydatiques développés dans les masses musculaires ont été jusqu'ici observés assez souvent pour que l'on puisse en faire une monographie complète. Tous les auteurs qui s'en sont occupés ont donné des signes qui semblent permettre d'asseoir le diagnostic sur des données certaines. Le *frémissement hydatique* qui, comme nous l'avons vu, est pathognomonique de cette affection, la marche lente de cette tumeur, le manque de rougeur et d'inflammation autour du mal, la consistance elle-même de l'hydatide, tout semble en un mot faire croire à un diagnostic des plus faciles. Cependant, si nous examinons avec attention les observations que nous avons rassemblées, nous voyons que presque toujours le médecin s'est trompé. Trois fois seulement le kyste hydatique a pu être diagnostiqué par Dupuytren, M. Nélaton et M. Denonvilliers, et tous trois, pour le diagnostiquer, se sont appuyés sur un signe différent, comme nous allons le voir par les observations qui suivent.

OBS. VI. — Dans ses cliniques, M. Dupuytren rapporte qu'il a eu en 1833 l'occasion d'observer un kyste hydatique du biceps, apparu brusquement, d'après le malade, à la suite d'un violent effort. Ce kyste, sans rougeur ni chaleur, est du volume d'un œuf de poule. Dupuytren, faisant le diagnostic différentiel de cette tumeur, arriva par exclusion à diagnostiquer un kyste hydatique. Il incise la tumeur qui, en effet, laisse échapper un grand nombre d'hydatides. Le malade guérit rapidement. (Dupuytren, *Clinique chirurgicale*, t. III, p. 358.)

Si, pour diagnostiquer le kyste hydatique, le frémissement pathognomonique de la maladie n'existe pas, il faut donc, comme

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

FEUILLETON BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons cliniques sur les maladies du cœur, professées à l'Hôtel-Dieu de Paris, par J. BUCQUOY, agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Cochin. 2e édition.

La première édition de ce livre a été épuisée avec une telle rapidité, qu'en moins d'une année il a fallu en faire une seconde. Nous n'avons qu'à enregistrer ce succès et à en rechercher les causes.

Ce qui distingue particulièremement cet ouvrage, c'est que, dans un exposé très-concis, Bucquoy a su réunir complétement les signes et les symptômes des maladies du cœur, tels que les fournissent les récents travaux de la physiologie et de la clinique.

Ces leçons s'adressent aux élèves, et Bucquoy a eu le mérite, pour donner plus de clarté à son sujet, de trouver un certain nombre de divisions nettes, et le mérite plus rare de leur rester fidèle.

Une des meilleures est certainement celle qu'il indique au commencement du livre :

« Vous savez parfaitement, dit-il, qu'il y a, dans le cours des affections cardiaques, une période où la maladie perd en quelque sorte la physionomie que lui donnait la localisation spéciale qui en a été le point de départ. Tous les symptômes concourent alors à mettre en évidence cet état connu sous le nom de cachexie cardiaques, et les signes propres à la lésion primitive se trouvent plus ou moins effacés. Laissez de côté d'abord ces cas peu favorables à l'étude clinique des maladies du cœur. Au lieu de ces malades marchant à grands pas, avec un ensemble de symptômes presque toujours identiques vers la terminaison fatale, cherchez de préférence ceux chez lesquels la maladie est beaucoup moins avancée. Chez ces derniers, vous verrez qu'elle a presque toujours ses caractères propres, sa forme véritablement typique, et il y a un tel rapport entre la lésion et les symptômes observés, que rien alors n'est plus aisé que d'en déduire des éléments positifs de diagnostic. »

Tel est l'esprit dans lequel ce livre se trouve conçu. Il nous a semblé curieux de donner à nos lecteurs la traduction de la critique que Niemeyer a faite de la première édition (P. Niemeyer, Schmidt's, Iahrbücher. Band, 144, Iahrgang, 1869, n° 11, p. 254.)

Ces leçons comprennent cinq cliniques, qui, d'une façon concise, mais bonne, nous donnent un tableau encyclopédique des maladies du cœur en général, et surtout des lésions organiques les plus fréquentes.

Dans chaque chapitre, l'auteur prend un exemple type dans son service et y rattache ensuite les considérations générales. Il commence l'exposé par l'étude des phénomènes périphériques. Ainsi, à propos d'une affection mitrale, il commence par l'hydropisie et finit par la série des phénomènes consécutifs et dépendant du domaine de la circulation.

L'auteur donne une grande attention aux phénomènes compensateurs et au pouls. Pour ce dernier, il donne même un certain nombre de traces sphygmographiques.

Ce tableau, assez complet, présente toutefois une lacune regrettable. Le symptôme très-important du renforcement du deuxième bruit de l'artère pulmonaire n'est pas mentionné. Aussi n'est-il pas étonnant d'entendre l'auteur lui-même parler, à propos du diagnostic différentiel, des lacunes qu'on y rencontre fréquemment. Du reste, ce symptôme paraît totalement inconnu des cliniciens français.

Parmi les particularités notables, signalons, dans les causes de la péricardite, outre celles que tout le monde connait, outre la chorée et la scarlatine, l'état puerpéral et surtout un allaitement prolongé (?).

Le bruit de souffle de la lésion mitrale se distinguerait surtout parce qu'il peut être suivi jusqu'au creux axillaire. On voit avec plaisir que l'auteur fait absolument grâce des subtilités sur la qualité du bruit de souffle. Il admet encore, d'après Gendrin, le bruit présyatolique que Racle a compendant lui-même désavoué.

Parmi les auteurs étrangers, allemands, on trouve cités Luschka (*Grand ouvrage*), Traube, Freedreich, Ramberger, Frey. Parmi les auteurs anglais : Corrigian, Hofe, Stokes et Gairdner.

Bien que cet opuscule n'affiche aucune prétention à l'immorta-

dans le cas cité précédemment et dans un autre que nous rapportons plus loin, arriver au diagnostic en excluant toutes les autres affections analogues. Le lipôme et l'abcès froid sont les deux affections avec lesquelles on peut confondre le plus facilement le kyste hydatique. La tumeur encéphaloïde pourra en imposer tout d'abord; mais la marche rapide de cette dernière maladie indiquera bien vite la nature maligne de la tumeur. Si le chirurgien hésite entre le diagnostic de l'abcès froid et du lipôme, il arrivera, comme le dit M. Desprès, que très-souvent il aura affaire à un kyste hydatique ; c'est ce qui est arrivé à M. Denonvilliers dans l'observation que nous rapportons ici, et qui nous a été communiquée par M. Bourdillat.

Obs. VII.—Vers la fin de l'année 1866, M. Demarquay fut appelé près d'une dame, âgée de 40 ans environ, pour une tumeur du pli du coude dont le début remontait à deux années environ. Cette tumeur, du volume d'une grosse orange, était indolore et fluctuante. Il n'existait aucun changement de coloration à la peau. Elle n'était ni pulsatile ni dépressible. On n'y percevait aucun bruit anormal. Le pouls avait ses caractères habituels. Le développement de cette tumeur avait eu lieu d'ailleurs d'une façon lente et progressive, et sans causer d'autre incommodité qu'une certaine gêne dans les mouvements.

M. Demarquay, assez embarrassé de la physionomie toute spéciale de cette tumeur, prit l'avis de M. Denonvilliers. La malade fut examinée avec soin, mais sans qu'on portât un diagnostic définitif sur la nature de cette tumeur, dont l'ablation fut cependant décidée à cause de sa marche progressive. Quelques instants avant l'opération, M. Denonvilliers émit seulement l'avis que cette tumeur, qui n'était ni un anévrysme ni un abcès froid, pourrait bien être une hydatide des muscles.

M. Demarquay, s'armant du bistouri, pratiqua sur la peau une incision longitudinale dans l'étendue de la tumeur, et se mit à disséquer les tissus avec toute la lenteur et la circonspection que commandaient la multiplicité et l'importance des organes qui traversent cette région. Tout à coup, à la profondeur de 1 centimètre environ, son bistouri pénétra dans une sorte de kyste, plein d'un liquide blanchâtre et tapissé par une fausse membrane, que tous les assistants furent unanimes à considérer comme une hydatide. La cavité de ce kyste avait le volume d'une petite pomme. Il était difficile, sans disséquer les attaches de cette tumeur, de préciser son siége anatomique ; mais on jugea qu'elle devait être développée dans la partie inférieure du biceps, entre les muscles de l'avant-bras.

La cavité fut remplie de charpie, et le tout recouvert d'un pansement à la glycérine. La suppuration s'établit, et trois semaines plus tard la malade était guérie.

Dans les deux observations que nous venons de rapporter, le kyste hydatique a été diagnostiqué par exclusion. Dans celle qui va suivre, M. Nélaton établit son diagnostic sur l'existence du frémissement hydatique.

Obs. VIII. — Ce fait est rapporté par M. Desprès dans sa thèse pour l'agrégation. Ce jeune chirurgien dit qu'il a vu dans le service de M. Nélaton, en 1860, chez un homme de 40 ans, un kyste hydatique situé dans la masse des muscles sacro-lombaires du côté gauche, et le diagnostic a été fait grâce au frémissement hydatique qu'il a été facile de percevoir.

La tumeur, située au-dessus de l'épine iliaque postéro-supérieure, était dure, sans œdème ni rougeur, ni chaleur à la peau, et obscurément fluctuante. La tumeur durait depuis six ans et causait depuis une année des douleurs vagues....

Une incision de 2 centimètres environ a été faite, et a donné issue à des hydatides. Un tube en caoutchouc perforé a été placé en guise de mèche, et des injections iodées ont été faites dans le foyer, qui est peu à peu revenu sur lui-même après avoir suppuré. Au bout d'un mois environ le malade était guéri.

Dans ce cas, le diagnostic était certain, on avait un signe pathognomonique ; mais comme ce signe n'existe pas toujours, on ne doit pas, parce qu'il manque, conclure à la négation du kyste hydatique.

Obs. IX.—Dans la séance du 18 mars 1857 de la Société de chirurgie, M. Larrey raconte l'histoire d'un militaire entré au Val-de-Grâce pour une tumeur de la hanche droite siégeant au niveau du grand trochanter, attribuée à une cause mécanique ancienne ; du volume du poing, doublée de parois épaisses, elle offrait une fluctuation profonde, tout à fait indolente.

Le diagnostic douteux de cette tumeur m'engagea, dit M. Larrey, à y faire une ponction exploratrice, d'où s'écoula un liquide incolore, transparent comme l'eau la plus pure. Après cette simple ponction, le liquide se reproduisit rapidement; une ponction nouvelle, suivie d'une injection iodée, donna lieu à une inflammation, non pas adhésive, mais suppurante, qui me décida aussitôt à ouvrir la poche par une large incision. Le kyste fut énucléé facilement; ses parois étaient considérables, et son fond contenait une masse d'hydatides.

La guérison s'obtint rapidement.

Ici le diagnostic n'ayant pu être fait, nous voyons le chirurgien recourir à un moyen excellent pour reconnaître la nature de la tumeur : nous voulons parler de la *ponction exploratrice*.

Aussi lorsqu'une tumeur musculaire embarrassera le chirurgien; lorsqu'avant d'opérer il voudra être sûr de son diagnostic, le moyen le plus simple pour acquérir la certitude, sans contredit, est la ponction exploratrice.

Un trocart filiforme est introduit dans la tumeur ; si par la canule il ne sort qu'un liquide séreux, transparent comme de l'eau de roche ; si pour plus de certitude on découvre dans ce liquide quelques échinocoques, ou des crochets de ces animalcules, il ne peut plus y avoir de doute sur la nature de la maladie, et le chirurgien, certain du diagnostic, peut agir en conséquence.

M. Liégeois, dans une circonstance analogue, n'ayant pas le frémissement pathognomonique pour établir son diagnostic, croyant à l'existence d'un lipôme, pratiqua, pour plus de certitude, avant de tenter l'opération, une ponction exploratrice qui lui fit reconnaître son erreur.

Obs. X. — La tumeur était située à la partie interne supérieure et un peu postérieure de la cuisse gauche. Le malade la faisait remonter à sept ou huit ans; jamais il n'avait éprouvé de douleurs; mais la gêne occasionnée par le gros volume de la tumeur le décida à s'en faire débarrasser. M. Liégeois, après avoir bien examiné le malade, diagnostique un lipôme; mais avant de l'enlever, un doute subsistant peut-être dans son esprit, le chirurgien fit une ponction exploratrice avec un trocart filiforme, qui permit de reconnaître un kyste hydatique; il se contente alors d'inciser la paroi, et par cette ouverture sortent de nombreuses hydatides de toutes grandeurs. Le malade, pansé avec de la charpie, guérit rapidement. (*Gazette des Hôpitaux*, 1866, p. 113.)

Comme nous venons de le voir, les kystes hydatiques ont été rarement reconnus ; on les a confondus avec toutes les tumeurs indolentes qui se développent dans les muscles, et si trois fois on a pu affirmer leur existence, vingt fois on s'est trompé, et le plus grand nombre des chirurgiens ont pris tour à tour le kyste hydatique pour un abcès froid, un lipôme, un cancer, etc., comme nous pouvons le voir par les observations qui précèdent et qui suivent. Du reste, hâtons-nous de le dire, l'erreur du chirurgien n'a jamais été fatale au malade; quelquefois, au lieu d'une ablation complète de la tumeur, il aurait pu se contenter d'une simple incision; mais l'ablation n'a eu lieu que dans les cas où la tumeur était petite, et le malade a guéri aussi facilement.

Le plus souvent, en effet, le chirurgien, croyant avoir affaire à une tumeur dure développée dans le tissu musculaire, enlève complétement cette production morbide, s'apercevant seulement après l'ablation qu'il avait affaire à un kyste hydatique qu'il aurait très-bien pu guérir avec une simple incision. C'est ce qui est arrivé à M. Demarquay dans l'observation rapportée plus haut; mais comme les adhérences étaient à peu près nulles, l'énucléation s'est faite avec facilité, et la guérison a été aussi rapide que si l'on avait pratiqué une simple incision et fait suppurer la poche.

Obs. XI. — Velpeau a commis souvent la même erreur. Nous trouvons, en effet, dans la *Gazette des hôpitaux* de 1855, p. 181, l'observation d'une jeune fille de 22 ans qui avait au-dessous de la région axillaire une petite tumeur légèrement douloureuse, constatée depuis peu de jours. Velpeau, croyant avoir affaire à une tumeur dure, l'extirpa complétement; mais en ouvrant la pièce il fut fort surpris de trouver dans ce kyste une hydatide solitaire.

Obs. XII. — Dans un autre cas analogue, le même chirurgien commit la même erreur. A la suite d'un coup reçu, un an auparavant, dans la masse sacro-lombaire, un malade avait vu se développer dans cette région une tumeur dure et bosselée. Le diagnostic paraissait douteux, Velpeau croyait à l'existence d'une tumeur fibro-plastique; il enleva complétement la tumeur; mais l'ayant ouverte, il reconnut qu'il s'agissait d'un kyste hydatique. (Ferrier, *Bulletin de la Société anatomique*.)

Obs. XIII. — Dans un cas semblable rapporté par M. Demarquay, Blandin aurait commis la même erreur. Il voulait enlever une tumeur dure développée dans le biceps brachial : un coup de bistouri l'ayant crevée, il en sortit, au grand étonnement du chirurgien, un liquide qui contenait des hydatides.

Obs. XIV. — En 1834, Roux communiquait à la Société anatomique une tumeur assez volumineuse qu'il avait enlevée sur le bord postérieur et à la face externe du sterno-mastoïdien droit, sans avoir au juste déterminé sa nature, et qui se trouva remplie d'hydatides. Le malade guérit. (*Bulletin de la Société anatomique*, 1834.)

Il faut remarquer que dans tous ces cas la tumeur était peu volumineuse, et que le chirurgien, en l'enlevant complétement, intéressait fort peu la santé du malade. Souvent, croyant aussi avoir affaire à une tumeur dure, le chirurgien se dispose à l'extirper tout entière, lorsqu'un coup de bistouri mal dirigé fait, en ouvrant la poche, reconnaître la nature de la tumeur; s'il n'existe qu'une simple incision, on doit se borner là et faire suppurer la poche kystique. C'est ce qui est arrivé à M. Demarquay dans un cas analogue, comme nous le voyons par l'observation suivante, recueillie dans son service par M. Bourdillat.

Obs. XV. — M. M...., âgé de 28 ans, palefrenier, né dans le département du Doubs, à Paris depuis huit mois seulement, est entré le 19 novembre 1868 à la Maison municipale de santé, pour une tumeur siégeant à la face externe du bras droit, au niveau de la partie moyenne du deltoïde. Cet homme raconte que le début de cette tumeur remonte à un an environ, qu'il n'y a jamais éprouvé de douleur, et qu'elle a grossi surtout dans les trois derniers mois.

A l'entrée, cette tumeur présente le volume d'une petite orange. Elle est indolore ; elle ne détermine qu'une gêne légère dans les mouvements. La peau n'offre aucune coloration anormale à son niveau. Le palper y fait percevoir une fluctuation obscure. On conclut à l'existence d'un lipôme et à l'ablation de cette tumeur.

Le 23 novembre, M. Demarquay porte sur elle le bistouri et tombe dans une poche qui donne issue à un liquide jaunâtre puriforme. En même temps que celle du liquide, on constate l'issue d'une hydatide incolore du volume d'une noisette. Le doigt, porté au fond de la tumeur, constate dans l'épaisseur du deltoïde une excavation qui servait à loger l'hydatide.

On place dans la plaie un peu de charpie recouverte d'un linge glycériné; le même pansement est renouvelé pendant tout le séjour du malade. La cicatrisation se fait sans particularité notable, et le malade sort guéri le 18 du mois suivant.

(*A suivre.*)

QUELQUES REMARQUES

au sujet de la note de M. Wœstyn (1).

Par M. le professeur Bouillaud.

Le travail de M. Wœstyn ne pouvait manquer de fixer l'attention de l'Académie, surtout après la savante analyse et les brillants commentaires dont il a été l'objet de la part de M. le secrétaire perpétuel. Comme cet important travail se rattache particulièrement aux matières dont s'occupe la section de l'Académie à laquelle j'ai l'honneur d'appartenir, qu'il me soit permis d'en faire le sujet de quelques rapides considérations.

Les maladies qui doivent leur naissance à l'espèce d'agents dont s'est occupé M. Wœstyn, et sur lesquelles M. le secrétaire perpétuel Dumas a présenté des remarques d'une haute importance, n'ont jamais été étudiées avec autant de soin et de précision que dans ces derniers temps. Elles comptent parmi celles qui sévissent le plus grièvement sur l'espèce humaine. On ne saurait donc trop rechercher et les moyens de les guérir et surtout ceux de les prévenir ; car une fois développées avec un certain degré d'intensité,

(1) Voir le numéro du 2 avril 1870.

---

lité, on peut le recommander sérieusement à tous ceux qui veulent connaître, résumés d'une manière concise, les phénomènes les plus importants des lésions cardiaques que l'on observe journellement.

Nous ne pouvons que nous associer au jugement que porte Niemeyer. Il est deux points pourtant sur lesquels sa critique ne nous semble pas irréprochable. Voici d'abord ce que Niemeyer entend par le renforcement du deuxième bruit de l'artère pulmonaire. Dans ses *Éléments de pathologie interne*, il dit (traduction française 1865, vol. 1, p. 353) : Dans l'artère pulmonaire, on entend pour ainsi dire constamment des bruits normaux. Par contre, on entend très-souvent, et c'est là un symptôme fort important, le second bruit très-clair et fortement accentué dans l'artère pulmonaire. Plus cette artère est distendue par le sang, plus vif est le choc que reçoivent ses valvules semi-lunaires pendant la diastole ventriculaire; or, une insuffisance aiguë de la valvule mitrale se développant par l'endocardite dans la grande majorité des cas, il faut que l'artère pulmonaire contienne du sang en excès, et par là donne lieu à ce renforcement du second bruit. Évidemment pour Niemeyer, la cause de ce renforcement est l'excès de tension de la circulation pulmonaire, créé par le reflux du sang à travers la valvule mitrale, dans l'insuffisance de cette valvule. Cette théorie est facile à juger; il suffit de faire marcher un malade atteint d'insuffisance mitrale, pour que la tension augmente, et pour faire naître, par conséquent, ce renforcement dans les cas où il manque. Nous devons dire que nous avons fait l'épreuve, que nous avons choisi des sujets chez qui les désordres cardiaques étaient peu avancés, car il ne peut être question des malades arrivés à la période cachectique : il nous a été jusqu'à présent impossible de faire apparaître ce renforcement.

Le deuxième point sur lequel nous ne partageons pas l'opinion de Niemeyer est celui-ci. Pour lui le bruit de souffle présystolique n'existe pas. Gavarret a montré, avec juste raison, à l'Académie de médecine que pour comprendre les mouvements et la succession des bruits normaux et anormaux du cœur, il faut commencer par le mouvement de la systole ventriculaire, et alors, si on suit, par exemple, sur les tracés cardiographiques de Marcq et Chauveau, ou sur le schema que Bucquoy a emprunté à Gairdner, on voit que la systole ventriculaire (premier bruit) est suivie de la diastole ventriculaire (deuxième bruit), puis d'un repos qui se termine par la systole auriculaire brusque. Or celle-ci prend immédiatement la systole ventriculaire (premier bruit) ; s'il y a un rétrécissement auriculo-ventriculaire, il y a un bruit présystolique. Cette interprétation théorique reçoit sa sanction clinique à l'aide de l'épreuve que nous notions tout à l'heure. Qu'on accélère la circulation par la marche, on pourra entendre le bruit présystolique chez des malades atteints de rétrécissement auriculo-ventriculaire, alors même que ce bruit n'existe pas, lorsque les mouvements du cœur sont calmes.

Ces discussions théoriques ne pouvaient pas, d'ailleurs, se trouver dans l'ouvrage de Bucquoy, fait en vue de la clinique pure, elles ne se débattent pas au lit du malade, et l'auteur ne s'est pas un instant écarté de ce que le maître apprend à ses élèves à l'hôpital.

P. Brouardel.

Revue photographique des hôpitaux de Paris. Bulletin médical publié sous le patronage de l'administration de l'assistance publique, par de Montméja et Bourneville, 2e année, n° 2, février 1870, avec 3 photographies. — Prix : 2 fr.

Annuaire pharmaceutique, fondé par O. Réveil et L. Parisel. Exposé analytique des travaux de pharmacie, physique, histoire naturelle médicale, thérapeutique, hygiène, toxicologie, pharmacie et chimie légales, eaux minérales, intérêts professionnels, par L. Parisel, pharmacien de 1re classe. Huitième année (1870), formant la neuvième année pharmaceutique. 1 vol. in-18 de 344 pag. — Prix : 1 fr. 50.

Souvenirs et réflexions sur les diverses doctrines médicales, par M. Braudon, médecin à Dompierre-sur-Mer. Br. in-8° de 18 pages. — Prix : 1 fr.

Conférences historiques (Jenner et la vaccine), par M. le docteur P. Lorain. Broch. in-8° de 48 pages. Prix : 1 fr.

quels que soient les efforts les plus éclairés de la médecine, elles comptent toujours un grand nombre de victimes. Or, pour les prévenir, il faut empêcher le développement de leurs causes génératrices, et, si l'on ne peut y parvenir, on ne doit rien négliger pour trouver des moyens capables de détruire ces causes elles-mêmes. Malheureusement, ce n'est pas toujours chose facile que de saisir en quelque sorte ainsi le *corps du délit*, c'est-à-dire de la maladie, et de le détruire, soit sur place, soit dans les lieux où il s'est réfugié et comme caché. Le moyen que propose M. Wœstyn, l'action du feu, bien qu'il ne soit pas nouveau, ainsi que l'a fait remarquer M. le secrétaire perpétuel (1), et qu'il n'ait pas été jusqu'ici couronné de grands succès dans le genre de cas dont il s'agit (2), n'a pas encore dit son dernier mot, et mérite par conséquent d'être pris en considération. Peut-être, en effet, que, mis en pratique par de meilleurs procédés que ceux déjà employés, il obtiendrait des succès qui ont été refusés aux anciens procédés.

Mais il est une très-grave question qu'il serait important de résoudre, comme condition préliminaire de l'emploi rationnel des moyens, soit prophylactiques ou préservatifs des maladies qui nous occupent, soit des moyens destructeurs des agents dont elles sont nées : c'est la question de savoir par quel *mode*, par quelle voie, et, si je puis le dire, par quel mécanisme ces maladies, une fois nées, se propagent, se communiquent des personnes affectées à celles qui ne le sont pas. Or il n'existe pas encore d'unité de doctrine à cet égard, et l'on peut dire : *adhuc sub judice lis est*.

Particularisons pour un moment le problème, et prenons pour objet de notre particularisation cette fièvre puerpérale dont il a été question ici dans la dernière séance, et sur laquelle M. Dumas, notre éminent secrétaire perpétuel, a fourni des documents bien précieux. Eh bien! selon les uns, elle constituerait une *entité* morbide essentiellement distincte de toute autre, et reconnaîtrait pour cause un contagium *sui generis* dont on ignore l'origine, et qui, jusqu'à présent, s'est dérobé à toutes les recherches physiques et chimiques. C'est à la faveur de ce mystérieux contagium que la maladie se communiquerait à un nombre plus ou moins considérable de femmes en couche (3).

Voici maintenant une autre doctrine sur la pathogénie ou la genèse de la fièvre puerpérale. Elle consiste à considérer cette maladie comme ayant pour cause génératrice un principe d'infection ou d'intoxication miasmatique, provenant soit de certaines maladies dont le travail de l'accouchement est trop souvent suivi (4), soit des lieux dans lesquels l'accouchement s'est accompli. Dans le premier cas, les accouchées s'infectent, s'empoisonnent en quelque sorte elles-mêmes, par la voie de foyers qui se sont formés dans leur propre sein. Dans le second cas, elles reçoivent le principe d'infection, non d'elles-mêmes, mais des lieux dans lesquels elles sont accouchées. N'oublions pas d'ajouter que, réunies en grand nombre, comme il arrive dans les maternités (hôpitaux d'accouchements), les accouchées, et tout particulièrement celles qui se sont infectées elles-mêmes, constituent une des principales sources de l'infection des lieux qu'elles habitent.

On ne peut mieux comparer ce qui se passe alors chez les femmes accouchées et dans les établissements qu'elles occupent, qu'à ce que l'on observe parfois chez des blessés réunis en grand nombre dans des salles d'hôpitaux, et dont les blessures, les plaies, sont frappées de cet état si connu sous le nom de *pourriture d'hôpital*. Cet état, le plus souvent, est accompagné d'une fièvre qui diffère, par la *forme* et les circonstances, mais non par le *fond*, de la fièvre dite *puerpérale*. Qu'est-ce, en effet, en y réfléchissant bien, qu'est-ce que l'état intérieur de l'utérus après la délivrance, sinon un véritable état de traumatisme? Et pourquoi ce *traumatisme utérin*, pour le moins aussi sujet que le traumatisme de tant d'autres parties à se compliquer de gangrène ou de *pourriture d'hôpital*, de suppuration avec décomposition putride du pus, etc., ne deviendrait-il pas la source de cette infection putride générale, qui constitue l'élément le plus essentiel de la maladie décrite sous le nom de *fièvre puerpérale?*

Au reste, ce serait véritablement nier le soleil que de nier la fièvre puerpérale engendrée ainsi, c'est-à-dire soit par un foyer d'infection développé au sein des accouchées elles-mêmes, soit par un foyer d'infection résidant dans les lieux où s'est opéré l'accouchement, soit enfin par ces deux causes réunies.

Mais en est-il de même de la fièvre puerpérale considérée comme une entité morbide, indépendante de tout foyer d'infection du genre de ceux dont nous venons de parler, et produite, en un mot, par un contagium qui ne doit être confondu avec aucun autre? J'avouerai que les faits rapportés à l'appui de ce système ne m'ont jamais paru convaincants. J'attendrai donc, pour ma part, des observations plus démonstratives, avant d'adopter le système dont il s'agit. Ses partisans devront, en tout cas, reconnaître qu'autant sont nombreux les exemples du premier système de génération de l'affection désignée sous le nom de *fièvre puerpérale*, autant sont rares, au contraire, ceux de l'autre système.

Tout le monde comprendra combien il importe, d'ailleurs, non-seulement sous le point de vue purement scientifique, mais aussi sous le point de vue administratif, de résoudre le problème que nous venons d'examiner. Je me permettrai donc de le recommander à toute l'attention de M. Dumas qui, par la haute position qu'il occupe dans l'administration de l'Assistance publique, comme sous tous les autres rapports, est en état, plus que personne, de proposer les mesures et les recherches au moyen desquelles on peut en obtenir la solution.

Quelques mots encore sur l'article des odeurs, d'origine miasmatique, au sujet desquelles M. H. Sainte-Claire Deville a recueilli des observations très-intéressantes, notamment dans les cas de choléra! Dans un grand nombre d'autres maladies, le sens de l'odorat, préparé par un exercice, ou, pour me servir d'une heureuse expression de Corvisart, par une *éducation* convenable, fournit au diagnostic des signes d'une précision, d'une certitude vraiment admirable. Quel médecin, doué d'un odorat ainsi préparé, n'a, par exemple, maintes fois reconnu, au moyen des odeurs qu'exhalent les malades, les affections diarrhéiques et dysentériques, les affections gangréneuses diverses (la gangrène pulmonaire en particulier, qui donne à l'haleine une fétidité *pathognomonique*), le typhus enfin et la fièvre typhoïde, qui impriment aussi à l'haleine une autre espèce de fétidité tellement inhérente à ces maladies que, pour mon compte, j'ai cru pouvoir la désigner sous le nom d'haleine *typhique* ou *typhoïde?*

(1) On pourrait même dire de ce moyen ce qu'on a dit de tant d'autres choses, qu'il est *renouvelé des Grecs*, car, si ma mémoire ne me trompe pas, il en est question dans la description si justement célèbre que Thucydide a tracée de la peste d'Athènes.

(2) Ces cas ne doivent pas être confondus avec ceux dans lesquels la cautérisation par le feu détruit certains principes contagieux, formés, ou simplement déposés dans des organe accessibles à nos instruments de cautérisation.

(3) Quelques auteurs pensent même que la contagion, dans certains cas pourrait être le fait d'un accoucheur qui aurait été porteur du contagium, après avoir accouché une femme atteinte de fièvre puerpérale.

(4) Ces maladies, consécutives au travail de l'accouchement, comprennent assurément des maladies inflammatoires de siéges divers. Toutefois, il ne faut pas confondre le *processus* ou élément inflammatoire avec le processus infectieux lui-même : ce serait un vrai contre-sens nosologique. Mais une phlegmasie terminée par gangrène ou par suppuration, et occupant une partie plus ou moins en contact avec l'air, peut devenir ainsi un foyer d'infection et d'intoxication.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 5 avril 1870. — Présidence de M. Denonvilliers.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° un rapport de M. le docteur Cyvoet sur les épidémies qui ont régné en 1869 dans l'arrondissement de Belley; — 2° un rapport de M. le docteur Vignes sur une épidémie de dysentérie qui règne en ce moment dans le 8e chasseurs, en garnison à Tarbes; — 3° les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1869 dans les départements du Rhône, du Tarn, de la Vendée, des Ardennes et de la Haute-Saône (Commission des épidémies); — 4° des rapports sur le service médical des eaux minérales de Forges (Seine-Inférieure), par M. le docteur Caulet et d'Evaux (Creuse), et par M. le docteur Bona (Commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° un télégramme de M. le docteur Hugot, qui annonce la découverte du cow-pox spontané sur six vaches, à Laon; — 2° une note sur la vaccine animale, par M. Humann (de Breslau); — 3° une lettre de M. le docteur Diligence (de Londinières, Seine-Inférieure), qui offre d'envoyer chaque semaine à l'Académie du vaccin récemment recueilli dans d'excellentes conditions; — 4° une lettre de M. le docteur Danet sur les revaccinations qu'il a pratiquées dans la maison centrale de Melun; — 5° une note de M. Lajon, dentiste à Paris, sur un hamac porte-enfant de son invention.

PRÉSENTATIONS

M. Larrey dépose sur le bureau : 1° des mémoires de la Société des sciences de Lille; — 2° des bulletins de la Société de médecine d'Alger; — 3° de la Société médicale allemande de Paris; — 4° de la Société de médecine d'Angers; — 5° de l'Institut égyptien; — 6° l'article Éléphantiasis, par M. Barrailler, extrait du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*; — 7° une note de M. le professeur Tigri (de Sienne) sur le mode de formation du pus; — 8° un rapport présenté par M. le docteur Basset à l'Académie impériale des sciences de Toulouse, sur deux ouvrages de chirurgie de M. Larrey.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les crèches.

Discussion sur les crèches.

M. Delpech. J'ai lu, le 28 septembre dernier, au nom de M. Guérard et au mien, un rapport sur l'hygiène des crèches. Ce rapport avait été demandé par le ministre de l'instruction publique, qui désirait avoir l'opinion de l'Académie sur cette institution. Parmi les nombreux documents envoyés à l'Académie pour l'éclairer sur cette question, se trouvait un rapport fort intéressant, fait par M. Vernois, au conseil de salubrité sur le même sujet.

La question des crèches a bientôt été rattachée à la grave question de la mortalité des nourrissons, et deux orateurs seulement dans la discussion se sont occupés des crèches : ce sont MM. Bouchardat et Husson.

M. Bouchardat s'est tout d'abord inquiété des dangers que pouvaient présenter les crèches par l'agglomération; mais il n'a pas tardé à reconnaître que ses craintes étaient exagérées, et que du moment qu'il ne s'agissait que d'enfants sains, le danger disparaissait, ou du moins était moindre; mais il demanda alors que la bonne santé des enfants admis dans les crèches fut parfaitement reconnue, et que l'agglomération ne fut pas trop grande; à ces deux conditions, M. Bouchardat se rattachait entièrement aux opinions du rapporteur.

M. Husson, avec sa bienveillance et sa courtoisie habituelles, a cependant attaqué les crèches de la manière la plus vive. C'est à ces critiques que veut répondre le rapporteur.

Parmi les arguments que M. Husson fait valoir en faveur de son opinion, s'en trouve un qu'il donne comme une preuve de l'inutilité des crèches, et que l'on ne saurait admettre comme tel. « Leur développement, dit-il, n'a pas pris l'importance qu'il aurait certainement prise si elles avaient été vraiment utiles. »

Les raisons de ce manque de développement, répond M. Delpech, sont bien faciles à comprendre. C'est un seul homme qui, de sa propre initiative, avec des ressources fort modiques, a créé les crèches. De plus, tout le monde sait les grandes difficultés qu'on éprouve à faire entrer dans l'esprit des populations, et particulièrement des classes ouvrières, des usages auxquels elles ne sont pas habituées. Il faudrait donc, pour que les crèches prissent un développement plus considérable, d'abord qu'un secours d'une certaine importance leur fût assuré, et ensuite qu'on n'eût pas à lutter contre les préventions et les difficultés qu'elles rencontrent.

M. Husson a affirmé, en outre, que les crèches ne constituaient pas, pour les familles, une diminution notable dans les frais d'éducation des enfants. Il porte à 72 centimes par jour le prix que coûte un enfant à la crèche, tandis que selon lui l'enfant ne coûte pas plus de 75 centimes par jour à sa mère en restant chez elle. M. Marbeau portait à 55 ou 60 centimes au plus le prix que devait coûter chaque enfant; mais malheureusement ses calculs sont devenus erronés par une raison bien simple : c'est qu'il y a trop de berceaux vides qui coûtent et ne rapportent pas, et qui font élever le prix des autres. Or si les crèches prenaient le développement auquel on s'était d'abord attendu, on voit que les mères trouveraient encore une certaine économie à y apporter leurs enfants.

M. Husson n'a pas seulement critiqué l'institution des crèches en général, mais il a attaqué aussi leur installation, en s'appuyant sur l'opinion de M. le général Morin, et a cherché à prouver qu'elles étaient mal bâties, mal chauffées et mal ventilées; il a vu des crèches établies dans les appartements où il n'y avait pas de ventilateurs et fort mal appropriés, à son avis, à cet usage. Mais il serait regrettable que les crèches prissent un développement tel qu'on fut obligé de construire des maisons uniquement destinées à leur établissement, et qui ressemblerait en tout à des maisons hospitalières. Nous ne voulons qu'un petit nombre d'enfants dans chaque crèche, et auquel puisse parfaitement suffire un appartement ordinaire. Il y a ensuite les ordonnances à observer pour la quantité d'air que doit avoir toute pièce destinée à recevoir des enfants. Il n'est pas permis d'ouvrir une crèche sans qu'il y ait, au moins, 8 mètres cubes d'air à donner par enfant. Or, pour en revenir aux moyens de ventilation on trouve, dans le rapport du général Morin qui a servi de base aux critiques de M. Husson, une confusion assez surprenante. Pour M. Morin, le plus beau résultat que puisse donner un moyen mécanique de ventilation, est celui qui approche le plus des résultats qu'on obtient par les portes et les fenêtres.

M. Husson rappelle, dans son discours, les curieuses recherches qu'a faites M. Henri Sainte-Claire-Deville sur les matières gazeuses et condensables par l'eau que peut donner une atmosphère méphitique ou miasmatique des réunions d'hommes ou de femmes, et se demande ce qu'il eût constaté dans l'air des crèches. M. Husson craint que l'odeur qui se répand dans les crèches ne développe des ophthalmies, ce qui ne serait pas tout à fait impossible, attendu qu'on trouve dans les produits de la respiration des globules de pus. Ces craintes ne sont donc peut-être pas exagérées à cet égard là; mais elles le sont certainement à l'égard de la rougeole. Jamais l'encombrement n'a produit la rougeole. Sans doute, l'encombrement présente toujours des inconvénients; mais, si vous l'invoquez pour faire condamner les crèches, il vous faudrait alors supprimer aussi les colléges, les pensions, etc.

M. Husson, au point de vue de la réglementation des crèches, nous adresse un reproche qui nous paraît immérité; il prétend que la visite des médecins inspecteurs des crèches ne se fait pas. On n'a qu'à lire les travaux qu'ont fait la plupart de ces médecins à ce sujet, pour s'assurer qu'ils se sont enthousiasmés pour cette institution, et qu'ils sont devenus les défenseurs et les apologistes les plus ardents de l'œuvre à laquelle ils consacrent leurs soins et leur temps.

M. Husson arrive ensuite à l'inconvénient du transport des enfants de leur domicile à la crèche. Sans doute, c'en est un qu'il faut reconnaître, mais que l'institution a prévu en allouant aux mères nécessiteuses des vêtements supplémentaires pour transporter leur enfant dans la mauvaise saison; et puis, la femme qui transporte son enfant à la crèche serait obligée de le transporter encore bien plus souvent s'il n'y avait pas de crèches, puisqu'en créant cette institution on n'a eu en vue que les mères travaillant au dehors.

Une critique mieux fondée, selon nous, est la crainte qu'exprime M. Husson que l'allaitement soit insuffisant si la mère ne vient que deux fois par jour allaiter son enfant. Nous sommes fort disposés à nous ranger en cela à l'avis de M. Husson; il faudrait que la mère put venir au moins trois fois. Mais il encore ses craintes sont exagérées, et M. Husson va trop loin quand il nie que les mères allaitent leurs enfants et qu'il considère la crèche comme un instrument de sevrage. Sans doute elles ne viennent pas assez souvent, mais elles viennent. Il faut tenir compte de leur position et des difficultés réelles qui les empêchent, pour la plupart, de venir plus de deux fois par jour.

M. Husson trouve aussi que le sevrage est prématuré... La commission a tout fait pour éviter ces abus; c'est, en effet, le médecin seul qui devrait fixer l'époque du sevrage. Mais il serait bien plus facile d'exiger une surveillance plus rigoureuse si l'on favorisait davantage le developpement des crèches.

M. Husson parle ensuite du lait falsifié qu'on donne aux enfants dans les crèches; mais les falsifications du lait ne sont pas si communes, et elles ne consistent guère que dans une certaine addition d'eau; et puis, si les crèches prenaient une certaine importance, il serait facile de s'entendre avec des producteurs et d'avoir un lait aussi pur que possible. D'ailleurs, ce qui se passe à ce sujet dans les crèches, se passe aussi dans le monde. Ne voyons-nous pas, en effet, la plupart des femmes, dans le monde, ne pouvoir suffire à un allaitement de cinq mois, et ne sommes-nous pas les premiers à leur conseiller, le plus souvent, de cesser de nourrir au bout d'un certain temps. Au reste, je ne prétends pas défendre ici l'allaitement au biberon; je l'ai au contraire toujours combattu, et il y a longtemps déjà que j'ai publié, avec mon maître, M. Trousseau, un travail sur le muguet. Il résultait de nos observations que tous les enfants élevés à la mamelle, atteints du muguet, guérissaient, tandis que, au contraire, ceux qui étaient élevés au biberon, mouraient tous.

M. le docteur Créquy a publié dans la *Gazette des hôpitaux* un travail sur ce sujet, dans lequel il donnait cette statistique au point de vue de la mortalité des nouveau-nés. Des enfants élevés au sein, 10,63 0/0, des enfants élevés au biberon 51 0/0. Devant de pareils résultats, je ne suis certes pas partisan de l'allaitement au biberon. C'est pourquoi tous mes efforts tendent à ce que les crèches, loin de favoriser l'allaitement au biberon, soient, au contraire, un encouragement à l'allaitement maternel.

M. Husson me reproche de n'avoir pas, dans mon rapport, assez approuvé l'institution de la crèche à domicile. Je n'aurais pour lui répondre qu'à le renvoyer à la page 28 de mon rapport.

M. Husson nous parle ensuite d'une institution admirable créée dans les usines de Mulhouse, pour donner aux femmes qui travaillent dans ces manufactures les moyens d'allaiter et de soigner leurs enfants pendant les premiers mois de l'existence. Mais cette institution n'est autre chose qu'une crèche.

M. Husson voudrait qu'on payât des nourrices sédentaires, et même qu'on en consacrât une aux enfants faibles. C'est là une pensée fort généreuse, mais malheureusement irréalisable.

Après, M. Husson conclut, comme nous tous, que la mère doit nourrir son enfant et que nous ne devons favoriser que des organisations où il soit toujours possible à la mère d'allaiter son enfant. Nous partageons, en cela, entièrement l'opinion de M. Husson, et c'est ce qui nous fait prendre aussi la défense des crèches.

Cette institution, du reste, n'a pas rencontré que des attaques, elle a eu aussi l'assentiment d'administrateurs. M. Davenne, entre autres, le prédécesseur de M. Husson, en était très-partisan. Du reste, elles n'existent pas seulement à Paris, elles prospèrent à l'étranger; à Vienne, par exemple, où elles ont pris un développement considérable, la population s'en trouve fort bien.

M. HUSSON. M. Delpech m'a prêté des opinions qui ne sont pas tout à fait les miennes. J'applaudis sans réserve aux intentions des hommes qui ont essayé d'instituer les crèches en 1840 à Paris. Leur but était sans doute fort louable; mais j'ai examiné les crèches dans tous leurs détails; si elles présentent des avantages considérables, selon moi, pour les enfants sevrés, je ne crois pas que pour les enfants allaités elles remplissent le but qu'on s'est proposé d'atteindre; c'est à ce seul point de vue que je les ai critiquées. Je suis persuadé, en effet, que de ce côté elles présentent de graves inconvénients, et exposent à des dangers réels les enfants allaités. C'est pourquoi je ne voudrais pas voir l'Académie faire l'apologie d'une institution qui a d'aussi graves défauts pour l'allaitement des enfants.

J'ai examiné les conditions dans lesquelles devrait se trouver toute crèche bien instituée, et j'ai donné comme type une crèche semblable à celle qui existe actuellement à la manufacture des tabacs. Or je trouve que les crèches que défend M. Delpech ne présentent pas ces conditions indispensables selon moi. Les mères qui portent leurs enfants dans les crèches les sèvrent toujours prématurément; je crois donc, contrairement à l'opinion de M. Delpech, que les crèches ne sont pas propres à favoriser l'allaitement maternel, et c'est là un point important et sur lequel j'insiste; mais je ne voudrais pas voir encourager une institution qui aura certainement pour effet de diminuer l'allaitement maternel. Je ne suis nullement l'ennemi des crèches, mais je crois que les secours à domicile valent beaucoup mieux. Or, il est évident pour moi que les 60 ou 75 centimes que coûtent les enfants des crèches peuvent parfaitement suffire pour retenir la mère chez elle. Je donne donc mon approbation si elles ne sont destinées qu'aux enfants sevrés, mais je les regarde comme fatales aux enfants nouveau-nés, et je les combats à ce point de vue seulement, et je ne les admets alors que dans les manufactures, où elles ne seraient pas un obstacle à l'allaitement de la mère.

M. DELPECH. M. Husson se base sur l'inexécution des règlements des crèches pour les combattre. Instituez-les bien, et vous n'aurez pas les inconvénients que vous faites valoir pour les condamner.

M. BLOT a visité les crèches, et, tout en reconnaissant avec M. Delpech que c'est en principe une excellente institution, il partage l'opinion de M. Husson, en exprimant le vœu qu'elles subissent certaines modifications. Il demande donc que M. le rapporteur ajoute une conclusion dans le sens des observations présentées par M. Husson.

M. BOUDET a aussi visité les crèches dans tous leurs détails et a constaté que le service médical était incomplet; il le regarde cependant comme essentiel. Ce sont les personnels chargés de diriger les crèches qui règlent l'alimentation; ce devraient être des médecins. M. Boudet appelle donc l'attention du rapporteur sur ces considérations : insuffisance du service médical et importance de l'alimentation.

Quant à la question particulière du lait qu'on donne aux enfants dans les crèches, M. Boudet partage l'opinion de M. Delpech. Étant chargé, avec M. Boussingault, de vérifier le lait qu'on livre à la population parisienne, il assure n'y avoir jamais trouvé que des additions d'eau, qu'il regarde comme absolument comme inoffensives pour les enfants des crèches.

M. J. GUÉRIN prétend qu'il est démontré aujourd'hui que l'allaitement artificiel se complique de l'alimentation prématurée. Il croit donc que le rôle de l'Académie n'est pas de dénigrer un moyen reconnu utile et indispensable, mais bien de faire comprendre les inconvénients qui se rattachent à l'emploi de ce moyen, afin qu'on les évite.

Il résulte de la discusion, ajoute M. Guérin, que nous ne sommes pas bien fixés sur les avantages que présentent les crèches, tandis que nous leur reconnaissons tous des inconvénients. Il ne faudrait donc pas que l'Académie donnât une approbation trop explicite, et l'on devrait plutôt répondre que les crèches ne paraissent pas donner des résultats aussi satisfaisants que ceux qu'on en attendait, et qu'il faut appeler à une expérience plus longue et plus sérieuse avant de rien décider.

La discussion est renvoyée à la séance prochaine.

La séance est levée à cinq heures.

La commission chargée d'étudier les questions relatives à la mortalité des enfants du premier âge poursuit le cours de ses travaux. Elle s'est réunie les 16 et 18 mars, au ministère de l'intérieur, sous la présidence de M. de Royer, vice-président du Sénat. Elle a entendu dans sa dernière séance M. le docteur Brochard et un membre du conseil général de la Gironde. Elle entendra, le jeudi 7 avril, M. le docteur Monot. Une séance spéciale sera consacrée très-prochainement à l'examen et à la discussion du rapport de l'Académie impériale de médecine, qui est en ce moment sous presse et qui va être distribué. La commission abordera immédiatement après les questions posées par le rapport du ministre à l'Empereur.

Le directeur, Dr E. LE SOURD

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ARRÊTÉ

Le ministre de l'instruction publique,

Vu la délibération de la Faculté de médecine de Paris, en date du 5 avril 1870;

Considérant que des faits regrettables se sont produits à la Faculté de médecine dans les journées des 28 et 30 mars, 1er et 4 avril 1870;

Qu'un professeur a été violemment empêché de faire son cours, et que la Faculté a été gravement outragée dans la personne de l'un de ses membres;

Considérant qu'il y a lieu de faire cesser et de réprimer de tels désordres,

ARRÊTE :

Les cours et les examens sont suspendus à la Faculté de médecine de Paris jusqu'au 1er mai prochain.

Fait à Paris, le 6 avril 1870.

SEGRIS.

Nous n'avons fait aucune allusion aux faits qui amènent la fermeture de l'École. Ces faits n'étaient pas d'ordre scientifique et ne visaient pas le *professeur ;* nous pouvions, nous devions garder le silence.

Mais aujourd'hui, nous ne pouvons taire le regret de voir une Faculté supprimée momentanément pour des faits qui ne sauraient être rigoureusement imputés qu'aux élèves suivant le cours de M. Tardieu, c'est-à-dire des élèves de 4e année (*Arrêté du 26 septembre* 1837), ou des élèves préparant leur 4e examen de doctorat.

Il est très-improbable que les élèves qui étudient l'anatomie ou les sciences accessoires, pour satisfaire aux examens de fin d'année ou de doctorat, soient les auditeurs de M. Tardieu.

La fermeture de l'École frappe donc des innocents; elle nuit aux intérêts de la science, elle nuit à la fortune des élèves, et nous partageons complétement l'opinion des professeurs qui ont refusé de demander la fermeture de l'École.

Une mesure particulière était regrettable; une mesure générale manque d'équité.

Dr E. LE SOURD.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Les cliniques médicales.

Nous avons assisté à la première leçon de clinique de M. Lasègue, d'abord dans l'intention de recueillir de sa bouche l'exposé des principes de la méthode qu'il compte donner pour base à son nouvel enseignement et d'en transmettre quelque chose à nos lecteurs, et puis aussi en vue du plaisir que nous savions d'avance devoir éprouver à l'entendre. Du double mobile qui nous avait attiré à l'amphithéâtre de la Pitié, le second a été si bien et si complétement satisfait, qu'il a fait tort au premier. Entraîné par le charme de cette parole facile, élégante et de ce tour original et ingénieux qu'il donne à sa parole, nous nous sommes surpris, au dernier mot de sa leçon, le crayon à la main dirigé sur un feuillet complétement immaculé de notre cahier de notes. Nos lecteurs devront donc se passer de toute tentative, de notre part, d'un résumé ou d'une analyse. Est-ce à dire que nous renoncions pour cela à essayer de donner une caractéristique de son enseignement? Si nous y parvenons, ce ne sera certainement pas du premier coup, et d'un seul trait, mais bien en saisissant çà et là et un peu au hasard des sujets que fourniront les actualités de la clinique, quelques linéaments épars qui nous permettront peut-être un jour de reconstituer l'ensemble de la physionomie.

En attendant, et comme premier point de départ, consignons ici cette déclaration inscrite en tête de l'une de ses œuvres, qui, par son caractère essentiellement clinique, est plus propre que toute autre à nous initier à sa manière. « Aucun homme mêlé de près ou de loin au mouvement scientifique, dit-il dans l'introduction de son *Traité des angines*, n'a le droit de méconnaître la grandeur des progrès accomplis de notre temps ; mais à côté, sinon au-dessus des méthodes expérimentales, l'observation clinique garde une place qu'on pourra lui contester, qu'on ne lui ravira jamais. Insuffisante dans toute les maladies qui aboutissent à des productions adventives ou qui se terminent fatalement par la mort, l'observation du malade est la seule méthode qui s'applique aux affections curables destinées à disparaître sans laisser après elles des matériaux d'étude. Insister sur l'autorité de l'observation clinique, ce serait donner à croire qu'elle a besoin d'une justification ou d'une excuse; l'admettre à l'exclusion des autres procédés de recherches, ce serait nier la nécessité où nous sommes de profiter de toutes les ressources dont dispose notre intelligence. »

Nous avons retrouvé le fond, ou tout au moins l'équivalent de cette déclaration dans la leçon d'inauguration du cours de clinique. Ainsi, ceci doit être bien entendu, M. Lasègue ne prétend nullement se désintéresser des progrès dus aux méthodes expérimentales, et il compte bien profiter et faire profiter ses élèves de tous les acquêts de la science, d'où qu'ils viennent et par quelques procédés qu'ils aient vu le jour. Mais il y a peu à compter sur sa participation directe ou sa contribution aux procédés modernes. Ses goûts et ses préférences sont pour l'observation clinique. Mais encore faut-il s'entendre sur l'étendue et les limites qu'il compte donner au champ de l'observation, sur la manière d'en envisager l'objet, sur l'esprit et la méthode qui devront la diriger. Quoi de plus élastique, en effet, que l'observation? Quoi de plus relatif et à l'objet observé et à l'observateur lui-même?

On l'a dit bien souvent, l'observation vaut surtout par l'observateur. Les anciens observaient, et on sait, quoi qu'on ne paraisse pas toujours le reconnaître assez, tout ce qu'ils ont laissé malgré l'insuffisance ou l'imperfection de leurs connaissances physiologiques et de leur moyens d'exploration. Les modernes observent aussi, mais trop souvent peut-être avec des préoccupations qui, sous prétexte de précision et d'exactitude, restreignent et rétrécissent démesurément le champ de l'observation. L'exactitude et la rigueur même que l'on apporte dans la recherche et dans l'interprétation des signes physiques fait trop souvent négliger la considération de l'évolution et de l'enchaînement des phénomènes morbides dominants dont ces signes ne sont qu'une expression incomplète, quand ils ne sont pas eux-mêmes un phénomène purement contingent et parfois trompeur, comme nous en avons vu récemment plusieurs exemples remarquables.

Mais revenons au professeur de la Pitié, qui nous a inspiré ces réflexions.

M. Lasègue, dans un article sur la *Clinique médicale* de son maître Trousseau, publié il y a quelques années, s'exprimait ainsi : « On peut, en s'en tenant aux grands aspects de chaque direction, classer les médecins en deux catégories. Les uns cherchent les lois rigoureuses; leur intelligence les porte à constituer des espèces fixes en rejetant dans l'ombre les exceptions. L'absolu leur va mieux que le relatif. Au lit du malade, ils tâchent d'oublier les côtés individuels, de supprimer les conceptions indécises, pour leur substituer une notion exempte de conjectures... Les autres s'engagent dans une route inverse; leur impulsion native, et par conséquent peu réfléchie, les porte à tirer de leurs facultés tout ce qu'elles peuvent donner. Pour le spectateur, ils semblent errer au hasard; en réalité, ils vont droit où leur instinct les mène. C'est par ce qu'ils ont fait qu'on doit les juger, et non par la manière dont ils le font... Dans ce domaine immense des faits médicaux, ils choisissent, sans se croire obligés à ne suivre que la grande route; la personne de l'observateur joue dans leurs investigations un rôle incontestable. Tout à l'opposé des gens sytématiques, ils se complaisent aux théories provisoires, et ils ont si bien le sens de l'instabilité de leurs vues théoriques, qu'ils les modifient ou les bouleversent sans précautions, même oratoires....

« Ces médecins sont parmi nous ce que sont les inventeurs dans la science ou dans l'industrie; l'exception les attire; le nouveau, le hasardeux, la notion qui promet, les sollicitent; ils ne s'appliquent pas à recueillir des preuves à l'appui d'une loi ou d'un fait, mais à découvrir le fait dont la démonstration viendra à son heure.

« Ces natures d'intelligences sont ou ne sont pas: on ne les change ni ne les discipline. Il n'entre dans la possibilité d'aucun maître de donner à son élève des facultés dont il est dépourvu; il lui transmet des notions, et ne va pas au delà. C'est là qu'est justement cette part réservée à la *fantaisie* apparente, et c'est pourquoi les médecins ainsi doués, inhabiles à se prévaloir d'une règle doctrinale, sont réputés marcher à l'aventure, etc. »

Dans ce portrait idéal du praticien, dont les traits principaux s'appliquaient avec une grande justesse à Trousseau, ne reconnaîtra-t-on pas quelques traits du peintre lui-même? Pour nous, qu'il l'ait voulu ou non, qu'il l'ait fait sciemment ou insciemment, M. Lasègue a évidemment reflété une partie de sa propre physionomie sur celle de son modèle.

Dans les deux leçons qui ont suivi la séance d'inauguration, M. Lasègue a donné des exemples de cette manière large, mais il faut bien le dire aussi, un peu vague et indécise, d'envisager le problème clinique: dans la première, en montrant, à propos de plusieurs phthisiques de son service, tout le parti que les anciens médecins, privés des lumières de l'auscultation, tiraient du concours des signes anamnestiques avec les données fournies par les symptômes actuels, par l'étude de l'évolution de la maladie et des caractères individuels et propres du malade lui-même, au double point de vue du pronostic et du traitement, et celui qu'on en peut tirer aujourd'hui encore, en tenant compte tout à la fois et de l'ensemble de ces données et des signes physiques que donne l'exploration de la poitrine; — dans la seconde, en montrant, à l'occasion de quelques malades atteints de fièvre typhoïde, combien la marche et l'évolution de la maladie diffèrent suivant les individus, et combien la physionomie de la maladie diffère souvent d'elle-même sur le même individu, dans ses différentes périodes, son caractère définitif se montrant souvent en complète opposition apparente avec le caractère de son début. Il a montré, enfin, les modifications que peut imprimer à la physionomie de la même maladie un état diathésique antécédent, en soumettant à une habile analyse l'ensemble complexe de symptômes que présentait un des malades de son service atteint d'une fièvre typhoïde, alors qu'il était déjà en proie à l'alcoolisme.

De la propagation du cancer et du tubercule à la surface de la séreuse pleurale.

Dans son *Traité des tumeurs*, M. Virchow a signalé la possibilité d'une propagation du cancer d'un viscère à la surface des feuillets d'une séreuse environnante, comme de l'estomac, par exemple, au péritoine. M. Lépine, interne des hôpitaux, a communiqué à la Société de biologie plusieurs faits de même ordre qu'il a eu l'occasion d'observer pour la séreuse pleurale. Dans trois cas de cancer du sein du côté gauche, ne s'accompagnant pas de généralisation (il importe ici de distinguer la propagation de la généralisation), mais ayant envahi par propagation directe le feuillet pariétal de la plèvre sous-jacente, il a pu constater, à l'autopsie, l'existence, à la surface de la plèvre, de nombreuses nodosités de dimensions variables, et isolées les unes des autres. Ces nodosités étaient plus abondantes sur la plèvre diaphragmatique, où elles formaient, par leur confluence, une sorte de plaque large de plusieurs centimètres. La plèvre droite était saine, les poumons et les autres organes étaient absolument indemnes.

M. Lépine a observé plusieurs fois, en outre, chez des jeunes sujets qui n'étaient pas d'ailleurs atteints de tuberculose miliaire généralisée, mais dont les poumons présentaient des lésions tuberculeuses s'étendant jusqu'à la plèvre viscérale, l'existence de granulations sur le point de la plèvre pariétale correspondant à la lésion de la plèvre viscérale, le reste de la plèvre étant sain. Il n'y avait pas d'adhérences entre les deux feuillets pleuraux.

Dans un bon nombre de cas, M. Lépine a constaté que les lésions de la plèvre pariétale présentaient une localisation remarquable : c'est, dit-il, sur la plèvre diaphragmatique, tout autour du foliole fibreux du diaphragme, à l'endroit où cessent les fibres musculaires, que l'on voit siéger les granulations, qui sont disposées circulairement.

Dans deux des faits qu'il a observés, la lésion qui avait été l'origine des granulations n'était pas tuberculeuse; c'était un noyau de pneumonie caséeuse.

M. Lépine croit pouvoir tirer de ces faits deux conclusions, qu'on trouvera peut-être un peu anticipées, et qu'il ne donne du reste lui-même que sous toutes réserves, savoir : qu'il serait difficile d'expliquer, dans la deuxième série de faits dont il vient d'être question, l'affection localisée de la plèvre pariétale autrement qu'en admettant une contagion qui se serait opérée par contiguïté ; la deuxième : qu'une pneumonie caséeuse a pu donner naissance d'une manière immédiate à des tubercules; ce qui viendrait à l'appui de l'opinion qui a été émise sur l'identité de nature entre la pneumonie caséeuse et la tuberculose.

Fièvre intermittente quotidienne à forme ovaro-péritonéale.

Les médecins qui exercent dans le sud-ouest de la France, dans la campagne de Rome et en Algérie, savent que l'intoxication paludéenne revêt les formes les plus graves et les plus variées. Voici un exemple d'une de ces formes rares, que nous communique l'un de nos correspondants, M. le docteur Sorbets, d'Aire (Landes).

Pendant vingt ans de pratique médicale dans les Landes, M. Sorbets a eu l'occasion d'observer presque toutes les manifestations palustres caractérisées par des symptômes graves se rapportant aux troubles de presque toutes les fonctions de l'économie, depuis la forme algide délirante, jusqu'à l'hémiplégie droite ou gauche cédant facilement aux préparations de quinquina.

Au point de vue du diagnostic, l'admission de toutes ces formes doit être acceptée. Ce n'est pas là, comme on le prétend, une pure vue spéculative de l'esprit, mais bien un fait certain, basé sur une saine observation dégagée de préjugés, et contrôlée surtout par le traitement antipériodique.

Mais il était une forme d'intoxication palustre, la forme ovaro-péritonéale, dite encore *forme péritonitique*, qui n'avait jamais attiré son attention d'une manière spéciale, et qu'il considère comme devant être admise dans le cadre nosographo-pratique jusqu'à preuve du contraire (1).

Voici le fait en question que nous reproduisons textuellement d'après la relation de notre correspondant :

G... (Marie), 21 ans, primipare, accouche très-heureusement le samedi 8 janvier 1870, dans une chambre du rez-de-chaussée de sa maison, qui, par deux fois, et à trois mois d'intervalle, avait reçu les eaux débordées de l'Adour. Depuis la visite des eaux du fleuve, le sol de sa chambre restait dans un état complet d'humidité, condition très-peu favorable à la santé d'une femme récemment accouchée. Malgré nos pressantes sollicitations, mais à cause de la pauvreté de la famille, la femme G... est obligée de rester dans cette chambre, qui était des plus insalubres.

Cinq jours après la parturition, le jeudi 13, la nouvelle accouchée, en voulant prendre l'enfant qu'elle nourrissait, se leva sur son séant. Elle éprouva immédiatement un froid général, avec tremblement et claquement des dents ; puis, elle ressentit une douleur très-vive du côté gauche de l'abdomen, dans la fosse iliaque. Céphalalgie et courbature générale.

La sage-femme appliqua sur l'abdomen des cataplasmes laudanisés.

Nuit assez calme.

Le vendredi 14, à dix heures du matin, au même moment où le froid de la veille avait débuté, les mêmes phénomènes se déclarent. Douleur abdominale vive, nuit agitée, sueurs profuses.

Le samedi 15, vers dix heures du matin, froid général, douleur abdominale lancinante, pouls précipité, fréquent ; angoisses, envies de vomir, état saburral de la langue.

Appelé alors pour la première fois, je suis très-surpris de la gravité de l'état général de cette femme : pouls petit, fréquent, yeux hagards, face grippée, paroles incohérentes.

A cause de l'état puerpéral de cette jeune femme, je crus d'abord avoir affaire à une métro-péritonite, car la palpation la plus légère du ventre augmentait la douleur, surtout du côté des ovaires. En outre, le pouls petit et précipité, un état général grave et les envies de vomir, semblaient confirmer cette manière de voir. Cependant, les renseignements fournis par les parents et par la malade elle-même, le retour périodique du froid au début de l'accès et des sueurs profuses au déclin d'une part, et de l'autre, malgré les symptômes apparents d'une métro-péritonite, l'existence d'une constitution épidémique éminemment paludéenne, me firent admettre une fièvre intermittente métro-péritonéale grave. J'administrai immédiatement *un* gramme de sulfate de quinine dans une infusion de café, divisé en quatre paquets, à prendre deux le soir et deux le lendemain matin.

Malgré l'administration de l'antipériodique, mêmes symptômes graves le dimanche 16 et à la même heure. Application de vingt sangsues pour combattre la douleur abdominale très-vive. Nouvelle dose de sulfate de quinine.

Le lundi 17, nous crûmes à une erreur de diagnostic de notre part, car la fièvre revint très-forte dans la matinée, avec hallucinations et une grande agitation. Purgatif à l'huile de ricin ; puis, *un* gramme de sulfate de quinine en quatre paquets. Mais le retour périodique des accès, les sueurs abondantes, la filiation symptomatique des phénomènes observés, et l'apyrexie après une scène si grave, ainsi que notre pratique médicale pendant la constitution épidémique régnante, nous rassuraient sur ce cas.

Le mardi 18, amélioration. Quinquina jaune royal en poudre, *quinze* grammes, en six paquets.

Les accès sont enrayés, et partant les phénomènes généraux et locaux. Une alimentation substantielle, réparatrice et du vin de quinquina font disparaître rapidement des symptômes qui, pendant un instant, ont pu donner le change sur leur vraie nature, parce qu'ils s'étaient développés pendant la période, toujours grave, de la puerpéralité.

(1) Dans notre opinion, et malgré les critiques mal fondées dont il a été l'objet, le docteur Duboué, de Pau, a, dans son *Traité de l'impaludisme*, saisi et exposé la question dans son vrai jour. Nous pensons en outre que cet ouvrage rendra les plus grands services à tous les médecins de nos contrées, en posant d'une manière plus précise le diagnostic de certaines formes paludéennes, et en rapportant aux affections palustres des maladies mal étudiées, et si graves souvent qu'elles tuaient un malade qui aurait trouvé sa guérison dans quelques grammes de sulfate de quinine.

(*Note de M. le docteur Sorbets.*)

DU PIED PLAT

Par M. A. Dubrueil

Le pied normal présente, dans le milieu et à la partie interne de sa plante, une excavation assez prononcée qui a valu à cette partie le nom de voûte plantaire, et dont les piliers sont en avant et en arrière. Dans quelque temps de la marche qu'on l'examine, lorsqu'elle a lieu sur un terrain plein, on ne voit jamais le pied s'appliquer sur le sol par toute son étendue, et l'on peut toujours interposer, entre ce dernier et la partie interne de sa plante, un corps mince, une carte, par exemple. Le bord externe, au contraire, dans la station et à un moment donné de la marche, repose tout entier sur le plan de sustentation.

Le pied plat est celui chez lequel l'excavation de la plante faisant défaut, ou n'existant qu'à un faible degré, cette région appuye, à un moment donné, sur le sol par toute ou presque toute son étendue.

Cet affaissement de la voûte plantaire a entre autres effets celui de rapprocher le sommet des malléoles du plan sur lequel le pied repose. Voici comment, au point de vue morphologique, on peut caractériser la difformité qui m'occupe : convexité moindre de la partie dorsale de l'avant-pied, aplatissement de la plante, abaissement des malléoles. Cet état pathologique peut être congénital ou acquis.

Dans le premier cas, c'est à la disposition originelle des os et des ligaments qu'il faudrait rapporter la malformation, s'il faut en croire Roquette (*Archives de médecine*, 1834, t. IV, 2e série, p. 53), tandis que, pour M. Duchenne (*Archives*, 1856, t. VIII, 5e série, p. 59), c'est la paralysie de l'extenseur abducteur (long péronier latéral), paralysie sur laquelle je vais revenir un peu plus loin, qui, au moins, pour un certain nombre de pieds plats, devrait être considérée comme la cause de la lésion.

Pendant longtemps, on a regardé comme impropre à la marche les individus affectés de pied plat congénial en raison des douleurs produites par cet exercice au niveau de la région plantaire et attribuées au tiraillement des ligaments. Cette opinion était tellement accréditée que, sous le premier Empire, qui consomma un si grand nombre de soldats, les pieds plats furent toujours exemptés du service militaire.

C'était là une présomption dont on est revenu, grâce surtout aux recherches de Gama. Il faut bien le reconnaître, en effet, s'il est des pieds plats qui ne peuvent sans souffrir fournir une course un peu longue, d'autres, au contraire, sont d'excellents marcheurs.

A quoi tient cette différence ? Pour Bouvier (*Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur*, p. 178), les pieds plats douloureux seraient ceux-là seulement qui seraient compliqués d'un certain degré de valgus, tandis que Duchenne (*loco citato*) est porté à croire que la douleur est propre à ceux qui résultent de la paralysie du long péronier latéral.

Quoi qu'il en soit, dans ce dernier cas, on pourra recourir au traitement que j'indiquerai tout à l'heure pour la paralysie, réservant pour les autres les chaussures à talon élevé que conseillait Dupuytren.

On voit donc que si le long péronier latéral, en vertu de sa seule tonicité, maintient l'excavation plantaire, le tibial antérieur, en se contractant, tend au contraire à la faire disparaître.

En somme, pour que la voûte plantaire persiste à l'état normal, que faut-il ? 1° que le long péronier ne perde pas sa faculté contractile ; 2° que le jambier antérieur ne soit pas contracturé. Une seule de ces conditions cessant, la voûte plantaire cesse d'exister, et il se produit en même temps un léger degré de valgus. De là deux origines distinctes pour le pied plat acquis :

1° La paralysie du long péronier latéral ;

2° La contracture du jambier antérieur.

Si l'on veut traiter convenablement cette infirmité, il faut d'abord savoir dans quelle catégorie rentre le cas que l'on examine, chercher si l'on a affaire à une paralysie ou à une contracture.

Quand le jambier antérieur est contracturé, son tendon est plus ou moins saillant au niveau de la partie antérieure et interne du cou-de-pied. En cherchant à abaisser le bord interne du pied, on rend cette saillie plus manifeste, et l'on provoque d'assez vives douleurs sur le trajet du muscle.

La paralysie du long péronier latéral est caractérisée par l'impossibilité où se trouve le malade de se soulever en s'appuyant exclusivement sur le pilier antérieur de la voûte plantaire du côté malade, car la maladie est très-souvent bornée à un seul pied, ou, ce qui revient au même, par l'impossibilité de résister à des pressions exercées de bas en haut à ce niveau. On ne trouve pas, dans ce cas-là, de contracture du jambier antérieur ; mais il arrive souvent qu'elle envahit le court péronier latéral et l'extenseur commun des orteils.

Selon Duchenne, cet état de choses est dû à l'excès de poids que supporte la partie externe de l'articulation calcanéo-astragalienne, en raison du léger mouvement en dehors qui se produit ; le froissement des surfaces articulaires qui en résulte devient l'origine de vives douleurs, lesquelles déterminent la contracture des muscles ambiants. Les plus voisins sont l'extenseur commun et le court péronier latéral, et leur contracture a pour effet d'exagérer le valgus.

C'est sans doute aux tiraillements que le renversement du pied en dehors fait subir aux fibres superficielles du ligament latéral interne allant s'insérer sur le calcanéum, que l'on doit rapporter les douleurs observées en pareil cas au-dessous de la malléole interne ; car, je l'ai déjà dit, en dehors de la douleur à la région plantaire, les malades en ressentent en différents points du pied, mais surtout au-dessous des deux malléoles. Du côté péronéal, la souffrance paraît due à une exagération de pression au niveau de la partie externe des surfaces articulaires.

Peut-on désigner sous le nom de tarsalgie la maladie qui m'occupe ? Ce serait, je crois, consacrer une erreur. Que certains sujets, les adolescents entre autres, soient quelquefois affectés d'arthrite tarsienne, et que ces arthrites puissent imprimer au pied la position du pied plat valgus, je suis loin de le nier ; mais on ne peut nier non plus que le pied plat valgus, ayant les origines que je viens d'indiquer, ne constitue pas une entité morbide parfaitement tranchée, et quant à arguer des douleurs pour faire de cette maladie une lésion articulaire, c'est, il me semble, raisonner d'une façon vicieuse. La lésion articulaire, si elle existe, n'est en somme que secondaire. En outre, nul auteur ne rapporte de fait où elle ait dégénéré en tumeur blanche, et l'on serait en droit de demander quelle est cette espèce particulière d'arthrite si constamment bénigne qui n'a jamais de suite grave.

De même que l'on est conduit à admettre deux ordres de causes pour la genèse du pied plat valgus douloureux, de même on doit admettre deux ordres de moyens curatifs, en dehors du repos qui constitue un adjuvant indispensable du traitement, et qui suffit pour faire disparaître momentanément la maladie, dans le cas où cette dernière dépend, non pas d'une véritable paralysie, mais d'un simple affaiblissement du long péronier.

A la paralysie du long péronier latéral, on opposera la faradisation de ce muscle ; mais si c'est à une contracture du jambier antérieur que l'on a eu affaire, quelle sera la conduite à tenir ? La ténotomie a, pendant longtemps, été en pareil cas la seule ressource sérieuse, mais nous possédons aujourd'hui des moyens moins violents et tout aussi efficaces.

L'application du courant continu, du courant descendant, nous offre, en pareil cas, une ressource précieuse. On place le pied du malade dans un vase rempli d'eau salée, où l'on plonge le pôle négatif d'un appareil fermé par une série suffisante d'éléments de Remak ou de Marié-Davy ; autour de la partie supérieure de la jambe, on enroule une compresse mouillée sur laquelle on fixe le pôle positif. Sous l'influence du courant descendant, la contracture disparaît.

J'en viens maintenant au pied plat acquis.

Celui-ci se développe généralement à l'époque de la puberté. Toujours douloureux, il s'accompagne d'un léger degré de renversement du pied en dehors, qui lui a valu la dénomination de *valgus* (pied plat douloureux).

La douleur ne siége pas seulement à la plante ; elle se fait sentir quelquefois presque uniquement au-dessous des malléoles, au niveau du cou-de-pied, des articulations du tarse.

Avant d'aller plus loin dans l'étude du pied plat accidentel, il est bon d'établir les conditions de statique et dynamique musculaires qui, chez l'individu dont les os, les ligaments et les aponévroses du pied sont à l'état normal, doivent exister pour que la voûte plantaire persiste dans son intégrité originelle. C'est M. Duchenne (de Boulogne) qui a éclairé cette question en montrant d'une façon précise quel est le rôle des différents muscles moteurs du pied sur la jambe. Ses recherches ont établi, de la façon la plus nette, qu'il existe à la jambe deux muscles antagonistes, l'un qui, en vertu de sa tonicité, maintient la voûte plantaire, l'autre qui, par sa contraction, tend à l'affaisser. Le premier est le long péronier latéral, le second le jambier antérieur.

Le long péronier, qui s'insère au tiers supérieur de la face externe du péroné d'une part, et d'autre part, à l'extrémité postérieure du premier métatarsien, subit une première réflexion derrière la malléole externe et une seconde au niveau de la gouttière du cuboïde. Or c'est, on se le rappelle, une règle établie en dynamique musculaire que l'action d'un muscle réfléchi se produit d'abord suivant la direction qu'il présente à partir de sa dernière réflexion. Après s'être réfléchi pour la seconde fois au niveau du bord externe du cuboïde, le tendon du long péronier se porte en dedans et un peu en avant, en croisant la plante du pied suivant une direction légèrement oblique. Qu'il se contracte, et le premier effet de cette contraction sera de tendre à rapprocher le bord interne du bord externe de l'avant-pied, et partant, d'augmenter la concavité de la voûte. Puis, si l'action du muscle continue, le pied sera renversé en dehors. Cet effet produit, et la contraction persistant, c'est suivant la direction que présente le tendon après sa première réflexion derrière la malléole externe que se fera le mouvement ; le bord externe du pied sera élevé, et le pied sera étendu sur la jambe. Voilà pour l'action du muscle qui se contracte ; mais en l'absence de toute contraction, la tonicité suffit pour produire un effet analogue à celui que détermine la contraction, c'est-à-dire, en un mot, qu'ici la tonicité du long péronier latéral maintient la voûte plantaire et l'empêche de s'affaisser.

Quant au jambier antérieur, que j'ai dit être l'antagoniste du précédent, attaché en haut à la partie supérieure de la face externe du tibia, en bas au tubercule du premier cunéiforme et au premier métatarsien, il se dirige obliquement en bas et en dedans. Le premier effet de sa contracture est de tendre à élever le cunéiforme, le métatarsien du gros orteil. Le cunéiforme est très-peu mobile isolément; le premier métatarsien l'est aussi très-peu dans sa partie postérieure; il l'est beaucoup plus, en revanche, au niveau de son extrémité antérieure; de sorte que l'action du muscle se traduira d'abord par l'élévation du bord interne de l'avant-pied, élévation qui sera bien plus considérable pour la tête du métatarsien en raison de sa plus grande mobilité. Le pilier antérieur de la voûte s'élevant, celle-ci s'affaissera; puis, si la contraction du muscle continue, le pied sera porté dans l'adduction et la flexion.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 25 mars 1870. — Présidence de M. BERGERON.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. CHAMPOUILLON, à l'occasion du procès-verbal, donne en quelques mots les résultats d'une enquête comparative qui a été faite parmi les militaires, au sujet des vaccinations et revaccinations par le vaccin humain et le vaccin de génisse.

En 1866, il y a eu un grand nombre de revaccinations faites dans l'armée par le vaccin humain; on a obtenu 32 succès pour 100. Plus tard, les vaccinations pratiquées avec le vaccin de génisse ne donnaient plus que 14 succès pour 100. Cette année, insuccès presque complet. Sur 139 hommes d'un même régiment qui ont été revaccinés par le vaccin de génisse, pas un succès; tandis que le vaccin humain a donné ailleurs pour des revaccinations 11 succès pour 100. On pourrait jusqu'à un certain point, dit M. Champouillon, trouver l'explication du peu de succès obtenu sur les militaires avec le vaccin de génisse, dans ce fait qu'ils sont inoculés les derniers à l'Académie, et il paraîtrait, d'autre part, que les auxiliaires de M. Lanoix, chargés de vacciner des militaires, revaccinaient jusqu'à 5 hommes sans retremper leur lancette. Ces insuccès peuvent donc trouver leur explication, soit dans l'absence de virus, soit en raison du procédé employé.

En outre, sur 3,319 militaires atteints de variole ou de varioloïde pendant les années 1867 et 1868, 2,432 avaient été vaccinés dans leur enfance, 720 avaient été revaccinés, 58 avaient eu la variole, et 109 n'avaient été ni vaccinés ni variolés.

A ce sujet, M. Champouillon rappelle l'idée qui a déjà été émise par plusieurs observateurs, de l'antagonisme qui existerait entre la variole et la fièvre typhoïde. Des observations ont été faites tout récemment encore par un médecin militaire sur les turcos. Sur 2,200 hommes observés, il y en a les trois cinquièmes qui portent des traces de la variole, et parmi eux pas un cas de fièvre typhoïde n'a été observé. M. Champouillon livre ces faits sous toute réserve, et croit qu'il faut attendre que l'expérience soit plus étendue et plus péremptoire pour rien affirmer à ce sujet.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les maternités.

Discussion sur les maternités.

M. VIDAL pense que les membres de la Société seront unanimes à demander la suppression des maternités actuelles et des salles d'accouchement dans les hôpitaux. Leur vice radical est l'agglomération. A l'appui des arguments invoqués par le rapporteur de la commission et la plupart des orateurs qui ont pris part à la discussion, il cite quelques extraits d'une remarquable étude générale sur les maladies nosocomiales, publiée en 1849 par le docteur Georges Grégory, dans le 19e volume du *Medical Times*, sous le titre d'*Ochlésis* (de ὄχλος foule). C'est le nom par lequel l'auteur anglais désigne le poison développé par l'agglomération des individus sains ou malades.

Tout en étant d'avis de placer chez les sages-femmes le plus grand nombre des femmes qui ne peuvent être accouchées à domicile M. Vidal pense, avec le chirurgien en chef de la Maternité, que les accouchements laborieux réclamant des secours immédiats et les soins d'un personnel expérimenté, il sera nécessaire d'établir des petites maisons d'accouchement, à chambres séparées. Il désire voir adopter le plan proposé par M. Tarnier. Il ne critique que l'infirmerie. Il la croit inutile, d'un voisinage menaçant. C'est, dit-il, une complication qu'on peut éviter en transférant à l'hôpital voisin toute malade prise d'accidents puerpéraux. C'est, du reste, ce que font presque toutes les sages-femmes, et cette mesure est en usage depuis plusieurs années à la Maternité de Munich.

L'enseignement n'aura rien à perdre à la nouvelle organisation. L'internat des sages-femmes de la Maternité, superfétation onéreuse pour l'administration, serait supprimé; mais elles seraient exercées à la pratique obstétricale chez les sages-femmes et dans les petites maisons d'accouchement, où les plus instruites pourraient être admises temporairement à faire le service de gardes, ce qui répondrait aux objections de M. Bernutz.

L'instruction pratique des élèves en médecine pourrait gagner à la modification, si l'on instituait une *Polyclinique obstétricale*, à laquelle seraient attachés les étudiants ayant passé le cinquième examen, ou un examen analogue à celui de la partie afférente à l'obstétrique. Un chirurgien en chef assisté de deux chefs de clinique, ayant sous sa direction les élèves en médecine et les élèves sages-femmes, serait chargé de la surveillance des femmes en couches placées chez les sages-femmes de la ville, du service d'une ou deux petites maisons d'accouchement, et enfin d'une consultation gratuite pour les femmes enceintes ou accouchées depuis peu de temps.

En remplacement des conclusions 3, 5 et 6 du rapport, M. Vidal propose les deux conclusions suivantes:

1° Evacuer des petites maisons d'accouchement, ainsi que de chez les sages-femmes, et transférer à l'hôpital le plus rapproché, toute malade prise de fièvre puerpérale (système adopté avec succès par la Maternité de Munich).

2° Instituer pour la direction chirurgicale des petites maisons d'accouchement et la surveillance des femmes en couches placées chez les sages-femmes, deux ou trois services de polyclinique obstétricale. Ces services seraient confiés à un chirurgien en chef, à deux adjoints ou chefs de clinique, secondés par des élèves en médecine et des élèves sages-femmes ayant fait preuve de connaissances théoriques suffisantes.

M. BOURDON, rapporteur, a la parole pour répondre aux différents orateurs:

Au moment de clore cette discussion, et avant que la Société ne procède au vote sur les conclusions du travail de la commission, je viens, dit-il, comme rapporteur, répondre à quelques objections, ce qui me sera, je crois, assez facile, les dissidences ne portant pas sur le fond de la question, mais seulement sur les détails d'exécution.

En effet, tous les orateurs qui ont pris part à la discussion adoptent les différents modes d'assistance que la commission a proposés.

Cet accord unanime, dont nous avons lieu de nous féliciter, devait s'établir, par cette raison que les conclusions du rapport s'appuient sur les données acceptées généralement, et en particulier sur les deux suivantes: 1° l'agglomération des accouchées est la cause principale des accidents puerpéraux; 2° pour l'assistance à donner aux femmes en couche, on doit se rapprocher autant que possible des conditions de l'accouchement à domicile.

En conséquence, nos collègues ont été, comme nous, d'avis du placement chez les sages-femmes, et ils ont accueilli favorablement notre projet de petites maternités à chambres séparées, pour les femmes qui n'ont pas de domicile; seulement, quelques divergences d'opinions se sont produites sur le mode d'assistance dans les hôpitaux, et sur le système à choisir pour les maisons d'accouchement à population restreinte. On a fait des objections au plan de M. Tarnier, que nous conseillons d'exécuter à titre d'essai, comme réunissant les conditions hygiéniques les plus favorables. M. Tarnier a défendu son système contre les critiques de MM. Bernutz et Hervieux, il l'a fait mieux que nous n'eussions pu le faire. Nous n'avons donc rien à ajouter à son plaidoyer. Mais nous répéterons ce que nous avons déjà dit: que nos collègues qui ne sont pas complètement satisfaits de ce projet en trouvent un autre, présentant les mêmes garanties de salubrité, avec lequel le service soit plus facile et la surveillance plus efficace, nous nous empresserons de l'adopter et de le recommander à l'administration. Ce que la commission veut avant tout, c'est qu'on ne s'en tienne pas à ce qui existe, comme le désire M. Hervieux; elle demande particulièrement qu'on ne conserve pas la grande maternité avec son école d'accouchement. Notre collègue M. Chauffard a répondu sur ce point à M. Tarnier; il a été l'éloquent et fidèle interprète de la commission.

Ma tâche est donc bien réduite, puisqu'il ne me reste plus à répondre qu'à MM. Gallard et Dumont-Pallier.

Je demanderai d'abord à M. Gallard la permission de ne pas le suivre sur le terrain des doctrines: l'important, pour la question qui nous occupe, est qu'il admette, comme nous, l'influence de l'agglomération des femmes en couches et l'existence des constitutions épidémiques pour expliquer le développement des accidents puerpéraux; qu'il reconnaisse, en faisant comme nous des réserves, que la contagion peut jouer un rôle dans la propagation de ces accidents. Étant tout à fait d'accord sur l'étiologie, nous devions l'être également sur les moyens prophylactiques.

Aussi met-il en première ligne, ainsi que nous l'avons fait, l'assistance à domicile, puis, pour les femmes sans domicile, le placement chez les sages-femmes.

Toutefois, sur ce dernier mode d'assistance, qui, par parenthèse, n'a pas été mis en pratique seulement depuis quelque mois comme nous l'a dit M. Gallard, mais bien dès le mois de juin 1867, une divergence d'opinion existe entre nous. Notre collègue pense qu'au lieu de faire 2,000 accouchements chez les sages-femmes, on pourrait en faire 7,000, ce qui permettrait de supprimer toutes les maternités et toutes les salles d'accouchement des hôpitaux. Pour organiser ce service, il ne lui faudrait, nous a-t-il dit, que 200 sages-femmes. D'abord notre collègue est-il bien sûr d'en trouver un aussi grand nombre dans les conditions voulues d'aisance, d'installation, de moralité, et qui de plus soient logées dans le voisinage des hôpitaux.

L'administration, après avoir fait faire une enquête, n'en a trouvé jusqu'à présent que 68 remplissant toutes les conditions.

Mais enfin, supposons que M. Gallard ait pu installer ses 7,000 accouchées, n'arrivera-t-il pas, ainsi que le disait M. Tarnier dans l'avant-dernière séance, et ainsi que je l'ai toujours redouté, que les femmes enceintes, même un peu aisées, trouvant très-économique ce moyen de faire leurs couches, le nombre des admissions augmente beaucoup, double peut-être, et qu'en conséquence les sages-femmes attachées aux hôpitaux deviennent insuffisantes? Ensuite, notre collègue est-il bien certain qu'à un moment donné les sages-femmes n'élèveront pas leurs prétentions à un prix exagéré qui ne serait plus acceptable; ou bien, pour une raison quelconque, comme des accidents puerpéraux plus fréquents dans leurs maisons, ne pourront pas un jour refuser de recevoir les accouchées des hôpitaux? Il ne nous semble pas prudent de se mettre ainsi complétement à la merci des sages-femmes, sans parler du danger que nous avons déjà signalé; de voir se former dans leurs logements, dont l'assainissement peut être opéré incomplétement, de petits foyers d'infection qui dissémineraient la fièvre puerpérale dans toute la capitale.

Enfin, comme M. Tarnier l'a démontré parfaitement avec ce système, il n'y aurait plus d'enseignement pratique possible à Paris. M. Gallard, en effet, reconnaîtra bien, avec nous, que pour constituer une clinique obstétricale, il faut de toute nécessité une réunion permanente, et dans un même lieu, d'un certain nombre de femmes en couches. Eh bien, notre collègue ne l'aura pas avec le placement des accouchées chez les sages-femmes, ni avec les salles de travail et la dissémination immédiate des femmes accouchées dans les services généraux.

Il trouvera au contraire cette réunion dans les services d'accouchement des hôpitaux organisés comme à Lariboisière, et dans les petites maternités, lesquelles réaliseront, autant que possible, les conditions hygiéniques réclamées par lui.

M. Vidal vient de nous parler des polycliniques instituées à l'étranger. Nous savions qu'il en existait à Leipzig et à Londres. La commission ne s'est pas occupée de ce mode d'enseignement, qui ne se rattache qu'accessoirement à notre travail, étant presque exclusivement du ressort de la Faculté de médecine. Je ne puis donc vous donner l'opinion de mes collègues. Quant à moi, je ne verrais aucun inconvénient à essayer de cette organisation, un peu compliquée, je l'avoue, mais qui, si elle donnait de bons résultats, aurait l'avantage de permettre de réduire encore le nombre des maisons d'accouchement, but que nous poursuivons tous, quoique par des moyens un peu divers. Je reprends la question de l'assistance qui doit dominer le sujet, et pour achever ma réponse à M. Gallard, j'ajoute que, si on peut placer chez les sages-femmes plus d'accouchées que nous ne l'avons supposé, c'est-à-dire 3,000 ou 4,000, c'est le chiffre auquel est arrivé également M. Dumont-Pallier par ses calculs; si, d'autre part, on parvient à étendre encore l'assistance à domicile, comme nous le demandons, deux ou trois, peut-être quatre petites maisons d'accouchement suffiront pour compléter l'assistance des femmes en couches. Il est bien entendu qu'on devra choisir, pour ces établissements, le système qui donnera le chiffre de mortalité le moins élevé. De cette manière, la commission espère que les besoins de l'enseignement obstétrical seront sauvegardés en même temps que les exigences de l'humanité.

Dans son discours, M. Gallard témoigne le regret que nous nous occupions des projets de construction pour les hôpitaux. La commission, au contraire, ne voit que des avantages à cette immixtion. Les médecins connaissent mieux que les plus célèbres architectes les conditions hygiéniques que doivent présenter ces constructions. Nous devons d'ailleurs nous féliciter que l'administration cède enfin aux vœux si souvent exprimés dans cette enceinte en nous faisant intervenir dans les questions d'installation hospitalière. D'ailleurs, M. Gallard, qui n'est pas de notre avis sur ce point, ne s'occupe-t-il pas lui-même d'installation en établissant, par des calculs en opposition avec l'enquête de l'administration, qu'on pourrait placer jusqu'à 7,000 accouchées chez les sages-femmes?

J'arrive aux conclusions que propose notre collègue, et qui, presque toutes, sont identiques à celles de la commission. Seulement, au lieu de se contenter de faire disparaître les grandes agglomérations de femmes en couches, il propose de supprimer tous les services d'accouchement et il fait de cette suppression l'objet de sa première conclusion; puis il remplace ces services par le système du placement des accouchées chez les sages-femmes, mode d'assistance qu'il suppose suffisant et assuré. La commission croit qu'il est plus sage de ne pas démolir à ce point avant d'avoir reconstruit. Quand on aura pu installer sainement et sûrement toutes les femmes en couches en dehors des établissements hospitaliers, nous demanderons alors, mais seulement alors, la suppression des maternités, ou, du moins, de celles dans lesquelles le chiffre de la mortalité sera plus élevé qu'avec l'assistance à domicile ou chez les sages-femmes.

Quant à la question des concours de l'internat et aux cours d'obstétrique à faire dans les hôpitaux, la commission en a fait l'objet d'une conclusion pour prouver toute l'importance qu'elle y attache. Aussi, malgré les observations de M. Gallard et de M. Dumont-Pallier, maintient-elle cette conclusion.

J'aurai peu de chose à répondre à M. Dumont Pallier, qui accepte toutes nos conclusions, moyennant quelques modifications qui ne portent que sur des détails.

D'abord, relativement à l'assistance dans les hôpitaux, au lieu des services d'accouchement, qu'il supprimerait, il propose que, dans chaque salle de médecine, deux lits soient constamment occupés par des femmes en couches; autrement dit, il propose d'établir, d'une manière permanente, ce qu'on fait temporairement en cas d'épidémie, lorsque les salles d'accouchement sont fermées. Ce mode de répartition des accouchées dans les services généraux soulève contre lui les objections que nous avons déjà présentées dans notre rapport, à savoir l'inexpérience des infirmières ordinaires, l'impossibilité de continuer à se servir des nourrices sédentaires, les cris des enfants, etc.; de plus, cette dissémination, en faisant disparaître les services d'accouchement, qui sont de véritables centres d'instruction, supprimerait presque complétement l'enseignement obstétrical dans les hôpitaux auxquels ne serait pas annexée une maternité.

Pour ces raisons, nous préférons le système mis en usage à l'hôpital de Lariboisière, et qui a donné de très-bons résultats dans ces dernières années, 0,93 p. 100 et même 0,74 p. 100 de mortalité.

M. Dumont-Pallier est comme nous, d'avis des petites maternités, et il propose de construire un pavillon à quatre chambres, d'après le mode de M. Tarnier, à côté de chaque hôpital, et autant que possible dans le jardin de l'établissement. Il estime qu'il en faudrait une vingtaine, ce qui représenterait 80 lits pour compléter l'assistance des femmes sans domicile.

La commission, d'accord en cela avec M. Tarnier, préférerait 4 maternités de 12 ou 15 lits, à un seul bâtiment, mais elle accepterait très-bien, je crois, des petits pavillons groupés par 4 ou 5 auprès d'un hôpital. Ce système ne paraît pas devoir être plus dangereux que les pavillons uniques, et il aurait l'avantage de constituer des cliniques où viendraient s'instruire les étudiants et les élèves sages-femmes.

M. Dumont-Pallier pense, comme nous, qu'on ne peut pas abandonner complétement la question de l'enseignement pratique. Aussi, nous le répétons, à part quelques petites divergences qui ne portent pas sur le fond du débat, notre collègue accepte-t-il les conclusions du rapport, sauf la dernière, sur laquelle nous nous sommes expliqués.

En résumé, dans la discussion, aucune de ces conclusions n'a reçu, à notre avis, une seule atteinte grave. Nous croyons qu'il a été répondu d'une manière satisfaisante aux objections présentées par les orateurs; en conséquence, la commission maintient toutes ses conclusions.

CORRESPONDANCE

A propos de la communication faite par M. Wœstyn, à l'Académie des sciences, sur les *Moyens de détruire les miasmes contagieux des hôpitaux*, notre collaborateur, le docteur Montanier, vient d'adresser la lettre suivante à M. le secrétaire perpétuel de l'Académie :

Paris, le 3 avril 1870.

A M. le Secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences.

Monsieur,

L'Académie des sciences a pris en très-sérieuse considération la proposition faite par M. Wœstyn, de brûler les miasmes des salles d'hôpital, et elle a nommé une commission chargée d'examiner cette question. Je tiens de mon côté cette idée pour excellente, mais je pense qu'elle a dû venir déjà à tout homme qui s'est quelque peu occupé de la ventilation et de la salubrité des hôpitaux. Lorsque, en 1864, je m'occupais de cette question, je fus cependant tout étonné de ne voir nulle part, non pas formulée, mais même indiquée, l'idée de brûler les miasmes provenant de salles de malades; et voici ce que j'écrivais dans le journal *l'Opinion nationale*, à la date du 6 octobre 1864.

Après avoir longuement étudié les conditions de salubrité des hôpitaux, j'ajoutais :

« Il est certain que l'air des salles d'un hôpital se vicie très-promptement et qu'il se charge d'une quantité considérable de miasmes putrides et très-dangereux.

« On a donc eu parfaitement raison de chercher par tous les moyens d'aération, non pas à empêcher la production des miasmes, mais à les emporter à proportion qu'ils se forment, de manière à les rendre aussi peu nuisibles que possible aux malades. Mais on ne s'est jamais occupé, que nous sachions, de mettre à l'abri de cette même influence, les habitations voisines, et, en cela, on a eu tort. *Il faut, quand on le peut, garantir les populations saines environnantes tout aussi bien que les malades.* Ces miasmes, en se répandant soit dans le voisinage, soit même assez loin (ce qui doit arriver par les temps couverts) portent souvent avec eux des germes de maladies. Un grand nombre d'affections contagieuses dites spontanées, ne reconnaissent peut-être pas une autre cause...

« Il serait facile, selon nous, d'obvier en très-grande partie à ce grave inconvénient; avec le système de ventilation artificielle, l'air vicié est reporté dans l'atmosphère, au-dessus des toits, par des canaux appropriés. On pourrait réunir ensemble tous les canaux d'un même pavillon et faire traverser à l'air corrompu un foyer incandescent suffisant pour brûler tous les miasmes...

« Nous pensons qu'il serait également facile de brûler tous les miasmes qui s'échapperaient par les tuyaux des cheminées. »

Comme vous le voyez, monsieur le secrétaire perpétuel, j'ai quelques droits sur l'idée dont s'occupe actuellement l'Académie des sciences et la savante société comprendra, je l'espère, que je tiens à l'honneur de les faire valoir devant elle. Encore une fois cependant, je pense qu'elle a dû venir à d'autres qu'à moi et à M. Wœstyn, et je suis bien convaincu que celui-ci n'a eu aucune connaissance de mes travaux; la preuve, c'est qu'il n'en a point parlé.

Si je ne suis entré dans aucun détail d'exécution, c'est qu'il me paraissait suffisant d'avoir signalé l'idée à l'administration compétente, lui laissant le soin de l'appliquer si elle la trouvait bonne.

J'ai l'honneur d'être, monsieur le secrétaire perpétuel, avec le plus profond respect,

Votre très-empressé serviteur,

Dr H. Montanier.

Cancer épithélial du larynx.

Pesth, 5 avril 1870.

A M. le Dr E. Le Sourd, directeur de la Gazette des hôpitaux.

Monsieur le directeur,

La *Gazette des Hôpitaux* du 29 mars, n° 33, publie un article intitulé : *Cancer primitif du larynx*, dans lequel un cas de cancer au larynx est décrit; cas, qui a été observé par M. Fauvel et opéré au moyen de la trachéotomie par M. Demarquay. A la fin de l'article est dit, que c'est le troisième cas de cancer épithélial du larynx bien authentique que l'on connaisse.

Sur cette assertion, je prends la liberté de faire la remarque que j'ai eu également, il y a peu d'années, l'occasion d'observer un cas de cancer épithélial du larynx.

MM. Czermak, Türck et d'autres, ont eu occasion de voir le malade. Ce cas était d'autant plus intéressant, que l'on a pu suivre son développement dès les premiers symptômes du mal jusqu'au dernier accès mortel de la maladie.

Dans cette circonstance, l'opération fut également faite par la trachéotomie; cependant le malade mourut peu de jours après avec les symptômes de la pleurésie. La section et l'examen histologique ont également vérifié l'exactitude du diagnostic. Du reste, j'ai décrit ce même cas plus en détail dans la *Presse médicale de Vienne* de l'an 1868, nos 24, 25.

Je vous prie, monsieur le directeur, de vouloir bien accorder à ces lignes une place dans votre journal et recevoir l'assurance de ma haute estime.

Dr Navratil.

Le directeur, Dr E. Le Sourd

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 11 avril 1870.

Il est profondément regrettable de voir tout le bruit que la presse extra-scientifique a essayé de faire autour du livre de M. Daremberg.

Contrairement aux usages reçus, l'*Histoire des sciences médicales* a été d'abord adressée aux journaux non spéciaux, et si nous n'avions à cœur de tenir nos lecteurs au courant de tout ce qui se passe dans l'ordre de la médecine, nous attendrions encore le livre de M. Daremberg. Quelques amis imprudents ont fait un éloge exagéré de ce livre, œuvre de la dernière heure, fabriquée à la vapeur pour une candidature, et dans laquelle tout, jusqu'à la disposition typographique, semble destiné à frapper l'imagination.

Puisque les amis auxquels je fais allusion croient trop sévères les critiques de nos collaborateurs, nous allons nous borner à offrir à M. Daremberg un premier *erratum*. D'ici à sa seconde édition, nous aurons le temps de préparer un second relevé.

I

Par ce temps de variole, il pourrait être utile à un professeur de clinique de rechercher la première description de la variole, et en même temps la date de cette description.

Ouvrons le livre de M. Daremberg.

Rien.

A moins qu'on ne se contente de cette mention (page 273) : « Si à cette importance tout historique qu'ont les médecins arabes, nous ajoutons.... la description de la variole et de la rougeole (mentionnées seulement en Occident) ..... »

Mais, en fait de date, de description et de nom d'auteur?

Rien.

Que pense de cet oubli M. le professeur Hardy?

II

Serons-nous plus heureux pour le croup? Nous ne sommes plus au temps des Arabes.

En 1764, Hume donna le nom de *croup* à une angine polypeuse épidémique.

Quand a paru cette épidémie, dont quelques cas avaient été signalés par Christophe, Bennet, par Nicolas Tulpius, par Martin Ghisi, etc.

Au 17e siècle?

Les médecins, qui seraient bien aises de le savoir, ne trouveront pas le nom de Hume dans l'*Histoire* de M. Daremberg.

Que pense M. le professeur Andral de cette manière d'écrire l'histoire de la science?

III

Le volume de M. Daremberg (nous ne disons pas les deux, car la pagination continue du tome I au tome II), se termine par une table de noms.

Cherchons donc le nom de celui qui le premier parla du *purpura hemorrhagica*. Son nom avait été donné à la maladie tachetée, et mérite d'être conservé aussi justement que celui de mal de Pott.

Sans être au premier rang, le nom de Werlhoff se recommande par une description des hémorrhagies cutanées si mémorable que la dénomination de *maladie tachetée* de Werlhoff est devenue usuelle.

A quelle époque parut ce travail sur la maladie tachetée? Werlhoff était, dites-vous, un des médecins les plus érudits de l'Allemagne, mais vous n'oubliez qu'un point, c'est de nous dire la date de la première apparition de la *maladie tachetée de Werlhoff?*

Recommandé aux professeurs qui auraient besoin de retrouver au plus vite une date intéressante.

IV

La variole, le croup et la maladie tachetée de Werlhoff avaient peut-être peu d'importance aux yeux de M. Daremberg. En serait-il de même du quinquina?

Il nous semblait que *l'importation du quinquina en Europe* était un événement considérable. M. Daremberg ne pouvait ignorer que le vice-roi du Pérou, don Juan del Vigo, apportait en 1640, en Espagne, la célèbre écorce.

Une histoire de la médecine sans mentionner le quinquina? Qu'en dira M. le professeur Baillon?

V

Voudrions-nous étudier dans M. Daremberg l'historique du traitement des anévrysmes?

C'est en vain qu'on cherche dans son livre, non-seulement un chapitre, mais seulement une mention des découvertes d'Anel et de Brasdor sur le traitement des anévrysmes par la ligature artérielle.

Lequel, de Guillemeau, d'Anel ou de Hunter, est l'inventeur de la *méthode dite d'Anel?*

Quel est l'auteur de la méthode *dite de Brasdor?*

Comment! dans cette *Histoire des sciences médicales*, rien de Guillemeau, rien de Brasdor, rien de la méthode d'Anel, rien de la méthode de J. Hunter?

Faire l'histoire d'Anel en huit lignes, le gratifier de charlatan; consacrer douze lignes à John Hunter, ne rien dire de Brasdor, n'est-ce pas être bien sobre sur les hommes à qui l'on doit l'application de la ligature dans le traitement des anévrysmes?

Qu'en pensent MM. Verneuil et Dolbeau, et particulièrement M. Broca, qui, n'étant que chirurgien, a cependant écrit une assez bonne histoire des anévrysmes.

VI

Sans être trop curieux ni trop exigeant, on peut réclamer à celui qui écrit l'histoire de la médecine un récit de la découverte de la *transfusion*.

La date d'une tentative aussi hardie que mémorable, le nom ou les noms de ceux qui l'ont imaginée?

Ne serait-ce pas un nommé Wren qui en 1659 fit la première transfusion d'un animal à un autre? Major ne fit-il pas de même? Et enfin, en 1666, un médecin nommé Denys fit-il la première transfusion sur l'homme?

Ces détails nous semblent assez intéressants à savoir, et il appartenait à M. Daremberg de nous les apprendre. Il ne pouvait non plus nous être indifférent de savoir que ce Denys était Français, et que sa transfusion fut pratiquée pour sauver un homme épuisé d'hémorrhagie.

M. le professeur Longet regretterait de semblables oublis.

VII

Mais voilà ce qui dépasse toute mesure, et que penseront MM. Gavarret et Regnault d'une *Histoire des sciences médicales* où l'on cherche en vain trace des travaux de Galvani, Volta, Hallé, d'une part; Bertholon, Nollet, Jalabert, Mauduyt, etc., de l'autre ; où la plupart de ces noms ne sont même pas cités, et où Galvani et Volta se partagent (page 1914) une ligne et demie à deux?

VIII

Il est vrai que si l'*Histoire des sciences médicales* est une œuvre faite avec trop de précipitation et manquant de valeur aux yeux des médecins, nous avons eu la faiblesse de ne pas fermer complétement les yeux, et de dire ou de laisser dire tout haut l'opinion que pouvait en porter un homme de la profession. Les amis de M. Daremberg nous en feraient-ils un reproche, et avons-nous fait autre chose qu'user du droit d'une critique mesurée, juste, et qui toujours sait laisser l'homme en dehors de l'œuvre?

Dr E. LE SOURD.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. DEMARQUAY

Recherches sur les kystes hydatiques développés chez l'homme dans le tissu musculaire et intermusculaire (1).

Par M. Georges BOYRON, externe des hôpitaux.

Traitement. — Un grand nombre de traitements ont été employés pour détruire les kystes hydatiques : les uns ont ouvert simplement le kyste pour donner issue aux hydatides, puis rempli la cavité de charpie, et la guérison a été obtenue, comme nous l'avons vu par les observations précédentes et comme nous le montre la suivante, citée par Davaine dans son *Traité sur les entozoaires de l'homme et des animaux domestiques.*

OBS. XVI. — Bidloo rapporte qu'en 1699 il fut consulté par un homme âgé de 32 ans, qui avait à la région sterno-mastoïdienne une tumeur dure, volumineuse, peu douloureuse, qui datait d'environ six ans. Il se proposait de lui enlever cette tumeur, lorsqu'en disséquant le muscle trapèze, un coup de bistouri mal dirigé l'ouvrit; il en sortit un grand nombre d'hydatides; et au lieu de lui enlever la poche, il se contenta de la bourrer de charpie, et huit semaines après la guérison était parfaite.

OBS. XVII. — Dans le *Moniteur des hôpitaux* de 1853 (t. I, p. 157), nous trouvons un cas de kyste hydatique des muscles de la paroi postérieure de l'aisselle droite chez une jeune fille. Cette tumeur, du volume du poing, fut d'abord ponctionnée par Velpeau, qui, après l'issue d'un fragment hydatide, y injecta une solution de teinture d'iode, un tiers pour deux tiers d'eau. La tumeur ne diminuant pas, Velpeau l'incisa dans toute sa longueur, et comme dans le cas précédent, il obtint la guérison en mettant dans la cavité du kyste des boulettes de charpie. La plaie entra en suppuration, et vingt-cinq jours après la malade sortit guérie de l'hôpital.

Comme nous l'avons déjà dit plus haut, le kyste hydatique a souvent été confondu avec un abcès froid, et traité de la même façon. Ce traitement a du reste parfaitement réussi, et chez tous les malades auxquels on a ouvert le kyste avec la potasse caustique, la guérison a été aussi facilement obtenue que lorsqu'on a employé le bistouri; c'est ce que nous pouvons voir en lisant les observations suivantes :

OBS. XVIII. — Nous trouvons dans la *Gazette médicale* de 1833 l'histoire d'une jeune fille qui présente une tumeur située sous le *fascia lata*; elle s'est développée, dit-elle, à la suite d'un coup violent reçu longtemps auparavant. On pense à un abcès froid, et on ouvre cette tumeur avec la potasse caustique; il en sort une grande quantité d'hydatides de la grosseur d'un grain de chenevis à celui d'un œuf. On mit de la charpie dans la plaie, et la malade guérit.

OBS. XIX. — Dans le *Bulletin des sciences médicales* de 1826, nous trouvons l'observation d'une tumeur de la région sterno-mastoïdienne, de 10 centimètres de long sur 4 de large, datant de trois ans. On l'ouvre par la potasse caustique, il en sort un grand nombre d'hydatides; la guérison s'obtint rapidement. (*Bulletin des seicnces médicales* de 1826, t. VIII, p. 158.)

OBS. XX. — M. Desprès rapporte une observation de M. Soulé, concernant un kyste hydatique situé dans la région lombaire, chez un homme de 65 ans. De la grosseur d'un œuf de poule, ce kyste, légèrement douloureux, fluctuant, chez un sujet affaibli, fit croire à un abcès froid. Une application de caustique fut faite, et l'eschare enlevée; il sortit des hydatides. La paroi du kyste fut extraite avec des pinces, et malgré quelques symptômes d'infection putride, le malade guérit.

Nous voyons que dans tous ces cas l'erreur de diagnostic n'a pas été nuisible au malade.

Nous venons de voir le kyste hydatique, pris pour un abcès froid, ouvert avec la potasse et guérir parfaitement. Avec le bistouri, on aurait pu obtenir le même résultat. En effet, Davaine, dans son *Histoire des entozoaires*, nous rapporte que :

OBS. XXI. — Depuis six ans une femme avait à la partie supérieure et interne de la cuisse gauche, à quatre doigts de l'aine, une tumeur indolente assez dure, de la grosseur d'un œuf de poule. Comme elle était un peu douloureuse, Werner, qui soignait la malade, et qui rapporte ce fait, prit cette tumeur pour un abcès et l'incisa largement. Il en sortit plus de 40 hydatides de la grosseur d'un pois à celle d'un œuf de pigeon. Les lèvres de la plaie étaient renversées et comme carcinomateuses; on les excisa. On fit dans la cavité des injections avec une décoction de quinquina, et au bout de sept semaines la malade était guérie.

Le kyste hydatique a été encore assez souvent confondu avec le cancer.

OBS. XXII. — M. Nélaton, dans une leçon sur le diagnostic différentiel des tumeurs syphilitiques, parle d'une tumeur hydatique qui était située dans le muscle grand pectoral d'une femme, et que plusieurs chirurgiens avaient pris pour un cancer du sein. Pour lui, il avait cru à une tumeur musculaire. A l'ouverture, il sortit des hydatides. (*Gazette des hôpitaux*, 1851.)

OBS. XXIII. — Dans la même leçon, il raconte que Gerdy avait pris pour un cancer une tumeur hydatique du muscle brachial antérieur.

(1) Fin. — Voir les numéros des 5 et 7 avril 1870.

Dans le plus grand nombre des cas, les chirurgiens ont opéré sans avoir pu déterminer la nature de la tumeur.

Obs. XXIV. — John Baron a enlevé trois grosses hydatides qu'il n'avait pu diagnostiquer, développées dans les muscles intercostaux.

Elles étaient de la grosseur du poing, écartèrent les côtes et vinrent former des tumeurs à l'extérieur du thorax et à l'intérieur. Ce cas, comme on peut le voir, a beaucoup d'analogie avec celui que nous avons observé à la Maison municipale de santé. Comme pour les premiers, on avait fait un faux diagnostic.

L'ablation complète de la tumeur est donc complètement inutile pour guérir un kyste hydatique, et l'ouverture du kyste est le procédé auquel doivent se rallier tous les chirurgiens. Le pansement simple avec de la charpie suffit généralement; mais on a aussi employé avec succès les injections de teinture d'iode, et toujours l'on a obtenu un bon résultat.

Velpeau les a employées souvent dans ce cas, comme nous avons pu le voir déjà.

Obs. XXV. — L'observation suivante vient encore nous en fournir la preuve. Il s'agit d'un homme qui avait une tumeur dans la région dorsale, du volume d'un œuf de poule, et qui dans certains mouvements disparaissait sous l'omoplate. L'incision faite par Velpeau donna issue à une centaine d'hydatides. M. Robin n'y trouva pas d'échinocoques. On injecta de l'iode dans la poche, et le malade guérit rapidement. (*Gazette des hôpitaux*, 1855, p. 181.)

A l'époque où les injections de teinture d'iode n'étaient pas encore employées, on se servait d'injections alcooliques et vineuses, comme nous le constatons dans le *Journal de médecine* de 1805.

Obs. XXVI. — Une jeune fille de 20 ans présente dans la région lombaire une tumeur volumineuse indolente et dure. On pratique une incision qui laisse sortir un grand nombre d'hydatides. On y fit des injections alcooliques et vineuses, et la poche se cicatrisa rapidement.

Si les injections iodées peuvent guérir les kystes hydatiques en amenant une inflammation adhésive des parois, comme dans l'hydrocèle, il doit suffire de vider la poche avec le trocart, d'y injecter de l'iode pour obtenir la guérison; mais il n'en a pas toujours été ainsi.

Obs. XXVII. — M. Demarquay avait, dans le service de M. Monod, ponctionné un kyste hydatique situé dans les muscles de la cuisse. Malgré l'injection iodée, le malade revint huit mois après pour cette même tumeur. On y sentait une portion dure qui décida le chirurgien à l'extirper. Il fit d'abord une ponction; des hydatides étant sorties, il incisa grandement pour aider la tumeur. La bosse dure qu'on avait sentie était formée par une accumulation d'acéphalocystes rassemblés à la partie déclive. Le malade, pansé avec la charpie introduite dans la plaie, guérit rapidement.

Dans une tumeur d'un petit volume, il est facile de comprendre qu'une injection iodée, ou même un simple séton, amèneront rapidement la guérison. Les parois pourront se rapprocher assez pour former des adhérences et se réunir, ce qu'il serait très-difficile d'obtenir dans une cavité plus grande, les parois fibreuses du kyste se tenant écartées par leur propre élasticité.

Thompson rapporte l'observation suivante :

Obs. XXVIII. — Une jeune fille le consulta pour des hydatides situées dans la bouche, qu'il guérit avec des ponctions et le séton.

Trois semaines après, elle revint le voir pour une tumeur indolente, de la profondeur d'un petit œuf, qui s'était développée entre le corps du maxillaire inférieur et l'os hyoïde, son sommet se trouvant en rapport avec la symphyse du menton.

Elle était élastique, et la peau qui recouvrait la tumeur était saine, nullement enflammée ni altérée. On considéra la maladie comme un abcès.

Ayant passé un séton à travers la partie antérieure de la tumeur, il s'en échappa un liquide limpide analogue au blanc d'œuf. Peu de jours après la tumeur était revenue sur elle-même, et n'occupait plus que l'espace situé au-devant du muscle digastrique du côté droit. Le séton a été enlevé, et la plaie se trouve cicatrisée.

Dans ce cas, nous voyons le séton suffire pour amener la guérison du kyste; mais aussi la tumeur était peu volumineuse. D'après toutes les observations rapportées dans le courant de ce mémoire, nous pouvons voir que le meilleur traitement des kystes hydatiques est celui qui a été le plus souvent employé : l'incision simple du kyste, le passage d'une mèche ou l'introduction de charpie dans la cavité du kyste et des injections iodées. On a voulu, il est vrai, enlever des tumeurs hydatiques par erreur de diagnostic, sans qu'il en résulte de graves accidents; mais il est facile de comprendre que cette pratique présente de grands inconvénients. En extirpant un kyste hydatique, on creuse dans le muscle une cavité plus ou moins grande qui va suppurer, et, dans ce cas, la suppuration sera toujours plus grave que celle qui se ferait dans l'intérieur de la membrane du kyste. L'observation V nous montre que les surfaces les plus larges, entourées d'une membrane adventice peuvent suppurer avec moins de danger, car la femme serait assurément morte si on lui avait enlevé un kyste aussi volumineux et fait suppurer les muscles dans une région où la suppuration est suivie d'accidents aussi formidables que les régions qui touchent au péritoine.

Obs. XXIX. — Nous trouvons dans la *Gazette médicale* de 1844 l'observation suivante, communiquée par M. Demarquay, qui nous montre que la suppuration longtemps prolongée dans l'intérieur même d'un kyste peut amener la mort. Ce fait est la contre-partie de l'observation V.

Il s'agit, comme dans l'observation V, d'un kyste occupant la fosse iliaque gauche, chez un homme de 45 ans, exerçant la profession de charron à la campagne.

A son entrée à l'hôpital, la fosse iliaque gauche était occupée dans toute son étendue par une tumeur volumineuse faisant une saillie considérable à l'extérieur, limitée intérieurement par le ligament de Fallope, dépassant un peu supérieurement la crête iliaque. La peau était lisse, et l'on percevait par la palpation une fluctuation obscure.

Blandin porta le diagnostic suivant :

« Tumeur enkystée de la fosse iliaque gauche, siégeant dans le tissu cellulaire de cette région. »

Après avoir essayé les fondants, Blandin se décida à ponctionner le malade suivant la méthode sous-cutanée, et avec le trocart aplati de M. Jules Guérin. Ce fut vainement qu'à plusieurs reprises on essaya de faire monter le liquide dans le corps de la seringue qui avait été adaptée à la canule du trocart. Mais en retirant la seringue on reconnut que l'ouverture de la canule était bouchée par un débris d'hydatide. Le chirurgien fit alors une incision pour faire sortir plus librement les hydatides; il en sortit en effet une grande quantité de toutes grosseurs.

Chaque jour on faisait dans la poche de nombreuses injections, pour empêcher de croupir le pus dans le ksyte; pendant un mois on put espérer de sauver le malade; mais comme les parois ne revenaient que lentement sur elles-mêmes, la suppuration épuisa le malade, qui mourut cinq semaines après l'opération.

La membrane kystique avait cependant été laissée dans la plaie, ce qui n'a pas empêché le malade de mourir; mais nous pouvons constater qu'il n'est pas mort de péritonite ni d'infection purulente; il est mort d'épuisement, sa constitution affaiblie ne pouvant faire les frais d'une suppuration aussi longue; mais l'inflammation est restée limitée à la poche; elle ne s'est pas développée au delà.

Le second cas dans lequel nous voyons mourir le malade des suites de l'opération est dû à Andral, qui rapporte le fait dans son *Anatomie pathologique*.

Obs. XXX. — Un homme entra à la Charité, porteur d'une tumeur au niveau de l'omoplate. Le diagnostic ne put être fait. On pratiqua une incision, il en sortit un grand nombre d'acéphalocistes. Le malade ayant succombé, on trouva une masse de ces entozoaires dans les muscles sous-épineux et sous-scapillaires; l'omoplate avait été percée, et les poches kystiques communiquaient.

Ici encore le malade a succombé aux suites de l'opération; sa santé, débilitée déjà auparavant, a été trop compromise par une suppuration abondante, suite naturelle de l'opération.

SUR L'EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE CYANHYDRIQUE ET LES CYANURES

Par M. Bonjean.

L'auteur s'est livré à des expériences sur des animaux empoisonnés par l'acide cyanhydrique ou les cyanures, et il a soumis leurs restes à l'analyse chimique. Voici ses conclusions :

1° Les douzes animaux que j'ai empoisonnés avec de l'acide prussique ou du cyanure de potassium ont, sauf de légères différences, présenté les mêmes symptômes avant et après la mort.

2° L'action de ces poisons, une fois déclarée, a persisté jusqu'à la mort.

3° Les animaux ont *toujours* été rappelés à la vie dès qu'il y a eu une fois rémission dans les symptômes.

4° La rigidité cadavérique a toujours commencé environ deux heures après la mort, mais la chaleur s'est toujours prolongée au delà de ce terme, et a duré quelquefois jusqu'à huit heures. Ainsi, les corps restent chauds longtemps après que la roideur s'est établie.

5° La putréfaction ne paraît pas être retardée dans ce genre d'empoisonnement.

6° De l'acide prussique médicinal exposé pendant quatorze mois sur une fenêtre, dans un flacon de verre blanc bouché avec du liége, a perdu une partie de ses propriétés toxiques, mais il a conservé encore après ce laps de temps une certaine énergie. Un autre échantillon du même acide a conservé toute sa force après une exposition d'un an dans un flacon tenu à l'abri de l'air et de la lumière.

7° L'acide prussique et le cyanure de potassium disparaissaient complétement sous l'influence de la putréfaction; il n'est plus possible d'en retrouver des traces après un mois d'inhumation, lors même qu'on a fait prendre aux animaux *beaucoup* plus de ces poisons qu'il n'en eût fallu pour occasionner leur mort. Ce résultat s'explique facilement par la grande tendance de ces corps à se changer en carbonates d'ammoniaque et de potasse, et en acide formique, surtout sous l'influence de la fermentation putride.

8° Il est difficile de constater d'une manière *certaine*, telle que la justice a le droit de l'exiger, et quand même l'analyse en serait faite *peu de temps après la mort*, la présence de l'acide prussique ou du cyanure de potassium chez des animaux, qui n'ont pris de ces poisons que juste la dose nécessaire pour succomber.

9° On ne saurait se refuser à admettre que l'acide prussique peut et doit se retrouver parfois parmi les nombreux produits auxquels donne lieu la fermentation putride.

10° Les matières animales distillées avec de l'eau, à une chaleur modérée de 100 à 120 degrés, peuvent quelquefois fournir à l'analyse les réactions *caractéristiques* de l'acide prussique.

On voit ainsi combien l'expert doit être circonspect en pareille matière, où l'on peut obtenir des traces non équivoques d'acide prussique ou au moins d'un cyanure, là où une main criminelle ne s'est point glissée, tandis que le poison ne peut pas toujours être retrouvé chez des sujets qui ont réellement succombé à so[n] action.

Dans ce derniers cas, heureusement, les symptômes qui ont pré[cédé] la mort et les résultats de l'autopsie viennent en aide aux ma[gistrats] pour former leur conviction.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 23 mars 1870. — Présidence de M. Alph. Guérin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine. — *Le Sud médical de Marseille.* — *Le Montpellier médical.*

Le programme des questions mises au concours pour 1870 et 1871 par la Société de médecine du Nord.

— *Œdème de la glotte, trachéotomie in extremis*, par le docteur Marmisse (de Bordeaux). Broch. in-8°.

— *Étude sur la convention de Genève pour l'amélioration du sort des militaires blessés dans les armées en campagne*, par M. Gust. Moynier, président du comité international de secours pour les blessés militaires. Genève, 1870. Grand in-8°.

M. Demarquay communique, de la part du docteur Auguste Serré (de Bassaume), l'observation d'une éclampsie puerpérale traitée et guérie par le chloral. Il s'agit d'une primipare âgée de 22 ans d'une constitution pléthorique, exempte d'œdème et n'offrant pas d'albumine dans les urines. Les accès se répétaient toutes les heures et duraient de quatre à cinq minutes. La malade avait eu déjà trente-trois accès et ne paraissait pas avoir sa connaissance

Le 25 novembre, une saignée générale, des sangsues, des vésicatoires, des sinapismes Rigollot, *trois* grammes de sulfate de quinine et un lavement purgatif sont prescrits successivement sans qu'on en obtienne le moindre amendement. Les accès se répétèrent trente fois encore dans les vingt-quatre heures.

Le 26 novembre, on administre un julep gommeux contenant vingt centigrammes de musc et *huit* grammes de chloral. La moitié de ce julep, prise en une demi-heure, procure la cessation des convulsions et un sommeil calme de douze heures, suivi d'un réveil paisible. On continue alors l'autre partie de la potion au chloral, en donnant une cuillerée à soupe toutes les demi-heures. Le mieux s'accentue depuis, jusqu'au 1er décembre, époque à laquelle la malade était complétement guérie.

DISCUSSION.

Opération de la cataracte. — M. Giraud-Teulon. Répondant aux objections qui m'ont été adressées dans la dernière séance par M. Perrin, je dirai, comme notre collègue, que Græfe avait proposé dans un temps de faire bâiller les lèvres de l'incision et d'exercer le moins possible sur l'œil une pression forte. Seulement c'est là ce qu'on pourrait appeler la *deuxième* manière de faire de Græfe, et depuis lors il en a adopté une *troisième* consistant à exercer une pression sur l'extrémité opposée du diamètre, à l'aide d'une curette en caoutchouc, substance à laquelle il reconnaît la propriété d'irriter l'œil moins que toute autre.

La deuxième objection de M. Perrin est relative au couteau, qui, par suite de sa forme triangulaire, devra donner au canal de la plaie une moindre étendue en dedans qu'en dehors.

Notre collègue n'a pas remarqué, sans doute, que le parallélisme des bords latéraux du couteau vers le talon enlève à cette objection tout ce qu'elle a de fondé, lorsqu'il s'agit du couteau triangulaire ordinaire.

M. Perrin. Depuis notre dernière séance, j'ai expérimenté le couteau de Weber sur des yeux de porc, et je dois dire que l'incision ne laisse rien à désirer comme direction. Seulement, pour peu qu'on incline la pointe en avant, et cela est indispensable afin d'éviter l'iris qui, par suite de l'affaissement cadavérique de la chambre antérieure, tend à s'appliquer contre la cornée, le lambeau se trouve taillé en biseau, ce qui gène l'issue libre de la lentille. On peut objecter, il est vrai, que ces conditions ne se présentent plus sur le vivant, ce qui serait, suivant moi, une erreur. A part, en effet, certaines cataractes séniles atrophiques, les autres ont pour effet, assez fréquemment, de repousser l'iris en avant et de diminuer d'autant la profondeur de la chambre antérieure de l'œil.

Un dernier reproche que je crois devoir adresser au couteau de Weber, c'est d'être, comme tout instrument coudé, d'un maniement plus difficile, et d'exposer, à la moindre déviation de la lame, à l'issue prématurée de l'humeur aqueuse.

M. Giraud-Teulon. Les difficultés opératoires dont vient de parler M. Perrin sont dues à l'affaissement cadavérique de l'œil, et il aurait pu les éviter en pratiquant au préalable une injection d'eau dans la chambre antérieure. Sur le vivant, on ne rencontre rien de pareil, et à part les cas relativement rares de cataractes entièrement molles, jamais on n'observe la diminution de la chambre antérieure qui, au contraire, augmente tant soit peu de profondeur. Toutes les fois, en effet, que le cristallin devient opaque, il subit en même temps une certaine réduction de son volume, à part, je le répète, les cas de cataractes entièrement molles.

Quant à la difficulté de se servir d'un couteau coudé, j'avoue ne pas l'avoir rencontrée, et je la considère dès lors comme une pure affaire de convenance individuelle.

M. Perrin. Je prends acte de la réserve faite par M. Giraud-Teulon, au sujet des cataractes molles, qui, pour lui comme pour moi, contr'indiquent l'emploi du couteau de Weber.

Seulement, je persiste à penser, contrairement à notre collègue, que les cas où il y a diminution du diamètre antéro-postérieur de la chambre antérieure sont plus fréquents que ne le croit M. Giraud-Teulon.

COMMUNICATION.

Tétanos traumatique à marche lente, guéri par le chloral. — M. Verneuil lit l'observation suivante recueillie dans son service de Lariboisière par son interne, M. Richelot.

Le nommé Paul Leclerc, journalier, âgé de 20 ans, entre dans les salles le 29 janvier 1870.

Ce malade, il y a quinze jours, eut le doigt écrasé dans une porte. Il habite à Paris, dans une chambre humide.

Pendant huit jours il continue à travailler, sans s'inquiéter de son mal, et c'est au bout de ces huit jours seulement, qu'il sentit un peu de roideur dans la mâchoire. Il n'y fit pas d'abord grande attention; mais le 25 janvier, le trismus devint assez fort pour gêner la mastication, et le 29, il se décide à entrer à l'hôpital.

État actuel. — C'est un garçon robuste, bien portant d'ailleurs. L'extrémité du médius de la main droite a été écrasée, mais la plaie est en voie de cicatrisation, et très-peu douloureuse à la pression. Le trismus est déjà assez fort, mais n'empêche pas complétement l'introduction des liquides; les mâchoires peuvent être écartées de quelques millimètres. Aucune contracture dans le reste du corps, sauf à la nuque, qui est le siége d'une douleur modérée. Aucune dysphagie, aucune gêne de la respiration. La face est comme bouffie, les yeux à demi fermés par la contracture des orbiculaires; rire sardonique. Temp. = 36,2.

La contracture durant déjà depuis huit jours, et ne s'étant pas généralisée; de plus, la déglutition et la respiration étant libre, on pense avoir à faire à un tétanos à forme lente, et on conserve quelque espoir de guérison.

Le 29 au soir, on institue le traitement : on couvre le malade pour provoquer la sueur, et on prescrit l'opium (*vingt* centigrammes dans la nuit). Temp. 37,6.

Le 30, potion avec *huit* grammes de bromure de potassium, et trois injections de *un* centigramme de chlorhydrate de morphine à la nuque. Temp. 37 (matin); 37,7 (soir).

Le 31, nouvelle potion semblable, injections plus fréquentes. La contracture apparaît dans les muscles abdominaux et les adducteurs de la cuisse. Il y a un peu de difficulté à uriner. Mêmes douleurs cervicales. Temp. 37.

L'urine, retirée par le cathétérisme, se montre chargée d'urates, mais sans trace de sucre ni d'albumine. Soir, temp. 37,6.

1er février. Le trismus n'a pas augmenté. La respiration et la déglutition sont toujours libres; mais la contracture des adducteurs a augmenté, l'abdomen est très-dur, et il y a quelques spasmes toniques. De plus, le malade se plaint de douleurs très-violentes et continues dans les aines, qui l'ont empêché de dormir et lui font jeter des cris.

On continuera les moyens propres à provoquer la sueur, ainsi que les injections de morphine; on supprime le bromure de potassium et on prescrit une potion avec *quatre* grammes de chloral à prendre dans les 24 heures.

Une injection de morphine (*un* gramme) est faite dès le matin, et un quart de la potion, soit *un* gramme de chloral, administré en même temps.

Au bout de dix minutes, n'entendant plus le malade pousser des cris de douleurs, on revient à son lit, et on le trouve endormi d'un profond sommeil, dont les secousses ne peuvent le tirer. La respiration est ample, silencieuse, le pouls est calme et de force moyenne. En écartant les mâchoires, on les trouve notablement moins serrées, la tête est moins renversée en arrière. Temp. 37,7.

A une heure après midi, le malade dort toujours profondément. La contracture des adducteurs a cessé, on fléchit facilement la tête, l'abdomen est à peine tendu. En touchant celui-ci avec la main très-froide, on réveille légèrement le malade, et on détermine un spasme peu intense (opistotonos) qui cesse aussitôt; le malade retombe dans son assoupissement. On ne fait pas de nouvelle injection de morphine.

A six heures du soir, on retrouve le malade réveillé, encore un peu somnolent, mais sans aucune douleur. Il ouvre lui-même la bouche plus facilement que le jour de son entrée. La contracture des adducteurs est à peu près ce qu'elle était le matin. On l'a réveillé dans la journée pour lui offrir du bouillon et du potage, qu'il a pris facilement et avec plaisir. État moral excellent. Temp. 38.

La potion de *quatre* grammes ayant été achevée à six heures du soir, on en prescrit une nouvelle avec *deux* grammes de chloral, pour la nuit. Elle est commencée à huit heures du soir; aussitôt le malade s'endort profondément. A cinq heures du matin, il se réveille, avec des douleurs très-violentes dans les aines.

2 février. A la visite du matin, spasmes répétés et douleurs très-vives. Abdomen très-dur, muscles adducteurs violemment contractés. La nuque est beaucoup moins libre qu'hier dans la journée. Rien dans les membres supérieurs ni dans les muscles thoraciques.

On fait immédiatement une double injection de morphine dans les deux aines (*deux* centigrammes), puis on attend trois quarts d'heure, afin d'observer séparément les deux médicaments. Les spasmes et les douleurs continuent, sans aucune amélioration. Au bout des trois quarts d'heure, on donne *un* gramme de chloral (potion avec *six* grammes pour les 24 heures), et, dix minutes après, le malade dort profondément. Un nouvel examen pendant le sommeil montre que les mâchoires s'écartent mieux, que l'abdomen est positivement plus souple, et que les adducteurs sont complétement relâchés. Temp. 37,8.

Le malade continue à dormir jusqu'à deux heures de l'après-midi. Puis il se réveille, et prend un potage avec appétit. A cinq heures et demie du soir, il est toujours calme; la contracture est presque entièrement revenue, mais sans spasmes ni douleurs. Temp. 38,8.

La potion avec *six* grammes de chloral étant épuisée, on prescrit de nouveau *deux* grammes pour la nuit.

3 février, visite du matin. Le malade est réveillé depuis sept heures du matin; il ne souffre pas, et se trouve dans le même état de relâchement qu'hier pendant le sommeil. Les spasmes sont rares et peu douloureux.

Une double injection de morphine dans les aines détermine un spasme assez fort. Temp. 39 (élévation notable de la température depuis hier).

Dans la journée, étant toujours sous l'influence du chloral (potion avec *dix* grammes), il se réveille de temps en temps, et prend son potage, et même un peu de viande avec plaisir. La résolution relative de ce matin continue.

Soir, temp. 38,2. On ne fait pas de nouvelle injection de morphine, afin de ne pas provoquer de spasmes.

4 février. État moins satisfaisant. Les muscles ne sont pas beaucoup plus contractés, mais il se plaint de nouveau de douleurs très-vives dans les aines, et de plus, d'une douleur épigastrique violente. Il n'a pas été à la selle depuis son entrée. La miction est impossible; cependant, par le cathétérisme, on ne trouve pas d'obstacle spasmodique. Temp. 38,6.

Prescription : trois cuillerées à café d'huile de ricin; trois injections de morphine dans les 12 heures, en augmentant les doses; *six* grammes seulement de chloral dans *deux cent cinquante* grammes d'eau au lieu de *cent vingt*, afin de ne pas irriter l'estomac.

Cinq heures et demie du soir. L'huile de ricin n'a produit aucun effet. Le malade a continué à souffrir jusqu'à trois heures, en poussant des gémissements. On a commencé alors la potion, et dès la première cuillerée, le sommeil est arrivé. Actuellement, il dort profondément, et les muscles sont plus relâchés que jamais. On ne fait pas de nouvelle injection de morphine, afin de ne pas le réveiller et d'éviter les spasmes. Temp. 39.

Dans la soirée, il se réveille, avec des douleurs inguinales. Injection de morphine et cathétérisme.

5 février. Le malade n'a pris hier que la moitié de sa potion, soit *trois* grammes de chloral. Ce matin, la douleur épigastrique est disparue, mais les douleurs inguinales continuent, et la contracture est revenue assez forte, et paraît plus générale; les jambes ne peuvent se fléchir qu'avec une certaine peine. Temp. 37,5.

Prescription : lavement purgatif. Potion avec *six* grammes dans *deux cent cinquante* grammes d'eau. On renoncera aux injections de morphine, et on placera le malade dans une gouttière de Bonnet, afin d'éviter les spasmes lorsqu'on change les alèzes.

Douleur inguinales et gémissements toute la journée. Le lavement purgatif ne produit pas d'effet. On commence la potion à six heures du soir seulement. A cette heure, la contracture est plus violente que les jours précédents, tout le membre inférieur est dans l'extension forcée (il n'a pris que très-peu de chloral depuis deux jours.) Temp. 38.

Dans la nuit, le malade va une fois à la selle.

6 février, visite du matin. La contracture étant plus forte que jamais, la nuque plus douloureuse, le trismus plus marqué, on reprend les doses élevées de chloral (*huit* grammes). Temp. 37,9. L'appétit est très-diminué.

La journée se passe dans une demi-somnolence, qu'on entretient en donnant peu à peu la potion. Le soir, spasmes très-violents. Temp. 38,2.

La nuit se passe sans sommeil, mais sans douleurs vives.

7 février. Douleurs et spasmes très-violents. Temp. 38,4. On reprend les injections de morphine, *deux* centigrammes matin et soir, et on prescrit *dix* grammes de chloral.

Aussitôt que le chloral est administré, le malade s'endort. Le soir, il ne souffre plus, quoique réveillé; il plie un peu les jambes, fléchit légèrement la tête; les spasmes sont rares; le trismus seul ne cède pas sensiblement. Vers cinq heures, il a uriné sans cathétérisme. La potion était épuisée, on prescrit de nouveau *deux* grammes pour la nuit (*douze* grammes dans les 24 heures). Temp. 38.

8 février, La nuit a été très-bonne; même état, contracture modérée. Temp. 38.

La journée se passe également bien. A midi, il sent venir les spasmes; on donne aussitôt le chloral, et le calme revient. L'appétit est satisfaisant. La gouttière de Bonnet est mise de côté. Temp. 38,3 le soir.

10 février. Petite recrudescence des spasmes, coïncidant avec un froid très-vif depuis hier soir. On continue la potion avec *dix* grammes de chloral.

Jours suivants. Amélioration progressive. Le trismus et la contracture des muscles abdominaux cèdent peu à peu, l'appétit est considérable. La température se maintient à 37 et quelques dixièmes. On ne donne que *six*, *quatre*, *trois* grammes de chloral dans les 24 heures.

19 février. Rechute complète. Il a eu hier soir un grand frisson, qui reste inexpliqué. La plaie est un peu douloureuse, l'extrémité du doigt est un peu enflée, mais la cicatrisation est toujours en bonne voie. Ce matin, spasmes violents et douleurs inguinales comme par le passé. Temp. 38. Les *dix* grammes de chloral sont donnés de nouveau.

Le soir, on le trouve dormant profondément.

20 février. Les spasmes ont diminué. Temp 38. L'amélioration se prononce de nouveau; on donne régulièrement les *dix* grammes.

25 février. Nouvelle rechute; la contracture recommence aussi violente, mais sans grandes douleurs. On donne jusqu'à *quatorze* grammes de chloral dans les 24 heures.

La nuit est bonne, et le 26, tout est rentré dans l'ordre.

Les jours suivants, la contracture disparaît peu à peu, et la guérison se confirme. Le malade se lève vers le 10 mars, et sort de l'hôpital définitivement guéri le 24 mars.

Il a pris en tout plus de *deux cent* grammes de chloral dans l'espace de 38 jours.

La dose minimum a été de *trois* grammes par jour, et la dose maximum de *douze* grammes.

Réflexions. — A la suite de cette observation, je ne puis m'empêcher de faire quelques courtes remarques.

Dans tout le cours du traitement, il y eut trois rechutes qui coïncidèrent chacune avec la suspension momentanée du chloral.

Nous n'avons eu à noter aucun accident imputable au chloral, si ce n'est, peut-être, un sentiment de pesanteur abdominale éprouvé par le malade, vers le cinquième ou sixième jour de l'usage de cet agent, et qui, du reste, pourrait être attribué tout autant à la constipation; aussi, un simple purgatif a-t-il suffi à le faire disparaître sans retour.

Il est encore à noter que c'est le matin, au moment le plus éloigné de l'injection du chloral, que le malade accusait les plus vives souffrances. De suite après la reprise de la potion, le calme survenait et se prolongeait ainsi jusqu'après minuit.

En ce moment même, MM. Laveau, Dubreuil et Onimus traitent en commun un tétanique par le chloral et les courants électriques continus. Les résultats obtenus sont tels qu'il faut espérer qu'une prochaine guérison aura lieu.

M. Demarquay vient de nous communiquer une observation d'éclampsie puerpérale guérie en province par le chloral, et j'ai connaissance de trois observations du même genre. Il est donc opportun de continuer à expérimenter le chloral dans le tétanos, d'autant plus qu'en jetant un coup d'œil rétrospectif sur les moyens proposés jusqu'ici pour combattre cette terrible maladie, nous n'en trouvons aucun qui ait moins d'inconvénients que le chloral.

Parmi les moyens mis en usage, les uns sont empiriques, les autres théoriques. Mais, avant tout, constatons ce fait, que la durée du tétanos, lorsqu'il guérit, est longue, et que cette maladie est sujette à des récidives. Or c'est là que gît la difficulté de l'emploi de certaines médications reconnues utiles, mais qui ne peuvent être prolongées sans inconvénient.

La *sudation* est dans ce cas, outre qu'elle offre le danger d'exposer à un refroidissement périlleux pour le malade.

L'*opium* ne peut être supporté longtemps par l'estomac.

La *belladone*, qui peut être continuée encore moins longtemps, est un moyen infidèle, et exerce souvent une action convulsante.

Le *bromure de potassium*, excellent pour agir sur l'élément sensitif, n'a pas d'action sur les muscles tétanisés.

Le *chloroforme*, qu'on a peut-être trop accusé ici, dans une discussion de l'année dernière, est encore un moyen infidèle et qu'on ne peut continuer aussi longtemps que dure la maladie. D'ailleurs, administré de la sorte, il expose à la congestion du poumon.

Le *curare* et l'*ésérine*, outre qu'ils n'ont rien de constant comme composition, offrent le désavantage d'être d'un maniement difficile, et l'on ne peut se les procurer aisément à la campagne.

Le *chloral*, d'une composition définie; facile à préparer sous forme de potion; admirablement supporté, puisque mon malade a pu en prendre sans le moindre danger *deux cents* grammes en vingt-huit jours; enfin, d'une action réelle et prompte, me paraît exempt des inconvénients précédemment signalés.

Tout partisan que je suis de l'anatomie microscopique, il faut bien avouer qu'elle ne nous a fait faire aucun pas relativement à la pathogénie du tétanos. La prolifération du tissu conjonctif de la moelle qu'on a signalée ne se rencontre que lorsque la maladie a duré déjà trois à quatre jours, et surtout dans les cas de tétanos chronique. Cela peut faire penser qu'il s'agit là d'une lésion purement consécutive.

C'est donc à la physiologie que nous devons nous adresser pour avoir l'explication des phénomènes. Or la physiologie nous avait déjà enseigné, entre autres, que le plus puissant antagoniste de la strychnine est précisément le chloral. Celui-ci, administré à la dose de *un* gramme, fait cesser les convulsions provoquées par la strychnine, et cela, dans l'espace de huit à dix minutes.

M. Trélat cite un cas de délire survenu chez un individu atteint de phlegmon diffus de la jambe. Le délire, après avoir résisté à l'emploi combiné du vin et de l'opium, dont il a pris inutilement *vingt* centigrammes par jour, pendant quatre jours, céda complétement sous l'influence de *trois* grammes de chloral.

M. Desprès, tout en admettant que le chloral est un excellent soporifique propre à calmer les vives douleurs dont se plaignent les tétaniques, ne croit pas que la guérison de la maladie doive lui être attribuée. Dans les cas de tétanos à longue durée, c'est-à-dire léger, comme l'était celui rapporté par M. Verneuil, la guérison a été obtenue par toute espèce de moyens, et cela dans la proportion de un sur neuf.

Dans les cas graves et de courte durée, tous les moyens ont au contraire échoué, ce qui prouve qu'il faut être très-réservé avant d'attribuer au nouveau moyen des propriétés véritablement curatives.

M. Giraldès. Comme M. Verneuil n'a eu recours au chloral qu'alors que les autres moyens avaient échoué, il n'est pas possible de nier l'efficacité de cet agent thérapeutique.

Sans doute, il s'agissait ici d'un cas de tétanos à marche lente, les seuls qui puissent guérir; mais il n'en est pas moins vrai que l'apparente bénignité du début a fait place bientôt à des accidents tétaniques très-graves qui n'ont cédé qu'au choral seul.

M. Liégeois. M. Verneuil a eu raison de dire que c'est à la physiologie seule qu'appartient de débrouiller l'histoire du tétanos. Celui-ci peut être considéré, en effet, comme une action réflexe provoquée par l'excitation périphérique.

Tous les moyens qui ont pour effet de diminuer l'action excito-motrice de la moelle peuvent donc rendre des services, et le chloral en est un.

Il en est de même du bromure de potassium, et surtout de l'aconitine, sur laquelle j'ai expérimenté.

Par contre, je n'ai jamais compris l'emploi du curare, dont l'action se borne à paralyser les filets moteurs périphériques.

Les saignées abaissent le pouvoir excito-moteur, et l'anémie de la moelle telle qu'on l'obtient en injectant dans les vaisseaux qui s'y rendent de la poudre de lycopode, l'anéantit sur-le-champ.

M. Demarquay. M. Lestival, de Lyon, vient d'envoyer à l'Académie une observation de guérison de tétanos traumatique consécutif à un écrasement du pouce. Le moyen employé par lui fut la section du nerf médian, qui fit cesser immédiatement le tétanos. Laissant de côté ce fait, quelque peu exceptionnel, je dois ajouter que l'aconite m'a procuré, à deux reprises différentes, la cessation des accidents tétaniques chez un individu indocile qui, s'il ne s'était pas exposé à une dernière rechute, aurait fini par guérir certainement.

M. Larrey. Tous les moyens vantés tour à tour ayant échoué jusqu'ici, il est permis d'en rechercher de nouveaux, et les essais tentés sur le chloral doivent être accueillis avec empressement.

Une condition essentielle pour réussir consiste au passage du tétanos à l'état chronique, seule forme susceptible de guérison.

Le cas de M. Verneuil me paraît d'autant plus intéressant que, malgré la bénignité apparente du début, il s'agissait là, en somme, d'un tétanos grave, preuve, entre autres, les violentes douleurs à la ceinture, dont le caractère fâcheux a été indiqué par mon père le premier.

M. Blot. Autant je serais disposé à employer le chloral contre l'éclampsie, autant je ne saurais laisser sans protestation ce que

disait tout à l'heure M. Després au sujet de l'utilité qu'il pourrait y avoir dans certain cas à pratiquer l'accouchement prématuré artificiel pour faire cesser l'éclampsie. C'est là un précepte irrationnel et dangereux que personne, j'en suis sûr, ne voudra accepter.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 8 avril 1870, M. le docteur Roustans, médecin-major de 1re classe, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. le docteur Robert, professeur adjoint de clinique externe, est nommé professeur adjoint de clinique interne, en remplacement de M. Lepetit, décédé.

M. le docteur Chédevergne, professeur suppléant chargé du cours de clinique externe, est nommé professeur adjoint de clinique externe en remplacement de M. Robert.

— L'Assemblée générale de la Société de prévoyance des pharmaciens de la Seine a eu lieu le 4 avril dernier, à l'École de pharmacie, sous la présidence de M. Boucher.

Le compte rendu des travaux du conseil d'administration a été présenté par le secrétaire, M. Jules Boucher.

Le nombre des sociétaires est de près de 500, indépendamment de 24 membres correspondants. L'actif de la Société s'élève à la somme de 73,700 fr. 40 c. Le chiffre des secours délivrés s'élève à 2,976 fr.

Les élections ont terminé la séance. On été nommés à une forte majorité :

Vice-président : M. Caroz. — Secrétaire-adjoint : M. Crinon. — Trésorier : M. Labélonye (Jules). — Conseillers : MM. Boucher, Machet, Pillard, Lamouroux (Alfred), Crochard, André-Pontier.

Le conseil se trouve ainsi composé pour 1870-71 :

MM. Berthiot, président; Caroz, vice-président; Ferrand, secrétaire général; Crinon, secrétaire-adjoint; Labélonye (Jules), trésorier; Bouhair, Capgrand, Dusart, Lemoine, Boucher, Machet, Pillard, Lamouroux (Alfred), Crochard, André-Pontier, conseillers.

Dans la première partie de la séance, la distribution annuelle des prix aux élèves stagiaires a eu lieu, dans l'ordre ci-dessous, à la suite du rapport présenté par M. Crinon.

Rappel de prix (sans livres). — M. Martin, élève chez M. Taffoureau.

PREMIÈRE DIVISION. — *Prix unique.* — M. Mange, élève chez M. Caroz.

Mention honorable. — M. Welle, élève chez M. Guettrot.

DEUXIÈME DIVISION — *Prix unique.* — M. Dalmon, élève chez M. Buffet.

TROISIÈME DIVISION. — *Premier prix.* — M. Lescuyer, élève chez M. Mérijot. — *Deuxième prix.* — M. Monot, élève chez M. Boggio.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 15 avril 1870, à l'Hôtel-de-Ville, à 3 heures et demie précises.

Ordre du jour. — 1° Lecture de M. Duroziez : Note sur la pleurésie purulente; — 2° Des vaccinations et des revaccinations; comparaison du vaccin humain et du vaccin animal.

— M. le docteur Bouchut commencera un cours clinique sur les maladies des enfants, le mardi 12 avril à l'hôpital des Enfants, à huit heures du matin.

— M. le docteur Mallez commencera son cours (semestre d'été). *Chirurgie des voies urinaires*, le samedi 9 avril, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, pour le continuer les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

— Un docteur en médecine demande à prendre la suite d'une position médicale à Paris ou aux environs.

S'adresser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

De l'alcoolisme dans ses rapports avec le traumatisme, par le docteur Ch. PÉRONNE. 1 vol. in-8° de 160 pages. — Prix : 3 fr. 50.

De l'industrie des nourrices et de la mortalité des petits enfants, par le docteur MONOT. 1 vol. in-8° de 160 pages. — Prix : 3 fr.

Études photographiques sur le système nerveux de l'homme et de quelques animaux supérieurs, par le docteur ROUDANOWNKY. In-8° de 65 pages, 2e édition, revue et corrigée. — Prix : 3 fr.

De quelques observations de théracentèse chez les enfants par le docteur E. VOYET. 1 vol. in-8° de 100 pages. — Prix : 2 fr.

Travaux de réforme dans les sciences médicales et naturelles, dus à M. Édouard ROBIN, ancien professeur de chimie et d'histoire naturelle. 1 vol. in-8° de 135 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Recherches expérimentales sur le rôle physiologique et thérapeutique du phosphate de chaux, par le docteur L. DUSART. 1 vol. in-12 de 160 pages. — Prix : 2 fr.

Le directeur, Dr E. LE SOURD

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an..... 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie a continué hier la discussion du rapport de M. Delpech sur les crèches. L'impression qui nous était restée de la séance précédente, ainsi que de la lecture du rapport, était que si les crèches ont rendu et sont appelées à rendre encore des services à la classe indigente, et si l'on doit louer sans réserve le sentiment qui a mu les bienfaiteurs à qui l'on en est redevable, elles sont loin de réaliser l'idéal de l'assistance appliquée à la première enfance, présentant à côté de quelques avantages incontestables des inconvénients non moins réels, et qui méritent d'être pris en sérieuse considération. La conséquence naturelle de cette impression, au cas où elle serait partagée par la majorité de l'Académie, était aisée à prévoir. Les propositions soumises à sa délibération par la commission ne seraient admises que sous bénéfice d'inventaire et avec modifications. Que M. Husson, dans ses deux argumentations ait peut-être un peu exagéré ces inconvénients, c'est possible, mais il n'en restera pas moins comme un fait à peu près établi, qu'à l'exception des crèches placées à proximité ou dans l'intérieur même des grandes usines, elles laissent, en général, beaucoup à désirer au point de vue des garanties d'un bon allaitement. L'Académie nous a paru hier être, en effet, dans ce sentiment après les nouvelles explications échangées entre MM. Delpech et Husson, et, il faut le dire, malgré la chaleur et le talent que M. Delpech a mis au service de sa cause, et qui lui ont valu de nombreuses marques de félicitations de la part de l'auditoire. L'Académie en a appelé à la commission elle-même du soin de modifier ses propositions ou d'en présenter de nouvelles dans la prochaine séance.

Dr BROCHIN.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. DEPAUL.

Grossesse gémellaire. — Avortement à cinq mois et demi. — Variole congénitale chez un fœtus. — Absence de variole chez la mère et le fœtus jumeau.

(Observation recueillie par M. le docteur CHANTREUIL chef de clinique d'accouchement.)

La nommée Marie A..., âgé de 20 ans, cuisinière, est entrée au service d'accouchement de la clinique, dirigé par M. le professeur Depaul, le 27 janvier 1870, à huit heures du soir.

Constitution bonne; conformation du bassin normale.

Cette femme a été vaccinée dans l'enfance avec succès; elle porte à chaque bras trois cicatrices bien marquées de vaccine. Mais elle n'a pas été revaccinée.

Elle a été réglée la première fois à quinze ans; elle l'est depuis régulièrement trois ou quatre jours par mois. Date de la dernière apparition : 10 septembre 1869. Le terme de la grossesse serait donc de cinq mois et demi environ. Pas d'accidents, pas de maladies pendant cette période; quelques nausées, quelques vomissements, seulement pendant les trois premiers mois. Notre accouchée n'a jamais eu la variole.

Les premières douleurs de l'enfantement se manifestèrent le 27 février, à sept heures du matin. Quant aux membranes, on les a rompues : la première poche, à 8 heures 40 minutes du soir; la deuxième, à 10 heures du soir.

Le premier enfant se présentait par le sommet en O. I. D. P.; le second enfant par le siége, en S. I. G. A.

La durée du travail a été de quinze heures, la délivrance naturelle.

Les enfants sont nés vivants; le premier était du sexe masculin, le second du sexe féminin.

Poids du premier.................. 640 grammes.
Poids du deuxième............... 595 —

Le placenta était constitué par une seule masse, sur laquelle s'inséraient les deux cordons; il y avait deux poches constituées chacune par un amnios et un chorion. Il n'existait aucune communication entre les systèmes circulatoires des portions placentaires appartenant respectivement à chaque fœtus.

Le point intéressant de cette observation me paraît être l'existence de pustules varioliques existant chez un des fœtus, et manquant complétement à la fois chez le jumeau et chez la mère.

Ces pustules occupent principalement la partie antérieure de la poitrine, le dos, le cou; elles sont peu nombreuses sur la face et au niveau des membres. Leur caractère de pustules varioliques est évident; elles sont arrondies, présentent un rebord saillant, une ombilication bien marquée; elles sont blanchâtres et ressemblent beaucoup aux pustules qu'on rencontre sur les muqueuses, à cause de leur macération dans le liquide amniotique. Elles ne sont pas confluentes, mais on peut en compter facilement une quinzaine, disséminées sur les régions que nous venons de nommer.

Les fœtus ne présentèrent à l'autopsie aucune lésion d'organes pouvant expliquer l'avortement. Les annexes (placenta et membranes) n'offraient pas ces dégénérescences spéciales (fibro-graisseuses, hémorrhagique, etc.) auxquelles on peut attribuer quelquefois l'expulsion prématurée de l'œuf. Nous n'avons trouvé, soit du côté du père, soit du côté de la mère, aucun antécédent morbide auquel put être rattaché ce phénomène; aussi, nous inclinons à croire que la variole congénitale d'un des jumeaux a été la cause unique de ce double avortement.

Cette observation nous paraît intéressante à plusieurs titres. Elle nous prouve d'abord que la variole du fœtus suffit pour produire l'avortement; non-seulement, la mort mais la maladie de l'enfant contenu dans l'utérus peut solliciter les contractions de cet organe, et déterminer l'expulsion prématurée du produit de conception. Nous savons que les grossesses gémellaires arrivent rarement à terme; mais, ce que l'on observe ordinairement, c'est un accouchement prématuré au moins vers huit mois, et non un avortement de cinq mois et demi, comme dans l'exemple ci-dessus relaté.

Le second point qui nous paraît mériter l'attention, est la transmission de la variole au fœtus par le fait d'un agent extérieur, sans que la mère ait été atteint de l'exanthème; que celle-ci ait été en rapport plus ou moins direct avec un varioleux au moment de sa visite à l'Hôtel-Dieu, ou non, cette question que nous n'avons pu résoudre d'une manière définitive, ne nous paraît pas d'une importance capitale; nous étions à cette époque en pleine épidémie de variole, et il n'est pas étonnant que cette influence pernicieuse ait sévi sur le fœtus.

Ce qui peut paraître bizarre, c'est l'intégrité de l'organisme maternel en présence de l'atteinte subie par l'organisme fœtal. On peut invoquer, il est vrai, une faiblesse plus grande de celui-ci, et par conséquent une résistance moindre de sa part au génie épidémique. On peut surtout invoquer, pour expliquer la santé de la mère pendant la maladie du fœtus qu'elle porte dans son sein, l'existence d'une vaccination antérieure. En effet, la femme qui fait le sujet de notre observation, avait été vaccinée dans l'enfance, avec succès; elle portait au bras des cicatrices très-évidentes de vaccine; mais une vaccination n'avait pas été tentée sur elle.

Quoi qu'il en soit des explications, les faits de variole du fœtus sans affection semblable de la mère existent en assez grand nombre et avec un caractère suffisant d'authenticité pour qu'on ne puisse plus en nier la réalité.

Mauriceau lui-même nous apprend que sa mère a été dans ce cas, et qu'il a eu la petite vérole avant de naître (1).

« Mead (2) raconte qu'une femme qui avait payé son tribut à la petite vérole, donna des soins à son mari actuellement atteint de cette maladie. Elle touchait à la fin de sa grossesse. Comme elle ne devait plus rien à la contagion, elle la brava; mais elle mit au monde un enfant mort tout couvert de pustules varioleuses. »

En 1701, Ruysch (3) affirmait avoir vu des enfants venir au monde avec tous les signes de la variole, sans que les mères fussent atteintes de cette maladie.

Hagendorn (4) soutenait le même fait.

Digener (5) rapporte l'observation suivante : un femme, qui pendant sa grossesse soignait deux de ses enfants atteints de petite vérole, accoucha d'un fœtus portant des pustules varioliques bien caractérisées.

Méjean (6) cite un cas de variole congénitale observé par lui chez un enfant de huit mois, *sans affection pareille chez la mère;* un staphylôme se produisit même, consécutivement à l'éruption variolique. Une petite épidémie de variole régnait pendant la grossesse de la mère dans le village qu'elle habitait.

Dans l'épidémie de Strasbourg, en 1833, on vit une femme bien portante accoucher d'un enfant dont tout le corps était cou-

(1) *Traité des maladies des femmes grosses*, chap. II, p. 56.
(2) *Œuvres phys. méd.*, t. I, p. 440.
(3) *Thesaurus anatomicus*, 7e année, n° 23.
(4) *Hist. méd. phys. ont. id.*
(5) *Act. N. C.* t. III, 1733.
(6) *Annales de Montpellier*, t. I, p. 145.

FEUILLETON

BANQUET DE LA PRESSE
MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

Samedi dernier, les représentants de la presse médicale et scientifique se sont réunis, pour la seconde fois, dans un banquet. La cordialité la plus vive préside à ces réunions, où viendront peu à peu se débattre les questions qui intéressent le corps médical et scientifique.

M. Jules Guérin, en sa qualité de doyen, avait été invité à présider la table; il avait pour vis-à-vis M. Béclard, secrétaire de l'Académie et rédacteur du *Bulletin de l'Académie.*

Une quarantaine de représentants de la presse s'étaient rendus à la réunion, que notre cher collaborateur M. le docteur A. Corlieu a su égayer par une chanson de circonstance. Les médecins sauront l'apprécier. Nous la reproduisons :

LE BANQUET D'HIPPOCRATE

Le Dieu de Cos, pour fêter sa naissance,
Dans un banquet convia ses enfans;
On causa fort, on but en abondance,
Des cris joyeux partaient de tous les bancs :
Le bon vieillard retrouva sa jeunesse,
Aucun souci ne troublait son bonheur,
Et, tout rempli d'une douce allégresse,
En gais refrains il épanchait son cœur;

Quand Thémison, l'antique méthodiste,
Vint à parler du *strictum*, du *laxum*,
Puis Galien, savant thérapeutiste,
Préconisa le diascordium;
Mais Paracelse, habile en Alchimie,
Veut renverser Thémison, Galien;
Il n'est, dit-il, que cabale et magie,
Pour bien guérir c'est l'unique moyen.

Puis Riolan, retroussant sa moustache,
Combat d'Harvey la circulation;
Le noble Anglais veut répondre et se fâche,
Pecquet aigrit cette discussion.
Pringle, avalant sa dernière bouchée,
De Van Helmont attaque les fermens,
Et Rasori, pour renverser l'archée,
Vient soutenir les contro-stimulans.

Chacun prend feu : maint orateur se brouille;
Par-dessus tous on entend Galvani;
Volta vexé lui lance une grenouille
Qui rebondit sur le nez d'Aldini.
Le bon Pinel ne voit qu'adynamie;
Malgré l'ardeur qu'on apporte au combat :
On se dirait en pleine Académie;
Stoll croit prudent de vider... le débat.

Mais, ne pouvant dominer le tapage,
Le Dieu de Cos fit venir aussitôt
Deux pots — non pas d'émétique en lavage —
Mais du Léthé qu'il avait en dépôt.

Les conviés, par un effet magique,
Oubliant tout, se tendirent la main:
Bonet vanta la secte astrologique,
On vit Guénaud rire avec Gui Patin;

Pour faire un whist vont à la même table,
Stahl, Morgagni, Lisfranc et Dupuytren,
A la bouillotte on vit, chose incroyable!
Brown et Broussais, Hahnemann et Cullen :
Au menuet brillaient Rufus d'Éphèse,
Averrhoès, Capuron et Portal;
Roux, dans un coin, discourant à son aise,
Avec Chaussier fumait le caporal.

MORALITÉ

Si nos aînés, dans leur vaste pratique,
Entr'eux ont eu quelque discussion;
Nous que rassemble un intérêt unique,
Ici formons une sainte union.
Qu'à notre appel grand ou petit réponde
(Dussions-nous boire un peu d'eau du Léthé).
Le verre en main trinquons tous à la ronde,
A l'union, à la fraternité.

N'y aurait-il pas sous ces vers amusants un projet de candidature à la chaire d'histoire de la médecine?

Dr E. LE SOURD.

vert de pustules varioleuses. Cetenfant ne vécut que deux jours. (Bousquet, *Traité de la vaccine et des éruptions varioleuses*, 1848, page 24).

Dans les *Archives de médecine* (1838, t. XVII, p. 126) on trouve les faits suivants :

M. Noblet (de Rennes) rapporte qu'une mère, enceinte de huit mois, soigna impunément une de ses filles, malade de la variole, mais accoucha d'un enfant qui avait la variole parvenue déjà à la fin de la première période.

Mme Legrand transmet un fait semblable, qu'elle a observée à Versailles; et même, ici, il y a cette preuve de plus que la vaccination a été tentée sur l'enfant sans succès.

Les *Bulletins de l'Académie de médecine* renferment cette observation de M. Girardin (t. VIII, p. 297):

Variole congénitale chez un fœtus à terme et vivant ; la mère n'a jamais eu la variole. Visite à l'hôpital de la Pitié huit jours avant l'accouchement, faite à une malade située près d'un varioleux.

En 1832, Deneux publia, dans la *Gazette des Hôpitaux*, un cas de variole chez un fœtus à terme, sans affection pareille chez la mère. L'enfant vécut sept heures.

Dans le même journal, on trouve un fait du même genre, publié par le docteur Guoli (de Boulogne), à la date du 7 novembre 1846.

Dans la thèse de M. Chaigneau, Paris 1847, il existe une observation analogue de M. Boudet, chef de clinique de M. le professeur Fouquier. « Variole du fœtus ; la mère n'a été atteinte de cette affection ni avant ni pendant la grossesse. Accouchement à huit mois, d'un enfant mort couvert de pustules varioliques. »

En 1865, M. Legros publiait dans la *Gazette médicale* (1865, p. 495) un cas de *variole in utero*, présentant des particularités intéressantes.

« Enfant couvert de pustules varioliques ; la mère n'en porte pas de traces ; n'a jamais eu la petite vérole, mais a été vaccinée. Avortement au terme de cinq mois. Fait particulier : coït cinq mois auparavant avec un homme convalescent de variole. »

Entrée à l'Hôtel-Dieu, le 10 mai, 18 du même mois avortement. Dans la salle, il n'y avait pas de malades atteintes de variole.

Nous pourrions multiplier les exemples, mais sans grande utilité pratique ; aussi nous contenterons-nous de citer les noms de Depaul, Bouchut, Ebel, Jenner, Van Speren, parmi les observateurs qui ont rencontré et publié des faits analogues à ceux que nous venons de rappeler.

Le troisième point de notre observation qui nous paraît intéressant et même surprenant, c'est que l'épidémie ait atteint l'un des fœtus et épargné l'autre. Ce fait quoique très-rare, n'est pas sans analogie dans l'histoire médicale.

En effet, Madge (*Trans. of. obst. Societ. of. London*, T. III), rapporte un cas de petite vérole chez un seul des fœtus dans un cas de grossesse gémellaire.

M. Huc (1), dans sa thèse, cite une observation publiée avant lui par le docteur Fumée; voici cette observation :

« Le 28 novembre de l'année dernière, je fus appelé pour voir la femme de M. Osmont, habile chirurgien; cette femme qui était au 4e jour d'une variole confluente, était grosse d'environ sept mois. Après avoir été en danger de perdre la vie par l'acuité de la maladie, cette dame se rétablit entièrement; une chûte sur les deux genoux, arrivée quelque temps après, occasionna un accouchement prématuré qui eut lieu le 5 du mois de février ; elle mit au monde deux enfants ; le premier était mort, et avait le corps couvert de boutons de petite vérole; il avait à la face des croûtes qui n'étaient que les traces de ceux qui s'étaient abcédés les premiers ; l'épiderme était enlevé aux extrémités inférieures. La mort datait, sans doute, du temps où sa mère avait été en danger par la petite vérole. L'autre enfant, au contraire, est venu au monde vivant, la surface du corps et la peau dans l'état naturel, il était seulement fort maigri et ne vécut que trois jours. Les enveloppes étaient doubles ainsi que les placentas qui étaient réunis et collés l'un à l'autre (2). »

« On ne peut, dit M. Huc, expliquer ce fait qu'en invoquant l'aptitude d'un fœtus à recevoir la contagion variolique, et la résistance de l'autre à ce principe contagieux. Renfermés dans le même lieu, nourris des mêmes sucs, ils ne pouvaient subir une influence morbide différente qu'à la condition d'avoir leur organisme diversement prédisposé. »

Dans le fait qui nous est personnel, comme dans celui de M. Huc, il est évident qu'on a eu affaire à un de ces caprices de la nature, que l'on a désignés sous le nom d'*imminences morbides*, mais qui, malgré cette nouvelle expression, sont restés aussi incompréhensibles qu'auparavant. Pour prouver combien est grande l'irrégularité des phénomènes naturels, quand il s'agit de contagion, je vais exposer brièvement un cas, pour ainsi dire, inverse à ceux que je viens de passer en revue, et dont je viens tout récemment d'être témoin à la Clinique. Je donne ici seulement le résumé de l'observation.

Il s'agit encore d'une grossesse gémellaire. La parturiente accoucha presque à terme de deux enfants bien portants. Le jour de son entrée à l'hospice, elle était déjà souffrante et présentait les symptômes prodromiques de la varicle.

Le lendemain de son accouchement, l'éruption se manifesta, se développa les jours suivants, et la femme finit par succomber, le septième jour, aux accidents qui accompagnent la forme hémorrhagique de l'affection. Notre accouchée avait été vaccinée comme la précédente, mais non revaccinée.

Les fœtus qui étaient dans l'utérus pendant la période d'incubation et le début de la période d'éruption restèrent complétement indemnes de toute manifestation éruptive. Le sixième jour de leur naissance, ils furent vaccinés de bras à bras, et l'inoculation réussit parfaitement.

(1) *De la variole congénitale*. Thèse, Paris 1862.
(2) *Journal de médecine de Montpellier*, t. X, an 1759, p. 403.

REVUE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

I. — Le *chloral* fait, à bon droit, beaucoup de bruit. Cette substance est hypnotique, sédative et légèrement anesthésique.

Sa propriété *hypnotique* est des plus précieuses. Le chloral amène rapidement un sommeil profond, tranquille, naturel, pour ainsi dire; il ne possède aucun des inconvénients des préparations opiacées. Le seul reproche qu'on puisse lui adresser, c'est d'être un peu désagréable au goût. M. Zuber (Thèse de Strasbourg, 1870) l'a vu administrer, sans aucun accident, 70 fois à des adultes et 13 fois à des enfants.

Voilà donc un agent nouveau pouvant être facilement employé par tous les médecins et destiné à rendre incontestablement d'éminents services. Nous l'avons vu employer par M. Demarquay à la Maison de santé, dans le but de supprimer la douleur que les malades accusent ordinairement après les opérations, alors que l'action du chloroforme est dissipée. Au moment où le malade sort du sommeil anesthésique, M. Demarquay lui fait prendre la potion suivante (1) :

Hydrate de chloral.......... 3 grammes.
Sirop simple.......... 40 —
Eau.......... 60 — (2).

L'ingestion de cette potion procure un sommeil dont la durée peut varier de une à quatre heures et même plus. Le malade, dont la sensibilité est émoussée, n'accuse aucune sensation douloureuse à son réveil.

M. Marchal (de Calvi) a eu l'heureuse idée de l'administrer à un phthisique agonisant, en proie aux cruelles angoisses d'une suffocation imminente. Trois cuillerées de sirop de chloral de M. Jollet ont été administrées de quart d'heure en quart d'heure; à la troisième, le malade a été pris par un sommeil tranquille. M. Marchal ajoute que ce merveilleux médicament n'abrége pas la vie d'une seule minute.

D'après M. Zuber, le chloral peut être employé avec avantage dans les brûlures étendues s'accompagnant d'insomnie et jetant le malade dans un état d'angoisse voisin de la folie.

La propriété *sédative* du chloral est vraiment merveilleuse. Pris à l'intérieur, il calme les douleurs du *rhumatisme articulaire aigu*, de la *colique hépatique*, des *névralgies*.

On l'a employé en Allemagne sous forme d'injection hypodermique, dans deux cas d'éclampsie très-graves; en France, M. Bouchut a guéri plusieurs cas de *chorée*. On a remarqué aussi que le chloral est favorable au *delirium tremens*. Enfin, ces jours derniers, nous avons vu dans le service de M. Verneuil un cas de tétanos bien caractérisé guéri par le chloral. L'observation en sera probablement publiée. Voici le fait : Un jeune homme de 20 ans entre le 29 janvier 1870. Il avait *depuis* quinze jours un écrasement de l'annulaire gauche. *Depuis* huit jours il existait un peu de trismus; le lendemain et les jours suivants, la roideur tétanique gagne insensiblement la nuque, le tronc et les membres; le malade est agité de secousses convulsives; le tétanos est bien établi. Le 29 janvier, M. Verneuil prescrit au malade *huit* grammes de bromure de potassium et une injection d'acétate de morphine toutes les deux heures. N'obtenant pas de résultat, il prescrit *quatre* grammes de chlora dans une potion à prendre dans la journée, par cuillerées. On continue l'usage du médicament jusqu'au 7 février. Le 7 on en donne *huit* grammes, le 8 *douze* grammes (les doses étaient proportionnées à l'intensité des symptômes). Vers les derniers jours, on a donné *quatorze* grammes d'hydrate de chloral. Dès que le malade a été soumis aux fortes doses sus-indiquées, il s'est rapidement amélioré. Vers le milieu de février, la guérison était complète; le malade est sorti de l'hôpital.

II. — Le traitement des *calculs vésicaux* a de tout temps préoccupé les chirugiens. Simplifier l'opération, diminuer les chances des accidents, sont deux problèmes que les opérateurs cherchent à résoudre. M. Dolbeau croit que son nouveau procédé de taille médiane est appelé à rendre des services importants. Voyez plutôt cette série d'opérations : M. Dolbeau a opéré 22 malades, il en guéri 21 ; chez le 22me l'opération avait réussi, mais le malade s'est pendu. A ces 22 cas il faut en ajouter deux autres, il s'agit d'abord d'un calculeur porteur d'une pierre de 4 centimètres ; nous avons assisté à l'opération et nous avons suivi le malade qui est parti pour son pays, incomplètement remis, après une orchite et un abcès périnéal. La 24me observation, qui termine cette série, est un cas malheureux, l'opérateur qui n'était pas M. Dolbeau, a eu le malheur de perdre son malade le jour même de l'opération, à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. Labbé. La taille avait été pratiquée pour un calcul de 12 à 13 centimètres, que l'on sentait par la palpation dans la région hypogastrique. Le malade avait 70 ans ; pendant deux heures, on le tint sous l'influence du chloroforme et l'autopsie démontra en outre, que le bulbe avait été blessé : M. Dolbeau et son procédé sont-ils ici en cause ? évidemment non.

Voici comment M. Dolbeau procède : Tout étant disposé comme pour les tailles périnéales, on introduit un gros cathéter cannelé dans la vessie.

1er *temps*. On fait une incision de 2 centimètres à 2 centimètres et demi, sur la ligne médiane, arrivant au bord de l'anus.

2me *temps*. L'incision est prolongée profondement à travers le sphincter externe et l'insertion postérieure du bulbe caverneux, en rapprochant le bistouri plutôt du côté du rectum que du côté du bulbe.

3me *temps*. L'index gauche est introduit dans la plaie, l'ongle est placé dans la cannelure du cathéter comme dans la taille ordinaire.

4me *temps*. La pointe d'un bistouri doit portée sur l'ongle fait un trou à la face postérieure de la portion membraneuse de l'urètre, trou de quelques millimètres, suffisant pour admettre l'extrémité du *dilatateur*.

5me *temps*. L'extrémité du dilatateur est portée dans la cannelure du cathéter ; on la dirige vers la vessie comme on le fait avec le lithotôme ; l'instrument est arrêté à cause de son volume.

6me *temps*. Alors, à l'aide d'un mécanisme fort simple, on écarte les branches nombreuses qui forment une sorte de couronne au dilatateur. Les branches, par leur écartement dilatent la portion prostatique de l'urètre. On les ramène à leur position première, on fait pénétrer plus loin la pointe de l'instrument, et l'on dilate de nouveau. On arrive ainsi dans la vessie dont on dilate le col. Celui-ci étant suffisamment dilaté, on introduit des tenettes pour saisir le calcul, après l'avoir broyé si son volume ne lui permet pas de sortir par la plaie. Le volume du calcul n'est jamais une contre indication à l'opération.

Le dilatateur de M. Dolbeau ressemble à une tulipe à pétales étroits et multiple. La pointe mousse de l'instrument fermés est constituée par l'extrémité libre de pétales réunis ; pour le dilater il suffit de faire tourner une tige métallique qui écarte les pétales en les repoussant graduellement de l'intérieur vers l'extérieur. Selon M. Dolbeau les accidents sont beaucoup plus rares par ce procédé, vu que le col vésical et la prostate sont dilatés et non incisés.

Dr Fort.
Professeur libre à l'école pratique,

(1) L'action du chloral, dont la dose peut être portée sans inconvénient à *six* grammes, est plus sûrement obtenue lorsqu'on fait prendre la dose au malade en une seule fois.
(2) La potion, qui s'altère en vieillissant, doit être administrée dès qu'elle vient d'être préparée.

DES INJECTIONS INTRA-UTÉRINES DE NITRATE D'ARGENT DANS LES CAS DE CATARRHE UTÉRIN

Par le Dr H.-E. Gantillon.

Je viens apporter encore une nouvelle preuve de l'avantage des injections intra-utérines et de la dilatation du col utérin, au moyen du laminaria dans les cas de catarrhe utérin même des plus tenaces, comme l'observation suivante le démontre :

Mme T..., âgée de 30 ans, n'ayant jamais eu d'enfants, mariée depuis six ans, s'était toujours assez bien portée jusque vers la fin de l'année 1868. Au commencement de 1869 elle commence à ressentir des douleurs d'estomac, des maux de tête très-violents, de grandes faiblesses, et de plus fut atteinte de flueurs blanches en telle quantité que son linge était taché et empesé comme par une solution d'amidon. En peu de mots, elle offrait les symptômes d'un catarrhe utérin bien établi.

Cette femme resta dans cet état encore pendant quatre mois, et finit par se décider à consulter un médecin, qui, après lui avoir fait en vain sur le col des badigeonnages avec de la teinture d'iode et ordonné des injections nombreuses d'eau tiède glycérinée, sans succès aussi, lui proposa, vu l'étroitesse de la cavité du col, de lui fendre cette cavité au moyen d'un instrument tranchant. Cette femme, effrayée à juste titre de cette proposition, qu'elle considérait, d'après l'avis de plusieurs médecins, comme dangereuse, s'y refusa et suspendit tout espèce de traitement. Ce fut alors qu'elle vint me consulter.

Voici dans quel état j'ai trouvé cette malade, le 15 octobre de l'année 1869 : Constitution fatiguée, maigreur excessive, très-anémié,e et ayant perdu l'appétit.

En faisant asseoir cette dame sur la chaise à spéculum, je m'aperçus qu'elle était garnie, comme le font les femmes à l'époque de leurs règles, et la serviette imbibée de part en part du liquide qui caractérise le catarrhe utérin : les poils qui recouvrent la vulve, tous collés ensemble comme avec de la colle de pâte, et la partie interne des cuisses tout excoriée par le frottement de l'une contre l'autre. Voici pour les parties génitales externes.

J'introduisis alors mon spéculum : inutile de dire la quantité de liquide qui remplissait le vagin. Je trouvai un col de dimension ordinaire, très-pâle, et ce qui attira mon attention tout d'abord, fut une antéro-flexion du côté droit, qui rendait très-difficile le maintien de ce col dans l'axe du spéculum, et avant tout une étroitesse telle de sa cavité que ce fut à grand peine que je pus faire entrer, après l'avoir courbé, l'extrémité du stylet de ma trousse.

Je me contentai, pour cette fois, d'appliquer un tampon de ouate contenant de l'alun, que je fis garder jusqu'au lendemain matin. Je lui prescrivis alors un régime reconstituant ; viandes presque crues, vin généreux, quinquina, fer, huile de foie de morue et des injections d'eau froide matin et soir.

Le 19 octobre, la malade est encore dans le même état. Je remets un tampon de ouate et alun. Même traitement général.

Le 21 octobre, déjà l'écoulement est plus liquide; la malade a meilleur appétit; son état général s'améliore aussi. Tampon. Même traitement général à continuer.

Le 24 octobre, les règles sont apparues.

Le 1er novembre, la malade se trouve fatiguée par la perte de sang causée par ses règles. L'écoulement est toujours abondant, son état général à peu près le même. Je mets un tampon.

Le 5 novembre, l'écoulement redevient plus liquide et moins abondant.

Le 9 novembre, l'écoulement est décidément moindre, l'état général meilleur.

Le 13 novembre, état général de plus en plus satisfaisant; le catarrhe diminue en quantité, et le liquide est de moins en moins épais. A chaque visite, application du tampon.

Le 5 décembre, la malade a eu ses règles dans l'intervalle et a contracté un rhume qui lui a fait suspendre ses visites.

Le 7 décembre, toujours des tampons à l'alun, des injections d'eau froide. Amélioration sensible.

Le 15 décembre, je me rends chez la malade, et j'introduis dans la cavité du col un petit morceau de laminaria du n° 5 de la filière Charrière, derrière lequel je mets un tampon de ouate. La malade doit rester au lit toute la journée.

Le 16 décembre, je vais retirer le laminaria, et je trouve un col assez dilaté pour me permettre d'introduire facilement une sonde n° 7; la malade n'a pas eu la moindre colique ni malaise.

Le 18 décembre, j'introduis un autre laminaria du n° 6. Même pansement.

Le 19 décembre. La journée précédente a été bonne, et je retire le laminaria, et puis j'introduis une sonde n° 9.

Le 19 décembre, je mets un laminaria n° 7.

Le 20 décembre, on me fait prévenir que les règles sont venues, et je ne vois donc pas la malade, qui retire elle-même le laminaria et le tampon.

Le 31 décembre, je vais chez la malade; je trouve un col assez large pour introduire facilement un hystéromètre ordinaire; je mets dans le col un laminaria n° 10, et je dis à la malade de retirer le laminaria et le tampon.

Le 2 janvier, je trouve un col assez dilaté pour introduire une bougie n° 13, et je n'hésite pas alors à faire, avec ma seringue à jet récurrent, une injection intra-utérine d'une forte solution de nitrate d'argent, qui ressort dans le vagin au fur et à mesure que je presse sur le piston. Pas la moindre colique. La malade prend une injection d'eau froide et va se promener toute la journée.

Le 15 janvier, je revis la malade, et je contatai une guérison parfaite et un état général des plus satisfaisants.

Il serait possible de faire suivre cette observation de commentaires assez longs; je me contenterai d'insister sur tous les points principaux.

Il demeure évident que la guérison d'un cas rebelle de catarrhe utérin a été obtenu dans un temps assez rapide et sans que la malade ait été condamnée à ce repos justifié qu'on leur impose assez souvent.

Cette observation montre que pour arriver à un but déterminé, ce n'est pas à tel ou tel moyen qu'il faut s'adresser, mais bien à un ensemble de moyens rationnels.

Il y avait trois indications à remplir:

1° Relever la constitution générale;

2° Rétablir la perméabilité du conduit utérin;

3° Modifier la surface sécrétante.

Je crois que cette guérison peut être attribuée à l'ensemble des moyens mis en usage, mais je crois qu'il y a aussi dans cette observation une nouvelle preuve de l'efficacité:

1° De la dilatation par le laminaria substitué à l'incision intra-utérine;

2° De l'injection caustique intra-utérine substituée à d'autres moyens plus dangereux et moins efficaces.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 12 avril 1870. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet: 1° des rapports d'épidémie par MM. les docteurs Fouquet (de Vannes), Tondut (de Niort), Bar (de Metz);—2° les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1869 dans les départements du Cantal, de la Creuse et de la Sarthe (Commission des épidémies); — 3° un projet humanitaire concernant la santé publique universelle, par M. Paul de Anino, major dans le corps sanitaire de la marine ottomane (Comm.: MM. Bouvier et Gubler); — 4° des rapports sur le service médical des eaux minérales de Saint-Amand (Nord), par M. le docteur Marbotin, et de Dignes (Basses-Alpes), par M. le docteur Sylve (Commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend: 1° une note de M. le docteur Sébastian (de Beziers) sur la vaccine; — 2° une note de M. le docteur Boulet (de Plancher-les-Mines) sur la conservation du vaccin; — 3° une lettre de M. Hardon, accompagnant l'envoi de quelques tubes de son invention destinés à recueillir et à contenir le vaccin (Commission de vaccine); — 4° une lettre de remercîments par M. le docteur Plonquet (d'Ay), lauréat de l'Académie; — 5° une note de M. le docteur Moreau-Wolf sur un instrument de son invention destiné au traitement des rétrécissements de l'urètre, et qu'il nomme *Divulseur rétrograde*.

PRÉSENTATIONS

Les ouvrages suivants sont présentés à l'Académie:

Par M. Gubler: au nom de MM. Masius et Vanlair, professeurs à l'université de Liége, deux brochures dont l'une a pour titre: *De la situation et de l'étendue des centres réflexes de la moelle épinière chez la grenouille*; et l'autre: *Recherches expérimentales sur la régénération anatomique et fonctionnelle de la moelle épinière.*

Par M. Bouillaud, au nom de M. Lorain, une brochure intitulée: *Jenner et la vaccine.*

Par M. Giraldès, de la part de M. le docteur A. Desprès, un volume intitulé: *Traité iconographique de l'ulcération et des ulcères du col de l'utérus.*

Par M. Blot, au nom de M. le docteur Bertherand, un fascicule ayant pour titre: *La mortalité enfantine et l'industrie nourricière en Algérie.*

Par M. Larrey, au nom de M. le docteur Chenu, un volume intitulé: *De la mortalité dans l'armée et des moyens d'économiser la vie humaine.*

RAPPORTS

M. GOBLEY lit, au nom de la commission des remèdes secrets, une série de rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les crèches.

Discussion sur les crèches.

M. HUSSON demande la parole pour présenter des chiffres à l'appui de l'opinion qu'il a émise, dans la dernière séance, au sujet des crèches. Il veut établir que les crèches donnent des résultats nuisibles pour les enfants allaités. Or, d'après des statistiques, il résulte que dans cinq crèches, sur 110 enfants, on en a trouvé 42 qui auraient dû être allaités, et qui ne l'étaient pas. L'orateur maintient que les crèches favorisent le sevrage. Il insiste sur ce point que, pour lui, ces enfants se trouvent, dans les crèches, dans des conditions fatales pour leur développement; il ne saurait passer aussi facilement que M. le rapporteur sur de pareils inconvénients.

M. Husson ne partage pas non plus l'opinion de M. Delpech quand il dit qu'il n'y a pas grand inconvénient à donner aux enfants l'allaitement mixte avant cinq mois, et qu'il admet qu'on puisse le leur donner même après un mois et demi. Il trouve aussi que M. Delpech ne tient pas assez compte des falsifications du lait. Ce lait est, dans une proportion de 50p. 100, dépouillé de ses matières grasses. Il ne croit donc pas qu'il présente les conditions que devrait présenter un lait destiné aux enfants. Il est démontré, en outre, par de nombreuses expériences que ce lait de commerce contient fort souvent, outre des additions d'eau, une certaine quantité de carbonate de soude.

M. Husson arrive ensuite à l'examen des conclusions du rapport; il ne croit pas que, en dehors de la question d'hygiène, et dans des questions purement administratives, l'intervention médicale soit aussi nécessaire que semble l'indiquer la première conclusion. Toute crèche, recevant une subvention, doit remplir certaines conditions. M. Husson ne croit pas que l'Académie ait à intervenir dans des règlements qui sont exécutoires et exécutés, règlements qui ne touchent en rien à la question d'hygiène.

En résumé, M. Husson croit que les crèches sont essentiellement nuisibles aux enfants allaités, et propose de renvoyer les conclusions à la commission, afin qu'elles soient formulées de telle sorte qu'il soit bien admis que l'Académie ne semble pas, par une approbation trop explicite, favoriser le transfert des enfants encore allaités dans les crèches.

M. DELPECH répond d'abord à la dernière objection de M. Husson, en donnant lecture de la conclusisn ayant trait à l'intervention des médecins dans l'institution des crèches. Il n'a jamais dit, en effet, que le médecin ait à se mêler d'administration, pas plus que l'administration eût à se mêler de médecine; il ne saurait donc admettre l'objection que M. Husson lui a fait à cet égard.

M. Delpech ne voit pas du tout que M. Husson ait démontré que les crèches donnent, pour les enfants allaités, les mauvais résultats qu'il leur attribue. Il est évident, au contraire, que l'allaitement maternel est développé autant que possible dans les crèches bien organisées.

L'orateur ne saurait non plus partager les craintes que M. Husson exprime au sujet de l'allaitement prématuré. Il n'y a pas d'enfant qui ne soit allaité avant cinq mois, ou il n'y en a du moins que dans les familles qui font venir de la campagne des nourrices bien choisies: mais ce que font ces nourrices, la plupart des femmes de la ville pourraient le faire.

M. Husson trouve en outre que l'allaitement maternel est très-insuffisant dans les crèches, et il s'étonne beaucoup qu'on le reporte de quatre en quatre heures; mais il y a des médecins qui ordonnent ce laps de temps, et considèrent l'allaitement ainsi pratiqué comme le type de l'allaitement.

M. Delpech déclare qu'il n'est pas de cet avis, et il aimerait beaucoup mieux que la mère vînt plus souvent dans les crèches pour allaiter son enfant. Mais il faut compter avec les nécessités de la vie chez les classes pauvres, et, en somme, il trouve qu'un allaitement ainsi constitué peut parfaitement suffire aux enfants.

Quant à la question du lait, sur laquelle insiste M. Husson, M. Delpech trouve que son honorable contradicteur a vraiment une bien mauvaise opinion de l'intelligence des hommes qui dirigent les crèches s'il croit qu'ils ne sont pas capables de s'entendre avec des producteurs pour avoir du lait parfaitement pur; en outre, ces falsifications sont tout à fait illusoires. Le lait du commerce est, en somme, parfaitement acceptable, et ne saurait, dans tous les cas, provoquer une objection sérieuse à faire aux crèches.

M. Delpech revient ensuite aux objections qu'a présentées M. Husson dans la dernière séance. M. Husson a dit que les médecins des crèches ne faisaient pas de visites régulières. M. Delpech répond à cette objection en mettant sous les yeux de l'Académie un registre parfaitement tenu, pris au hasard dans l'une des crèches, et qui porte à chaque page la signaure du médecin. L'inspection est faite avec le plus grand soin, et les crèches ne sauraient, à cet égard, encourir aucun reproche.

M. Delpech partage l'opinion de M. Husson quand il dit qu'il préférerait de beaucoup la crèche à domicile; mais M. Husson pense-t-il sérieusement qu'avec soixante-quinze centimes par jour, il pourra faire que la femme nourrisse son enfant chez elle; pourra-t-il fournir, avec cette somme, le berceau, la literie, le linge, la subvention indispensable à la femme qui restera chez elle et ne travaillera plus, etc., etc. C'est évidemment impossible.

Pour répondre à M. Husson quand il dit que la crèche est un instrument de sevrage, M. Delpech se contente de lire quelques-unes des prescriptions contenues dans le formulaire d'introduction qu'on donne à chaque femme venant porter son enfant dans les crèches: « Allaitez votre enfant vous-même, y est-il dit, il se portera mieux et vous coûtera moins cher. » Peut-on dire que les crèches sont des instruments de sevrage?

M. Husson a dit qu'il n'accepterait les crèches pour les enfants allaités qu'autant qu'elles seraient placées, comme celle de Mulhouse, dans des manufactures. Mais parmi les objections qu'il fait valoir contre elles, il met le transport des enfants en première ligne; or, les femmes qui travaillent dans les manufactures ne sont-elles pas, aussi bien que les autres, obligées de transporter leurs enfants. Évidemment, puisqu'elles ne couchent pas à la manufacture. Il n'y a donc aucune différence, à ce point de vue, à faire entre les crèches ordinaires et celles des manufactures.

Il est dans le discours de M. Husson une autre contradiction plus frappante que fait ressortir M. Delpech; c'est qu'il considère les crèches comme fort mauvaises pour les enfants qui ont dix mois moins un jour et comme excellentes pour ceux qui ont dix mois plus un jour. Est-il besoin de dire que si elles sont si bonnes pour les uns, elles ne peuvent être si mauvaises pour les autres.

M. Delpech pense, en outre, qu'il ne faut pas être exclusif et aller chercher partout de l'aide à la charité, qu'il faut encourager toutes les institutions, qui, comme les crèches, sont dictées par un sentiment de bienfaisance et d'humanité et que, du moment qu'elles ne sont pas dangereuses, on ne peut que les accepter avec reconnaissance et admiration pour leurs fondateurs.

M. Delpech répond ensuite à M. Blot dont il partage l'opinion, quand il dit que l'allaitement à domicile vaudrait mieux, mais il est démontré que pour le moment c'est un problème des plus difficiles à résoudre. Qu'on accepte donc les crèches en attendant mieux.

L'orateur accepte parfaitement le reproche que lui a fait M. Jules Guérin de ne pas se servir uniquement du mot biberon dans son rapport, et il s'incline devant les observations qu'il a présentées à ce sujet; quoique pour M. Delpech le biberon ne soit pas sans inconvénient, il le considère plutôt comme l'instrument des riches que comme celui des mères pauvres, qui trouvent bien plus simple de donner le sein à leur enfant que d'aller chercher le biberon qu'il faut toujours tenir très-proprement, dont il faut faire chauffer le lait, etc., qui, en un mot, présente plusieurs inconvénients.

Pour M. Boudet, M. Delpech ne fait que le remercier des renseignements qu'il a fournis sur le lait du commerce. Quand à l'objection qu'il a faite au sujet de l'exécution des règlements, M. Delpech croit y avoir répondu en montrant le registre dont il s'est servi pour répondre à M. Husson.

Du reste, le rapport ne contient pas que des éloges pour les crèches, il contient aussi des critiques sérieuses et quelque peu sévères.

En résumé, les crèches présentent aux yeux de M. Delpech des avantages considérables, quelques inconvénients, quelques erreurs, mais un perfectionnement très-facile. C'est pourquoi, il croit devoir les accepter; elles sont en outre l'œuvre des médecins, car leur fondateur a compris que cette institution ne pouvait rendre de sérieux services qu'à la condition d'être protégée par les médecins, et c'est pourquoi il a appelé à son aide leur patronage, persuadé qu'il leur donnerait une grande autorité.

M. Delpech rappelle en quelques mots les services qu'ont rendu les crèches depuis vingt-cinq ans: 55,000 enfants y ont été reçus, parmi lesquels la mortalité n'a été que de 1 sur 18, chiffre bien supérieur à celui que donne la mortalité des enfants en ville.

L'orateur voit en outre un immense avantage, les crèches ainsi instituées sur les crèches à domicile; y a là, dit-il, une question de moralisation. La crèche à domicile, c'est l'aumône; la crèche qui reçoit l'enfant, c'est le travail. Ce n'est pas seulement aux indigents qu'on s'adresse, c'est aux travailleurs. La crèche à domicile serait une entrave au travail de la femme, tandis que le but des crèches est de permettre à la femme de continuer à travailler, tout en nourrissant son enfant, et de pouvoir payer ainsi elle-même les soins que réclame son enfant.

M. Delpech demande donc qu'on approuve les crèches aux conditions aussi sévères qu'on voudra, mais qu'on les approuve.

M. HUSSON n'a jamais eu l'intention d'attaquer les fondateurs des crèches, mais il croit que leur sollicitude n'a pas empêché des inconvénients très-graves que, selon lui, présentent les crèches. Il persiste à croire qu'elles sont fort mauvaises au point de vue du sevrage prématuré, et il serait très-regrettable, à son avis, qu'on approuvât les crèches au point de faire croire que ce sont des instruments destinés à favoriser l'allaitement maternel.

Quant à la question du lait, M. Husson désavoue l'opinion que lui a prêtée M. Delpech sur les directeurs des crèches. Il admet parfaitement que ce n'est là qu'une question d'argent.

M. Husson ne partage pas l'avis de M. Delpech au sujet du biberon, et croit, contrairement à son opinion, que c'est bien plutôt l'instrument des pauvres que celui des riches. C'est ce qui, du moins, semble ressortir d'un rapport de M. Bourdon, dans lequel il est dit que le biberon est très-employé dans certains quartier.

M. Husson demande, en un mot, que l'Académie, si toutefois elle approuve les crèches, reconnaisse que c'est une chose fâcheuse au point de vue de l'allaitement maternel.

M. BOUDET est partisan des crèches en principe, mais il croit qu'il reste beaucoup à faire pour qu'elles donnent les résultats qu'elles peuvent fournir. Il craint que la conclusion de M. Delpech ne soit trop approbative, et appelle toute l'attention de l'Académie sur la parfaite exécution des règlements et la surveillance médicale, qu'il regarde comme fort importante.

Après une discussion, à laquelle prennent part MM. J. Guérin, Blot, Denonvilliers, Bergeron, Chauffard et Delpech, les conclusions du rapport de M. Delpech sont renvoyées à la commission.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection d'une commission de l'hygiène de l'enfance.

Sont nommés: MM. Bergeron, Blot, Boudet, Broca, Chauffard, Devergie, Devilliers, Fauvel et Husson.

La séance est levée à cinq heures et quart.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1870

27. Dumbravénu (Nicolas). Etude sur les tumeurs érectiles, et en particulier sur leur traitement.

28. Roullet (Gaston). Etude sur les principaux caractères de la dy-

sentéric chronique des pays chauds et les lésions hépatiques qui l'accompagnent, suivie de considérations sur l'emploi thérapeutique des eaux minérales et de l'hydrothérapie dans cette affection.

29. Leroy (Marcel). Etude sur la grippe.

30. Duvernoy (Henri). Quelques considérations sur le travail, l'hygiène et les maladies des ouvriers forgerons de Franche-Comté.

31. Liouville (Henry). De la coexistence des anévrysmes miliaires du cerveau avec des altérations vasculaires analogues généralisées.

32. Gérard (Achille). Etude sur la paralysie double de la septième paire.

33. Rabaine (Eugène). De la procidence du cordon ombilical.

34. Cottin (Albert). De l'adénite du médiastin postérieur chez les enfants.

35. Dumée (Adolphe). Essai sur quelques tumeurs pulsatiles de l'orbite par dilatation veineuse.

36. Raguet (Aristide). Etude sur la pathogénie de l'hématocèle rétro-utérine.

37. Campos Bautista. De la galvano-caustique chimique comme moyen de traitement des rétrécissements de l'urèthre.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 11 avril 1870, M. le docteur Nuzillat, médecin-major de 1re classe, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— Par décret en date du 6 avril 1870, M. Liautard, vétérinaire en second aux dragons de l'Impératrice, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Forget, secrétaire agent comptable de la Faculté de médecine de Paris, est admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

M. Le Filleul, officier de l'instruction publique, sous-chef du bureau des pensions à l'administration centrale, est nommé secrétaire agent comptable de la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Forget.

— Le 15 avril étant compris, cette année, dans les vacances de Pâques, il ne sera pas possible d'exécuter les prescriptions réglementaires qui fixent à cette date la clôture du registre des inscriptions du troisième trimestre de l'année scolaire.

En conséquence, le registre demeurera ouvert jusqu'au 30 avril inclusivement, dans tous les établissements d'enseignement supérieur.

— *Lycée impérial de Vendôme.* — M. le docteur de Segogne est nommé médecin-adjoint au lycée impérial de Vendôme.

— Une session extraordinaire de baccalauréat s'ouvrira, le 25 avril prochain, devant les Facultés des lettres.

Seront admis à s'inscrire pour cette session : les aspirants à l'école militaire de santé de Strasbourg, déjà bacheliers ès sciences.

Seront également admis à s'inscrire pour cette session, ainsi que pour la session du baccalauréat ès-sciences. Les candidats ayant atteint l'âge de vingt ans avant le 1er janvier 1870, et les candidats établissant, par certificats des doyens des Facultés, qu'ils ont déjà subi deux ajournements.

Une session extraordinaire de baccalauréat s'ouvrira, le 9 mai prochain, devant les Facultés des sciences.

Seront admis à s'inscrire pour cette session : les aspirants à l'École militaire de Strasbourg, déjà bacheliers ès lettres; — les officiers de santé et les étudiants en médecine régulièrement inscrits à une Faculté ou à une école préparatoire; — les pharmaciens de deuxième classe et les étudiants en pharmacie régulièrement inscrits à une école supérieure ou à une école préparatoire.

Les aspirants au baccalauréat ès sciences complet ou restreint devront produire le relevé de leurs inscriptions près d'une Faculté de médecine, ou près d'une école supérieure ou préparatoire de pharmacie.

Les aspirants à l'École militaire de santé de Strasbourg produiront celui des deux diplômes de bachelier dont ils seront pourvus.

Les officiers de santé et les pharmaciens de deuxième classe produiront leur diplôme.

— Un docteur en médecine demande à prendre la suite d'une position médicale à Paris ou aux environs.

S'adresser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Dictionnaire de la langue française, par E. Littré, de l'Institut. — La 24e livraison (xie du tome second), vient de paraître. — Prix de la livraison : 3 fr. 50.

L'ouvrage formera environ 29 livraisons et sera complétement terminé dans les premiers mois de 1871.

Les aliénés. Étude pratique sur la législation et l'assistance qui leur sont applicables, par Ach. Foville fils, médecin adjoint de la Maison impériale de Charenton. 1 vol. in-18 de 230 pages. — Prix : 3 fr.

L'hydrate de chloral, par M. le docteur Oscar Liebreich, traduit de l'allemand sur la 2e édition, par Fr. Levaillant. Broch. in-8 de 67 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Le climat de Pau sous le rapport hygiénique et médical, par le docteur Ed. Carrière, lauréat de l'Institut. 1 vol. in-12 de 180 pages. — Prix : 2 fr.

Le directeur, Dr E. Le Sourd

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Les bureaux et Ateliers étant fermés à cause des fêtes de PAQUES, le Journal ne paraîtra pas mardi.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Maladies régnantes.

(Mois de janvier, février et mars.)

Le rapport de la commission des maladies régnantes pour les mois de janvier, février et mars 1870, déposé vendredi dernier sur le bureau de la Société médicale des hôpitaux, au nom du rapporteur M. Besnier, et qui est en ce moment en voie de publication, présente un intérêt exceptionnel à raison des particularités très-remarquables qui ont caractérisé tout à la fois et la constitution atmosphérique et la constitution médicale de ces trois premiers mois de l'année. Nous renvoyons au texte même du rapport ceux de nos lecteurs qui voudraient mettre en regard des conditions atmosphériques et météorologiques qui ont dominé avec tant de persistance pendant toute cette période, les maladies saisonnières de tout ordre qui se sont montrées avec une fréquence et une gravité insolites; désirant nous borner, pour le moment, à dire un mot seulement de celles-ci.

Le premier fait que constate le rapport est le chiffre élevé de la mortalité produite par toutes ces affections, surtout pendant les mois de février et mars. « En janvier, en effet, dit M. le rapporteur, la mortalité générale des hôpitaux et hospices civils de Paris (1,243 décès) est restée à peu près égale à la moyenne normale de ce mois; en février, bien que le mois ne compte que 28 jours, elle s'élève à 1,394, dépassant le chiffre maximum du mois le plus élevé des années précédentes (qui est toujours le mois de mars); et, en mars, elle atteint le chiffre tout à fait insolite de 1,471. »

Voici quelles sont les maladies principales qui ont produit le plus grand nombre de décès pendant cette période trimestrielle :

	janvier.	février.	mars.
Varioles	63	96	132
Fièvres typhoïdes..	37	25	19
Bronchites..	31	45	42
Pneumonies..	88	117	91
Pleurésies	15	14	9
Croups.	28	27	22
Angines	9	2	2
Rhumatismes articulaires. . . .	6	4	5
Rougeoles	4	11	5
Erysipèles	5	9	13
Scarlatine..	»	4	11
Eutérites.	9	16	21
Diarrhées.	5	4	3

De ces affections, celles qui se sont montrées les plus fréquentes et les plus graves relativement, sont la variole et les affections des voies respiratoires.

Le tableau suivant peut donner une idée de la fréquence des affections des organes respiratoires et du nombre des décès qu'elles ont produits :

	janvier.	février.	mars.
Pneumonies..	224—88	285—117	306—91
Bronchites. .	396—31	438— 45	540—52
Pleurésies.. .	93—15	112— 14	111— 9
Grippes. . . .	12— 0	37— 0	63— 1

Quelques médecins, MM. Laboulbène et H. Roger entre autres, ont signalé en mars la première apparition des embarras gastriques, en même temps qu'une diminution dans le nombre et dans la gravité des affections des voies respiratoires.

Voici très-succinctement quelques-unes des particularités qui ont été le plus remarquées :

Nombreux cas de grippes avec toutes les formes, les localisations et les manifestations directes ou indirectes connues.

Très-grande fréquence à la fois des bronchites simples, des phlegmasies secondaires des bronches chez les tuberculeux et chez les emphysémateux.

Grande fréquence de la coqueluche et de la bronchio-pneumonie secondaire dans les hôpitaux d'enfants.

Quelques cas de bronchio-pneumonie, souvent confondue pendant la vie avec une tuberculisation aiguë, ont été constatés également chez les adultes et chez les vieillards.

Parmi les complications de la pneumonie ou les caractères spéciaux, qui ont été signalés, nous remarquons l'ictère, le délire, l'état bilieux, la forme adynamique. Il y a eu toutefois une assez forte proportion de pneumonies franches, bénignes.

Les affections catarrhales se sont montrées prédominentes dans quelques services, notamment à l'hôpital Saint-Antoine, où M. Siredey a vu 16 malades qui ont présenté les manifestations les plus bénignes de la fièvre catarrhale (angine érythémateuse, glanduleuse ou phlegmoneuse, laryngite, laryngotrachéite et bronchite) à des degrés variables d'intensité et remarquables tous par le retentissement considérable qu'elles ont eu sur les ganglions sous-maxillaires et cervicaux. Comme d'habitude, ajoute M. Siredey, état suburral très-marqué, prostation des forces, céphalalgie vive, fièvre rémittente s'accusant le soir par un redoublement de l'état fébrile, une augmentation de la température et des sueurs profuses à la fin de la nuit.

Dans le même service, M. Siredey a constaté que les pneumonies qui, pendant les mois de janvier et de février, avaient le caractère catarrhal, sont devenues plus franchement inflammatoires pendant le mois de mars. De là, la nécessité de modifier le traitement : tandis que dans cette première période, la médication avait consisté principalement dans l'administration de l'ipéca stibié au début, suivi du kermès associé à la digitale, l'application de larges vésicatoires, et vers le déclin, administration de café, de quinquina et de boissons alcooliques, il a dû recourir en dernier lieu, chez quelques malades, aux émissions sanguines et à la potion stibiée.

A l'hôpital militaire Saint-Martin, une transformation analogue dans les caractères des affections thoraciques a également nécessité des modifications du même genre dans le traitement. Les phlegmasies bronchiques, qui avaient été très-nombreuses et graves en février, sont devenues relativement rares et bénignes en mars, tandis que les pneumonies et les pleurésies devenaient fréquentes. Les pneumonies ont revêtu des formes variées, qui ont nécessité des médications diverses.

Les grippes avec catarrhe bronchique, quelques-unes avec angine, ont été observées à l'hôpital des Enfants, dans le service de M. Roger, où l'on a vu aussi un nombre insolite de pleurésies de formes diverses et à des degrés différents.

Les affections catarrhales se sont montrées avec une fréquence extrême, d'après M. Léon Gros, dans le service du chemin de fer du Nord, pendant le mois de février. Elles portaient moins sur les voies aériennes que pendant le mois précédent. A côté d'un nombre assez considérable de bronchites catarrhales, ce médecin a observé assez souvent le catarrhe intestinal allant, dans certains cas, jusqu'au flux sanguinolent, dysentérique. Ce qui, à ses yeux, distinguait ces affections de la dysenterie proprement dite, c'était le début tout à fait analogue à celui de la grippe, avec courbature, fièvre, symptômes passagers du côté des muqueuses nasales et pharyngiennes, suivis presque immédiatement de symptômes intestinaux.

VARIOLE.

Nous aurions désiré donner aujourd'hui quelques renseignements sur l'épidémie de variole qui sévit sur Paris depuis plusieurs mois et qui constitue un des traits principaux de la constitution médicale actuelle. Le rapport de M. Besnier n'ayant pas passé encore tout entier sous nos yeux, nous nous trouvons dans la nécessité d'ajourner tout ce qui concerne cette affection, ainsi que les questions relatives à la vaccine qui s'y rattachent tout naturellement. En attendant les documents qui nous manquent, voici un fait particulier qui nous est communiqué par M. le Dr Desrivières, et qui nous a paru intéressant autant par l'âge de la malade, que par les circonstances à la suite desquelles s'est manifestée son affection.

Quant aux déductions que notre confrère tire de ce fait et aux considérations étiologiques qu'il émet à ce sujet, tout en lui en laissant la responsabilité, nous les signalons comme des points de vue hypothétiques, susceptibles de donner lieu peut-être à des recherches utiles.

FEUILLETON BIBLIOGRAPHIQUE

I. **Des médicaments assimilables : Fer, Iode, Arsenic diastasés**, par GUÉTROT (1). — II. **Nouveaux éléments de botanique**, par Achille RICHARD (2). — III. **Année scientifique**, par Louis FIGUIER (3). — IV. **Causeries scientifiques**, par Henri DE PARVILLE (4). — V. **Annuaire scientifique**, par DEHÉRAIN (5).

I

Il y a bien des choses en peu de mots, il y a surtout bien des espérances pour la pratique médicale dans la brochure que M. Guettrot, pharmacien de Paris, vient de publier sous ce titre : *Médicaments assimilables : Fer, Iode, Arsenic diastasés.*

Nous ne pouvons que bien augurer de cette ingénieuse innovation thérapeutique, qui prend pour bases les données fécondes de la chimie physiologique.

La dynamisation des agents médicamenteux, rêvée par les homœopathes, qui l'ont eherchée dans de puériles méthodes de trituration et de dilution, semble bien réellement s'opérer sous la main de l'auteur de ce travail; et c'est aux forces vives mises en jeu par le développement de l'embryon végétal qu'il emprunte les propriétés actives dont il dote ses nouveaux composés médicamenteux.

Son mode opératoire est aussi simple qu'ingénieux : des graines de cresson imbibées de solutions titrées de citrate de fer, d'iodure de potassium, d'arséniate de soude, sont soumises à un travail régulier de germination, puis immobilisées par une dessication à basse température, dans les conditions d'activité diastasique développée par ce travail.

Les résultats de cette pratique sont les suivants : en premier lieu, les composés ferrugineux, iodé, arsenical, sont entrés en combinaison avec les principes assimilables de la graine; en second lieu, à leur activité propre s'est ajoutée l'activité spéciale de la diastase, agent énergique de digestion et d'assimilation; en troisième lieu, il se trouve que l'on a donné pour excipients au fer, à l'iode, à l'arsenic, des substances richement dotées elles-même, en principes salutaires : huile essentielle aromatique, matières protéiques et matières grasses où abondent le soufre, le phosphore et même l'iode spontané.

« C'est ainsi, dit l'auteur, que le fer engagé dans une combinaison analeptique cesse d'être astringent et n'en reste que plus franchement tonique; que l'iode, plus résolutif et plus dépurateur, n'expose plus aux risques congestifs et irritatifs des muqueuses; que l'arsenic, dont les actions topiques sont profondément modifiées, n'en conserve pas moins toutes ses propriétés altérantes et névrosthéniques. »

L'originalité de l'idée première est incontestable; elle entraîne la conviction par la légitimité de ses preuves prises en pleine chimie vitale, et l'on se sent impatient de chercher dans les applications cliniques la justification de ces données rationnelles substituées aux habituels errements de l'empirisme posologique.

II

Nous venons de voir une application extrêmement ingénieuse de l'étude de l'embryon végétal, voici maintenant un de ces ouvrages qui ont été la fortune de plusieurs générations d'étudiants.

La *Botanique* d'Achille Richard se présente à nous pour la dixième fois, et pour la seconde fois M. Charles Martins, l'éminent professeur de Montpellier, accorde au travail de celui qui fut notre maître, l'appui de son talent. Le sort des livres de sciences est de vieillir vite, et c'est un pieux hommage à la mémoire d'un savant de continuer à réviser son œuvre. Ces retouches discrètes et ces additions nombreuses tiennent le livre au courant et permettent longtemps encore le succès. C'est bien là l'histoire du livre d'Achille Richard.

On se souvient du succès de ce professeur regretté; ses ouvrages ont conservé comme un parfum de son enseignement. Aujourd'hui, on le lit avec le même intérêt, et, grâce à MM. Martins et de Seynes, avec le même fruit.

Cette nouvelle édition se recommande particulièrement par le chapitre que M. de Seynes a consacré à la cryptogamie. S'il est une partie de la science botanique qui — dans ces dernières années — ait fait de rapides progrès, c'est bien la cryptogamie. M. de Seynes s'est fait l'interprète de ces progrès.

(1) In-8°. Prix : 2 fr. — (2) Petit in-8. Prix : 6 fr.
(3) In-12. Prix : 3 fr. 50. — (4) In-12. Prix : 3 fr. 50.
(5) In-12. Prix : 3 fr. 50.

Voici ce fait :

« Le 1er octobre dernier, je fus appelé dans la rue Gaillon pour une vieille dame à moitié paralysée, que je trouvais au lit avec de la céphalalgie, la face très-animée, un pouls plein et fréquent, des nausées et un accablement général.

« L'ayant interrogée, j'appris qu'elle avait 75 ans, et qu'étant allée en voiture il y avait quatre ou cinq jours, par une assez forte chaleur, au cimetière Montmartre, elle y avait fait quelques stations sur différentes tombes, et que bientôt elle y avait éprouvé un sentiment de suffocation, et puis après des frissons, et qu'alors étant rentrée chez elle, elle avait ressenti un malaise général, qui n'avait fait que croître et la mettre dans l'état où je la trouvais.

« Je prescrivis quelques boissons, et je remis au lendemain à constater plus sûrement à quelle affection j'avais affaire. Or, ce jour-là, la malade m'offrit tous les indices d'une variole à son début, laquelle ne tarda pas à devenir des plus confluentes ; et à dix, douze jours de là, j'appris que des cas de variole, dont un a été suivi de décès, venaient d'éclater dans les deux maisons avoisinant celle de ma malade. De plus, je dois ajouter que cette dernière m'avait affirmé et m'a encore déclaré ces jours derniers, qu'elle n'avait ni vu, ni visité personne ayant la variole.

« Au préalable, constatons la visite de la malade au cimetière un jour de chaleur, et à une époque antérieure à l'épidémie, bien qu'il y eût, comme toujours, quelques cas de variole à Paris.

« Constatons l'encombrement plus que probable des cimetières de Paris par l'augmentation de sa population ; constatons que les derniers jours d'octobre et la Toussaint sont des moments où les Parisiens se portent en foule dans les cimetières ; constatons que l'hiver que nous traversons, bien qu'il ait eu de grands froids, a aussi eu des jours presque de chaleur et des pluies assez fréquentes, conditions favorables pour le transport des miasmes ; constatons également qu'en général, le vent nord et nord-ouest a soufflé, et a par conséquent rabattu les miasmes des cimetières sur Paris.

« Or, cela posé, demandons-nous : qu'est-ce que la variole ? sinon une des expressions d'une variété de typhus, ainsi que dans d'autres variétés le sont d'autres affections éruptives. Mais qu'est-ce qui produit ce typhus variolique ? Eh bien, s'appuyant sur le fait que je viens de raconter, ne pourrait-on pas établir, ou du moins supposer, que de prime abord, quand il s'est créé de toutes pièces chez le premier individu, il résulte de l'action sur le vivant des émanations chimico-putrides s'élevant des cimetières et d'autres foyers analogues, et favorisées dans leur transport et dans leur aspiration par les voies respiratoires, par une certaine chaleur humide, et l'action des vents ; et secondement, que ce typhus une fois installé, constitué sur un individu, y jouissant des propriétés contagieuses de tous les typhus, devient un foyer d'infection ou de contagion pour d'autres individus.

« Mais, dira-t-on, toutes ces déductions et affirmations ne sont guère qu'hypothétiques : j'en conviens ; mais aussi ne pourrait-on pas, quand il s'agit d'un intérêt aussi grave que celui de la santé publique, et pour tâcher d'arriver à la vérité, faire une enquête sur le temps et les circonstances dans lesquelles les premières personnes ont été atteintes par l'épidémie et par la marche et le développement progressif de la maladie ; sur la comparaison à établir avec quelques-unes des années précédentes, où la variole a sévi, sous le rapport de l'encombrement des cimetières, de la température et de la direction des vents ?

« Or, l'origine et les conditions du mal connues, il serait peut-être assez facile d'y porter remède, sinon pour le présent, du moins pour l'avenir. »

Fibrôme sous-cutané douloureux de la région mammaire droite.

M. Tillaux, dans l'une de ses dernières réunions cliniques, à l'hôpital Saint-Antoine, a opéré une jeune femme d'environ 25 ans, atteinte d'une petite tumeur de la mamelle droite. Cette tumeur, du volume d'une noisette, était située vers la moitié supérieure et un peu interne de la glande mammaire droite : elle était dure, glissait sous la peau ainsi que sur les parties profondes, tout en restant adhérente à la glande par un pédicule long d'environ 2 centimètres. La malade n'avait reconnu que par hasard la présence de cette petite tumeur, et ne savait par conséquent à quelle époque remontait le début ; elle était venue consulter et réclamer les soins du chirurgien pour une douleur très-vive, s'irradiant dans l'aisselle droite et le membre supérieur droit : cette douleur se faisait sentir principalement pendant la nuit, empêchait la malade de dormir, et elle était assez vive dans la journée pour l'empêcher d'accomplir son travail. Peu de douleur locale à la pression. Cette pression ne donne pas plus d'acuité aux douleurs irradiantes. Du reste, l'état général de la jeune femme est excellent à tous égards.

M. Tillaux diagnostique un fibrôme sous-cutané douloureux du sein, analogue à ceux qu'on observe dans le mollet surtout chez les femmes, de l'espèce de ceux qu'a décrits Velpeau dans son *Traité des maladies du sein* sous le titre de tumeurs névromatiques et nodosités, et décrites également par Rufz dans les *Archives de médecine*. Le chirurgien propose aussitôt à la malade l'extirpation de la tumeur, ce qu'elle accepte.

Le fibrôme est immobilisé entre les deux doigts, et une incision de 2 centimètres est pratiquée sur la peau préalablement anesthésiée par l'éther, à l'aide de l'appareil de Richardson. Mis à nu, il est saisi avec une pince-érigne, énuclé et séparé du pedicule qui le rattachait à la glande.

Le lendemain et les jours suivants, la malade annonce avec beaucoup de joie qu'elle est débarrassée des douleurs qu'elle éprouvait depuis longtemps, douleurs considérées par plusieurs médecins comme des rhumatismes.

L'examen histologique soigneusement fait de cette tumeur, a démontré qu'elle était constituée en partie par du tissu glandulaire. On peut donc lui donner indifféremment pour étiquette le nom de fibrôme ou d'adénôme ; mais ce qu'il y a d'évident, c'est qu'au point de vue clinique, elle s'est comportée non comme un adénôme, mais plutôt comme ce que les chirurgiens appellent tubercules, ou mieux, fibrômes sous-cutanées douloureux.

DE LA LITHOTRIPSIE URÉTHRALE

Par le docteur Cahours.

Lorsqu'un corps étranger est rencontré dans l'urètre, il se présente sur le compte de sa provenance, trois hypothèses à l'esprit du médecin : il vient du dehors, il est sorti de la vessie ou il s'est formé sur place. Généralement le diagnostic est facile à établir dans le premier cas, à moins que le malade n'ait intérêt à cacher le résultat de ses habitudes vicieuses, car c'est le plus souvent à des plaisirs solitaires que de pareils accidents sont dus. Dans le second cas, les corps étrangers peuvent être ou des graviers descendus des reins, ou des fragments de pierre après la lithotripsie. Ces derniers sont beaucoup plus redoutables, car ils présentent des arêtes et des pointes aiguës qui s'implantent dans la muqueuse du canal, et rendent leur extraction aussi douloureuse que difficile. Enfin, il peut se former des concrétions pierreuses dans l'épaisseur de la prostate, et même suivant Louis, de véritables calculs dans des cavités communiquant avec l'urètre, calculs ne venant pas de la vessie et n'étant que des dépôts sédimenteux de l'urine.

La configuration anatomique de l'urètre indique *à priori* les points d'arrêt les plus ordinaires des corps étrangers migrateurs ; c'est la région prostatique, la portion bulbeuse où l'on trouve le plus souvent des rétrécissements et enfin la fosse naviculaire. On comprend facilement que leur extraction ou leur destruction est d'autant plus difficile qu'ils sont plus éloignés du méat urinaire.

Nous n'avons pas l'intention de passer en revue les instruments et les différentes méthodes préconisés pour l'extraction des corps étrangers de l'urètre, nous nous proposons seulement de mettre sous les yeux du lecteur quatre observations puisées dans la pratique du docteur Amussat fils, afin d'appeler l'attention des praticiens sur les moyens simples et inoffensifs mis en usage dans ces circonstances.

1re Observation. — Le 8 janvier 1868, M. le docteur Dupont adresse à M. le docteur Amussat fils, un homme de 46 ans, se plaignant d'avoir un gravier engagé dans l'urètre, M. D... raconte qu'il est tourmenté depuis longtemps par des coliques néphrétiques, suivies de l'expulsion de graviers rouges de volume variable. Récemment il a eu une colique néphrétique, et depuis la veille il sent dans l'urètre à 5 centimètres environ, un gravier qu'il ne peut expulser. Le toucher et l'introduction d'une bougie viennent justifier l'assertion du malade. M. le docteur Amussat l'ayant fait coucher dans un fauteuil, l'engage à comprimer fortement le périnée, afin d'empêcher le gravier de fuir, car il était très-mobile, puis introduisant dans le canal une petite pince à trois branches, il saisit et extrait un gravier d'acide urique du volume et de la forme d'un pois ordinaire. Le miction eut lieu dès lors facilement. Notre confrère passa ultérieurement des bougies élastiques dans le canal jusqu'au nº 54 de la filière Beniquié.

Ce fait est un spécimen de cas qui se rencontrent journellement ; l'opérateur a eu à faire à un gravier descendu des reins, lisse, ovoïde, ne présentant pas de conditions d'arrêt, autres que celle due à l'irritation causée par sa présence dans le canal. Aussi l'extraction n'a-t-elle présenté aucune difficulté.

2e Observation. — Au mois de septembre 1867, un garçon boucher, âgé de 58 ans, d'une forte constitution, vint au dispensaire du docteur Amussat de la part du docteur Veillard, se plaignant d'uriner lentement. Une fine bougie introduite dans l'urètre, permit à notre confrère de constater la présence d'un corps étranger placé derrière un rétrécissement de la région du bulbe. Il existait en outre un phymosis très-prononcé. Avant d'entreprendre la dilatation du rétrécissement et l'extraction du corps étranger, qui, quoique gênant la miction n'empêchait nullement le malade de se livrer aux rudes travaux de sa profession. M. le docteur Amussat assisté par M. le docteur Arendrup (de Copenhague), pratiqua la cautérisation linéaire du prépuce, avec ses pinces à cuvettes chargées successivement de pâte de caustique de Filhos, et de pâte de chlorure de zinc à parties égales.

An mois d'octobre, notre confrère commença la dilatation progressive, peu gêné par le calcul qui occupait, derrière le rétrécissement, cette partie dilatée du canal, qu'Amussat a signalée il y a bien des années.

La miction, de plus en plus facile, la dilatation fut faite lentement et prudemment, afin d'éviter tout accident inflammatoire d'autant plus redouté par le malade, que peu fortuné ; il désirait vivement ne pas discontinuer son travail.

Le 16 décembre, l'urètre admettait facilement une bougie de 6 millimètres de diamètre. M. le docteur Amussat procéda à l'extraction du corps étranger, comme dans le cas cité plus haut, mais avec plus de difficulté. Il retira un calcul phosphatique à noyau unique, du volume d'un poids et de forme allongée, que le malade écrasa, quand il fut remis, pour l'examiner. Ultérieurement, la dilatation fut continuée, et l'exploration de la vessie permit à notre confrère de constater, derrière le col, un calcul pouvant avoir le volume d'une noix aplatie, et ne causant pas de gêne.

M. le docteur Amussat se proposait de le broyer ; mais le malade, n'en souffrant pas, et ne voulant, à aucun prix interrompre ses travaux, ne revint plus au dispensaire.

Cette observation nous offre l'exemple d'un cas plus compliqué. Il est permis de supposer qu'un petit gravier, venu de la vessie, facile à expulser dans le cas d'intégrité du canal, s'est trouvé arrêté par le rétrécissement, et de plus se trouvant dans

---

Le concours de MM. Martins et de Seynes assurent à cette dixième édition un succès rapide et bien mérité.

III

Les livres consacrés à recueillir chaque année les faits des inventions scientifiques continuent à paraître parallèlement, et, par des qualités particulières, justifient le bon accueil qui leur sont fait.

M. Figuier, — pour la quatorzième fois, — nous présente son *Année scientifique*.

Le grand fait de l'année dernière fut l'ouverture du canal de Suez. Le lecteur trouvera donc une *carte du canal*.

Si nous parcourons chacune des divisions de l'auteur, nous relevons :

En *astronomie*, l'éclipse totale du 7 août, le passage de Mercure sur le Soleil, les bolides, les aérolithes, le télescope de Grubb et les photographies de la Lune, et cette célèbre affaire Pascal-Newton, qui devait se terminer en police correctionnelle.

En *mécanique*, la machine-soleil, l'huile de pétrole pour le chauffage des locomotives, les pompes portatives du docteur Haro.

En *physique*, — mais ici, nous ne pouvons continuer une simple énumération. Il nous faut saluer une victime de la science, mort à la peine de chagrin, de lutte, — la veille du jour où son œuvre était couronnée.

Il y a une douzaine d'années, entrait, dans notre cabinet, un homme jeune, à la tête intelligente, mais déjà fatiguée. Il portait une planche, une brochure, et, avec cette conviction qui remue jusqu'au fond de l'âme, il se mit à me dire comment il était enfin arrivé à reproduire, par la photographie, une des opérations les plus délicates, le levé des plans. Et Chevallier, — c'était lui, — me développait sa reproduction photographique ; il me disait les services que cette application pouvait rendre ; il me conduisait sur le terrain et me faisait l'application de son invention.

On sentait sous sa parole fiévreuse la foi absolue en son œuvre. Rien ne le rebutait ; ni le sourire des hommes spéciaux, ni l'indifférence de la presse. Je le pris alors par la main, je redis au public et les travaux et les espérances de Chevallier, et je vois encore sa joie en lisant les lignes qui lui rendaient justice.

Mais l'Académie restait sourde encore, et Chevallier tomba pour ne plus se relever.

L'inventeur est mort ; et voici que M. Duboscq, le savant constructeur, obtient enfin un rapport très-louangeux sur l'œuvre de Chevallier.

Pauvre victime, il t'a manqué de connaître *un* de l'Académie.

Après ce triste souvenir, continuerons-nous notre relevé physique, météorologique ; chimie, art des constructions, marine, histoire naturelle, hygiène publique, physiologie moderne, agriculture, arts industriels, M. Figuier enregistre tout ce qui a soulevé l'intérêt dans l'année écoulée. Le livre de M. Figuier est classique : on n'a plus à le louer.

IV

M. de Parville — en ses *Causeries scientifiques* — professe moins, il est plus homme du monde, et donne un charme particulier à ses études.

Le mécanisme du vol de notre confrère le docteur Marey ; une étude sur l'artillerie moderne ; des recherches sur les mouches venimeuses ; un très-utile plaidoyer contre l'absinthe, sont les sujets les plus saillants de ce livre.

Nous devons signaler le luxe d'illustrations que M. de Parville a a l'heureuse idée d'appeler à son aide.

V

L'*Annuaire scientifique* de M. Dehérain se recommande à l'attention par le soin avec lequel chaque question spéciale est réservée à un collaborateur spécial.

C'est ainsi qu'à côté de M. Blerzy, inspecteur des lignes télégraphiques, nous trouvons M. le docteur Brouardel, M. le docteur Dally, M. le docteur Gariel, M. Sanson, M. le docteur J. Worms, MM. Vignes, et Landon, professeurs au collége Chaptal, etc.

Grâce à cet appel aux savants d'ordres différents, M. Dehérain publie depuis neuf ans un livre qui a su se faire une place à côté des publications de MM. Figuier et de Parville.

Comment choisir entre ces publications ; il y a une question toute de sentiment personnel ; et si j'étais forcé de formuler mon jugement, je crois que je m'arrêterais à dire :

Science pure : M. Dehérain.
Science facile : M. Figuier.
Science aimable : M. de Parville.

A vous, lecteur, de choisir.

Dr E. Renaud.

la dilatation du canal dont nous avons parlé plus haut, il a été dans les conditions les plus favorables pour augmenter sur place. Il a donc fallu dilater d'abord le rétrécissement et faire des tentatives d'extraction très-délicates, afin de ne pas le briser, ce qui eût exposé l'opérateur à en laisser quelques parcelles à la même place.

L'instrument employé fut une pince à trois branches, de beaucoup préférable à la pince de Hunter, parce que les branches écartent mieux les parois du canal et permettent une préhension plus complète du calcul. Dans le cas où il n'aurait pu l'extraire, notre confrère se proposait de le broyer avec le petit lithoclaste urétral d'Amussat, qui se trouve dans toutes les boîtes de lithotripsie.

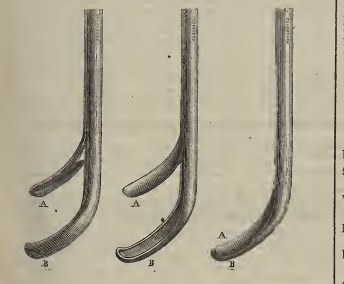
3e Observation. — Au mois d'août 1853, M. le docteur Belloli adressa, à M. le docteur Amussat fils, un enfant de 10 ans ayant un calcul engagé dans l'urètre, au niveau du bulbe, depuis huit heures. Il y avait rétention d'urine depuis le moment où le calcul se trouvait dans le canal. Notre confrère n'ayant pu ni le repousser dans la vessie ni l'extraire avec des pinces de Hunter, le brisa au moyen d'une tige d'acier à pointe triangulaire, conduite sur lui au moyen d'une petite canule droite. L'enfant rendit deux des fragments du calcul en urinant, et le troisième fut retiré avec une petite curette.

Cette observation nous offre un exemple de calcul dans l'urètre d'une extraction beaucoup plus difficile. L'étroitesse du canal ne permettant plus l'usage des pinces à deux ou trois branches, notre confrère a eu recours au procédé de Franco, procédé aussi ingénieux que délicat dans son application.

4e Observation. — Au moins de juin 1869, M. le docteur Maublanc adressa à M. le docteur Amussat fils, un jeune homme de 18 ans, d'un tempérament lymphatique, dont les parents sont maraichers rue de Vanves, pour le traiter d'une incontinence nocturne et diurne. Notre confrère l'ayant interrogé, apprit, qu'à l'âge de 6 ans, il avait subi neuf séances de lithotripsie, pratiquées par Guersant, pour le débarrasser d'un calcul assez volumineux. Depuis lors, il avait joui d'une bonne santé. En 1867, il ressentit des douleurs dans les bourses en marchant, et il s'aperçut que ses urines sortaient plus difficilement. Au mois de janvier 1869, étant très-constipé, il fit des efforts prolongés pour aller à la selle, et vit quelques gouttes de sang sortir par la verge. Peu de temps après, il avait une incontinence d'urine nocturne, et plus tard diurne.

Une petite sonde à olive, introduite jusque dans la vessie, donna la sensation d'un frottement rude, qui avertit notre confrère qu'il existait un calcul. Le jeune B... avait de plus un phymosis très-étroit.

L'introduction successive de bougies de gomme et des explorations faites avec soin permirent de s'assurer qu'il existait un rétrécissement au bulbe et un calcul dans la région prostatique. Avant d'entreprendre la dilatation complète du rétrécissement et le broiement du calcul, M. le docteur Amussat voulut guérir le phymosis, et le 11 juillet, assisté par MM. Revillout et Maublanc, il pratiqua la section linéaire du prépuce, au moyen de la galvano-caustique thermique. Le prépuce cicatrisé, le gland complétement découvert, notre confrère passa dans l'urètre des bougies de gomme successivement plus grosses, dans le double but de dilater le rétrécissement et d'habituer le canal à la présence des instruments. Ce double résultat obtenu, il procéda au broiement du calcul avec notre concours et en présence du docteur Maublanc, de la manière suivante : le jeune B..., placé sur le bord de son lit, le bassin un peu élevé, les pieds dans deux chaises, il fit une injection d'eau tiède dans la vessie, puis il introduisit le petit brise-pierre à bec de canne jusque dans la région prostatique. L'ouvrant alors graduellement, il le conduisit jusqu'au calcul, le saisit, le broya en se servant du marteau à pignon d'Amussat, et le retira les cuvettes pleines de détritus.



Cette manœuvre fut répétée une seconde ois avec le même résultat. Le malade se leva et urina l'injection, qui entraîna des débris de calcul. Si j'en juge par l'écartement des mors du lithoclaste tenant la pierre, cette dernière devait avoir au moins 1 centimètre d'épaisseur à son extrémité antérieure. Il ne s'écoula pas une goutte de sang pendant et après l'opération. Grand bain, repos au lit, nourriture légère. Cette opération ne fut suivie d'aucune réaction, et les urines entraînèrent les restes du calcul. L'incontinence d'urine cessa dès que le malade eut rendu les derniers fragments. Trois explorations faites ultérieurement dans l'urètre et dans la vessie avec le même instrument ne décélèrent aucun corps étranger.

Les considérations pratiques qui résultent de cette observation sont les suivantes :

Ce calcul étant trop volumineux pour être repoussé dans la vessie ou extrait directement, il ne restait que la taille ou la lithotripsie. C'est à cette dernière méthode de traitement que M. le docteur Amussat a cru devoir recourir, après avoir toutefois bien préparé l'urètre aux manœuvres qu'il devait faire. Le succès est venu couronner ses tentatives, succès dû tout à la fois à son expérience de ces maladies et à l'instrument dont il s'est servi.

En effet, le brise-pierre d'enfant en bec de canne d'Amussat, par sa forme, ses dimensions, ses arêtes mousses, offre l'avantage d'être facile à manier et inoffensif, tout en conservant les conditions de solidité désirables. Les détritus lithiques extraits avec cet instrument, et rendus immédiatement après l'opération, complétement desséchés, pèsent *un* gramme *cinquante* centigrammes; analysés par M. Mayet, pharmacien, il sont exclusivement composés d'oxalate de chaux. Ces faits permettent de bien comprendre les différentes manœuvres que le chirurgien peut mettre en usage dans les cas de calculs engagés ou développés dans l'urèthre avant d'en venir à la boutonnerie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 18 février 1870. — Présidence de M. Simonnot.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE

Du chloral, par M. le professeur Scoutetten, 1870.
Revue d'hydrologie médicale, 20 décembre 1869.
Revue médicale de Toulouse, décembre 1869, janvier 1870.
Journal de médecine vétérinaire militaire, novembre 1869.
Marseille médical, 20 décembre 1869.
Sud médical, 15 décembre 1869.

LECTURE ET DISCUSSION

M. Durand Fardel lit son rapport sur la demande de M. Gillebert d'Hercourt.

Le rapport est renvoyé à la commission.

M. Géry père rend compte de l'état de nos finances.

M. l'archiviste a catalogué toutes nos archives, et regrette l'absence des numéros du journal que rédigeait la Société ; il demande s'il n'y aurait pas un moyen quelconque de combler la lacune. Notre très-honoré trésorier prend la parole.

M. Foville lit une observation de folie partielle. (Voir le numéro du 18 février.)

Plusieurs membres demandent la parole. La discussion est remise à la séance prochaine.

La séance est levée à cinq heures et quart.

Le secrétaire annuel : Le Dr Duroziez.

Séance du 4 mars 1870. — Présidence de M. Simonot.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

1° Lettre de M. Géry fils, qui s'excuse de ne pouvoir lire dans cette séance l'éloge de Grisolle.

2° Lettre de M. Motet, qui s'excuse de ne pouvoir venir.

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE.

Société médicale du Haut-Rhin, 17 octobre 1869.
Observation d'un cas de surdité complète de l'oreille gauche, par le docteur Bonnafont. (Extrait de *l'Union médicale* du 30 mai 1868.)
Mémoire sur quelques phénomènes nerveux sympathiques qui se produisent pendant l'inflammation aiguë de la membrane du tympan, et souvent même par la simple pression de cette membrane, par M. Bonnafont.
Marseille médical, 20 février 1870.
Revue médicale de Toulouse, février 1870.
Société de médecine de la Sarthe, 1869.

PRÉSENTATION

M. Lunier. J'ai l'honneur d'offrir à la Société un mémoire lu à l'Académie de médecine qui a pour titre : *De l'augmentation progressive du chiffre des aliénés et de ses causes.*

J'ai étudié successivement dans ce travail les trois questions suivantes :

1° De l'augmentation progressive du chiffre des aliénés révélée par les recensements généraux de la population;

2° De l'accroissement du nombre des aliénés placés dans les établissements spéciaux et des causes de cet accroissement;

3° De l'augmentation des cas d'aliénation mentale et des causes de cette augmentation.

Sur le premier point, je suis arrivé aux résultats suivants :

D'après les recensements officiels, le chiffre des aliénés, de 16,538 qu'il était en 1835, se serait élevé à 93,252 au 1er janvier 1869; il aurait donc presque quintuplé en trente-quatre ans.

Mais les chiffres ci-dessus comprennent deux éléments bien différents : les aliénés recensés à domicile et ceux internés dans les asiles. Or, s'il est facile de connaître le nombre exact de ces derniers, il n'en est pas de même des premiers, qui n'ont pas toujours été recensés avec le même soin qu'aujourd'hui, et on ne peut guère comparer les chiffres obtenus en 1835 avec ceux de 1869.

Quoi qu'il en soit, d'après les résultats constatés au 1er janvier 1869 et qu'on peut à coup sûr considérer comme un minimum, il y avait à cette époque, en France, 1 aliéné sur 412 habitants.

Cette proportion n'a rien qui doive nous étonner; elle était en Suisse, pour 1867, de 1 sur 202; en Angletere, pour 1868, de 1 sur 432; en Écosse, pour 1868, de 1 sur 439, et en Suède, pour 1860, de 1 sur 512.

Pour l'étude de la deuxième question, j'ai fait moi-même, dans tous les établissements d'aliénés, une enquête spéciale qui m'a donné les résultats suivants :

1° Le chiffre absolu des aliénés internés s'est élévé, de 1835 à 1869, de 10,539 à 38,545; il a donc presque quadruplé;

2° Le nombre relatif s'est élevé de 3,16 à 10,03 pour 10,000 habitants; il a donc un peu plus que triplé.

L'augmentation annuelle, qui était d'abord de 5,94 0/0 par rapport au chiffre des existants au commencement de chaque année, n'est plus aujourd'hui que de 2,57.

La proportion des aliénés internés est moins forte en France que dans les pays voisins; elle était en Angleterre, pour 1868, de 1 interné sur 653 habitants; en Belgique, pour 1869, de 1 sur 768; en Écosse, pour 1868, de 1 sur 564; en Suisse, pour 1867, de 1 sur 896.

L'augmentation du nombre des aliénés internés doit être attribuée :

1° A ce que chaque année le chiffre des admissions l'emporte sur celui des extinctions, c'est-à-dire des sorties par guérison, décès ou autres causes;

2° A l'augmentation du chiffre des entrées.

La première cause a contribué jusqu'ici pour les deux tiers, et la seconde pour un tiers seulement dans l'augmentation progressive du nombre des aliénés internés.

La première cause, dont j'ai dit ailleurs la raison d'être, diminue de jour en jour d'importance, et n'aura bientôt plus qu'une influence insignifiante.

Il en est de même de l'augmentation du nombre des entrées — 272 en moyenne par année de 1835 à 1869 — qui, de 8,73 p. 100 par rapport au chiffre des extinctions est descendue à 1,97.

Cette augmentation du chiffre des entrées tient elle-même à plusieurs causes bien différentes : il faut citer en première ligne la confiance qu'inspirent de plus en plus aux familles les médecins des asiles publics et privés; aussi est-ce sur les placements effectués par les familles que porte surtout l'augmentation.

Vient ensuite la facilité de plus en plus grande apportée aux admissions par l'ouverture chaque année de nouveaux établissements.

Enfin, il faut faire entrer en ligne de compte l'accroissement du nombre des cas de folie, question fort complexe que je me réserve d'étudier plus longuement dans un second mémoire. Mais je puis dire dès aujourd'hui que si le nombre des cas d'idiotie et surtout de crétinisme va sensiblement en diminuant, le chiffre des folies de cause alcoolique et des folies paralytiques augmente de jour en jour d'une façon réellement inquiétante.

DISCUSSION

M. Durand-Fardel lit le rapport de la commission sur la demande faite par M. Gillebert d'Hercourt pour passer de membre correspondant membre titulaire, rapport qui conclut à l'inscription de M. Gillebert d'Hercourt parmi les candidats à la prochaine place vacante.

La Société adopte les conclusions de la commission. — Le vote donne 13 pour, 10 contre, 1 bulletin blanc.

COMMUNICATION

M. Lunier. Messieurs, je demanderai à la Société la permission, à l'occasion de la communication que M. Foville vous a faite dans une des dernières séances, de vous donner quelques courtes explications. Le nom de M. du Puyparlier a eu assez de retentissement depuis un mois dans tous les journaux pour qu'il n'y ait pas d'indiscrétion à le répéter dans cette enceinte.

Un mot d'abord sur l'observation publiée par M. Foville.

Si notre honorable collègue ne s'était empressé de compléter lui-même son observation, je lui aurais reproché d'avoir, en terminant, présenté des réflexions que ne pouvait aucunement faire pressentir l'exposé, très-bien fait, d'ailleurs, qu'il avait donné des symptômes présentés par M. du Puyparlier. Mais, puisque M. Foville a très-nettement déclaré dans sa lettre à la *Gazette des Hôpitaux* en date du 26 février, que le placement de M. du Puyparlier était non-seulement légitime, mais de plus utile et nécessaire, je n'ai plus sur ce point qu'à exprimer le regret que les premiers experts aient formulé une tout autre opinion.

J'ai une autre observation cependant à présenter sur la communication que M. Foville a faite à la Société. Ce n'est point de la folie partielle, mais du délire partiel que présentait M. du Puyparlier, que je considère, quant à moi, comme atteint de démence sénile. Seulement, comme on l'observe fréquemment chez les malades frappés de démence sénile à un âge relativement peu avancé, M. du Puyparlier, qui n'a que 57 ans, présentait en outre des phénomènes d'excitation qui ont nécessité son placement dans une maison de santé; vous comprendrez, messieurs, pourquoi je ne puis en dire davantage à ce sujet.

Comme je tiens à ce qu'il ne reste aucun doute dans vos esprits sur la conduite que M. Rousselin et moi avons tenue dans cette affaire, permettez-moi de protester énergiquement contre les insinuations malveillantes insérées dans quelques journaux politiques, et que deux confrères de la presse médicale se sont empressés de reproduire.

Il n'est pas vrai que nous ayons pris part au transfert de M. du Puyparlier à Charenton; il y a été conduit tout simplement par les serviteurs de Mme du Puyparlier. Quant aux moyens que nous avons employés pour parvenir sans encombre chez M. du Puyparlier, soit à Beauvais, soit à Paris, nous n'avons point à les désavouer. Le médecin d'aliénés chargé par la justice ou par une famille de donner son avis sur l'état mental d'une personne, doit employer pour arriver à connaître la vérité les moyens qui lui paraissent les plus sûrs et les plus convenables, et ces moyens, c'est à lui qu'il appartient de les choisir. Exiger que nous déclarions à la personne que nous sommes chargés d'examiner ce que nous sommes et ce que nous venons faire, serait vouloir dans bien des cas, rendre notre intervention ou inutile ou préjudiciable au malade.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le secrétaire annuel : Dr Duroziez.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 14 avril 1870, M. Maurice Richard, député, ministre des beaux-arts, est chargé de l'intérim du ministère de l'instruction publique, en remplacement de M. Segris, nommé ministre des finances.

— La Faculté qui est fermée pour les examens, n'a pas suspendu ses élections pour la *chaire d'histoire de la médecine* et pour la *chaire de pathologie générale*.

Le jeudi 21, elle entendra les rapports sur la chaire d'histoire, et choisira entre MM. Daremberg, Bouchut et Lorain.

Le jeudi 28, elle entendra les rapports sur les candidats à la chaire de pathologie générale, MM. Potain et Chauffard. On se demande comment il peut se faire qu'il n'y ait que deux candidats inscrits. Que deviennent nos agrégés ? Serait-il inutile de se présenter quand on n'a pas d'amis ?

— Par arrêté ministériel en date du 16 mars 1870, ont été nommés :

Officiers de l'instruction publique : MM. Anglada, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier; Berthelot, professeur à l'École de pharmacie de Paris; Davallon, professeur-adjoint à l'École de médecine de Lyon; Hébert, pharmacien en chef des cliniques; Noguès, professeur à l'École de médecine de Toulouse; Parrot, médecin-adjoint au lycée de Périgueux.

Officiers d'académie : MM. le docteur Bernard (de Belfort); Bertin, professeur-suppléant à l'École de médecine de Nancy; Breton, professeur à l'École de médecine de Grenoble; Bryon, médecin-major; Coutenot, professeur à l'École de médecine de Besançon; Delaunay, professeur à l'École de médecine de Poitiers; docteur Jousset, à Bellême; Ledru, professeur-adjoint à l'École de médecine de Clermont-Ferrand; docteur Lhomme, directeur de l'Asile départemental du Cher; Magail, professeur-adjoint à l'École de médecine de Marseille; Malherbe, professeur à l'École de médecine de Nantes; Meunier, aide-naturaliste au Muséum; Moitessier et Moutet, professeurs à la Faculté de médecine de Montpellier; Rabotin, ex-pharmacien à Fontainebleau.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — M. Brongniart, professeur de botanique, est autorisé à se faire suppléer, pour tout ou partie de son cours, pendant la présente année scolaire, par M. Gris (Arthur), aide-naturaliste, attaché à la chaire de botanique.

— *École supérieure de pharmacie de Strasbourg.* — Par décret en date du 30 mars 1870, est et demeure supprimé l'article 1er du décret du 12 novembre 1857.

— La Société de médecine de Gand vient de nommer membre correspondant M. le docteur Marchant (de Charenton), bien connu de nos lecteurs par ses intéressantes communications sur le levier.

— M. le Dr Gallard, médecin de la Pitié, nous prie de déclarer que c'est sans son autorisation que quelques journaux ont fait figurer son nom sur la liste des personnes qui ont entrepris de fonder une École libre de médecine. Il est partisan déclaré de la liberté d'enseignement, cela est vrai, mais il n'en comprend pas la réalisation de la même façon que les honorables auteurs de ce projet, auquel il ne s'est nullement associé.

— *Enseignement de l'hygiène dans les écoles primaires.* — Nous lisons dans le *Bulletin de l'instruction primaire*, sous la signature de M. G. Belèze, délégué cantonal de Montfort-L'Amaury, les lignes suivantes, que nous nous plaisons à mettre sous les yeux de nos lecteurs :

« ... En émettant le vœu que l'enseignement de l'hygiène soit recommandé dans les écoles primaires, nous ne faisons que nous associer à la pensée d'un homme de bien, du docteur Descieux, membre de la délégation cantonale de Montfort-l'Amaury. Grâce à ses efforts persévérants, et aussi grâce à ses livres, qu'il a su mettre à la portée des enfants, les instituteurs et les institutrices, dans un certain nombre d'écoles du canton de Montfort-l'Amaury, ont ajouté à leur programme d'enseignement des notions d'hygiène pour la division des élèves les plus avancés. Chaque année des questions d'hygiène font partie des compositions données au concours, et chaque année nous avons pu constater un progrès réel dans les copies des élèves.

« Ce qui se fait dans le canton de Montfort-l'Amaury peut se faire ailleurs avec le même succès; et nous ajouterons, devrait se faire. »

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 3 au 9 mars 1870, donne les chiffres suivants :

Variole, 118.—Scarlatine, 5.— Rougeole, 14.—Fièvre typhoïde, 18. Érysipèle, 9.—Bronchite, 88.— Pneumonie, 100.—Diarrhée, 2.— Dysenterie, 1. — Choléra, 2. — Angine couenneuse, 9. — Croup, 11. — Affections puerpérales, 4.— Autres causes, 820.— Total : 1,201.

Celui de Londres donne les chiffres suivants, du 27 mars au 2 avril 1870 :

Variole, 8.—Scarlatine, 78.— Rougeole, 30.— Fièvre typhoïde, 11. —Typhus, 6. — Érysipèle, 7. — Bronchite, 231. — Pneumonie, 107. — Diarrhée, 13. — Dysenterie, 2. — Choléra, ». — Angine couenneuse, 2.— Croup, 7. — Affections puerpérales, 10. — Autres causes, 1,113. — Total : 1,625.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Contribution aux indications curatives des eaux de Royat, par le docteur Laugaudin, médecin aux eaux de Royat. 1 vol. in-8°. — Prix : 2 francs.

Des paralysies des muscles moteurs de l'œil, par le docteur De Græfe, professeur d'ophthalmologie à l'université de Berlin, etc., traduit de l'allemand par le docteur Sichel, professeur. 1 vol. in-8° de 220 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Le directeur, Dr E. Le Sourd

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 46 = MARDI-JEUDI 19-21 AVRIL 1870. 43e ANNÉE. MARDI-JEUDI 19-21 AVRIL 1870. = N° 46.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HÔTEL-DIEU (M. Fauvel). Rhumatisme aigu avec phénomènes articulaires, cardiaques, choréiques et cérébraux. — Note sur la reproduction et la réunion des tendons divisés (M. Demarquay). — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE. — Correspondance. — Thèses. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La discussion sur les crèches a eu hier sa solution. On se rappelle qu'à la suite des explications échangées dans la dernière séance, conclusions et amendements ont été renvoyés à la commission, pour qu'elle eût, après s'être pénétrée de l'esprit qui avait paru animer la majorité de l'Académie, à présenter de nouvelles conclusions modifiées et amendées conformément à cet esprit. C'est ce qui a été fait hier. Après une courte discussion dans laquelle M. Delpech, l'organe de la commission, a dû faire encore quelques légères concessions, l'Académie a voté des conclusions qui concilient à peu près toutes les opinions : donnant également satisfaction aux partisans absolu des crèches par la déclaration formelle énoncée dans le préambule ; et aux partisans restrictifs ou sous réserves, qui voulaient des garanties en échange de leur approbation, par le libellé même de ces nouvelles conclusions, qui, en termes plus concis disent tout ce qu'il était important et rien que ce qu'il était utile de leur faire dire. Tel a été le résultat de la première moitié de la séance.

M. Lunier a occupé la deuxième moitié par la lecture d'un mémoire sur l'isolement des aliénés, considéré comme moyen de traitement et comme mesure d'ordre public. On sait ce que la question des aliénés a soulevé de colères et accumulé d'orages depuis quelques temps sur la tête des médecins aliénistes. Prouver le mouvement en marchant, comme le philosophe de l'antiquité, voilà ce que nos confrères les aliénistes avaient de mieux à faire.

Plutôt que de s'engager dans les luttes stériles d'une polémique publique dont le moindre inconvénient eût été de ne point s'entendre, n'ayant de part et d'autre ni les mêmes idées ni le même langage, quelques-uns d'entre eux ont pensé qu'ils serviraient mieux les intérêts de la vérité et de la science mise en cause, en exposant dans des œuvres sérieuses les résultats de leurs études et de leur expérience personnelle sur les applications au traitement et au régime des aliénés de la loi tant incriminée, et pourtant si sage dans presque toutes ses dispositions, du 30 juin 1838. C'est ce qu'ont fait, en particulier, M. le docteur Motet dans son excellent mémoire lu à la Société de médecine de Paris, et que nous avons mis sous les yeux de nos lecteurs dans le numéro du 22 mars dernier, et M. le docteur Ach. Foville fils, dans un très-remarquable travail dans lequel il examine la question dans son ensemble, au point de vue historique et critique, et discute de point en point et dans tous leurs détails les dispositions légales qui régissent le sujet, les objections qui y ont été faites et les améliorations qu'il croit utile d'y apporter (1). C'est ce que vient de faire, enfin, devant l'Académie, M. Lunier à qui sa position d'inspecteur général du service des aliénés donne une compétence toute spéciale dans la question.

Dans cette communication que l'Académie a paru entendre avec un grand intérêt, M. Lunier a circonscrit son sujet à un point principal : l'utilité de l'isolement des aliénés au double point de vue du traitement et de la sûreté. Il s'est attaché à en montrer tout à la fois et l'efficacité comme moyen thérapeutique et les difficultés comme application, autrement que par l'internation dans les asiles. Les dangers dont on a fait tant de bruit dans ces derniers temps, viennent bien moins, à ses yeux, du fait de la séquestration dans les asiles, à l'égard de laquelle la loi offre, quoi qu'on en ait dit, toutes les garanties désirables, que de la séquestration dans les familles mêmes ou dans des maisons privées non autorisées, et qui ne sont par cela même l'objet d'aucune surveillance. C'est sur ces dangers et ces abus possibles, dont on s'est le moins préoccupé, bien qu'ils soient les plus réels et peut-être les seuls réels, que M. Lunier a plus particulièrement appelé l'attention. Nous publierons, du reste, dans l'un des prochains numéros, une analyse détaillée de ce travail dans le compte rendu de la séance.

Dr BROCHIN.

HOTEL-DIEU. — M. FAUVEL.

Rhumatisme aigu avec phénomènes articulaires, cardiaques, choréiques et cérébraux.

(Observation recueillie par M. PICOT, interne de service).

Le 8 février 1870, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Madeleine, n° 24, le nommé M... Valéry, âgé de 18 ans 1/2, garçon d'hôtel, originaire du département de l'Yonne. C'est un jeune homme d'apparence assez chétive; il n'est établi à Paris que depuis deux à trois mois; il vient à l'hôpital pour des douleurs articulaires; il est examiné le 9 au matin par M. Fauvel. Il raconte qu'après s'être exposé au froid, il a été pris il y a huit jours, dans le genou gauche, d'une douleur qui a passé au pied droit; ces douleurs ne paraissent pas très-vives, mais s'accompagnent de tuméfaction, surtout dans un des genoux; dans les membres supérieurs on ne trouve ni douleur ni tuméfaction, mais on constate, en revanche, qu'ils sont agités de mouvements choréiques; le malade ne peut les maintenir en place, et pendant qu'on l'examine, il les plie et les agite sans cesse; ces mouvements ont débuté, à son dire, dans les deux bras, l'avant-veille, 7 février. A l'auscultation, on ne trouve aucun signe d'épanchement dans la plèvre, mais on entend au cœur un double bruit de souffle, l'un au premier temps avec maximum à la pointe, l'autre au second avec maximum à la base; la matité précordiale n'est pas augmentée; pas de bruit de frottement dans le péricarde; les bruits anormaux paraissent être simplement valvulaires.

Comme état général, le pouls est fréquent, les urines très-rouges et sédimenteuses, ne contenant pas d'albumine, la langue saburrale. Le malade raconte qu'il a déjà eu, à l'âge de 5 à 6 ans, une attaque de rhumatisme, mais il n'a aucun souvenir d'avoir eu en même temps de la chorée; il n'en a non plus jamais eu depuis; il a du reste été toujours d'une bonne santé, n'a eu ni rougeole ni fièvre typhoïde; on se porte bien dans sa famille; personne à sa connaissance n'y est rhumatisant ni sujet à des accidents nerveux.

En présence des phénomènes généraux de gastricisme présentés par le malade, M. Fauvel prescrit simplement pour commencer un éméto-cathartique; émétique *cinq* centigrammes; sulfate de soude *trente* grammes, et un vésicatoire à la région précordiale.

Le 10 février au matin, on trouve le malade, dont l'intelligence avait été jusqu'ici complète, en proie à un délire violent; les pupilles sont dilatées, le pouls à 120, l'agitation vive, la peau marbrée, la respiration se fait mal, le diaphragme se contracte peu; il y a évidemment une complication cérébrale qui s'annonce de la façon la plus grave.

M. Fauvel prescrit des poudres de digitale, *quinze* grammes, calomel *quarante* centigrammes à prendre en huit fois dans les vingt-quatre heures, une potion avec *trois* grammes de valérianate d'ammoniaque cristallisé, et des frictions avec l'onguent mercuriel sur le cuir chevelu rasé.

Le soir, même état, mouvements désordonnés du bras droit.

11 février. La nuit a été plus calme; le malade a été purgé par des poudres, mais a rendu ses matières dans son lit; cependant l'intelligence paraît un peu revenue; les mouvements choréiques persistent; pouls 108. Mêmes prescriptions que la veille. Le soir, le malade est de nouveau dans le délire.

12 février. Amélioration; le mouvement fébrile s'est apaisé, le pouls n'est plus qu'à 96, mais les mouvements choréiques des membres supérieurs ont plutôt augmenté; on constate une légère éruption vésiculeuse limitée à la face; on suspend l'usage du calomel et du valérianate d'ammoniaque, et on continue les frictions mercurielles sur la tête.

Le 13, la fièvre est presque entièrement tombée (pouls, 80 le matin, 84 le soir); l'éruption de la veille n'a pris aucun caractère, mais l'intelligence ne paraît pas encore complète, la face est grimaçante.

Le 14, le malade est plus calme, les mouvements choréiques ont diminué; pouls 88; les douleurs articulaires aux membres inférieurs sont peu intenses; on entend toujours deux bruits de souffle au cœur, celui d'insuffisance aortique est surtout marqué, l'autre est un peu présystolique.

Le 15, pas de délire ni de mouvements choréiques, mais la main droite vient d'être prise de douleurs rhumatismales, elle est tuméfiée; on supprime les frictions mercurielles sur la tête.

Le 18, le gonflement de la main a disparu, mais le malade a été repris dans la nuit d'un délire violent; le pouls est à 92, les mouvements choréiques ont reparu; on revient aux frictions mercurielles, et le malade prend *trente* centigrammes de calomel en trois fois, et *trois* grammes de sirop de chloral.

Le 19, même état, délire, grimaces, agitation des membres supérieurs, pupilles dilatées; on a dû attacher le malade; pouls à 92, ventre météorisé, constipation. M. Fauvel prescrit *dix* grammes d'eau-de-vie allemande; le soir le délire persiste (pouls 100).

Le 20, le malade a été purgé convenablement, le ventre n'est plus balonné, intelligence plus libre, pupilles moins dilatées (pouls 88); mais les mouvements choréiques persistent dans les muscles de la face et les membres supérieurs; la main droite est encore un peu douloureuse; on continue le chloral et les frictions; le soir, pouls 84.

Le 21, la douleur de la main a disparu, l'amélioration continue; pouls 84 matin et soir.

Le 22, de même on supprime les frictions et on continue l'usage du chloral; encore quelques douleurs dans les membres inférieurs et d'agitation dans les supérieurs.

Le 23, le malade est encore repris de délire (pouls 88); lavement purgatif; la dose de sirop de chloral est portée à *quatre* grammes.

Le 25, le malade est plus calme; il y a encore cependant un peu d'agitation, le cerveau ne paraît pas complètement libre. M. Fauvel supprime le chloral et prescrit *trois* pilules purgatives suivant la formule Alvès, scammonée, calomel de chaque *cinq* centigrammes. Le même traitement est continué les jours suivants; l'intelligence redevient complète, les accidents choréiques cessent; ils sont entièrement disparus le 3 mars et le malade entre en convalescence; il est guéri de son rhumatisme, mais on entend toujours au cœur un bruit d'insuffisance aortique que le malade conservera probablement toujours.

Cette observation nous paraît intéressante par la multiplicité des formes sous lesquelles s'est montré le rhumatisme; il débute par des douleurs et de la tuméfaction dans les articulations des membres inférieurs, puis, se manifeste par des phénomènes de chorée aux membres supérieurs; en même temps, rhumatisme cardiaque représenté par une endocardite; souvent enfin, un rhumatisme cérébral caractérisé par le délire et la dilatation pupillaire; ce délire n'apparaît que trois ou quatre jours après le début de la chorée; celle-ci était donc probablement indépendante du rhumatisme cérébral proprement dit.

Nous croyons qu'il est bien rare de pouvoir observer sur un même sujet le rhumatisme sous tant de formes diverses ; ce cas, en outre, est une preuve de plus de l'existence de la chorée rhumatismale.

NOTE
SUR LA REPRODUCTION ET LA RÉUNION DES TENDONS DIVISÉS

Par M. DEMARQUAY.

La régénération des tendons a occupé un grand nombre de chirurgiens, parmi lesquels je citerai Hunter, Stromeyer, J. Guérin, Bouvier et Jobert. Il résulte de mes recherches que ni le sang, ni la lymphe plastique, ni le blastème, successivement invoqués comme éléments de réparation, ne jouent le rôle qui leur est attribué. J'ai cherché à démontrer, dans les recherches dont nos dessins donnent une idée exacte :

1° Que le tendon se régénère par la prolifération des éléments qui se trouve à la surface interne de la gaîne du tendon coupé, et dont les deux bouts se sont rétractés;

2° Que la portion externe de la gaîne reste parfaitement indifférente au phénomène, si ce n'est que les vaisseaux qu'elle supporte deviennent plus volumineux et plus nombreux;

3° Que la prolifération qui se fait à la surface interne de la gaîne a lieu aux dépens des éléments celluleux de celle-ci, lesquels viennent, au bout de huit à dix jours, se confondre avec les éléments celluleux qui naissent de l'extrémité du tendon divisé;

4° Que la régénération du tendon est d'autant plus rapide que la gaîne du tendon coupé est plus vasculaire : en effet, tandis que le tendon d'Achille est réparé du vingtième au vingt-cinquième jour, le tendon rotulien demande un temps plus considérable;

5° Que le phénomène qui amène la reproduction du tendon est, en tout point, conforme à ce qui se passe dans la reproduction de l'os par le périoste, phénomène si bien étudié par MM. Flourens, Ollier et Sédillot;

6° Les faits que j'avance ont été vus par MM. Cloquet et Hip. Larrey, qui ont bien voulu assister à plusieurs de mes expériences : les études histologiques auxquelles je me suis livré ont confirmé mes expériences physiologiques; de plus, on retrouvera dans mon mémoire, des faits d'anatomie pathologique recueillis sur l'homme, confirmant les faits énoncés plus haut;

7° Dans ce même mémoire, j'ai étudié cliniquement et expérimentalement le fait si souvent débattu de la réunion des tendons à l'aide de la suture; il résulte de mes recherches faites sur l'homme et les animaux, que la réunion des tendons sectionnés, à l'aide de la suture, ne peut donner un résultat satisfaisant : 1° que lorsque la suture est faite au moyen d'aiguilles très-minces et de fils très-fins; 2° que la réunion a lieu au moyen de la prolifération des éléments celluleux de la gaîne et du tendon lui-même, etc.; 3° que, vu le peu de vascularité du tendon, il faut un temps assez long pour obtenir cette réunion.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 19 avril 1870. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique adresse à l'Académie une invitation à la distribution générale des récompenses aux sociétés savantes des départements, qui aura lieu à la Sorbonne le samedi 23 avril courant, à midi.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° le rapport final du médecin des épidémies pour l'arrondissement de Vendôme, sur une épidémie de variole qui a régné à l'hospice de

cette ville à la fin de l'année 1869: — 2° le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département du Finistère pendant l'année 1869 (Commission des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° une lettre de M. le docteur Diligence sur les moyens de recueillir et de conserver le vaccin (Commission de vaccine);

2° Une lettre de M. le docteur Sistach (de Bône) par laquelle il sollicite le titre de membre correspondant national (Commission des correspondants nationaux);

3° Une lettre de M. Manière, par laquelle il indique un traitement de la rage (Commission de la rage);

4° Une lettre de M. Prudot, percepteur à Mailly-Château (Yonne), par laquelle il indique un moyen d'empêcher les inhumations de personnes existant encore (Commission du prix d'Ourches);

5° Une lettre de M. le docteur Debourge, accompagnant l'envoi d'un numéro du *Propagateur Picard*, par laquelle il demande une récompense pour les services qu'il a rendus comme vaccinateur public (Commission de vaccine).

PRÉSENTATIONS

M. LARREY présente, au nom de M. le docteur Mathysen, un travail manuscrit sur le bandage plâtré.

M. BOUDET offre en hommage, de la part de M. le docteur Gilbert, une brochure ayant pour titre : *Guide des mères et des nourrices, lettres d'un vieux médecin.*

M. GUBLER rappelle qu'il a présenté, il y a quelques mois, un instrument construit sur les indications de M. le docteur Dieulafoy, qui l'a appelé lui-même aspirateur *sous-cutané*, croyant que cet instrument était une nouvelle invention; M. Gubler l'a considéré comme tel; on avait bien la seringue de M. Jules Guérin, mais ce qui là distinguait de celle de M. Dieulafoy, c'est qu'elle n'avait pas, comme cette dernière, de canule capillaire. Or, cette canule capillaire et toutes les conditions de cet instrument se trouvent dans une seringue construite en 1856 par M. Mathieu, sur les indications de M. le professeur Laugier. C'est pourquoi M. Mathieu fait aujourd'hui une réclamation de priorité.

Cet instrument qui fait passer les liquides à travers un tube capillaire, a fonctionné dans le service clinique de l'Hôtel-Dieu à cette époque. C'est au moyen de cet instrument que M. Laugier a vidé un abcès enkysté du cou, chez un adulte de la salle Sainte-Marthe.

M. Laugier ne l'a pas publié parcequ'il lui a trouvé quelques inconvénients relatifs à la coagulation des liquides extraits ou injectés, et à cause d'une certaine ressemblance avec des instruments connus antérieurement. Celui qui a été présenté récemment à l'Académie par M. le professeur Gubler, de la part de M. le docteur Dieulafoy, a une très-grande analogie avec celui qu'il met aujourd'hui sous les yeux de l'Académie, mais il a la conviction que M. Dieulafoy n'en avait pas connaissance.

M. LAUGIER déclare que lors de la présentation faite par M. Gubler de l'instrument de M. Dieulafoy, il n'a pas cru devoir faire de réclamation de priorité, et qu'il ne la laisse faire aujourd'hui que sur la demande de M. Mathieu. Il n'a pas cru, du reste, devoir y attacher une grande importance, parce que cet instrument, qu'il a fait construire en 1856, n'a pas rempli, dans le cas pour lequel il l'avait fait construire, le but qu'il cherchait. Il s'agissait d'une tumeur du cou renfermant un pus épais et grumeleux, qui ne pouvait pas sortir par cette canule capillaire.

M. JULES GUÉRIN affirme que cet instrument non-seulement n'est pas nouveau, mais encore ne remplit pas, comme l'a dit M. Laugier, le but qu'on cherchait à atteindre, à cause de la difficulté de faire passer un pus grumeleux par cette canule capillaire. M. Guérin s'étonne en outre que lorsqu'on a présenté cet instrument, on ne se soit pas même informé de ce que renfermait l'arsenal de M. Charrière; on y aurait trouvé une petite seringue que M. Guérin avait fait construire pour ponctionner l'œil, et qui ressemble en tous points à l'appareil de M. Dieulafoy. Mais une chose plus grave aux yeux de M. Guérin, que la question du calibre plus ou moins fort, c'est que cet instrument copié, n'a été que fort imparfaitement copié. La différence, en effet, qui existe entre les deux, c'est que, dans celui de M. Guérin, il y a un robinet sur la canule qui facilite beaucoup le fonctionnement.

M. Guérin regrette donc que M. Gubler ait donné le mérite de l'invention à un instrument déjà parfaitement connu.

M. LARREY dit que l'instrument de M. Guérin lui-même n'était pas nouveau, et qu'avant qu'il parût, il s'en trouvait un semblable fabriqué par M. Palucci. Il exprime, en outre, le regret de voir ces perpétuelles réclamations de priorité qui accompagnent inévitablement toute présentation d'instrument de chirurgie.

M. LE PRÉSIDENT déclare une place vacante dans la section des associés libres.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les crèches.

Discussion sur les crèches.

M. DELPECH donne lecture de la nouvelle rédaction des conclusions proposées par la commission, rédaction dans laquelle M. le rapporteur a fait entrer l'amendement proposé dans la dernière séance par M. Bergeron.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Chauffard, Vigla, Gubler, Boudet, Blot, Husson et M. le rapporteur, l'Académie adopte les conclusions suivantes :

L'Académie reconnaît l'utilité des crèches; mais, pour assurer leurs bons résultats, elle émet le vœu que les mesures qui suivent y soient exactement observées :

1° Les crèches ne recevront que des enfants âgés de plus de deux mois et reconnus exempts de maladies transmissibles.

2° Tout enfant devenu malade cessera d'y être admis pendant la durée de sa maladie.

3° Destinée surtout à favoriser l'allaitement maternel, la crèche n'admettra pas d'enfants sevrés avant l'âge de neuf mois, si ce n'est sur un avis motivé du médecin inspecteur. Les mères viendront allaiter leurs enfants deux fois au moins dans la journée.

4° Le médecin inspecteur visitera la crèche une fois chaque jour. Il fixera seul les conditions de l'alimentation supplémentaire et l'époque du sevrage.

5° Les locaux destinés aux crèches seront scrupuleusement examinés au point de vue de la salubrité, de l'aération, du chauffage. Il est désirable que chaque crèche ne réunisse qu'un nombre d'enfants peu considérable ou que ceux-ci soient divisés par groupes peu nombreux dans des salles séparées.

6° La crèche, particulièrement utile pour les populations ouvrières, devra être aussi rapproché que possible des grands centres de travail.

LECTURE

M. LUNIER lit un mémoire intitulé : *De l'isolement des aliénés considéré comme moyen de traitement et comme mesure d'ordre public.* (*Sera publié.*)

La séance est levée à 5 heures.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 6 avril 1870. — Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine : Le numéro d'avril des *Archives générales de médecine*; — Le *Bulletin de thérapeutique*, numéro du 30 mars; — La *Gazette médicale de Strasbourg*; — Le *Sud médical*; — Le *Journal de médecine de l'Ouest*; — Le *Bulletin médical du nord de la France.*

M. DESPRÈS offre un exemplaire de son *Traité iconographique de l'ulcération et des ulcères du col de l'utérus.*

La Société remercie

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le tétanos.

Discussion sur le tétanos.

M. GIRALDÈS. Lors de ma première communication sur le chloral, je disais ici que les résultats auxquels j'étais arrivé ne différaient en rien de ceux annoncés par Liebreich et Richardson.

Depuis cette époque, le chloral a été donné pour des éclampsies, pour le tétanos, et plusieurs fois contre le *delirium tremens*.

Les doses du chloral administré dans les divers cas ont varié depuis *deux* grammes jusqu'à *dix* et *quinze* grammes.

Je doute que cette dernière dose puisse être souvent atteinte sans inconvénient, attendu que, même à *trois* grammes, cet agent a pu, exceptionnellement il est vrai, déterminer des accidents. Pour mon compte, chez les enfants, je n'ai jamais dépassé la dose de *quatre* à *cinq* grammes, et je m'en suis bien trouvé.

Un point important de l'action du chloral consiste dans l'abaissement de la température, parfois considérable, puisque Spencer-Wels l'a vu descendre de 104 à 99 Farenheit.

Dans ma pratique, j'ai observé plusieurs cas de tétanos, et je puis dire en avoir vu de toutes les formes et à tous les âges de la vie. Pour mon compte, je crois absolument aux deux formes de tétanos: l'une *grave*, à marche *aiguë*, signalée par Romberch; l'autre *chronique* et susceptible *de guérison*. Le tétanos traumatique appartient le plus souvent à la première espèce.

Parmi les statistiques de tétanos, il faut distinguer celles prises dans les hôpitaux ou dans la pratique militaire, qui méritent toute confiance, de celles fabriquées en compulsant les journaux. Ces dernières manquent nécessairement de contrôle, et méritent dès lors une moindre créance. Pour s'en convaincre, on n'a qu'à comparer les chiffres fournis de part et d'autre.

Lawrie, à l'hôpital de Glascow, sur 50 cas, a noté 41 morts.

Poland (*Guy's hosp. reports*, III[e] volume), 3[e] série), sur un relevé de 72 faits, comprenant les cas reçus à l'hôpital de 1825 à 1857, signale 62 morts.

Dans la dernière campagne des États-Unis, on a eu 360 cas de tétanos, qui ont fourni 336 morts.

Frerich, dans une thèse relative au tétanos traumatique, relate 176 cas de tétanos, dont 128 suivis de mort. Il est même à noter que 83 fois la mort est survenue dans les *quatre* premiers jours de la maladie.

Par contre, sur une statistique de Lawrie, puisée cette fois-ci dans les journaux, on compte, sur un total de 171 malades atteints de tétanos, 80 morts et 91 guéris.

D'une manière générale, le tétanos commence par les parties supérieures de la moelle, et c'est ce qui explique l'élévation de la température, qui a été souvent signalée. Les expériences physiologiques ont démontré, en effet, que la section de la portion cervicale de la moelle a pour effet d'exagérer la température de l'animal en expérience.

Depuis longtemps déjà, Oppoltzer-Rokitanski et Demme ont démontré que dans le tétanos la moelle est le siége d'altérations pathologiques; mais c'est surtout à Lockhart-Clark et à Dickinson que nous devons de bien connaître les altérations en question, consistant, comme on le sait, dans une prolifération des cellules avec ramollissement de la substance grise de la moelle.

On pourrait objecter, il est vrai, que ces lésions sont consécutives. Mais dans le cas de Dickinson, la mort étant survenue 18 heures après le début du tétanos, il est difficile d'admettre qu'il ne s'agisse pas là d'une lésion véritablement primitive.

L'opinion de Richardson, qu'une matière septique puisée dans la plaie pénètre dans la substance grise de la moelle et l'altère, comme le ferait la strychnine, outre qu'elle n'est pas neuve, manque absolument de preuves.

Parmi les 41 cas de mort survenus à l'hôpital de Glascow, on a signalé 36 fois la mort par asphyxie. Ne serait-il pas indiqué en pareil cas de suivre le principe donné par Marschal Hall dans l'épilepsie, et de pratiquer la trachéotomie.

M. Verneuil propose les courants continus, ce à quoi je n'ai rien à objecter, pas plus qu'au chloral, qui me paraît parfaitement indiqué. Seulement, si ces moyens restaient insuffisants, il faudrait, ce me semble, à défaut de mieux, songer, comme je l'ai déjà dit, à la trachéotomie.

M. Demarquay a protesté, à notre dernière séance, contre l'emploi des irrigations froides dans le traitement des grands traumatismes des membres inférieurs. Qu'il me soit permis à mon tour de relever cette proscription. J'ai employé et j'ai vu employer l'irrigation continue par Bérard, qui en était le promoteur; par Velpeau, Lenoir et d'autres, et je puis affirmer que jamais le tétanos n'en a été la conséquence. Du reste, Percy Lombard, etc., avaient déjà pratiqué les irrigations de leur temps, et aucun n'a signalé le tétanos comme conséquence de cette excellente pratique.

Je terminerai ce que j'avais à dire, en insistant sur la nécessité qu'il y a de continuer les essais thérapeutiques par le chloral, vu l'efficacité, bien démontrée aujourd'hui, de cet agent médicamenteux dans maintes affections de nature spasmodique.

M. BROWN-SÉQUARD. A l'instigation de mon ami M. Verneuil, je viens solliciter l'honneur de prendre la parole au sujet de la question qui s'agite ici, relativement à la nature et au traitement du tétanos.

Les *théories* émises sur la nature du tétanos ont beaucoup varié jusque dans ces derniers temps.

Benjamin Travers fils, le premier, a mis en avant l'idée d'une altération du sang comme cause première du tétanos. Ce qui le conduisit à cette idée, c'est un cas de tétanos survenu chez un homme devenu anémique après une ponction d'hydrocèle.

Billroth et Richardson ont considéré à leur tour la maladie comme un empoisonnement. Mais personne, que je sache, n'a comparé le tétanos à la septicémie, ainsi que l'a fait M. Desprès dans la dernière séance.

Ce qui conduisit Billroth à l'idée d'un empoisonnement, dont rien ne démontre d'ailleurs l'existence, c'est la rareté comparative du tétanos et du nombre des blessés, comme aussi cette autre considération que des plaies se présentant dans les mêmes conditions locales et générales, donnent ou ne donnent pas le tétanos, suivant les cas. A cela il est possible de répondre, en rappelant d'abord que, pour le tétanos, comme pour l'épilepsie, comme pour la chorée, et en général pour toutes les maladies internes, quelles qu'elles soient, il faut, à côté de la cause occasionnelle, une prédisposition sans laquelle il devient impossible de se rendre compte des différences individuelles.

Que si, maintenant, le tétanos ne s'observe pas à propos de telle ou telle plaie, c'est que toutes n'occupent pas le même siége et n'offrent ni la même étendue ni la même profondeur. L'excitation qui en résulte ne peut dès-lors retentir dans les mêmes centres médullaires, ni de la même manière.

Quoi qu'il en soit, la théorie de l'empoisonnement devra être mise entièrement de côté, si l'on songe à l'impossibilité d'invoquer une semblable cause pour le tétanos spontané, qui très-certainement est de même nature que le traumatique.

On a mis en avant, il est vrai, l'action de la strychnine et des autres agents tétaniques; mais ici encore, la ressemblance n'est qu'imparfaite, attendu que ces poisons agissent sur tout l'axe cérébro-spinal à la fois, tandis que le tétanos, borné parfois au membre lésé, n'intéresse que des points limités de la moelle.

La science est, par contre, riche en faits de lésions nerveuses périphériques ayant entraîné le tétanos par *excitation reflexe*.

Dans un cas de Frerich, c'est un morceau de potasse à cautère appliqué par un élève ignorant sur le nerf caraco-brachéal qui a été le point de départ du tétanos.

Chacun connaît le fait d'un malade de Dupuytren qui portait un nœud de fouet dans le nerf, et ce n'est pas le seul relatif à des corps étrangers implantées dans les nerfs.

Larrey, Dupuytren, Béclard, Liston, Sir W. Brizard, Hutchinson, Morgan, Schwann, Henlé, Billroth et d'autres, ont cité des faits divers de blessures des nerfs compliquées de tétanos.

Frerich, Lepelletier de la Sarthe et d'autres, ont également publié des cas d'inflammation des nerfs ayant occasionné le tétanos. J'en ai recueilli en tout 36 cas.

Le refroidissement a été trop souvent signalé pour qu'on n'en tienne pas compte. Je crois qu'on peut expliquer son action en admettant une irritation exercée sur les nerfs par le refroidissement de la plaie.

Ainsi que le prouvent les statistiques de Frerich, de Lawrie et de Poland, ce n'est pas à la suite des grandes amputations qu'on a noté le tétanos, mais bien dans les cas de brûlures et autres lésions accidentelles de tout genre.

Si l'on objecte à la théorie de l'action reflexe, que des plaies absolument indolentes ont été compliquées de tétanos, je répondrai que, d'après mes propres recherches, non-seulement *l'excitation douloureuse* d'un nerf n'est point exigible, mais qu'il y a même une *espèce d'antagonisme faisant que l'action convulsante est en raison inverse de la conductibilité douloureuse d'un nerf, et vice versa.*

Je citerai à l'appui de cette thèse l'exemple des vers intestinaux produisant des attaques convulsives, alors qu'ils ne déterminent aucune douleur dans le ventre. Quant à l'antagonisme des deux modes d'excitation de la moelle dont j'ai parlé précédemment, l'une douloureuse et l'autre pas, il suffit de rappeler ce qui se passe chez les animaux rendus épileptiques par la section de la moelle. Le plus sûr moyen pour provoquer chez eux une attaque consiste, non à déterminer de la douleur, mais bien à chatouiller simplement la zone épileptogène de l'animal.

La marche de la maladie varie suivant les cas :

Robertson relate une observation de tétanos consécutif à la blessure d'un doigt par un morceau de porcelaine, et qui se termina par la mort dans l'espace d'un quart d'heure.

Une autre personne, prise de tétanos, survenu pareillement à la suite d'une section du doigt, succomba en douze heures.

Dans le premier volume du *London medical Gazette* se trouvent trois observations de tétanos, dont deux guérisons obtenues, chez l'un d'eux, par la section du nerf faite onze heures après le début du tétanos, et chez l'autre, par l'amputation de la jambe pratiquée à la douzième heure du début de la maladie. Chez ce dernier malade, la guérison fut même immédiate.

Le baron Larrey avait insisté sur ce que l'*emprosthotonos* succé-

dait aux plaies de la partie antérieure du tronc, et le *pleurosthotonos* à celles des parties latérales.

J'ai vu trois ou quatre cas de tétanos qui m'ont permis de constater que lorsqu'on exerce une irritation légère, les convulsions se localisent à la partie irritée, pour se généraliser ensuite, à mesure qu'on augmente la force de l'excitation.

Le *mode de développement* du tétanos mérite de nous arrêter également.

Le premier phénomène qu'on observe consiste en une congestion de la moelle, qui diffère de celle produite par la strychnine en ce sens, qu'elle est localisée au lieu d'être générale.

Cette localisation de la lésion, rapprochée de la délimitation des convulsions qui, chose curieuse, n'attaquent presque jamais les bras, même dans les cas de tétanos violent, vient une fois de plus à l'appui de la théorie que nous soutenons relativement à l'origine réflexe du tétanos.

Une forte objection serait celle tirée de l'intégrité dû nerf correspondant; mais outre qu'il n'est nullement besoin qu'une lésion visible existe dans un nerf pour que celui-ci influence la moelle d'une manière fâcheuse, il est à présumer que la lésion a pu échapper, dans quelques cas, même à l'observateur le plus attentif. Il y a, en effet, longtemps que Curling a démontré la dissémination des foyers morbides dans la longueur d'un nerf enflammé, de sorte qu'il se peut que la lésion échappe, suivant qu'on examine telle ou telle partie du nerf.

Du reste, je le répète, une lésion matérielle n'est pas de rigueur pour expliquer le fonctionnement anormal d'un nerf, preuve l'intégrité de la moelle au début de l'empoisonnement par la strychnine, preuve encore l'intégrité d'un nerf sensitif qui est affecté de névralgie.

Le *traitement* lui-même vient à l'appui de notre manière de voir, attendu que si le tétanos était réellement un empoisonnement, on aurait pu trouver quelque antidote, tandis que jusqu'ici les médications les plus diverses et les plus variées ont réussi ou échoué, suivant les cas.

Les guérisons obtenues par les applications de glace ou de vésicatoires, ou par la cautérisation de la plaie, par la section du nerf ou l'amputation du membre, témoignent suffisamment de la réalité d'une excitation périphérique pour entretenir le mal, sinon toujours, au moins dans beaucoup de cas. Je dis dans beaucoup de cas et non toujours, attendu qu'au bout d'un temps variable et souvent très-court, les lésions de la moelle sont assez profondes pour n'être plus entretenues par l'excitation périphérique. On conçoit qu'en pareils cas l'amputation du membre ou la section du nerf restent sans effet, alors que ces moyens auraient peut-être réussi dans les premiers temps.

M. DESPRÈS. Je n'admets pas que le tétanos soit un empoisonnement. Tout ce que j'ai voulu dire, c'est que l'issue funeste de certains tétanos particulièrement graves dépend de l'infection purulente qui vient les compliquer.

M. BROCA. J'ai eu l'occasion de pratiquer sept autopsies de tétanos traumatique, et ce dont je me suis surtout préoccupé a été la recherche du mode de répartition des lésions dans la moelle.

De ces investigations il est résulté ~~pour moi qu'il y a~~ deux ordres de lésions très-différentes. L'une, *générale*, consiste en une congestion de tout le tissu de la moelle; l'autre, *locale*, infiniment plus grave et qui se caractérise par un ramollissement d'abord, puis par une véritable diffluence de la substance médullaire. Celle-ci revêt une coloration rose et offre l'aspect de fraises qu'on aurait broyées dans du lait.

Si le point de départ du tétanos est dans les membres inférieurs, le renflement lombaire de la moelle seul est le siége de l'altération, tandis qu'on rencontre la lésion dans le renflement cervical, s'il s'agit des parties supérieures du corps.

RAPPORT.

M. CHASSAIGNAC, chargé d'examiner l'envoi de M. Pontoire, propose au nom de la commission dont il fait partie :

1° Le renvoi des observations de M. Pontoire à la commission de statistique.

2° L'inscription de M. Pontoire sur la liste des candidats à la place de correspondants nationaux.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. VERNEUIL présente un homme adulte qui offre un double anévrysme cirsoïde des deux artères occipitales, ne formant pas de tumeur apparente à l'extérieur, il est vrai, mais qui s'accompagne de battements, de souffle, et surtout de douleurs névralgiques très-vives et persistantes. Comme l'intervention chirurgicale ne paraît pas chose aisée dans de telles circonstances, M. Verneuil demande l'avis de ses collègues.

M. HOUEL. D'après un fait analogue, où il a obtenu la guérison à l'aide de sept injections successives de perchlorure de fer, pense que c'est là le parti auquel il faut s'arrêter, bien qu'il y ait à craindre parfois des accidents emboliques.

M. BROCA pense également que les injections coagulantes de perchlorure méritent ici la préférence. Toutefois, l'entreprise, sans lui paraître nullement dangereuse au sujet d'une embolie, qu'il est toujours possible de prévenir en circonscrivant la tumeur à l'aide d'un cercle en plomb, lui semble ici entourée de difficultés, à cause de l'épaisseur très-grande du cuir chevelu et aussi du peu de saillie des vaisseaux malades. En supposant même qu'on parvienne à pratiquer une première injection, les modifications salutaires que celle-ci amènera dans la masse, feront que les vaisseaux, aujourd'hui très-gros et tortueux, deviendront plus petits et rectilignes, ce qui rendra toute injection ultérieure bien plus difficultueuse encore que la première.

Pour toutes ces raisons, et à cause surtout du danger qu'il y aurait à déterminer une eschare, si le perchlorure venait à pénétrer dans le tissu cellulaire, M. Broca propose d'attendre.

En terminant ces remarques, M. Broca insiste sur l'origine traumatique des anévrysmes cirsoïdes, et fait observer que chez ce malade un coup de la région occipitale a précédé le développement de l'anévrysme. Quant au mode de développement de la lésion, M. Broca l'a suffisamment exposé l'année dernière au sein de la Société, pour qu'il ne soit pas nécessaire d'y revenir.

M. CHASSAIGNAC propose, comme moyen terme, d'essayer tout d'abord la compression digitale appliquée sur la carotide primitive, sauf à venir aux injections coagulantes si ce moyen restait insuffisant.

M. GIRALDÈS. L'injection de perchlorure dans ce cas est tout ce qu'il y a de plus actif et de plus inoffensif.

Comme une carotide de cheval, qui est bien autrement grosse, ne peut surmonter la résistance qu'un caillot sanguin de cinq gouttes de perchlorure de fer opposé au courant sanguin, il y a peu à craindre ici que des accidents emboliques se montrent après l'injection.

M. LARREY se rallie à l'idée d'une temporisation provisoire; seulement, entre autres mesures utiles, on pourrait avoir recours, en attendant, à la compression directe, aidée de topiques réfrigérents.

M. GUÉRIN appelle l'attention sur un certain degré d'aplatissement et sur des aspérités qui existent à la région occipitale. On pourrait se demander, d'après cela, s'il n'y a pas ici communication entre l'anévrysme et les vaisseaux intra-crâniens, auquel cas l'injection coagulante entraînerait des accidents.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

CORRESPONDANCE

Hygiène des crèches.

Nous recevons communication de la lettre suivante, adressée à M. Vivien, rédacteur scientifique du *Moniteur universel*, et qui est un document à consulter dans la question soumise à l'Académie.

Paris, le 17 avril 1870.

Monsieur le rédacteur,

L'article du 14 avril sur *l'institution des crèches à Paris*, contient des erreurs qui nuiraient aux vingt crèches existantes et retarderaient plusieurs fondations. Permettez-moi de les rectifier ici.

1° La crèche ne peut « devenir le foyer des maladies contagieuses, » par la raison qu'elle n'admet aucun enfant malade et n'en conserve aucun.

2° Elle ne « sépare pas les mères de leurs enfants. » Non, c'est le travail obligé de la mère qui les sépare. La crèche a pour but d'obvier aux inconvénients de la séparation.

3° « La mortalité des enfants placés à la crèche est effrayante. » — Elle est de 5 à 8 sur 100 enfants qui ont profité de la crèche plus ou moins dans le cours de l'année. Dans les plus mauvaises années, elle n'a pas dépassé 16 sur 100. La crèche Saint-Philippe eut 74 élèves en 1869, et en perdit 4. Le rapport médical du docteur Lejeune sur la crèche Sainte-Geneviève constate que cette crèche n'a perdu *aucun* de ses 146 élèves.

Je joins à ma lettre ces deux rapports imprimés :

4° « Le transport, matin et soir, de l'enfant, à travers toutes les intempéries, est une autre cause de mortalité. » — L'expérience a prouvé le contraire depuis vingt-cinq ans. On n'admettrait pas un enfant trop faible pour supporter la translation. Il est bien couvert : la crèche, au besoin, prête un manteau fait *ad hoc*.

« 5° Le tout jeune enfant qui a passé sa journée dans un local bien chauffé, bien ventilé, entouré de soins de propreté, de toutes les conditions de bien-être que lui prodigue une charité aussi tendre que vigilante, peut-il rentrer chaque soir, sans trouble pour sa santé, dans le froid logis d'un père indigent ou d'une mère abandonnée, où le dénûment et les privations qui l'attendent auront d'autant plus de prise sur ses faibles organes que le passage sera plus brusque et plus tranché? » — Les faits habituels répondent: Oui, 12 heures de bien-être lui donnent plus de force pour lutter contre la misère.

6° « En général, les crèches sont établies dans des locaux étroits... » Nous engageons l'auteur de l'article à visiter la crèche du Prince Impérial, celles de Saint-Ambroise, Saint-Augustin, Sainte-Geneviève, Saint-Vincent-de-Paul, Saint-Sulpice, Saint-Thomas-d'Aquin; les trois plus anciennes crèches : Saint-Philippe, Saint-Louis-d'Antin, la Madeleine; et la plus nombreuse de toutes, la crèche du Gros-Caillou, il verra qu'on l'a trompé. Le nombre des enfants que la crèche peut réunir est réglé par un arrêté du préfet de police, à raison du cubage.

7° « Le personnel est trop peu nombreux. » — Il est proportionné au nombre des enfants et aux besoins du service : la charité ne laisse pas en souffrance des enfants qu'elle veut sauver et bien élever.

8° « La dépense moyenne d'un enfant revient à 70 centimes par jour ou 21 fr. par mois. C'est à peine ce que coûterait une bonne nourrice de campagne, chez laquelle l'enfant se trouverait placé, à tous égards, dans des conditions plus favorables que dans une crèche. » Si l'auteur avait pu voir une crèche, ses petits élèves bien portants, et leurs mères si heureuses de les voir, de les allaiter, de les caresser, il parlerait autrement. Il saurait que l'enfant reste dans sa famille tous les dimanches, tous les jours fériés, tous les jours de chômage, qu'il est donc loin de coûter 21 fr. par mois.

La charité donne volontiers pour faire soigner les petits enfants que le travail prive de leur mère pendant certains jours; elle ne donnerait pas un centime pour les envoyer mourir ou s'étioler bien loin de leurs mères!

Un des plus grands avantages de la crèche, c'est de favoriser l'allaitement maternel et de diminuer les causes de mortalité en diminuant le nourrissage lointain, qui est plus meurtrier.

Un autre avantage, c'est de substituer le travail à l'aumône.

Il en est un troisième qui mérite attention : l'ignorance hygiénique et morale des mères est une des principales causes de cette mortalité qu'on cherche à diminuer à tout prix dans l'intérêt de la population, du travail et de la richesse, dans l'intérêt même de la grandeur et de la sécurité nationales; or la crèche est une *école de soins maternels*.

Que l'auteur de l'article visite la crèche Saint-Philippe, tenue par une sœur, ou celle de la Madeleine, tenue par une laïque dévouée; qu'il voie ces enfants propres, bien portants, gais, sociables; qu'il interroge les mères, les bonnes, les dames, les médecins; qu'il interroge l'inspecteur des nourrices, des garderies et des crèches; non-seulement il ne sera plus l'adversaire d'une institution que les progrès de l'industrie ont rendue absolument nécessaire dans tous les quartiers de Paris — (attendu que dans tous logent ou viennent travailler des ouvrières chargées de petits enfants), — mais il deviendra un de ses promoteurs, afin « de permettre à la mère de famille de garder auprès d'elle et d'allaiter son enfant sans interrompre le travail que les nécessités de la vie lui imposent. »

F. MARBEAU.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU NORD

CONCOURS POUR 1870 ET 1871

Tous les médecins français et étrangers sont invités à prendre part à ces concours.

Les mémoires lisiblement écrits en français seront seuls admis à concourir.

Les planches qui seraient jointes aux mémoires doivent être manuscrites.

Les manuscrits envoyés deviennent la propriété de la Société.

Les rapports des concours et les mémoires couronnés paraîtront dans le *Bulletin médical du Nord*.

De plus, la Société publiera, dans le *Bulletin*, les travaux qui, sans mériter les prix, lui paraîtront néanmoins dignes de la publicité. Dans ce cas, un tirage à part de cent exemplaires sera adressé à l'auteur.

Les mémoires seront envoyés à l'un des secrétaires de la Société, suivant la forme académique, c'est-à-dire *franco*, sans indication de nom d'auteur, et portant une devise répétée sur un billet cacheté contenant le nom et l'adresse de l'auteur.

Ce billet ne sera ouvert que pour les mémoires couronnés ou publiés.

Tout auteur qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera exclu du concours.

CONCOURS DE 1870

La Société ne propose pas de questions.

I. Un prix de 300 fr. sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire inédit sur un sujet de pathologie interne, d'hygiène ou de thérapeutique.

II. Un prix de 300 fr. sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire inédit sur un sujet de pathologie externe ou d'obstétrique.

Les mémoires doivent être envoyés avant le 1er octobre 1870 (*terme de rigueur*).

CONCOURS DE 1871

La Société ne propose pas de questions.

I. Un prix de 309 fr. sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire inédit sur un sujet de pathologie interne, d'hygiène ou de thérapeutique.

II. Un prix de 300 fr. sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire inédit sur un sujet de pathologie externe ou d'obstétrique.

III. Un prix de 300 fr. sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire inédit sur un sujet de pharmacie ou de chimie médicale.

IV. Un prix de 200 fr., institué par un confrère qui désire garder l'anonyme, sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire inédit sur le *glaucôme*.

Les mémoires doivent être envoyés avant le 1er octobre 1871.

Le Président, Dr CH. PILAT.

Le Secrétaire général, Dr E. HUIDIER, 63, r. Ste-Catherine, Lille.

Le Secrétaire-adjoint, Dr H. FOLET, 21, rue Basse, Lille.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1870

38. Fontaine (Alfred). Des paralysies traumatiques du plexus brachial.

39. Hénocque. (Léon). Du mode de distribution et de la terminaison des nerfs dans les muscles lisses.

40. Péronne (Charles). De l'alcoolisme dans ses rapports avec le traumatisme.

41. Thorel (C.). Notes médicales du voyage d'exploration du Mekong et de Cochinchine (de 1862 à 1868).

42. Cassaignes (Achille). Etude sur l'action physiologique et les effets thérapeutiques de l'alcool.

43. Ladevi-Roches. Histoire des injections dans les veines, depuis leur découverte jusqu'à nos jours.

44. Gaulard (M.) De la glycosurie.

45. Jagou (Louis). Etude anatomo-physiologique de l'épilepsie, sa pathogénie et son traitement.

46. Simon (Paul). Du petit-lait et du lait dans la phthisie pulmonaire.

47. Martin (Baptiste). Essai sur l'anatomie pathologique de la méningite tuberculeuse et sur les diverses phases qu'a parcourues son histoire depuis les premières observations qui en ont été faites jusqu'à nos jours.

48. Naulin (Marcel). Hygiène de la femme récemment accouchée.

49. Fayard (Camille). De la pleurésie rhumatismale.

50. Benaïs (Gustave). De l'arthrite envisagée comme complication des luxations.

51. Delouey (Edouard). Considérations générales sur la résection traumatique du coude.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les médecins de Nevers viennent de publier la déclaration suivante :

« Les médecins de Nevers consultés par leurs clients :

« 1° Sur la situation sanitaire de la ville au sujet de la variole, affirment qu'aucun cas pouvant faire craindre et annoncer cette épidémie ne s'y est montrée jusqu'ici ;

« 2° S'il est prudent de se faire revacciner en ce moment? Sans aucun doute, la précaution est toujours bonne, mais elle l'est surtout lorsqu'il règne dans le voisinage, Paris, Cosne, etc., une épidémie de variole qui peut arriver jusqu'à nous ;

« 3° Avec quel vaccin est-il prudent de le faire? Avec le vaccin jennérien ou de bras en bras : c'est celui qui, à l'unanimité des médecins soussignés, est considéré comme le plus certain et se transmet plus facilement.

« Robert, Saint-Cyr, Martin, Thomas, David père, David fils, Duvernet, Subert, Couranjou, Comoy, Ranque. »

— La Société de médecine légale procédera, dans une de ses plus prochaines séances, aux élections pour la nomination à deux places de membres titulaires et à dix places de membres correspondants, qui ont été déclarées vacantes au commencement de cette année. Les commissions chargées d'examiner les titres des candidats sont déjà nommées; mais elles n'ont pas encore commencé leur travail, dans lequel il leur sera possible de comprendre toutes les demandes qui leur arriveront au secrétariat général (rue de Choiseul, n° 14), avant le 1er mai.

Peuvent faire partie de la Société toutes les personnes qui cultivent une branche quelconque des sciences médicales, ou qui s'occupent de droit ou de jurisprudence. Les candidats n'ont d'autre formalité à remplir que d'adresser une demande écrite, laquelle doit être appuyée par deux membres titulaires (*art.* 3, 5 *et* 9 *des statuts*).

La Société se réunira extraordinairement le samedi 23 avril. Les membres correspondants présents à Paris sont invités à assister à cette séance, qui aura lieu à trois heures et demie, à l'École de médecine (*salle des thèses*).

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 10 au 16 avril 1870, donne les chiffres suivants :

Variole, 102.—Scarlatine, 9.—Rougeole, 18.—Fièvre typhoïde, 15. Érysipèle, 6.—Bronchite, 101.— Pneumonie, 96.—Diarrhée, 3. — Dysenterie, 1. — Choléra, ».— Angine couenneuse, 3. — Croup, 14. — Affections puerpérales, 3.— Autres causes, 825.— Total : 1,196.

Celui de Londres donne les chiffres suivants, du 3 au 9 avril 1870 :

Variole, 8.—Scarlatine, 71.— Rougeole, 34.—Fièvre typhoïde, 18. —Typhus, 6. — Érysipèle, 7. — Bronchite, 259. — Pneumonie, 107. — Diarrhée, 16. — Dysenterie, 1. — Choléra, ». — Angine couenneuse, 3. — Croup, 12. — Affections puerpérales, 8. — Autres causes, 1,081. — Total : 1,631.

— M. Fano commencera ses conférences sur l'oculistique et la chirurgie, le lundi 25 avril, à midi, à sa clinique particulière, rue Séguier, n° 14, et les continuera les jours suivants, à la même heure.

— Un docteur en médecine demande à prendre la suite d'une position médicale à Paris ou aux environs.

S'adresser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Traité des opérations qui se pratiquent sur l'œil, par E. Meyer, docteur en médecine des Facultés de Paris et de Berlin, chevalier de la Légion d'honneur, et le docteur A. de Montméja, ancien chef de clinique ophthalmologique. Ouvrage contenant environ 180 figures sur bois, dessinées par Léveillé et gravées par Badoureau, et accompagné d'un atlas photographique composé de 21 grandes planches. — Livraisons 1re et 2e en vente. — Prix de la livraison contenant 6 feuilles de texte et 4 planches : 5 francs. La 6e et dernière livraison paraîtra dans le courant de mai 1870.

Recherches expérimentales sur l'influence exercée par la chaleur sur les manifestations de la contractilité des organes, par le docteur P. Caliburcès. Brochure in-8° de 40 pages. Prix : 75 centimes.

Leçons cliniques sur les maladies du cœur professées à l'Hôtel-Dieu de Paris, par M. le docteur J. Bucquoy, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.—2e édition revue et augmentée. — 1 vol. in-8° avec figures dans le texte. — Prix : 4 francs.

Recherches sur le trichophyton tonsurant et sur les affections cutanées qu'il détermine : herpès circiné, herpès tonsurant, sycosis, etc., par le docteur Mahaux. 1 vol, in-8° avec une planche. — Prix : 2 francs.

Contribution aux indications curatives des eaux de Royat, par le docteur Langaudin, médecin aux eaux de Royat. 1 vol. in-8°. — Prix : 2 francs.

Le directeur, Dr E. Le Sourd

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 47 — SAMEDI 23 AVRIL 1870. 43e ANNÉE. SAMEDI 23 AVRIL 1870. — N° 47.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Épidémie de variole à Paris.

La variole va faire à elle seule tous les frais de cette Revue. Le rapport de M. Besnier pour le 1er trimestre de 1870 est si complet à cet égard, qu'en ne lui empruntant que les renseignements et les faits principaux qu'il renferme, nous courons encore le risque d'être un peu long. Mais la chose a de soi assez d'intérêt pour que nous ne croyons devoir lui disputer ni le temps ni l'espace. C'est une histoire entière de l'épidémie depuis ses débuts, dont nous allons esquisser les principaux traits.

L'épidémie variolique actuelle a débuté au mois de novembre 1869, époque à laquelle le chiffre des décès causés par cette affection a subi une augmentation brusque. Elle a subi une exacerbation considérable en hiver, procédant à cet égard conformément à la marche générale des épidémies de varioles antérieures. « En étudiant la mortalité variolique, à Paris, depuis dix ans, dit M. Besnier, nous sommes arrivés à établir que, chaque année, la mortalité par variole, abaissée au minimum pendant les mois de juin, de juillet et d'août, se relève en septembre suit une marche régulièrement ascensionnelle pendant l'hiver, décline au printemps, et arrive au minimum en été. » Ce qui le porte à espérer, bien que le décours de la maladie n'ait pas encore commencé, qu'il ne tardera pas à se produire sous l'influence seule des conditions saisonnières nouvelles.

Cette sorte de loi d'évolution des épidémies varioliques est fondée sur le relevé des décès varioliques par mois et par années, durant la période décennale de 1860 à 1870, duquel il résulte que les chiffres maxima correspondent, en effet, aux mois d'octobre, novembre, décembre, janvier, février et mars, tandis que les chiffres minima se retrouvent uniformément dans les mois de mai, juin, juillet et août.

Ce n'est pas seulement sous le rapport du nombre des cas, fait remarquer M. Besnier, mais encore sous le rapport de la gravité, qu'intervient l'influence des saisons, ainsi que cela est établi également par un tableau, dans lequel sont indiqués, par mois et par années, le nombre des varioleux traités dans les hôpitaux civils de Paris pendant les années 1862 à 1869, le chiffre des décès et leur proportion centésimale. On y voit, en effet, que la proportion la plus élevée des décès est dans les mois de la période hivernale, et la proportion la moins élevée dans la période estivale.

Le relevé général des décès varioliques à Paris pendant les mois de janvier, février et mars 1870, donne un total de 2,266, qui se répartissent pour chacun de ces mois de la manière suivante : janvier 681, février 747, mars 838. Sur ce nombre, 789 appartiennent aux hôpitaux civils. La répartition par mois pour ces arrondissements est de : 235 pour janvier, 258 pour février, 296 pour mars.

En temps ordinaire, la mortalité pour variole à Paris se répartit à peu près également dans les diverses parties de la ville, suivant sensiblement les variations de la mortalité commune ordinaire à chacun des arrondissements de Paris, qui présentent à cet égard, comme on le sait, des écarts extrêmes. En temps d'épidémie, cette influence ne s'efface pas, mais elle s'atténue seulement. C'est ce que montre effectivement la répartition des décès pour les 20 arrondissements de Paris dans le cours de l'épidémie actuelle. C'est dans les arrondissements les plus populeux, ceux surtout où la population est le plus condensée (les 11e, 10e et 18e arrondissements), que les décès ont été les plus nombreux. Le 1er et le 16e arrondissement ont été les plus épargnés.

Le plus grand nombre des cas de variole est observé sur des adultes ou sur des jeunes gens, vigoureux en général, et pris subitement au milieu de la meilleure santé. C'est de 20 à 30 ans surtout. C'est, en outre, la partie de la population la plus active, et celle qui, en proie à l'activité la plus grande, se trouve le plus exposée aux causes morbides communes ; mais si, au point de vue du nombre des atteints, l'âge moyen et le sexe masculin occupent le premier rang, au point de vue de la mortalité, les conditions sont différentes, et la maladie est plus funeste au sexe féminin, mais surtout au jeune âge. En calculant, en effet, pour les mois de janvier et février de cette année, on trouve pour les adultes (hommes), une moyenne de 20,16 décès p. 100 ; pour les femmes, 21,87 p. 100; pour les garçons (de 0 à 16 ans), la mortalité s'élève à 34,47 p. 100, et pour les filles (de 0 à 16 ans), elle atteint le chiffre extrême de 36,66 p. 100, et enfin, en ne tenant compte que des décès aux Enfants-Assistés, elle est, pour les mois de janvier et de février, de 40 p. 100.

Ces résultats sont conformes à ceux qu'a fournis l'étude des épidémies antérieures.

Ici se place une conséquence pratique très-importante de ce fait, que M. Vacher avait déjà fait ressortir dans son beau travail : *Étude médicale et statistique de la mortalité*, savoir que, dans la première année de la naissance, la variole est extrêmement meurtrière (10 fois plus qu'à la période de 20 à 30 ans) et que le chiffre de la mortalité variolique de 0 à 3 mois est encore assez élevé, contrairement à une opinion qui a longtemps prévalu et qui a entretenu les praticiens dans une fausse sécurité à cet égard ; d'où la nécessité de pratiquer la vaccination à une époque très-rapprochée de la naissance, c'est-à-dire plus tôt qu'on ne le faisait généralement jusque dans ces derniers temps.

Épidémie de variole dans les départements.

Le rapport ne s'est pas borné cette fois, et nous en louons sans réserve son auteur, à exposer l'état sanitaire des hôpitaux et de la population civile et militaire de Paris, il renferme aussi des communications de plusieurs médecins des départements sur la marche de l'épidémie variolique. Nous ne pouvons que nous joindre ici, à cette occasion, au vœu exprimé par M. Besnier, que ce qu'il a pu faire officieusement dans cette circonstance, grâce au concours obligeant de plusieurs de ses confrères, peut être fait à l'avenir officiellement et plus complétement, et que Paris possède un jour un observatoire ou Institut épidémiologique organisé de manière à recevoir de tous les points du pays les documents nécessaires pour publier, au moins mensuellement, le bulletin sanitaire de la France.

Voici quelques-uns des renseignements que contient, à cet égard, une note annexée au rapport.

Orléans (1869) : 29 décès. — Hôpital civil : 57 cas de variole, 6 cas de varioloïde, 6 décès. — Population militaire 13 cas, 0 décès. — En janvier et février 1870, l'épidémie paraît avoir un peu augmenté; il y a une épidémie légère, mais généralisée dans des cantons et de petites villes du département.

Bordeaux : Ville, janvier, 8 décès varioliques; février 15. — Hôpital Saint-André, du 15 décembre 1869 au 3 mars 1870, 98 cas de variole, se décomposant ainsi : varioloïdes et varioles discrètes 48 cas, varioles confluentes 36 cas, varioles hémorrhagiques 14 cas. — Proportion des décès chez les vaccinés et chez les non vaccinés : 71 vaccinés, 9 décès; 27 non vaccinés, 18 décès. — Hôpital militaire : décembre 1869, janvier et février 1870 : 47 varioloïdes, 0 décès; 8 varioles, 3 décès.

Rouen. Quelques cas de variole disséminés.

A Lyon, après les affections de l'appareil respiratoire, bronchites, angines, pneumonies, pleurésies, ce sont les fièvres éruptives, et en premier lieu la rougeole, la variole et la varioloïde, qui ont tenu le premier rang parmi les maladies du premier trimestre de cette année. C'est surtout à l'hôpital de la Croix-Rousse que se sont montrés en plus grand nombre les cas de variole; ils ont été moins nombreux à l'Hôtel-Dieu, il y en a eu quelques cas seulement à la Charité et dans le service de la Maternité; point du tout à l'Antiquaille. Dans la ville les varioles ont été peu nombreuses, beaucoup moins nombreuses que les rougeoles.

A Bourg, la mortalité a été considérable; de même à Verdun. A Ichtrasheim (dans le Bas-Rhin), on n'avait jamais vu tant et de si diverses maladies régner à la fois : rougeoles, scarlatines, varioles.

Rapports de la variole avec la vaccine.

Il serait presque superflu de rappeler ici ce qui est établi par une expérience déjà longue, et ce que tous les praticiens savent, que dans un certain nombre de cas, le bénéfice de la vaccine disparaît à ce point que des sujets vaccinés succombent à des varioles confluentes, qu'un plus grand nombre est atteint de varioles discrètes présentant parfois encore une certaine gravité ; mais ce qu'ils savent tous aussi bien, c'est que ces faits,

FEUILLETON

BOUTADES
ET
ZIGZAGS BIBLIOGRAPHIQUES

I

Les gens nerveux ont de mauvais jours; très-fréquents, hélas ! Les médecins ne le savent que trop. Ces jours-là, leurs malades les reçoivent mal, ils leur cherchent querelle ; ils n'ont aucune confiance en la médecine ; ils refusent de prendre aucune drogue ; ils veulent mourir; ils finiront par appeler un homéopathe ou une somnambule, ou tout autre guérisseur de même force; la vieille Faculté n'est qu'une sotte, une ignorante... Notre malade pleure et le médecin s'en va calme et tranquille, — il en a vu bien d'autres, — espérant que le lendemain le ciel sera redevenu serein et que la bourrasque aura passé.

Tout n'est pas roses dans le métier de médecin... Il est vrai que celui de malade ne présente pas non plus un grand attrait. Il y a du profit, sans doute à être goutteux; mais, tout bien compensé, il y en a peut-être davantage à ne pas l'être.

Je suis malheureusment très-sujet à ces mauvais jours, et, par Hippocrate ! cela n'est pas juste. Passe pour un simple malade, mais un médecin, un suppôt de la Faculté ! Non, encore une fois, cela n'est pas juste. « C'est intolérable, me disais-je, j'ai mes nerfs tendus comme une corde de violon ; je suis grincheux comme cet abominable crin-crin. Si je pouvais seulement me détendre comme lui... Allons! bon! voilà que mes journaux ne sont pas encore arrivés ! Je m'en plaindrai à M. Le Sourd; c'est sa faute. Il ne fait rien comme il faut, cet aimable directeur de la *Gazette*... Voyez donc un peu cet atroce soleil, il est pâle comme le suaire d'un mort; dans un instant il se mettra à briller comme pour se moquer de moi. S'il pouvait donc pleuvoir ! Mais il pleut vraiment. Il ne fallait plus que cela. C'est si gai, la pluie !... Louise, votre café est exécrable, et si vous n'y prenez garde, je vous chasserai. Pouah ! ce n'est qu'un affreux mélange de chicorée et de mélasse... »

Je voudrais bien essayer de travailler. Que ferais-je bien? Malheureux, tu es incapable de bien faire quoi que ce soit. Depuis deux jours, tu as là une *biographie* sur le chantier... Eh bien ! oui, justement, voilà le sujet de ma mauvaise humeur et même de ma colère, car je suis furieux, exaspéré, et il n'est pas un lecteur qui ne comprenne ma rage. Je prends à témoin tous les abonnés de la *Gazette*, ceux qui ont des nerfs exceptés. Imaginez-vous donc, chers lecteurs...

A propos, vous êtes-vous jamais senti pris du besoin de collectionner quelque chose que ce soit, des boutons d'uniforme, des tessons de faïence, des autographes, des livres? C'est une passion bien innocente, n'est-ce pas, que celle de collectionner, et qui ne peut faire que du bien à l'esprit et au cœur? Si telle est votre croyance, attendez un peu et écoutez-moi. Mais d'abord, existe-t-il une seule passion innocente, une seule qui, un jour ou l'autre, ne puisse amener son homme à Charenton ou en pleine rivière de Seine? La question est douteuse, et le mieux serait de n'y pas aller voir. Autant vaudrait se demander si toute passion n'est pas criminelle, et si la plus dangereuse de toutes n'est pas la passion du beau et du bien. Ceci ressemble à un paradoxe ; mais je n'aurais pas de peine à démontrer mon dire si j'en avais le temps. Ce qui serait peut-être plus intéressant encore, ce serait de rechercher si toute passion n'est pas légitime et si un homme bien organisé ne doit pas être possédé d'une passion quelconque et si toutes ne sont pas excusables? Car enfin, que diriez-vous d'un homme, et il y en a, qui n'aurait aucune passion, qui passerait tranquillement sa vie entre ses occupations journalières, sa femme, ses enfants et ses bêtes, prenant ses quatre repas, dormant toutes les nuits neuf ou dix heures, digérant bien, engraissant toujours, phlegmatique et tranquille; n'aimant rien, ne haïssant personne, faisant le bien par habitude, fuyant le mal par tempérament... Vous direz... Mais je m'attarde, et il serait temps de revenir à mon sujet.

La biographie que je voulais faire était celle de...

Décidément cette question de passion me préoccupe, et, tout compte fait, je crois qu'un homme qui n'a pas de passion ferait bien de s'en créer une. L'important est de bien choisir, de peser avec discernement le pour et le contre, de bien rechercher attentivement s'il y a avantage ici et danger là, de sonder le terrain, de ne marcher qu'à coup sûr. A la vérité, il n'y a à cela qu'un tout petit inconvénient, c'est qu'on ne choisit pas sa passion. Non, ce n'est pas vous qui la choisissez, c'est elle qui vous entraîne : *Trahit sua quemque voluptas*. Sans cela, tout le monde se passionnerait pour la pêche à la ligne : — Ah ! il est certain, dites-vous, ah ! lecteur, que c'est là une passion bien innocente. — Eh bien ! ne vous y fiez pas ; j'en connais plus d'un que cette passion si innocente a parfaitement perdus, ruinés, tués, sans compter ceux qu'elles a rendus idiots. — Et la passion de collectionner, dont je parlais plus haut, qu'en dites-vous, ô lecteur débonnaire? — Eh! eh! cela dépend... Elle est quelquefois très-innocente....

les premiers surtout, constituent une exception; que le plus grand nombre des vaccinés qui viennent à être pris de variole n'en sont atteints que très-légèrement. On peut enfin considérer comme démontrée cette proposition formulée dans le rapport, savoir : que s'il arrive de voir des sujets non vaccinés n'être atteints par la variole que d'une manière légère, ce n'est là qu'une rare exception, tandis que la règle est que la variole qui survient chez des non vaccinés est généralement grave, confluente et maligne.

Si, à l'exemple du rapporteur, nous rappelons ces faits généraux qui, nous le répétons, sont ou doivent être connus de tous, c'est pour montrer qu'ils trouvent une confirmation de plus dans les faits qui ont été relevés dans l'épidémie actuelle.

Voici quelques exemples :

A l'hôpital Cochin, M. Bucquoy signalant pour le mois de mars, 4 cas de sujets non vaccinés morts à la suite d'une variole hémorrhagique, ajoutait que six malades non vaccinés, entrés dans les salles depuis le 1er janvier, étaient tous morts de variole hémorrhagique.

A l'hôpital des Enfants, depuis le 5 mars, jour d'ouverture de la salle affectée aux varioleux, service de M. Archambault, il est entré 19 malades, 4 garçons, 15 filles, dont le plus jeune avait 17 mois et l'aîné 14. Sur ce nombre, 11 enfants avient été vaccinés, 7 ne l'avaient point été, 1 l'avait été cinq ou six jours avant l'apparition de la petite vérole. Chez tous les sujets de la première catégorie, M. Archambault n'a constaté que des varioloïdes à marche très-rapide ; les prodrômes seuls ont été dans quelques cas assez graves ; mais aussitôt l'apparition de l'éruption, tout rentrait dans l'ordre, et du quatrième au cinquième jour, la dessiccation commençait pour se terminer rapidement. Parmi les 7 enfants qui n'avaient pas été vaccinés, 2 ont eu la varioloïde, 5 autres ont eu la variole régulière, 1 confluente, 4 discrètes ou semi-confluentes.

Enfin, sur 98 cas de variole traités du 15 décembre 1869 au 3 mars 1870, à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, M. H. Gintrac a constaté sur 71 variolés après vaccine, 9 décès, soit 12 p. 100; tandis que sur 27 variolés non vaccinés, il y a eu 18 décès, c'est-à-dire 66 p. 100.

On vient de voir une nouvelle démonstration des rapports à peu près constants qui existent entre la vaccine et la variole développée plus ou moins longtemps après, ou, pour parler plus précisément, l'influence modificatrice à distance de la vaccine sur la variole. On s'est souvent demandé, depuis que cette démonstration est faite, si la vaccine aurait la même propriété sinon préservative, au moins modificatrice, sur la variole, alors qu'elle ne serait pratiquée que dans la période d'imminence ou prodromique de cette affection; en d'autres termes, si les mêmes rapports existaient entre la vaccine et la variole, alors qu'un individu est soumis simultanément à l'une et à l'autre de ces deux influences. Un très-grand nombre de faits ont déjà dissipé toutes les illusions qu'on avait pu se faire à cet égard. Les faits du même genre qu'on a pu observer durant cette épidémie viennent leur donner un nouvel appui.

Le rapport signale, entre autres, parmi les plus remarquables, le fait suivant. Un jeune homme de 28 ans, n'ayant jamais été vacciné, se rend le 15 février à l'hôpital Beaujon pour se faire vacciner. Il est inoculé avec le vaccin de génisse aux deux bras; l'éruption vaccinale se développe avec une grande intensité, elle était arrivée à la période de dessiccation le 1er mars, lorsque survinrent des accidents généraux fébriles aboutissant à une éruption variolique. La variole devient confluente ; la confluence est telle que les pustules vaccinales, presque en voie de dessiccation complète, étaient enserrées étroitement par une couronne de pustules varioliques. Des faits analogues se sont passés en assez grand nombre. Il nous en a été signalé un notamment dans le service de M. Vigla à l'Hôtel-Dieu, dans lequel la variole s'est développée immédiatement après une vaccination réussie, et qui a présenté cette particularité que des pustules varioliques se sont développées au centre même de pustules vaccinales.

Dans quelques cas, pourtant, il faut le dire, la vaccine paraît avoir produit une modification appréciable sur la marche et la solution de la variole qui l'a suivie immédiatement et qui s'est développée simultanément avec elle. Tel est, en particulier, le fait suivant observé par M. Archambault dans son service de l'hôpital des Enfants. Une éruption confluente de variole a débuté au 6e jour d'une éruption vaccinale constituée par six belles pustules vaccinales. Pendant les jours qui suivirent, les pustules vaccinales se desséchèrent, tandis que les pustules varioliques continuaient leur développement régulier. Le 6e jour de l'éruption, la face se tuméfia, ainsi que les pieds et les mains. Le 7e jour, la fièvre se manifesta, mais on remarquait déjà à cette époque que quelques pustules sur la face commençaient à se flétrir. Le 8e jour, tout avait changé d'aspect ; la face était dégonflée et les pustules étaient en grande partie flétries. A partir de ce moment, la dessiccation se fit avec rapidité, et la maladie se termina comme une varioloïde.

Afin de ne pas donner un développement excessif à cette analyse, nous laisserons pour le moment de côté, quitte à y revenir plus tard, la question de contagion et celle de prophylaxie et d'isolement qui s'y rattachent. Nous en ferons autant pour ce qui concerne la question de l'antagonisme de la variole et de la fièvre typhoïde et celle de l'incubation, pour dire quelques mots seulement des complications et du traitement.

Complications de la variole.

Les complications les plus diverses ont été observées pendant le cours de cette épidémie. Outre les conjonctivites et blépharites, les kératites ulcéreuses, on a signalé l'iritis, qui a, paraît-il, été rapidement améliorée sous l'influence du collyre au sulfate d'atropine. M. Molland a observé, à l'hôpital de la Pitié, deux cas d'orchite varioleuse qui se sont guéris en peu de jours sans métastase sur la région parotidienne. M. Descroizilles a vu deux cas semblables dans le service annexe d'isolement de l'hôpital de la Charité.

A l'hôpital Lariboisière, M. Desnos a observé, chez une de ses malades, à la période de dessiccation d'une variole discrète, une pelvi-péritonite qu'il croit pouvoir rattacher à l'extension de l'inflammation d'un des ovaires.

En février, M. Desnos a constaté onze cas de complications cardiaques (endocardites, endopéricardites, péricardites, ramollissement du cœur) dans les varioles discrètes ou confluentes, jamais dans les varioloïdes.

Les complications laryngées, bronchiques et pulmonaires ont été extrêmement communes, et ont plus d'une fois été la cause de la terminaison funeste. A l'hôpital des Enfants, dans le service de M. H. Roger, la bronchio-pneumonie a amené deux fois la mort.

L'alcoolisme a été signalé presque partout comme compliquant fréquemment et d'une manière plus ou moins grave les varioles.

Deux cas de variole foudroyante, mortelle avant l'éruption, ont été rapportés, l'un par M. Léon Colin, l'autre par M. Bucquoy.

Les lésions cérébrales, même dans les cas à forme ataxique, ont semblé généralement peu significatives.

Le foie, la rate, les reins ont présenté des altérations diverses, parmi lesquelles la congestion et l'hémorrhagie se sont montrées les plus communes. Le tube digestif a été trouvé généralement congestionné et a présenté plusieurs fois des traces de psorentérie.

Traitement de la variole.

Tout l'intérêt de la thérapeutique de la variole s'est reporté sur la médication proposée par M. Chauffard, et qui consiste, comme on l'a vu déjà par les comptes rendus de la Société médicale des hôpitaux, dans l'emploi de l'acide phénique à haute dose. Depuis l'époque où M. Chauffard a fait sa communication, M. Besnier a soumis sans exception les nombreux varioleux de son service de la Maison municipale de santé à l'emploi de l'acide phénique à une dose variant de *vingt-cinq* centigrammes à *un* gramme *vingt-cinq* centigrammes par jour; les résultats lui ont paru assez positifs pour qu'il n'ait pas cessé de prescrire cette médication depuis. Quelques malades, en très-petit nombre relativement, ont succombé, mais presque sans exception, dans les premiers jours de la maladie, et plusieurs malades, dont l'état paraissait aussi grave que possible, étaient convalescents au moment où M. Besnier a rédigé son rapport.

Le médicament, d'après M. Besnier, a été parfaitement toléré par les malades; il n'a pas produit de vomissements, peut-être un peu de diarrhée au bout de quelques jours. Les abcès consécutifs ont paru être infiniment moins communs.

A l'hôpital militaire Saint-Martin, M. L. Coindet a observé en mars un cas de varioloïde confluente avec des apparences très-graves, tendance hémorrhagique, puerpura, etc. Dans ces conditions, il essaya l'acide phénique, qui fut parfaitement toléré. La fièvre secondaire fut très-modérée, beaucoup de pustules avortèrent, la dessiccation marcha rapidement, et la guérison eut lieu.

Enfin, à l'Hôtel-Dieu, M. Moissenet a employé, chez presque tous ses varioleux, les bains additionnés d'un litre de liqueur de Labarraque. Cette médication, qui a toujours paru soulager beaucoup les malades, dit le rapport, a eu aussi le grand avantage de faire disparaître à peu près complétement l'odeur infecte qui accompagne toujours la période de suppuration.

DE L'ISOLEMENT DES ALIÉNÉS

CONSIDÉRÉ COMME MOYEN DE TRAITEMENT ET COMME MESURE D'ORDRE PUBLIC

(Lu à l'Académie de médecine, dans la séance du 19 avril, par M. Lunier.)

Les aliénés sont internés dans les asiles à titre d'infirmes qu'il faut secourir, de malades qu'il faut soigner, ou enfin d'être dangereux contre lesquels il faut se prémunir.

L'internement des *infirmes* ne soulève guère que des questions administratives.

Les *aliénés dangereux* sont séquestrés par mesure de police. Que cette séquestration soit prononcée par l'autorité administrative ou par l'autorité judiciaire, cela importe peu aux médecins qui n'ont, dans les cas de cette nature, qu'à déclarer si l'aliéné soumis à leur examen est ou non dangereux. La loi de 1838, d'ailleurs, n'a guère fait, sous ce rapport, que compléter et rendre uniformes les mesures de police appliquées avant cette époque sur divers points de la France. Il serait seulement à désirer que la loi exigeât, dans tous les cas de *placement d'office*, la production d'un certificat médical.

Dans le cas de *placement volontaire*, le rôle du médecin est bien autrement important. Le certificat qu'il délivre est la seule pièce qu'un parent ou un ami soit obligé de produire pour faire admettre un malade dans une maison de santé. Est-il bien qu'il en soit ainsi?

Pour répondre à cette question, il importe de bien définir quel est le but, quelle est la raison du placement d'un aliéné dans une maison de santé.

L'aliéné, au moins dans la majorité des cas, n'a pas conscience de son état, ne se croit pas malade et refuse de se soigner. Il faut donc ou l'abandonner à lui-même ou le traiter malgré lui.

En second lieu, l'expérience a démontré que pour guérir la folie, il fallait avant tout changer la direction même des idées et des penchants du malade, et que, pour obtenir ce résultat et triompher en même temps de la résistance de l'aliéné aux prescriptions médicales, il n'était pas de plus sûr moyen que de le soustraire à ses habi-

---

— Innocent, vous-même.., Que Dieu vous garde, vous et votre famille, de cette passion que le diable inventa un jour pour le plus grand profit des marchands et la ruine de tous les acheteurs ! — Nous allons, si vous le voulez bien, revenir à notre biographie, et je me sens tout juste à point pour traiter mon héros *secundum artem*. Je lui conseille de bien se tenir... Vous ne voulez pas, vous aimez mieux que nous restions sur le chapitre des collectionneurs? Soit! encore est-il absolument nécessaire de faire un choix. Vous plairait-il que nous parlions du collectionneur de livres, bibliophile ou bibliomane, comme il vous plaira; ces deux épithètes ne marchant pas l'une sans l'autre? Moi qui vous parle et qui me dis votre serviteur très-humble, j'ai été mordu quelque peu de cette manie-là, et : *Nourri dans le sérail, j'en connais les détours*, Je suis un bien petit collectionneur, tout au plus de troisième catégorie; mais enfin, chacun fait ce qu'il peut, et j'en sais assez pour avoir le droit de vous engager, par tous les saints et toutes les saintes du paradis, à vous tenir en garde contre cette malencontreuse passion. Il est vrai que si ma théorie est vraie, comme je n'en doute pas, mes conseils vous seront tout aussi utiles que des lunettes à une taupe; mais j'aurai rempli mon devoir, monsieur, et ma conscience sera tranquille.

Il faut bien le dire, elles sont grandes les jouissances du bibliomane; il en est peu d'autres qui puissent leur être comparées. Obtenir les faveurs d'une femme adorée; faire sauter la banque de Bade; prendre à la ligne un brochet de six livre; se battre pour la première fois en duel et se faire transpercer le bras; être nommé chambellan ou ministre d'Etat; soigner et guérir son premier malade, ce sont là, n'est-ce pas, des jouissances suprêmes après lesquelles on peut mourir (on le dit, tout au moins). Eh bien! tout cela,: maitresse, ambition assouvie, pêche miraculeuse, etc., tout cela, comparé au bibliomane qui a trouvé une *pièce rare* ou qui manquait à sa collection, ou, bonheur plus grand encore!... qui manque à la collection d'un rival; tout cela, je vous le dis en vérité, n'est qu'une ombre, une fumée, moins encore, tout cela n'est rien. Une maîtresse, on l'embrasse; un brochet, on le mange, et on en oublie bien vite l'un et l'autre, à moins qu'on ait, des deux côtés, avalé quelque arête. Mais le livre précieux, mais la pièce introuvable, mais le document unique, on le possède et on le possédera toujours; et, qu'on le lise ou non, on peut au moins se vanter de le posséder.

Songez donc, il y a quelquefois deux ans, trois ans (qui de vous, cher lecteur, a soupiré aussi longtemps, même pour sa femme légitime?) qu'il courait après cette pièce introuvable; il l'avait demandée à tous les libraires; il l'avait cherchée sur tous les quais; un jour, il avait cru la tenir, ce n'était qu'une illusion; et maintenant il la possède, elle est bien à lui, elle prend place dans *son* catalogue et sur les rayons de *sa* bibliothèque; il pourra la toucher, l'examiner, la caresser tous les jours; à partir de demain il n'y songera peut-être plus; mais il l'a, il en est sûr et il peut s'en vanter hautement. Elle lui coûte deux sous ou cinq cents francs, peu importe, il l'a et il va se mettre en quête d'une autre.

Car, voilà le malheur, l'homme n'est pas né pour être un jour, un seul jour content sur cette terre. Il a la pièce rare dont nous venons de parler, cela est vrai, mais elle se rapporte à une autre qu'il n'a pas et qu'il veut avoir. Huit jours après sa grande, sa merveilleuse trouvaille, il est en quête de l'autre; il se remet en campagne comme un bon limier; il en oublie le boire et le manger, et il ne sera vraiment heureux que lorsqu'il aura fait cette seconde rencontre. Mais alors, il ne manquera rien à son bonheur; oh! rien, je vous assure, si ce n'est une troisième pièce, puis une quatrième plus rare encore que les précédentes.

Il entasse de la sorte bouquins sur bouquins, dépensant sans s'en douter les pièces de cent sous et celles de vingt francs; il encombre son appartement si bien qu'il ne sait où se loger lui-même, et que les livres le clouent à son logement, sain ou malsain, agréable ou triste, comme le limaçon est cloué à sa coquille.

Et pendant ce temps-là, savez-vous qui se frotte les mains? Ce sont les libraires du quai... Mais n'en disons pas de mal, il n'est pas certain que je n'aie pas besoin demain d'une pièce rare. Et justement voilà que je ne puis pas mettre la main sur les *Curieuses recherches* de Riolan.

Et si vous saviez comme on glisse sur cette pente! Si vous saviez même avec quelles bonnes intentions on entre dans cette voie périlleuse! Tenez, moi, j'ai été perdu par M. Maurice Raynaud, notre savant confrère, ou plutôt par son livre *Les médecins au temps de Molière*. Et si vous voulez, je vais vous conter comment cela se fit. Mais auparavant, quoique je ne connaisse pas M. Raynaud, quoique tout le monde s'accorde à en dire du bien, quoique son livre ait été pour moi le sujet d'un vif plaisir et de bien vives jouissances, je prends la liberté grande de lui envoyer toutes mes malédictions, au risque qu'il ne m'en reste plus pour personne. En fait de malédictions, d'ailleurs, j'ai pour principe qu'il faut tout donner en une fois et vider son sac afin de n'y plus penser.

Notez bien, cher lecteur, que je ne suis pas aussi loin que vous le pourriez croire de ma biographie, cette biographie qui tout à l'heure me mettait si fort en colère; car pour écrire des biographies, il est de toute nécessité d'avoir une collection assez nombreuse de livres anciens et modernes; or, on n'a pas une bibliothèque, quelle qu'elle soit, sans être possédé de l'envie de la compléter et de l'agrandir; or, pour l'agrandir et la compléter avec intelligence, il est absolument indispensable d'être bibliophile...

tudes, de l'éloigner du milieu où le délire a éclaté, de le séparer de sa famille, de le placer en un mot dans des conditions nouvelles d'habitation et d'entourages. C'est en cela précisément que consiste l'*isolement*.

L'isolement a été employé de tout temps comme moyen de traitement de la folie; mais c'est surtout à Esquirol que revient la gloire d'en avoir bien nettement démontré l'utilité.

Isolement ne veut pas toujours dire internement dans une maison de santé : on peut isoler les malades dans leur propre domicile, dans une famille étrangère, ou bien encore en la changeant d'habitation, ou en les faisant voyager; mais le moyen le plus convenable et le moins dispendieux d'isoler un aliéné est de le placer dans une maison de santé : il n'y a guère que là, d'ailleurs, que l'on puisse le surveiller d'une façon sérieuse s'il est dangereux pour lui-même ou pour autrui.

Comme moyen de traitement, l'isolement n'est applicable ni à toutes les formes de folie, ni chez le même aliéné, à toutes les périodes de sa maladie. On peut, par exemple, éviter de placer en maison de santé, les paralytiques calmes et faciles à diriger, la plupart des aliénés avec conscience de leur état, certains lypémaniaques avec conservation de la sensibilité affective, un grand nombre de monomanes ou de fous raisonnants, etc., etc.

Il importe aussi de savoir à quel moment il faut faire cesser l'isolement ou en changer les conditions : si parfois, en effet, il est dangereux de conserver trop longtemps un convalescent dans un asile, il l'est plus encore de le renvoyer prématurément dans sa famille.

Il faut tenir grand compte enfin des conditions matérielles et morales, du milieu en un mot où le malade va se trouver jeté en quittant l'établissement.

L'isolement est donc un moyen thérapeutique des plus efficaces, mais en même temps des plus difficiles à manier, dont il n'appartient qu'au médecin de déterminer l'opportunité et de limiter la durée, et ce droit ne peut être l'objet d'un contrôle.

C'est à la famille, d'ailleurs, d'exécuter les prescriptions du médecin : par le fait même de sa déclaration que le malade est aliéné, on n'a plus son libre arbitre, les parents, en effet, ont le droit et le devoir d'intervenir et d'agir d'autorité à son égard.

Cependant, quand l'isolement implique la séquestration, il faut, pour éviter des abus, qu'il soit l'objet de la part de l'autorité d'une surveillance de tous les instants; mais c'est précisément ce qu'a fait la loi de 1838, en prescrivant des garanties et des formalités qui sont si sagement conçues, que l'on peut considérer comme matériellement impossible, si la loi est ponctuellement exécutée, qu'une séquestration illégale puisse se prolonger au delà de quelques jours.

On a dit que les médecins qui délivrent un certificat de folie peuvent se tromper : oui, assurément; mais ils peuvent à chaque instant commettre des erreurs beaucoup plus graves encore. A-t-on songé jamais à cause de cette possibilité d'erreurs, à demander que leurs prescriptions fussent l'objet d'un contrôle?

Ne serait-il pas plus rationnel, si l'on veut rendre ces erreurs plus difficiles, d'exiger deux certificats au lieu d'un, comme cela se pratique en Angleterre?

Reste la question des certificats de complaisance. Et d'abord, depuis la promulgation de la loi, *aucun fait de cette nature n'a pu être établi*. Et puis, à quoi cela mènerait-il? A séquestrer un prétendu aliéné un ou deux jours, trois ou quatre au plus. Encore faut-il admettre que le directeur et le médecin de l'établissement ne reconnaîtront pas la fraude ou consentiront à s'y associer.

Mais une personne placée ainsi pendant quelques jours au milieu d'aliénés n'est-elle pas exposée à le devenir elle-même? A cela, M. Lunier répond que dans les maisons de santé, les nouveaux arrivant ne sont confondus avec les autres malades — et beaucoup ne le sont jamais, — qu'après la contre-visite du médecin délégué par le préfet (art. 9 de la loi).

Et pour obtenir ce mince résultat d'une séquestration de quelques jours, qui ne peut mener à rien, on s'expose à la peine des travaux forcés comme auteur ou complice d'une séquestration illégale (art. 59 et 341 du code pénal), et qui est pis, à l'infamie!

Ce n'est pas dans les maisons de santé que les séquestrations sont à craindre aujourd'hui, mais bien plutôt dans la famille même et dans les maisons non autorisées et qui ne sont, par cela même, l'objet d'aucune surveillance. Il vaudrait donc beaucoup mieux demander que nul ne puisse être détenu comme aliéné dans son domicile, chez des parents ou des étrangers, sans que l'autorité en soit immédiatement avisée.

Les considérations qui précèdent ne s'appliquent qu'aux aliénés curables, ou tout au moins à ceux pour lesquels la maison de santé peut être réellement de quelque utilité. Pour ceux qui ne sont que dangereux, leur séquestration n'a plus de raison d'être que comme mesure d'ordre public, et à ce titre, incombe à l'autorité. C'est bien encore au médecin qu'il appartient de dire si un aliéné est ou non dangereux, mais sa déclaration n'a plus la même portée que dans le cas précédent, et la famille ne peut en faire usage qu'avec l'autorisation de l'autorité.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION

Séance du 13 décembre 1869. — Présidence de M. Barthez.

Le procès-verbal de la séance précédente est mis au voix et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance imprimée comprend les ouvrages suivants :

1° M. René Blache : *Essai sur les maladies du cœur chez les enfants.*

2° M. le docteur Magnin : *De quelques accidents de la lithiase biliaire.*

3° M. Dusart : *Recherches sur le rôle physiologique et thérapeutique du phosphate de chaux.*

4° M. Pedro Francisco da Costa Alvarenga.

Considérations et observations sur l'époque de l'occlusion du trou ovale et du canal artériel.

M. René Blache, à propos du travail de M. Dusart, fait une communication.

M. Rigal lit le rapport de la commission chargée d'examiner la candidature de M. Labadie-Lagrave. Les conclusions du rapport sont adoptées; la Société procède à l'élection de M. Labadie-Lagrave, qui est nommé à l'unanimité.

LECTURE

M. Huchard donne lecture d'une observation intitulée : *Dysménorrhée membraneuse.*

Dysménorrhée membraneuse liée à une métrite menstruelle. — Henri Huchard. La dysménorrhée membraneuse, étudiée d'abord par Oldham en 1846, puis par Simpson sous le nom d'exfoliation de la muqueuse utérine, ensuite par le docteur Hermig de Leipsick sous celui de dysménorrhée villeuse, a reçu différentes explications sur ses causes et sa nature. Le désaccord vient de ce que la plupart des auteurs n'ont pas assez insisté sur l'existence de deux formes très-variées de cette affection : l'une est constituée par une mue, une exfoliation de la muqueuse utérine : c'est *la dysménorrhée membraneuse non inflammatoire* due, selon toute probabilité, à une congestion cataméniale très-intense qui, se passant surtout sous la muqueuse, détermine le décollement complet de celle-ci; l'autre, la *dysménorrhée pseudo-membraneuse* s'accompagnant de phénomènes inflammatoires et de l'expulsion des produits de l'inflammation. La première a souvent été observée; la seconde est plus rare. Le docteur Jules Troque, dans une excellente thèse soutenue en 1869 sur ce sujet, après avoir établi la distinction entre la dysménorrhée membraneuse exfoliante et la dysménorrhée pseudo-membraneuse exsudative ou inflammatoire, ne peut citer aucun exemple de cette dernière.

Le cas suivant, que j'ai pu observer avec mon honorable et savant ami M. le docteur Chertier, de Nogent-sur-Seine, me permettra peut-être de jeter une certaine lumière sur cette question encore si obscure de la pathologie utérine.

Mme V..., âgée de 32 ans, est d'un tempérament lymphatique. La première apparition de ses règles, à l'âge de 13 ans 1/2, se fit sans aucun trouble. Les menstrues ont toujours apparu régulièrement, durant quatre ou cinq jours, ne s'accompagnant pas de douleurs. Elle a toujours été d'une bonne santé jusqu'à l'époque où elle fut obligée de réclamer les soins du médecin pour des douleurs très-violentes que provoquait l'éruption cataméniale.

Elle eut un premier enfant à l'âge de 19 ans. La grossesse et l'accouchement s'accomplirent sans accident. Mais les suites de couches la laissèrent malade pendant six mois, durant lesquels elle dut souvent s'aliter pour des douleurs très-vives qu'elle ressentait dans le ventre et au siége. Les règles apparurent six semaines après ce premier accouchement. Deux ans et demi après, elle eut une seconde grossesse; mais l'intervalle qui s'était écoulé entre la première et la seconde avait été de plus marqué, à chaque époque menstruelle, par l'expulsion de véritables « morceaux de chair » qui, le plus souvent, avaient une forme déterminée, le plus ordinairement triangulaire Alors les douleurs étaient très-vives jusqu'à la sortie de ce corps étranger, après laquelle cessaient les symptômes douloureux et l'écoulement sanguin. Pendant la période intercalaire, elle n'éprouvait plus qu'un sentiment de pesanteur au périnée, qui se prononçait surtout dans la station debout.

Elle ne fit jamais de fausse couche.

La seconde grossesse et le second accouchement, qui eut lieu vingt et un mois après le premier, c'est-à-dire il y a onze ans, se passèrent heureusement. Elle nourrit son enfant et put reprendre ses travaux de repasseuse deux mois après. Depuis ce temps, elle a toujours rendu à chaque époque ces « mêmes morceaux de chair, » dont l'expulsion était constamment suivie de la cessation de l'écoulement sanguin et des douleurs. Celles-ci, caractérisées par de véritables coliques utérines, persistaient pendant la période intermenstruelle dans les cas très-rares (deux ou trois fois depuis neuf ans) où la fausse membrane n'était pas rendue. Alors, à l'époque suivante elle était expulsée, contrairement à ce qui arrivait d'habitude, au commencement même des règles, qui ne duraient alors que trois ou quatre jours. Le plus souvent elles ont une durée de huit ou dix jours; elles reviennent assez régulièrement tous les mois, le plus souvent précédées de douleurs lombaires et hypogastriques. Le sang est rouge, peu abondant, ne paraissant s'échapper que goutte à goutte (*stillicidium uteri d'Aétius*), sans mélange de caillots. Elle eut au mois de septembre 1868, à la suite de l'expulsion habituelle du corps membraneux, une ménorrhagie abondante qui ne dura que trois jours, et pour laquelle un médecin appelé avait ordonné une potion au perchlorure de fer.

M. le docteur Chertier la voit pour la première fois le 9 mars 1869. La malade alors paraît affaiblie, anémiée, amaigrie; les muqueuses sont pâles, les digestions difficiles. Bruit de souffle dans les vaisseaux du cou; pas de céphalalgie ni de bourdonnements d'oreilles; pas de phénomènes nerveux; elle n'eut jamais d'attaques de nerfs et n'a jamais ressenti la sensation de la boule hystérique. Elle dit avoir beaucoup maigri depuis dix ans.

Le 4 mars, elle avait rendu le troisième jour de ses règles le même « morceau de chair », dont l'expulsion avait été précédée de douleurs et suivie de l'arrêt presque immédiat du sang.

Le 24 mars, M. le docteur Chertier examine la malade au spéculum et cautérise profondément avec le nitrate d'argent la cavité cervico-utérine. La cautérisation fut suivie de douleurs abdominales assez vives et de l'écoulement, pendant deux ou trois jours, d'une légère quantité de sang.

6 avril. Expulsion nouvelle après les douleurs les plus violentes à la fin de l'époque qui a duré dix jours.

Du 6 avril au 2 mai, elle n'a pas souffert pendant la période intermenstruelle. Mais le 2 mai les douleurs reviennent, le sang apparaît et l'expulsion d'un corps membraneux se fait au cinquième jour, après quoi les douleurs cessent complétement et l'écoulement sanguin s'arrête.

Examen du corps membraneux. — Ce corps membraneux examiné présente une forme triangulaire, offrant une portion supérieure renflée, qui correspond au fond et au corps de l'utérus; une portion inférieure effilée correspondant exactement au col utérin. Les deux angles supérieurs sont mousses, l'un est plus prononcé que l'autre; le bord supérieur est échancré légèrement à sa partie moyenne, ce qui lui donne à peu près la forme d'un cœur de carte à jouer. A sa sortie, ce corps membraneux était de couleur noirâtre; débarrassé du sang qui le recouvre, il est de couleur rosée, sa surface est inégale, villeuse, présentant de petites anfractuosités irrégulières qui le font ressembler à un tissu spongieux, et des espaces lacunaires dont les bords sont frangés.

A 8 millimètres environ de la partie inférieure, on remarque une surface lisse, blanchâtre, n'offrant nullement le caractère spongieux et séparant assez difficilement des couches sous-jacentes. Cette surface se prolonge insensiblement sur la partie effilée qui correspond à la cavité cervicale, et qui offre le même aspect extérieur que la partie inférieure de la portion renflée du corps membraneux. Elle est lisse, blanchâtre, consistante, devient un peu plus rosée à son extrémité inférieure et présente à l'une de ses faces plusieurs sillons

---

— Oui, me disait un jour le docteur Payen, mais vous ne savez pas où cela mène; tout le monde n'a pas mon intelligence, ma patience et ma sagesse. Beaucoup croient que je fais des folies, cela n'est pas exact, je n'en fais pas; j'attends les bonnes occasions, je n'ai jamais fait une affaire mauvaise et, à ma mort, ma bibliothèque vaudra trois fois plus qu'elle ne m'aura coûté. Mais tous les amateurs n'agissent pas de la sorte et, quant à vous, méfiez-vous de la mode et de l'engouement; je sais bien qu'une pièce rare est chose bien tentante et que souvent on ne la rencontre pas deux fois en sa vie; n'importe, il faut mesurer ses moyens et savoir borner ses désirs. Voyez ma collection de Montaigne...

— Cher confrère, un bon proverbe dit qu'il ne faut pas parler de corde dans la maison d'un pendu.

— Je vous dis et vous répète que j'ai toujours été sage, et ma collection de Montaigne vaut plus de quatre fois ce qu'elle m'a coûté. J'ai commencé quand Montaigne n'était pas encore aussi recherché qu'il l'est aujourd'hui...

— Grâce à vos propres travaux.

— Peut-être bien. Voulez-vous connaître les prix divers de Montaigne? L'édition de 1588 a été vendue 39 francs en 1847, 1,000 fr. en 1860 et 1,800 francs un peu plus tard. Je ne serais pas étonné qu'un de mes propres exemplaires ne se vendit un jour de 3 à 4,000 francs, et il ne m'en a pas coûté 500 (1).

— Tout cela, cher confrère, ne prouvera jamais rien, les fous feront toujours des folies, or les bibliomanes sont tous plus ou moins sur le chemin de Charenton; donc, je reprends mon histoire au point où j'en étais quand vous m'avez interrompu, et, si vous le voulez bien, je vais vous dire comment M. Raynaud a été la cause...

— Merci, je la connais, votre histoire; bonjour...

Puissé-je trouver un auditeur ou un lecteur plus bienveillant. Un lecteur bienveillant, *rara avis*, la pièce rare d'une collection.

Donc il me prit un jour l'envie de lire le livre de M. E. Raynaud, et, après l'avoir lu, l'envie fâcheuse d'en rendre compte aux abonnés de la *Gazette*. Cette ambition causa ma perte, et le désir de vous plaire, ami lecteur, fut la cause indirecte qui me plongea dans l'abîme. Souveraine injustice, vous en conviendrez, soit que vous croyiez, soit que vous ne croyiez pas aux voies insondables de la Providence divine. Et peut-être, hélas! que pas un lecteur d'alors ne m'en a été reconnaissant; peut-être même, pensée horriblement amère! l'ennui... Mais pourquoi augmenter vainement mes regrets? Le fait trop certain, c'est qu'il me prit l'envie de faire une longue analyse du livre de M. Raynaud. Cet ouvrage, et ceci est la faute de l'auteur, me plut et m'attacha; après l'avoir lu je voulus le relire. Il y est question de la Faculté, des chirurgiens, des apothicaires, de l'antimoine, du quinquina, des longues discussions de nos pères, de leurs procès, de Gui-Patin, de Théophraste Renaudot, le père du journalisme; il y est naturellement et longuement question de Molière et de ses comédies, et de bien d'autres choses encore.

Quelle chose curieuse à écrire que l'histoire de la création d'un livre! Quel auteur sera assez sincère pour dire sur ce point toute la vérité! Comment l'idée est née, comment elle est s'est développée, par quelles phases elle est passée; que de choses on a apprises que l'on croyait savoir, que d'erreurs corrigées, quels livres on a consultés, quels matériaux on a employés, etc., etc.; quoi de neuf, quoi de vieux, et mille autres choses encore.

Or, en lisant *Les médecins au temps de Molière*, je m'aperçus bien vite que je ne connaissais que fort imparfaitement les sujets curieux traités par notre jeune confrère; j'en savais tout juste ce qu'en sait tout le monde, c'est-à-dire rien ou à peu près. Peste! me dis-je, ce sera une singulière analyse que celle que je vais faire, non pas qu'il ne s'en fasse souvent de pareilles, mais j'ai pour maxime bien arrêtée qu'il vaut mieux ne point parler d'une chose que d'en parler sans la connaître. Je me demandai donc si je ne ferais pas bien de renoncer à l'analyse du livre, mais pour telle ou telle raison, elle me tenait au cœur; d'ailleurs elle me poussait vers les études historiques que j'ai toujours aimées; et puis, et puis... Donc je ferai ladite analyse, c'est entendu; mais j'étudierai d'abord les documents, les pièces originales, je lirai les vieux bouquins, j'apprendrai mon sujet. J'irai pour cela dans les bibliothèques publiques, j'y trouverai amplement tout ce qui me sera nécessaire. Malheureusement le temps me manquera souvent. Eh bien! J'achèterai les quelques livres qui me seront indispensables; une douzaine de bons ouvrages me suffiront, et fussent-ils un peu chers, ce ne sera jamais la ruine d'un homme, ni même d'un pauvre docteur comme moi.

Voilà comment le démon entra chez moi; vous allez voir, cher lecteur, comment il en sortit, ou plutôt s'il en est sorti. Mais je m'aperçois que j'ai totalement oublié ma biographie, et le metteur en pages me prévient que je dois m'arrêter.

Donc, *la suite à un prochain numéro.*

Dr H. Montanier.

(1) A la vente de Sainte-Beuve, l'exemplaire des *Poésies de Vauquelin de la Fresnaye*, 1612, 1 vol. in-8°, s'est vendu 3,105 francs. On l'avait adjugé pour 80 francs à la vente de Pixérécourt, et pour 153 francs à la vente de Charles Nodier, il y a vingt-cinq ans. Assez souvent, c'est le contraire qui a lieu.

peu profonds se dirigeant obliquement de haut en bas de chaque côté de la ligne médiane à la manière des barbes d'une plume.

Les sillons sont très-probablement dus à l'empreinte de l'arbre de vie.

Dimensions. — Diamètre vertical, 7 centimètres.

Longueur de la portion supérieure renflée, 3 centimètres 7.

Longueur de la portion inférieure renflée, 3 centimètres 3.

Le plus grand diamètre transversal qui existe à la partie supérieure est de 2 centimètres.

A la partie moyenne de la grosse portion, 11 millimètres.

A la partie inférieure de la grosse portion, 9 millimètres.

A la racine de la portion rétrécie, 2 millimètres.

Cette dernière portion cervicale s'élargit un peu pour se terminer en pointe. Dans son plus grand élargissement, qui est à sa partie moyenne, elle offre 3 millimètres. La plus grande épaisseur existe au niveau de la partie moyenne de la grosse portion, 8 millimètres.

A la coupe, la couche externe, superficielle, paraît plus blanchâtre, et les couches profondes plus rosées.

D'une manière générale, le tissu est assez résistant, de couleur rosée, lisse, présentant une cavité dans laquelle on peut introduire un stylet. La portion inférieure du corps membraneux est perméable dans toute sa longueur, et laisse facilement pénétrer un très-fin stylet. Du reste ce tissu paraît composé dans son épaisseur de couches stratifiées. On peut avec les pinces soulever une couche externe et superficielle qui se détache inégalement. Complétement ouvert et étalé, le corps membraneux présente dans sa cavité, à sa partie médiane, une légère saillie longitudinale triangulaire à base supérieure, présentant sur ses côtés de petits filaments tenus qui l'unissent aux parties latérales.

27 mai. Depuis le 23 mai, la malade a ses règles, qui sont peu abondantes. Les douleurs de la période intermenstruelle précédente n'ont duré que 5 ou 6 jours ; elles sont plus vives depuis le 23 mai et présentent, surtout aujourd'hui 27 mai, le caractère expulsif.

28 mai. Expulsion de 3 fragments membraneux, marquée par des douleurs moins violentes que les précédentes fois, et suivie, comme d'habitude, de l'arrêt du sang.

Les 3 fragments sont d'inégale grandeur. Le plus petit ovoïde a la forme d'une olive, et se termine par une partie rétrécie et longue de 2 centimètres, large dans son plus grand diamètre de 9 millimètres, et épaisse de 5 millimètres. Il présente au niveau de sa base une ouverture par laquelle on peut passer un petit stylet. Le noyau, triangulaire, aplati, a 3 centimètres de long, 3 millimètres dans sa plus grande largeur. Le plus grand a 3 centimètres 5 millimètres de long. Il est tout à fait de forme triangulaire. Les 3 fragments réunis forment un corps triangulaire à base supérieure, échancrée à son milieu absolument comme le corps membraneux et se terminant par une extrémité rétrécie. L'aspect villeux et spongieux est des plus prononcés. Si l'on examine ces fragments sous l'eau, on voit de petits filaments nombreux, blanchâtres et tenus, flotter à leur superficie. Au niveau des bords du corps membraneux, se trouvent des franges blanchâtres, lisses, molles, se détachant facilement de la couche villeuse, dont elles paraissent dépendre. Elles se continuent irrégulièrement sur le corps membraneux, auquel elles donnent par places une teinte blanc grisâtre.

(*A suivre*).

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1870

52. Labatt de Lambert. De l'emploi des affusions froides dans le traitement de la fièvre typhoïde et des fièvres éruptives.
53. Compin (Antoine). De la contagion de la phthisie pulmonaire.
54. Rathéry (Roger). Essai sur le diagnostic des tumeurs intra-abdominales chez les enfants.
55. Héliot (Henri). Etude sur le ramollissement du col de l'utérus.
56. Delens (Emile). De la communication de la carotide interne et du sinus caverneux (anévrysme artério-veineux).
57. De Béthune. De l'incontinence d'urine par atonie ou paralysie de la vessie et de son traitement.

Le docteur Aug. Voisin commencera ses conférences cliniques sur *les maladies mentales et les affections nerveuses* le dimanche 24 avril, à neuf heures du matin, et les continuera les dimanches suivants.

— Cabinet de médecin spécialiste (électricité), muni de tous ses appareils, à céder. — S'adresser au Bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de pathologie interne, par le docteur Jaccoud, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Lariboisière, etc. — Tome Ier, 2e partie, 1 vol. in-8° de 425 pages avec figures et planches en chromolithographie. Prix : 6 francs. Le tome 1er complet. Prix : 12 francs.

Manuel du vaccinateur des villes et des campagnes, par M. Adde Margras, de Nancy, docteur en médecine à Paris. — Prix : 3 fr. 50.

Causes de l'abandon et de la mortalité des nouveau-nés et des moyens de la restreindre, par le docteur Rezard de Wouves. In-8°. — Prix : 1 francs.

Du traitement de la constipation par les eaux minérales de Plombières, par le docteur C. Leclère, médecin aux eaux de Plombières. In-8°. — Prix : 1 fr. 25.

Le directeur, Dr E. Le Sourd

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

Paris, le 25 avril 1870.

LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Notre Faculté de médecine se plaint du peu de considération dont elle jouit auprès des médecins.

Elle gémit de l'irrévérence des élèves.

Elle ne récolte que ce qu'elle a semé.

Depuis vingt ans, qu'a-t-elle fait du droit qui lui a été donné de se recruter elle-même?

Elle a éloigné Claude Bernard de l'agrégation.

Elle a repoussé du professorat :

Chassaignac, l'inventeur du drainage et de l'écraseur, et le meilleur professeur particulier de son temps;

Vidal, qui en est mort;

Beau, qui en est mort.

Plus heureux, Béclard, Barth et Michon ont pu voir à l'œuvre ceux qui leur ont été préférés.

A qui revient l'honneur d'avoir nommé tant de professeurs sans auditoire?

L'élection de jeudi dernier, désirée par les ennemis de la Faculté, redoutée par ceux à qui une dernière illusion pouvait rester, mais pressentie par tous, ne change rien à ce bel ensemble.

La Faculté s'adjoint, commme professeur d'histoire de la médecine, M. Daremberg, le médecin qui apportait comme titre une *Histoire des sciences médicales*, dans laquelle ne se trouvent mentionnées :

Ni la découverte de la variole;

Ni la découverte de la rougeole;

Ni la découverte de la coqueluche;

Ni la découverte du scorbut;

Ni la découverte de la transfusion;

Ni la découverte des différents procédés de ligatures des anévrysmes;

Ni la découverte du quinquina, etc., etc., etc.

Mais il n'est pas inutile de mettre au compte des titres de M. Daremberg l'article si élogieux publié en l'honneur de M. le doyen Würtz, une dizaine de jours avant l'élection.

Rhubarbe. — Séné.

Cet article avait été jugé sévèrement, comme un *manque de tact*. Les consciences timorées voient que l'*habileté* n'est pas inutile.

M. Daremberg pourra se livrer à son aise au travail considérablement augmenté de sa deuxième édition de l'*Histoire des sciences médicales*, si les élèves en médecine s'empressent d'imiter l'exemple de l'auditoire *invisible*, qui se presse autour de sa chaire du Collége de France. A voir son insuccès complet de professeur, on aurait pu croire que la Faculté laisserait M. Daremberg, à son Collége de France, ou à sa vraie place de bibliothécaire; mais le mot sera toujours vrai : « Il fallait un calculateur, ce fut un danseur qui l'obtint. »

La journée de jeudi dernier comptera parmi les meilleures pour l'avenir de la liberté d'enseignement.

Dr E. LE SOURD.

RÉUNIONS
DES
DÉLÉGUÉS DES SOCIÉTÉS SAVANTES
A LA SORBONNE

Le mercredi 20 avril 1870, à midi, a eu lieu, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, la neuvième réunion annuelle des sociétés savantes des départements.

M. Le Verrier, sénateur, président de la section des sciences du comité des travaux historiques et sociétés savantes, a présidé la séance d'ouverture.

Le bureau était composé ainsi qu'il suit :

M. Le Verrier, sénateur, président; M. Milne Edwards, vice-président, et M. Blanchard, secrétaire de la section des sciences;

M. le marquis de La Grange, sénateur, président; M. Léon Renier, vice-président, et M. Chabouillet, secrétaire de la section d'archéologie;

M. Amédée Thierry, sénateur, président; M. Hippeau, secrétaire de la section d'histoire.

Les représentants des sociétés savantes étaient, comme les années précédentes fort nombreux.

Après les quelques formalités d'ouverture, chacune des sections s'est retirée dans la salle de ses séances. Nous reproduisons l'analyse de la section des sciences.

Séance du 20 avril 1870. — Présidence de M. LE VERRIER.

MM. Milne-Edwards, vice-président; Emile Blanchard, secrétaire; Filbol de l'Académie des sciences et lettres de Toulouse; Godron, de l'Académie de Stanislas, de Nancy, assesseurs, prennent place au bureau.

COMMUNICATIONS

M. MORREN, de l'Académie de Marseille, expose les résultats d'une série d'expériences sur la fusion du diamant. L'ensemble des expériences qu'il a faites sur le diamant exposé à de hautes températures dans des gaz variés; les résultats auxquels il est parvenu permettent d'abord d'expliquer les divergences d'opinions des savants et des académies qui se sont occupées de la même question; ensuite, ils font connaître quelques points intéressants de la structure cristalline du diamant. Dans de l'hydrogène pur et sec, le diamant peut être porté à la température de la fusion du platine, sans que sa constitution, son éclat et son poli reçoivent la moindre atteinte.

M. CAVE, de l'Académie de Dijon, résume les faits qu'il a observés sur les parties génératrices dans les organes appendiculaires des végétaux.

M. GODEFROY, de Châteauroux, s'occupe de la constitution chimique des bois. Après avoir rappelé les travaux de MM. Payen et Frémy sur ce sujet, l'auteur indique les procédés variés qu'il a employés pour obtenir la cellulose à l'état de pureté, et la rendre propre à un usage industriel.

M. LE PLÉ, de la Société libre d'émulation de la Seine-Inférieure, examine scientifiquement les prétendus effets délétères du mancenillier. Après avoir rappelé les opinions si répandues relativement au danger que l'on peut courir en respirant les émanations de cet arbre, l'auteur cite des expériences concluantes, qui attestent l'innocuité du mancenillier. La racine peut être mâchée sans danger et ne produit autre chose sur le palais que l'impression d'un piment. Les feuilles peuvent être froissées impunément; mais la vapeur de leur décoction bouillante détermine sur la peau une sensation de brûlure assez pénible, due à la présence d'un suc analogue à celui de la plupart des euphorbiacées. Seul le fruit, lorsqu'on le mange, cause une véritable intoxication.

M. REBOUX fait une intéressante exposition des recherches qu'il poursuit depuis longtemps sur les terrains quaternaires, où il a rencontré une quantité considérable d'ossements mammifères, notamment de rhinocéros, d'éléphants (*Elephas antiquus* et *primigenius*), d'Elans. Diverses pièces, mises sous les yeux de l'assemblée, deviennent l'objet d'un examen attentif de la part de plusieurs membres de la réunion.

M. MICÉ, après avoir signalé quelques travaux d'érudition imprimés par lui dans les *Mémoires de la Société des sciences physiques et naturelles* de Bordeaux, insiste particulièrement sur les expériences communiquées à cette compagnie par son collègue M Royer.

La théorie généralement admise pour la pile donnait à penser qu'on devait obtenir dans son sein des réactions chimiques différentes de celles qu'on a dans un voltamètre, offrant par exemple des phénomènes de réduction accusés. Il était intéressant de vérifier cette induction.

L'auteur s'est adressé d'abord à l'acide sulfurique, mis dans le vase poreux à la place de l'acide azotique; une lame de platine remplaçait le charbon, un fil de platine réunissait la lame avec le zinc du compartiment extérieur. Or, alors que les ouvrages indiquent la réduction jusqu'à S seulement, hors de la pile, M. Royer a obtenu, avec cet S, beaucoup d'hydrogène sulfuré.

Alors que M. Bourgoin, dans un voltamètre à deux compartiments, n'a obtenu AH^3 que dans un seul des deux, en électrolysant l'acide azotique, M. Royer en a obtenu dans les deux lorsqu'il a électrolysé le même corps intrapilairement.

La décomposition de l'acide oxalique a confirmé encore l'opinion du caractère hydrogénant des réactions chimiques qui ont lieu dans le sein de la pile.

M. LECOQ, de Clermont-Ferrand, traite de la période glaciaire et discute les circonstances dans lesquels ont pu se former les glaciers.

MM. COLOMB et RAULIN présentent quelques remarques au sujet de la communication de M. Lecoq.

M. MILNE EDWARDS présente au nom de M. Schimper, de la Société d'histoire naturelle de Strasbourg, empêché de se rendre à Paris, le second volume du *Traité de paléontéologie végétale*, et la troisième partie de l'atlas. M. Milne Edwards, après avoir donné quelques détails sur ce bel ouvrage, ajoute que l'œuvre de M. Schimper est une de celles qui honorent la France.

Séance du 21 avril — Présidence de M. LE VERRIER.

COMMUNICATIONS

M. BERTIN (de Cherbourg) expose des observations et une théorie de la houle et du roulis, dont il a fait ressortir l'importance au point de vue de l'architecture navale.

M. COMBETTE, secrétaire de la Société académique de Brest, expose le résultat d'une étude générale d'un lieu géométrique dont on n'a point encore fait mention, et qui peut ajouter à la théorie générale des polygones.

M. H. LIOOS, lieutenant au 75e de ligne, en résidence à Lille, présente une méthode d'expérimentation pour déterminer les lois générales de la résistance de l'air dans les cas de grandes vitesses.

M. CROULLEBOIS, délégué de l'Académie de Clermont-Ferrand, expose la nouvelle méthode qu'il a imaginée pour déterminer l'indice de réfraction des liquides. Cette méthode est basée sur le principe des interférenees; elle consiste dans l'empoi d'un compensateur d'une forme spéciale. Il a montré qu'elle lui fournissait des résultats exacts jusqu'à la quatrième décimale inclusivement. Il l'a fait servir à l'étude des variations des indices, sous l'influence de la température; il a trouvé que l'indice de l'eau passait par un maximum, en même temps que la densité, dans le voisinage de la température de 4 degrés centigrades.

INCIDENT

A une heure et demie, S. Exc. M. le ministre de l'instruction publique entre dans la salle et vient occuper le fauteuil de la présidence.

En ce moment, l'amphithéâtre est rempli d'étais qui soutiennent les planchers en mauvais état de la trop vieille Sorbonne. M. le ministre constate le triste aspect des pièces dans lesquelles on en est réduit à recevoir les délégués des sociétés savantes des départements.

M. le président rappelle que, dès l'année 1838, la nécessité de reconstruire la Sorbonne était devenue évidente, et qu'à cette époque même des plans ont été dressés. Or l'état des anciennes constructions, déjà déplorables il y a tente-deux ans, s'est profondément aggravé. Il y a donc là une situation dont il importe de se préoccuper.

M. le ministre, se fondant sur l'intérêt que les pouvoirs publics portent aux sciences, a l'espérance qu'il sera fait droit aux vœux légitimes des hommes d'étude.

COMMUNICATIONS

La parole est donnée à M. Béchamp, de l'Académie des sciences et belles-lettres de Montpellier.

M. BÉCHAMP communique les résultats les plus importants de ses recherches sur les microzymes géologiques, et s'efforce de démontrer qu'ils sont les restes des êtres qui ont vécu dans les calcaires qu'il a étudiés. Il insiste surtout sur l'analogie fonctionnelle qu'il a constatée entre les microzymes des calcaires des diverses époques géologiques et des microzymes ou granulations moléculaires et organisées des êtres actuellement vivants.

M. LEYMERIE, de l'Académie de Toulouse, présente une coupe géologique des Pyrénées, et fait l'exposition des caractères les plus remarquables des terrains que cette coupe met en évidence.

M. le ministre exprime le regret d'être obligé de quitter la séance, et, s'étant levé, il témoigne, dans une chaleureuse allocution, de ses sympathies pour les études scientifiques. L'assemblée entière y répond par des applaudissements.

M. SIMONIN, professeur à l'école de médecine de Nancy, donne les résultats d'une pratique de trente-quatre années dans le même hôpital, au point de vue des comparaisons entre les résultats des grandes opérations pratiquées par lui, sans l'emploi des agents anesthésiques modernes, et les résultats définitifs des opérations également faites par lui, après l'emploi de ces agents.

Les opérations à comparer sont au nombre de 250.

L'auteur a le soin de faire connaître la mauvaise topographie de l'hôpital de Nancy, et il expose les modifications successives apportées dans le pansement des amputés, et sa théorie d'opération immédiate lors des hernies étranglées.

Il n'est pas possible d'entrer dans le détail des comparaisons qui se rapportent à chaque groupe d'opérations, et pour donner l'idée de l'importance du travail et des heureux résultats des opérations après l'emploi de l'éther ou du chloroforme, il suffira de citer les trois comparaisons suivantes :

Amputation de la cuisse. — Sans l'emploi des anesthésiques, 7 amputations, 4 morts : 57 0/0.

Après l'emploi des anesthésiques, 23 amputations, 8 morts : 35 0/0.

Amputation de la jambe. — Sans l'emploi des anesthésiques, 11 amputations, 5 morts : 45 0/0.

Après l'emploi des anesthésiques, 14 amputations, 3 morts : 21 0/0.

Hernie étranglée. — Sans l'emploi des anesthésiques, 25 opérations, 9 morts : 36 p. 100.

Après l'emploi des anesthésiques, 10 opérations, 1 mort : 10 p. 100.

M. RENARD, de l'Académie de Stanislas, de Nancy, traite les lois des actions calorifiques produites par l'électricité, et réciproquement, de l'électricité produite par les actions calorifiques, expliquées dans l'hypothèse d'un seul fluide condensateur.

M. SAINT-LOU, de la Société des sciences naturelles de Strasbourg, s'occupe du mouvement des projectiles sphériques dans l'air, en admettant que, conformément aux expériences des sommissions des principes du tir, la résistance de l'air est proportionnelle au cube de la vitesse.

M. ISIDORE PIERRE, de la Société d'agriculture de Caen, fait part de ses plus récentes observations sur les produits de la distillation des alcools de betterave et de mélasse.

Ils contiennent toujours de l'aldéhyde, de l'alcool propylique, de l'alcool butyrique et de l'éther acétique.

Les deux premières substances sont des anesthésiques extrêmement énergiques. Les propriétés physiologiques des deux autres ne sont pas encore connues, mais elles peuvent être pour quelque chose dans les accidents du jour en jour plus fréquents produits par l'alcoolisation.

L'auteur s'est assuré, par des réactions très-variées, que les alcools dont il vient d'être question sont des espèces chimiques bien définies, et que leurs proportions dans les alcools du commerce ne ont pas entièrement négligeables.

L'auteur présente encore quelques considérations sur le groupement des principaux alcools et de leurs dérivés analogues, d'après leurs forces élastiques et leur température d'ébullition; ils paraissent susceptibles d'être réunis par groupes de deux : alcools méthylique et éthylique, alcools propylique et butyrique, etc.

M. DUVAL-JOUVE, de l'Académie de Montpellier, soumet à l'examen de la réunion les planches d'un mémoire en voie de publication, ayant pour titre : *Étude anatomique de quelques graminées, et en particulier des agropyrum de l'Hérault*. Il expose que l'étude anatomique des feuilles et des rhizomes des graminées lui ayant montré des différences profondes, il pensa à rechercher ces différences entre les espèces d'un même genre, et qu'il a pu ainsi trouver des caractères spécifiques nouveaux et très-déterminés dans la disposition des éléments constitutifs des rhizomes et des feuilles des agropyrum.

M. MORREN expose la suite des expériences qu'il a faites sur des écrans d'acide sulfureux liquide; la lumière solaire concentrée qui les traverse décompose encore l'acide sulfureux gazeux, contrairement aux prévisions de plusieurs savants anglais.

Séance du 22 avril. — Présidence de M. LE VERRIER.

COMMUNICATIONS

M. LE JOLIS, de la Société des sciences naturelles de Cherbourg, présente quelques observations sur deux espèces d'algues marins appartenant au genre *Laminaria*, et qui avaient été confondues par tous les algologues. Il met sous les yeux de l'assemblée des échantillons revivifiés des deux types, et indique les principaux caractères organographiques et anatomiques qui distinguent les deux plantes, ainsi que leur mode de végétation et de développement, différent dans chacune d'elles. Tous ces caractères se réunissent pour montrer que l'on a affaire ici à deux espèces parfaitement fixées.

M. OGIER WARD, de la Société linnéenne de Normandie, expose le résultat de nombreuses observations sur les coquilles fossiles des céphalopodes. Il s'attache à fournir les preuves que la plupart des coquilles cloisonnées des céphalophodes étaient renfermées dans le corps même de l'animal, comme on le remarque dans la spirule de nos mers.

M. PROSPER PIMONT, de l'Académie de Rouen, qui, l'année dernière, avait signalé un procédé de nature à préserver les murailles des inconvénients de l'humidité, donne de nouveaux détails à ce sujet.

Entre l'application du calorifuge (c'est le nom de la substance employée par l'auteur) et la muraille humide ou salpêtrée, il laisse un espace vide dans lequel il établit un courant d'air pris extérieurement, à l'une des extrémités de l'appartement, et ayant son dégagement à l'autre extrémité. Par cette combinaison du calorifuge avec cette circulation d'air, se trouve résolue cette question si importante pour la salubrité des habitations : la garantie contre l'humidité provenant soit du sol, soit des murs salpêtrés.

M. CHASSAGNY, de Lyon, expose que la syphilis vaccinale et la vaccination animale ont exercé une influence fâcheuse sur la vaccine et sur la conservation du vaccin. Sans rien préjuger sur l'existence de la syphilis vaccinale et sur la valeur relative du cowpox et du vaccin jennérien, M. Chassagny constate un fait acquis, c'est que de tous les points de la France il s'est élevé une série de réclamations à propos de la difficulté de se procurer du vaccin, et sur le peu de sécurité que donne le procédé admis de recueillir ce virus sur des plaques de verre.

Il pense qu'il est urgent de revenir à la conservation à l'aide des tubes, et il indique une série de moyens pour faciliter cette cueillette, de la rendre très-productive sans y consacrer beaucoup de temps.

Ces moyens commencent à l'inoculation, pour finir à l'introduction du virus dans les tubes et le lutage de ces derniers.

Il importe, pour ne pas irriter l'enfant et ne pas trop impressionner la mère, que l'inoculation soit faite rapidement et sans tâtonnement.

Il présente un instrument qui, une fois chargé, en le présentant à la source du vaccin, peut faire deux ou trois vaccinations sans retourner au vaccinisme, et par l'action seule de l'appuyer sur la peau de l'enfant.

M. Chassagny montre ensuite des tubes qui, accouplés dix a dix sur des appareils spéciaux, se remplissent avec la plus grande facilité, pour être ensuite lutés tous à la fois en les trempant dans un mélange d'amidon et de gomme qui forme au bout de chacun une petite boule complétement imperméable.

M. P. AYMARD, de la Société d'agriculture de Lyon, s'occupe de la question de la sériciculture; il constate qu'une amélioration s'est produite par suite de l'emploi du procédé recommandé par M. Pasteur, mais il estime que la prudence exige qu'on ne cesse d'encourager l'importation des graines du Japon.

M. RAULIN, de la Société linnéenne de Bordeaux, rend compte d'un mémoire sur l'époque préhistorique dans le département de la Creuse, par M. de Cessac, président de la Société des sciences naturelles et archéologiques de Guéret, qui a été empêché d'assister aux réunions.

M. SIRODOT, de l'Académie de Rennes, expose les résultats d'observations très-délicates sur les végétaux inférieurs du genre *Lemanea*, qui appartient à la famille des algues. L'auteur met sous les yeux de l'assemblée des dessins exécutés avec une remarquable précision.

MM. FELTZ et RITTER, de Strasbourg, présentent une étude sur l'action des divers principes de la bile sur l'organisme.

M. FAIVRE, de l'Académie de Lyon, communique des expériences sur la végétation du mûrier, de la chute au renouvellement des feuilles.

Il établit que si l'on bouture des rameaux de mûrier sous la tannée, dans une serre à multiplication, on voit aisément se former des bourrelets non-seulement à la partie inférieure des coupes, mais même à la partie supérieure et aux deux lèvres des incisions annulaires que l'on peut pratiquer.

La matière des bourrelets à exsudation a particulièrement son siége dans l'écorce; on le prouve en bouturant des rameaux dont toute la partie ligneuse a été enlevée, ou en bouturant des zones d'écorce isolées du bois; on constate alors la formation de bourrelets et l'exsudation.

Lorsque le bois est entièrement dépourvu d'écorce, il ne forme ni exsudation ni bourrelets.

Si on a laissé se développer sur un rameau bouturé des pousses vigoureuses, qu'on fasse ensuite, au-dessous des pousses, une incision annulaire, des bourrelets ne s'y montrent plus; il y a eu en quelque sorte depuis de la matière accumulée.

M. Faivre prouve, par diverses expériences, que la pousse des bourgeons sur les boutures a lieu à deux conditions : 1° absorption de l'eau, laquelle peut avoir lieu par le bois et par l'écorce; 2° concours de matières accumulées dans le bois et l'écorce; ni l'écorce sans le bois, ni le bois sans l'écorce ne peuvent développer les pousses.

M. Faivre fait ressortir de ses expériences trois conséquences générales.

La première est relative aux rapports intimes entre les conditions de la germination et du développement des boutures.

La seconde a trait aux limites dans lesquelles on doit considérer les développements consécutifs aux ligatures et la formation des bourrelets comme établissant la réalité de la séve descendante. Pendant l'hiver, on voit les bourrelets se former en l'absence de feuilles et de bourgeons; on les voit se former aisément sur des lambeaux d'écorce sans yeux, isolés de toutes parts; on les voit se développer aussi volumineux à une incision faite à 1 centimètre au-dessous d'une coupe, qu'à une incision faite à quelques décimètres de distance d'une extrémité. Dans ces conditions, les bourrelets se forment, non parce que la séve descend, mais par l'accumulation de la matière en dépôt sous les couches corticales.

Une troisième conséquence générale est relative au développement des parties organiques qui peut s'opérer par le seul fait de la séve de la brute, c'est-à-dire de l'eau du sol et des matières renfermées dans la plante.

Des rameaux de mûrier, mis dans du sable calciné et arrosé avec de l'eau distillée, y développent, comme dans les conditions ordinaires, les divers organes de la végétation, et même les rameaux fructifères.

M. CHERVIN présente une statistique du bégaiement dont, voici la conclusion :

En quinze ans, 10,148 conscrits ont été exonérés du service militaire pour cause de bégaiement. Les conscrits exonérés ont été remplacés par 10,148 jeunes gens qui seraient restés dans leur familles si le bégaiement n'avait pas été admis comme cas de réforme; or, les cas de réforme constituent en quelque sorte des priviléges dont souffre la majorité des individus; il faut les réduire autant que possible. Et nous partons de là pour demander la suppression des cas de réforme dont le bégaiement est l'objet, prouvant que cette infirmité peut se guérir par des exercices de langage, et sollicitant des écoles spéciales pour les bègues.

La guérison des bègues par la méthode Chervin ne comporte ni remède, ni opération, ni l'emploi d'aucun instrument dans la bouche. Cette méthode est basée sur les règles ordinaires de la prononciation. Par une imitation attentive et constante, l'élève arrive à s'approprier la diction du professeur. L'exercice le fortifie dans cette nouvelle manière de parler, qui devient pour lui facile et naturelle. Le cours dure vingt jours. La première semaine est employée à rompre avec le bégaiement, la seconde à contracter un langage facile et naturel, la troisième à fortifier ce nouveau langage.

M. RAULIN, de la Société linnéenne de Bordeaux, fait une communication sur le *Régime pluvial des Alpes françaises*. Ces montagnes, qui contribuent à établir la séparation entre les grands bassins du nord de l'Europe et de la Méditerranée, ont un régime pluvial semblable, non à celui de l'Europe septentrionale et de la Sibérie, mais bien à celui de la région méditerranéenne adjacente, caractérisé par la faible quantité des pluies d'été et la prépondérance de celles d'automne. C'est ce qui résulte des séries d'observations faites au grand Saint-Bernard, à Embrun, Gap, Serres, Die, Barcelonnette, Digne, Manosque et Castellane.

M. MASURE, d'Orléans, fait un exposé très-complet des observations pluviométriques dans le département du Loiret, enregistrées depuis le 1er mars jusqu'au 28 février 1870. Il insiste sur les quantités de pluie très-différentes dans des localités voisines, et sur l'influence des forêts.

M. LE VERRIER présente, à l'occasion de cette communication, des considérations sur les procédés à suivre pour les observations pluviométriques, et il s'applique à faire ressortir la nécessité d'entrer dans les détails et de comparer les phénomènes dans des localités très-voisines. Pour l'instant, il n'en veut d'autre preuve que les résultats signalés dans le Loiret par M. Masure.

M. COTTEAU, de la Société des sciences naturelles et historiques du département de l'Yonne, expose ses observations sur les échinodermes des terrains jurassiques et crétacés.

Le même membre, au nom de l'auteur, M. Nicaise, de la Société de climatologie algérienne, donne un aperçu d'un mémoire sur les fossiles recueillis dans la province d'Alger.

M. GODEFROY, de Châteauroux, rend compte de nombreuses expériences sur la nutrition du froment dans le sable calciné et sur les effets des agents chimiques sur la végétation.

M. ISIDORE PIERRE adresse quelques questions sur la valeur des rendements de blé obtenus dans les expériences de l'auteur. Il est répondu que les grains, nombreux, sont restés petits.

M. CAVE, de Dijon, offre un ouvrage récent qu'il vient de publier : *Cours élémentaire de botanique*.

M. ISIDORE PIERRE rend un compte verbal sommaire sur un travail présenté par un instituteur de l'arrondissement de Cherbourg.

Ce mémoire, qui avait été rédigé par l'auteur en vue d'un concours, est un travail de statistique agricole locale, bien fait d'ailleurs, mais peu susceptible d'analyse. Il prouve que, dans ce pays encore un peu sauvage de la Hague, il se trouve des hommes dévoués qui ne tarderont pas à l'amener au même degré de civilisation que les autres parties de cet important département.

M. Isidore Pierre rend compte verbalement d'un travail adressé par M. Quénault, sous-préfet honoraire, sur les envahissements de la mer sur les côtes de Bretagne et du Calvados.

Après avoir rappelé les légendes locales et les cartulaires des établissements religieux du pays, à l'appui de sa thèse, M. Quénault signale des souches d'arbres de diverses essences trouvées en place et debout, à 13 mètres au-dessous du niveau des hautes marées, troncs qu'il suppose avoir appartenu à la forêt de Sciey, qui s'étendait bien au delà du mont Saint-Michel.

Séance du 23 avril. — Présidence de S. Exc. M. MAURICE RICHARD.

Distribution des récompenses.

Les intéressantes réunions dont nous venons de reproduire les traits principaux, montrent combien la province conserve précieusement ses traditions scientifiques. Le moment des récompenses était arrivé, et nous sommes heureux d'enregistrer le nom des lauréats.

Médailles d'or: MM. Filhol, Godron et Armand David.

Médailles d'argent : MM. Aoust, Résal, Micé, Resensthiel, Dumourier, Mallard, de Rouville, Drouet et Leprieur.

Officiers d'académie : MM. Deslonchamps, Desmoulins. Duchassaing de Fontbressin, Durieu de Maisonneuve, Aimé de Soland.

S. Exc. M. Maurice Richard a clos la séance par la proclamation au grade d'*officier de la Légion d'honneur* de M. Schimper, professeur à la Faculté des sciences de Strasbourg.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 30 mars 1870. — Présidence de M. ALPH. GUÉRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine : L'*Art dentaire*; — Le *Marseille médical*.

— *Ablazione completa intrabuccale et sotto periostea della mascella inferiore* del prof. Fr. Rizzoli. — Bologne, 1863, grand in-4°.

— *De la septicémie chirurgicale aiguë*. Thèse inaugurale, Strasbourg, 1870, par Alb. Blum.

— *De la désarticulation scapulo-humérale*. Thèse inaugurale, par J.-G. Chambaud, Paris, 1870.

— M. Larrey offre à la Société deux volumes de *Mémoires de l'Institut* et une série de *brochures de chirurgie*. — Remerciments.

Discussion sur le chloral.

M. DEMARQUAY. Je viens de recevoir dans mon service un homme qui depuis un mois et deux jours est sujet à une insomnie continue. Je le trouvai très-excité, et l'opium n'ayant fait qu'augmenter l'excitation, je lui ai administré du chloral. *Neuf* grammes de cette substance prise dans la journée procurèrent un sommeil de plusieurs heures, et depuis trois jours que l'on continue cette médication, le calme est complet.

M. VERNEUIL. Avant de répondre aux objections qui m'ont été faites dans la dernière séance, je demanderai à la Société la permission de lui communiquer certains documents nouvellement produits relatifs à des guérisons de *delirium tremens* et d'éclampsie par le chloral.

M. B. V. Langenbeck, dans le *Berlin Klin Wochenschrift* pour 1869, publie l'observation d'une femme de 40 ans qui, s'étant faite une fracture de l'avant-bras, fut prise de *delirium tremens* d'origine alcoolique. L'opium et la morphine ayant échoués pour l'apaiser, Langenbeck fit deux injections sous-cutanées d'hydrate de chloral, de *deux* grammes chacune, en même temps qu'il administra *quatre* grammes de chloral en potion. La malade tomba dans un profond sommeil qui dura jusqu'au lendemain. Le second jour, vers le soir, on prescrit une nouvelle potion au chloral et le *delirium tremens* disparaît sans retour.

M. Chapman relate, dans le *Medical Times* du 2 novembre 1869, l'histoire d'un homme de 60 ans, ivrogne de profession, et qui déjà avait eu cinq attaques de *delirium tremens* en cinq ans.

L'opium réussit tout d'abord, mais une rechute étant survenue quelques jours plus tard, et l'opium devenant insuffisant, Chapman administra *trente* grains d'hydrate de chloral, puis *vingt*, en tout *cinquante*, qui firent cesser définitivement le délire.

Nous ne ferons que citer un cas de tétanos traumatique traité par Langenbeck à l'aide du chloral, et dont on trouve une simple mention dans le *Schmidt's Jahrbücher*. L'auteur paraît, du reste, en avoir retiré de bons effets, puisque en parlant de la médication, il dit « *die besten Heil-Erfolge*. »

Relativement à l'*éclampsie*, Rabl-Rückard (voy. *Berlin Klin Wochenschrift* 1869 et *Union médicale*, 5 février 1870) fait connaître deux faits de guérison par le chloral.

Dans le 1er cas, les attaques qui se sont montrées au début du travail et se répétaient depuis six heures déjà, cédèrent à une in-

jection sous-cutanée de *deux* grammes de chloral, suivie de quatre autres injections de *un* gramme, faites dans l'espace de 20 heures.

Dans un second fait, l'éclampsie durait depuis 20 heures. Une double injection de *deux* grammes chacune de chloral mit fin aux attaques.

Enfin, dans un troisième fait, l'auteur n'a pas été aussi satisfait des résultats fournis par le chloral.

Revenant au tétanos, je rappellerai que dans certaines localités, et sous certaines latitudes, on observe plus souvent qu'à Paris cette redoutable complication des plaies.

C'est ainsi que mon ancien condisciple, M. Thomas, a eu l'occasion d'observer à Nevers 14 cas de tétanos à lui tout seul, alors qu'à Paris, tant en ville qu'à l'hôpital, je n'ai eu à traiter jusqu'ici que cinq à six tétaniques.

Sans aller loin, il paraît que dans le département des Deux-Sèvres, le tétanos sévit fréquemment.

Tout le monde sait, d'ailleurs, combien le tétanos est commun dans le nord, et surtout dans les contrées équatoriales. Mais laissant de côté toutes ces questions de localité, j'arrive aux objections qui m'ont été faites à la suite de ma communication, dans notre dernière séance.

M. Desprès nous a dit que la guérison spontanée du tétanos subaigu est aux insuccès comme 1 est à 9. Je ne sais véritablement pas où il a pu puiser les éléments de cette statistique, attendu que si l'on s'empresse de publier les cas de guérison de tétanos, il n'est pas douteux que le plus grand nombre de ceux qui se sont terminés par la mort restent dans l'ombre.

Notre collègue semble croire que la forme chronique guérit toute seule, ce en quoi il est en communion d'idées avec Billroth. Mais il oublie, sans doute, que fort souvent le contraire a lieu; preuve, l'exemple cité dans la dernière séance par M. Demarquay, et terminé par la mort; preuve encore, mon malade et celui de Dubreuil et Onimus, qui ont manqué périr plusieurs fois, et qui seraient morts très-certainement si on n'était pas intervenu à temps.

M. Desprès ne voudra pas, sans doute, abandonner les tétaniques sans secours, mais sommes-nous déjà si armés contre cette terrible affection pour qu'il soit inutile que nous cherchions à mieux faire!

Les succès que j'ai obtenus, celui de Longenbeck et d'Onimus, nous encouragent à poursuivre l'emploi du chloral, et c'est à l'avenir qu'appartient de juger définitivement la valeur réelle de cet agent thérapeutique.

M. Desprès fait du chloral un soporifique tout comme un autre. Qu'il me permette de lui faire observer que ce médicament est en outre analgésique et anti-tétanique, et c'est précisément parce qu'il réunit à lui ces trois qualités qu'il me paraît devoir convenir au traitement du tétanos.

Notre collègue semble vouloir admettre deux espèces distinctes de tétanos: l'une, à forme lente et susceptible de guérison; l'autre, au contraire, à marche rapide et essentiellement mortelle.

Pour mon compte, je crois qu'il y a des tétanos variant quant au siége et à l'étendue, mais non dans leur nature, qui est toujours la même, à savoir une action excito-matrice réflexe.

Tantôt, en effet, il s'agit d'un simple spasme au voisinage de la partie lésée; d'autres fois on a affaire au tétanos plus ou moins généralisé.

De même, tant que le tétanos se borne aux muscles extérieurs des membres, il n'offre aucune gravité. Mais supposez un instant que les muscles de la mastication et de la respiration viennent à se prendre, et alors, le pronostic devient des plus fâcheux.

Je ne veux point soutenir ici que dans le tétanos il n'y ait aucune altération matérielle soit dans la composition du sang, soit dans les centres nerveux. Au contraire, la température peut, dans le tétanos à marche rapide, monter jusqu'à 40 degrés, et des altérations des centres ont été rencontrées alors que la maladie a duré depuis quelque temps. Seulement, ainsi que je le disais dans la dernière séance, il est fortement à croire qu'il s'agit plutôt là de lésions consécutives.

Quoi qu'il en soit, trois éléments doivent être pris en considération dans le traitement du tétanos, à savoir : la *douleur*, la *prolongation de la contraction*, et enfin les *altérations du sang et des centres nerveux*.

Le chloral s'adresse à l'élément douleur et à l'excitabilité réflexe de la moelle; de là, le calme et la détente musculaire qu'il procure à la longue.

Que si des muscles importants à la vie étaient tétanisés, le malade est sous le coup d'un danger imminent, auquel cas il faut, à l'exemple de MM. Laveau, Dubreuil et Onimus, faire cesser la contraction sur le champ, à l'aide des courants continus.

M. DESPRÈS. Répéter avec les physiologistes et M. Verneuil, que le tétanos est une action réflexe, ce n'est pas indiquer la cause première du mal, qui, à mon sens, est une altération de la substance des nerfs et de la moelle.

A mon avis, ce qui différentie le tétanos traumatique du spontané, c'est la plaie qui a causé une lésion nerveuse plus profonde, et le danger, dans certains cas graves, dépend d'un élément infectieux se surajoutant au traumatisme : témoin la fièvre avec frisson initial, qui annoncent parfois le début des tétanos promptement suivis de mort.

Ainsi, c'est à une espèce de putridité des plaies contuses et à une résorption qu'il faut attribuer l'origine de ces tétanos très-graves. Mais à côté de ces tétanos, il y en a de benins, comme le sont les tétanos spontanés.

Le malade de M. Verneuil était atteint d'un de ces tétanos à marche lente, qui sont susceptibles de guérison par une foule de moyens. Je prendrai à témoin le trismus qui a duré trois jours, sans qu'aucun autre muscle participât à la contracture, et ce ne fut que progressivement et à la longue que d'autres parties du corps se sont convulsées.

Je dirai, à ce propos, qu'en admettant même que l'électricité ou tout autre agent fasse cesser l'état tétanique des muscles, pris au début du mal, cela n'empêche en rien que les autres muscles ne s'affectent à leur tour.

Velpeau avait démontré, en effet, que dans le tétanos à marche lente, seul susceptible de guérison, un muscle est pris, puis un autre, pendant que celui-ci se relâche, et ainsi de suite. Or, il est à noter que dans le fait de M. Verneuil, la maladie a suivi précisément cette marche, sans qu'il faille en faire l'honneur au chloral.

En disant que le chloral n'avait qu'une action tout comme les autres médicaments somnifères, j'ai voulu établir par là que l'action spéciale sur le tétanos ne nous paraissait pas démontrée.

Sans doute, je ne blâme pas l'emploi du chloral, seulement je demanderais aux expérimentateurs moins d'enthousiasme pour ce nouveau moyen, qui pourra finir par échouer comme tant d'autres.

Si, ainsi que l'a rappelé M. Verneuil, le chloral est considéré par M. Liébreich comme le meilleur contre-poison de la strychnine, et réciproquement, il ne faudrait pas oublier que le curare, l'ésérine, la belladone, l'opium, etc., ont été vantés aussi comme d'excellents antidotes de la strychnine.

Du reste, l'action anesthésique du chloral est loin d'être prouvée, attendu que les malades ressentent le pincement et la douleur. Rien ne prouve non plus qu'il abolisse, ou seulement qu'il diminue les actions réflexes.

Je pourrais passer pour paradoxal, comme me l'a reproché M. Verneuil dans son discours, ce qui ne m'empêchera pas de confesser ici, que je ne suis nullement satisfait de la marche suivie par la médecine contemporaine allant à la recherche de nouveaux médicaments spécifiques. Le progrès, c'est dans la recherche de médications, et non dans la recherche d'une médication spécifique. Je suis, on le voit dans cette circonstance, l'ennemi de la spécificité du chloral, tout comme je l'ai été et je le suis toujours, de celle du mercure dans le traitement de la syphilis.

M. DEMARQUAY. Je serai plus réservé que M. Verneuil au sujet de l'explication qu'il faut donner à l'action du chloral sur le tétanos.

Le froid me paraît jouer dans l'étiologie de cette affection un rôle prépondérant. C'est pourquoi j'ai proscrit, pour mon compte, les irrigations continues d'eau froide, du traitement des grands traumatismes des membres inférieurs. L'année dernière encore, j'ai vu la mort par tétanos survenir chez deux malades de la ville qu'on avait soumis, malgré mon avis, aux irrigations d'eau froide. Je saisis donc cette occasion pour protester une fois de plus contre l'emploi des irrigations continues en pareilles circonstances.

M. LIÉGEOIS. Je conserve des doutes au sujet des propriétés analgésiques du chloral, et relativement aux altérations du sang mentionnées par Billroth et Roser, je voudrais savoir si elles ne se bornent à une altération veineuse par la gêne respiratoire, ainsi que je le pense.

J'ai institué, ces jours derniers, des expériences concernant l'antagonisme du chloral et de la strychnine, et voici à quels résultats je suis arrivé.

Un lapin a le nerf sciatique coupé, après quoi je lui injecte *deux* milligrammes de strychnine en deux fois, dose qui tue constamment ces animaux.

Un autre lapin du même poids, mais qui n'a pas le sciatique coupé, reçoit la même dose de poison.

Chez le premier lapin, les accidents se montrent dix minutes plus tôt, ce qui tient à l'excitation morbide que le centre médullo-spinal reçoit du nerf coupé. Je pratique alors et avec de grands ménagements, afin d'éviter une attaque qui aurait pu tuer l'animal, une injection sous-cutanée de *vingt-cinq* centigrammes d'hydrate de chloral. Dix minutes après cette injection, on pouvait lever l'animal sans provoquer chez lui de convulsions; au bout de vingt minutes, quelle que fût l'excitation, on ne parvenait à reproduire le tétanos. L'animal finit par se rétablir complétement dans la journée, et fut sacrifié le lendemain à d'autres expériences.

Chez le second lapin, avant de pratiquer une double injection de *vingt* centigrammes de chloral, puis de *trente*, je tétanisais l'animal en le laissant tomber de haut. L'animal a survécu ainsi *deux heures*, pendant lesquelles il était en mort apparente. La respiration et le cœur continuaient de fonctionner pendant tout ce temps, grâce au chloral, alors qu'il n'y avait plus trace de mouvements réflexes ou volontaires.

Retournant l'expérience, je débutais par administrer *quatre* grammes de chloral en quatre fois. Dans ces circonstances, au lieu de *un* milligramme et demi, il en a fallu donner *trois* milligramms de strychnine pour empoisonner l'animal. Une autre fois, après avoir donné *cinquante* centigrammes de chloral, j'administrais *un* milligramme et demi de strychnine, qui donna bien des convulsions, mais n'empêcha pas l'animal de se rétablir promptement.

Ces expériences démontrent l'antagonisme réel des deux substances, mais ne nous permettent, je m'empresse à le reconnaître, de tirer aucune conclusion relativement au tétanos. C'est que, en effet, l'action du chloral se borne à activer l'élimination de la strychnine, tandis que nous ignorons absolument quel est l'élément pathogénique du tétanos, et dès lors comment cette substance peut agir sur les altérations survenues dans la substance de la moelle.

COMMUNICATIONS

Luxation en dehors de la rotule. Irréductibilité par les méthodes ordinaires. Réduction facile à l'aide d'une double érigne implantée à la face antérieure de la rotule. — M. S. DUPLAY lit l'observation suivante :

Un homme de 25 ans, très-solidement musclé, entre le 9 mars 1870, à l'hôpital Beaujon, salle Saint-Vincent-de-Paul, n° 24.

La veille, cet homme, portant sur ses épaules un sac d'avoine du poids de 40 kilogrammes environ, fit une chute dans laquelle le genou gauche vint heurter violemment contre le bord d'une cloison de briques. Le blessé roula à terre et ne put se relever. Il fut immédiatement conduit à l'hôpital.

A la visite du lendemain, je trouve le genou médiocrement tuméfié, mais présentant une déformation caractéristique. Il est aplati d'avant en arrière, élargi transversalement.

Le condyle interne du fémur fait une saillie en dedans; le condyle externe est masqué par la rotule déplacée. La face antérieure de celle-ci regarde en dedans; son bord externe, porté en dehors, fait une forte saillie en avant; son bord interne, impossible à sentir, est profondément situé et repose manifestement sur l'espace intercondylien du fémur. Le ligament rotulien, fortement tendu et saillant, se porte obliquement de bas en haut et de dedans en dehors. La jambe est dans l'extension complète; la flexion est à peu près impossible, et lorsqu'on cherche à la produire, on éprouve une résistance considérable, et le malade témoigne une vive douleur.

Après avoir administré le chloroforme et obtenu la résolution musculaire, j'essaie la réduction par le procédé de Valentin, en élevant le membre inférieur jusqu'à angle droit sur le bassin, et en cherchant à repousser le bord externe de la rotule soit avec les doigts, soit avec la paume de la main.

Je tente ensuite la flexion brusque de la jambe sur la cuisse. La rotule reste immobile; il est absolument impossible de dégager son bord interne, qui paraît solidement enclavé dans le creux intercondylien.

Le 10 mars, je répète les mêmes tentatives sans obtenir un meilleur résultat.

Dès lors, je demeure convaincu que la réduction ne sera possible qu'à la condition d'attirer en avant, par un moyen direct, le bord interne de la rotule, de manière à le dégager du creux intercondylien et à lui permettre de repasser en avant du condyle interne.

Le même résultat aurait pu être obtenu en agissant sur la rotule à l'aide d'un levier introduit sous la face postérieure de l'os. Mais, quoique cette méthode ait été employée par Moreau, le danger de l'ouverture de l'articulation devait éloigner de moi toute pensée de recourir à ce moyen.

Voici donc celui que j'employai : une double érigne, très-solide, représentant assez bien les griffes de Malgaigne pour la fracture de la rotule, fut enfoncée à travers les téguments de la face antérieure du genou, au voisinage du bord interne de la rotule, et solidement implantée à la face antérieure de l'os. Par un effort énergique, j'attirai la rotule en avant, et la luxation fut immédiatement réduite. Le malade, préalablement chloroformé, n'avait ressenti aucune douleur.

Le membre fut placé dans une gouttière et maintenu dans l'extension. Quoique certain de n'avoir pas pénétré dans l'intérieur de l'articulation, je recouvris d'une petite pièce de linge enduite de collodion les piqûres résultant de l'introduction des griffes, et je fis appliquer de la glace en permanence sur le genou.

Les jours suivants, un léger épanchement intra-articulaire se produit, mais l'articulation reste indolente, sans chaleur; il n'y a aucune réaction générale.

La glace est supprimée au bout de deux jours; on lui substitue des cataplasmes froids.

Le quatrième jour, les piqûres sont entièrement cicatrisées. L'épanchement a déjà considérablement diminué.

Aujourd'hui, dix jours après l'opération, l'articulation est parfaitement saine, la rotule est mobile au devant du fémur, comme à l'état normal. Le malade pourrait se lever, cependant je lui ferai garder le repos pendant quelque temps encore.

M. PERRIN lit l'observation suivante, recueillie dans son service par M. Pagès :

Rétinite leucocythémique diagnostiquée pendant la vie. — Mort. Autopsie. — Le nommé S... (Charles), soldat au 11e régiment d'artillerie, entre à l'hôpital du Val-de-Grâce, le 21 décembre 1869, dans le service de M. le professeur Perrin.

C'est un homme de 34 ans. Interrogé sur ses antécédents, il nous apprend qu'étant en Afrique, en 1859, il a été pris de fièvres intermittentes à type quotidien qui ont duré quatre mois. Elles ont cédé au sulfate de quinine. L'année suivante, il a 3 ou 4 accès isolés à des intervalles de 2 ou 3 mois, et qui ont disparu sans traitement. Depuis cette époque, sa santé a été très-bonne.

Vers le mois de septembre 1869, son attention fut appelée par une tumeur de la grosseur du poing qu'il sentait dans le flanc gauche. Elle était douloureuse à la pression. Entré d'abord à l'hôpital de Vincennes, il fut évacué à l'hôpital du Val-de-Grâce le 2 décembre 1869.

Le malade est pâle, amaigri; le ventre présente une légère tuméfaction, du côté gauche.

A la palpation, on constate la présence d'une tumeur qui s'étend, en dedans, jusqu'à l'ombilic, et descend obliquement en bas, jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'épine iliaque. La tumeur est dure, immobile. En faisant glisser sur elle la paroi abdominale, on perçoit un certain froissement, dû probablement à des adhérences entre le péritoine et la tumeur.

A la percussion, la matité se confondait en haut avec la matité précordiale; en bas, elle s'étendait jusqu'à 3 travers de doigt au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure; en dedans, jusque sur la ligne médiane. Indépendamment de cette augmentation de volume de la rate, on constate une augmentation sensible dans les dimensions du foie, qui dépasse de 3 centimètres le bord des fausses côtes et s'étend en haut, jusqu'à la 5e côte; et, en dedans, il est impossible d'établir la ligne de séparation entre lui et le cœur.

Les ganglions de l'aine, de l'aisselle, du cou, sont sensiblement hypertrophiés.

Le malade n'a pas de fièvre; le pouls est faible, facilement dépressible.

Le nombre des pulsations varie de 60 à 65.

La respiration est normale.

L'appétit est conservé.

2 janvier. Le malade a une épistaxis. Son affaiblissement augmente; une diarrhée intense se déclare. Les selles sont au nombre de 20 à 25 dans les vingt quatre heures. (Elles sont liquides et renferment une petite quantité de sang. Le 2 janvier, on voyait flotter, au-dessus de la partie liquide, un tiers de litre environ d'une matière blanche, floconneuse, qui ressemblait assez à de la fibrine. Cette particularité ne s'est produite qu'une fois) On administre une potion avec *quatre* grammes de sous-nitrate de bismuth et *quatre* grammes de diascordium. La diarrhée persiste pendant 4 ou 5 jours, puis diminue; le malade n'a plus que 3 ou 4 selles dans les 24 heures. Son affaiblissement augmente. Tous les jours le malade a un épistaxis peu abondant. Examiné au microscope, le sang pré-

sente une grande quantité de globule blancs, dont le nombre est presque aussi considérable que celui des globules rouges.

20 *janvier*. Le malade éprouve de fortes coliques. La diarrhée reparaît. Le nombre des selles s'élève à 25 et 30 dans les 24 heures. La tumeur est toujours douloureuse à la pression; elle n'a pas sensiblement augmenté de volume.

25 *janvier*. Le malade se plaint de bourdonnements d'oreille et de violents maux de tête du côté gauche. L'ouïe s'affaiblit d'une façon très-manifeste, surtout à gauche. La vue a considérablement diminué, et le malade ne voit plus qu'à travers un brouillard.

1er *février*. La diarrhée persiste. Le nombre des selles, bien qu'il soit encore considérable, a diminué : il n'est plus que de 10 dans les 24 heures. Le malade se plaint d'une grande faiblesse; les hémorrhagies nasales se produisent tous les 2 ou 3 jours. Il éprouve une chaleur très-vive du côté de la tumeur. Le même état se prolonge jusqu'au 9 mars.

9 *mars*. La diarrhée augmente. Les selles sont au nombre de 15 dans les 24 heures. L'affaiblissement et la maigreur font tous les jours des progrès sensibles. Le caractère du malade devient très-irritable. Il se plaint toujours de ses maux de tête. Sa vue est très-affaiblie.

De l'œil gauche, il ne distingue que confusément les objets : mais il peut encore lire de l'œil droit, quoique avec peine. Pour cet œil :

L'acuité visuelle est représentée par 1/7.

A la distance de 1 pied, le champ de la vision est notablement diminué; il n'est guère plus que de 20 centimètres de rayon. Du côté de l'angle nasal, il n'est plus que de 10 centimètres.

A l'examen ophtalmoscopique, on constate des hémorrhagies rétiniennes nombreuses et plus ou moins étendues, faisant saillie sur un fond jaunâtre, où l'on voit encore des exsudats et de petites granulations grisâtres, surtout du côté de la tache jaune. Cet ensemble rappelait à l'esprit l'aspect de certaines végétations. La papille n'est pas nettement limitée et se confond presque avec le fond jaunâtre dont nous avons parlé.

Les vaisseaux ont leur calibre et leur couleur normale. Ils sont d'un beau rouge et ne présentent pas la teinte violacée signalée par Liebreich.

4 *mars*. Les maux de tête, qui jusqu'alors étaient restés localisés du côté gauche, se font sentir dans le côté droit.

Les veines sous-cutanées abdominales, distendues, se dessinent sous les téguments. Nous n'avons pas observé, depuis le commencement de la maladie, la moindre trace d'œdème ni d'ascite.

23 *mars*. L'appétit qui, jusqu'à ce moment, avait été bon, diminua très-notablement. Le malade s'affaiblit de plus en plus.

25 *mars*. La prostration est très-marquée; les douleurs de la rate persistent, ainsi que la diarrhée, et le 26 *mars*, pendant que le malade, assis sur son lit, prenait son potage, il s'affaisse et meurt.

Autopsie pratiquée avec le concours de M. le professeur Villemin, qui a bien voulu se charger de l'examen au microscope.

Rate. — Hypertrophie considérable. Longueur, 32 centimètres. Poids, 2 kil. 200. Cet immense volume résulte d'une hypertrophie simple. Le tissu est tout à fait normal au point de vue de sa structure histologique.

Foie. — Hypertrophie considérable portant sur la totalité de l'organe, dont la forme est conservée. Poids, 4 kil. 600. Le microscope ne révèle aucune altération de structure. On constate seulement la distension des vaisseaux hépatiques, dont le réseau se distingue par la couleur pâle des cellules du foie, qui paraissent plus foncées.

Reins. — Les reins sont triples de volume, sans altération de structure.

Système ganglionnaire. — Les ganglions mésentériques, inguinaux et cervicaux, sont atteints d'hypertrophie simple.

Rétine. — La rétine est opaline dans toute son étendue; sa couleur est d'un gris jaunâtre. Dans une zone circulaire située à 4 millimètres environ de la papille, on rencontre des altérations pathologiques disposées avec une certaine symétrie, et rappelant à l'esprit la disposition de certaines arborisations fines et vasculaires des affections chroniques de l'intestin. Ces productions pathologiques sont manifestement en saillie; elles sont rouges, finement mamelonnées ; on remarque, dans leur épaisseur, de petites masses grises, assez analogues aux granulations miliaires. Ces masses sont constituées par de grosses cellules graisseuses, répondant à ce que l'on appelait autrefois des *corpuscules de Gluge*.

Au milieu d'elles se voit une grande quantité de granulations graisseuses libres résultant de la dissociation des cellules. Tous ces éléments sont situés dans les couches externes de la rétine, autour de ces petites productions graisseuses, toutes distendues et remplies de globules blancs.

Ceux-ci forment des amas variables en étendue; les uns paraissent manifestement renfermés dans les vaisseaux dilatés, les autres se présentent sous la forme de masses plus diffuses qui infiltrent de grandes portions de la rétine.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

La Société de secours des amis des sciences, fondée par Thénard, tiendra sa 13e séance publique annuelle, le jeudi 28 avril à 8 heures très-précises du soir, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne.

Ordre du jour : 1° Compte rendu annuel, par M. F. Boudet, secrétaire ; 2° Sars et ses travaux, par M. Léon Vaillant ; 3° de l'Etincelle, par M. Henri Sainte-Claire Deville, de l'Institut.

La Société tient des lettres d'invitation à la disposition des personnes qui désireraient assister à la séance.

S'adresser au siége de la Société, rue de Seine, 34.

— L'établissement d'hydrothérapie d'Auxerre est à vendre, par suite de la mort du docteur Fontaine, directeur de cet établissement. S'adresser à Mme veuve Fontaine, à Auxerre.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois.. 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

C'était hier la séance des délégués, délégués des associations locales aux assises annuelles de l'Association générale des médecins de France, qui ont été tenues dimanche et lundi derniers, délégués des sociétés savantes des départements au concours général annuel de la Sorbonne, qui a eu lieu également la semaine dernière, sans compter les professeurs de nos écoles, en vacances, qui n'ont d'autre délégation que celle qu'ils se sont octroyée eux-mêmes. Il est passé en usage maintenant que l'Académie mette tous les ans à cette époque une séance ou deux à la disposition de tous ces honorables savants et visiteurs, et qu'elle leur offre courtoisement sa tribune.

C'est ce qui nous a valu hier plusieurs lectures et communications intéressantes de la part de MM. les docteurs Simonin (de Nancy), Lecadre (du Havre), Chassagny (de Lyon), et Houzé de L'Aulnoit (de Lille).

M. Simonin a rapporté un fait très-curieux de tétanos guéri par l'inhalation prolongée de doses énormes de chloroforme mélangées d'air, ou plutôt par la respiration d'un air fortement chargé de chloroforme.

La communication de M. Lecadre a un objet d'une portée et d'un intérêt beaucoup plus général, la réforme de notre système quarantenaire. Contrairement au système actuel, qui retient agglomérés les individus contaminés et ceux qui ne le sont pas encore, ou qui ne doivent point le devenir, M. Lecadre propose un système inverse, celui de la dissémination et de l'isolement des personnes contaminées. Suppression de toute quarantaine ; entrée immédiate en libre pratique de tout navire provenant d'un lieu infecté, mais à des conditions d'isolement et de soins spéciaux pour les individus, et des mesures de désinfection pour les objets, qui sont énumérées avec détails dans les propositions terminales de son travail, tel est en résumé le système proposé par M. Lecadre. Que l'appréciation qui est faite dans ce système quarantenaire actuellement en vigueur soit de tous points exacts, que les avantages que M. Lecadre attendrait de l'application de son système soient bien réels, c'est ce qu'il serait difficile de dire d'après une rapide lecture. Il y a là le sujet d'une étude sérieuse. Elle se recommande d'elle-même à M. Fauvel.

M. Houzé de L'Aulnoit, qui avait déjà publié, en 1864, un mémoire sur l'étranglement des amygdales par les piliers du voile du palais, a communiqué, sur le même sujet, un deuxième mémoire contenant de nouvelles recherches anatomiques, physiologiques et pathologiques sur la cause de cette affection. On trouvera, dans le compte rendu, les conclusions du mémoire de M. Houzé, ainsi que l'exposé des indications pratiques de l'appareil présenté à l'Académie par M. Chassagny.

Au commencement de la séance, M. Vernois a déposé, sur le bureau de l'Académie, un document très-important sur la vaccine. Nous y reviendrons incessamment.

La séance de l'Académie a été terminée par un comité secret pour la lecture du rapport sur les candidats à la place vacante dans la section de pharmacie. Ont été présentés par la section, en 1re ligne : M. Lefort; en 2e ligne : MM. Personne et Roussin ; en 3e ligne : MM. Caventou et Jeannel.

L'élection aura lieu dans la prochaine séance

Dr BROCHIN.

HOSPICE DES INCURABLES D'IVRY. — M. FÉRÉOL.

Kyste du testicule et cancer de la clavicule chez un vieillard de 78 ans, monorchide. — Mort. — Autopsie.

(Observation recueillie par M. Cauchois, interne provisoire.)

A... (Jean), âgé de 78 ans, entre le 3 janvier 1870 à l'infirmerie de l'hospice d'Ivry, pour des douleurs extrêmement vives dans le bras droit. La main du même côté est cyanosée, froide. Les douleurs suivent principalement le trajet de l'artère humérale qui semble dure au toucher. En examinant le malade au lit, on constate, au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite, une tuméfaction du volume d'une petite orange, de consistance ferme, élastique, à peine mobile et douloureuse à la pression, sans adhérence avec la peau. La clavicule est comme luxée sur le côté externe. Gêne de la respiration.

Il y a quatre mois, dit le malade, que la tumeur a commencé à se développer progressivement avec des douleurs de plus en plus accusées. Celles-ci rendent aujourd'hui l'usage du bras presque complètement impossible. Sujet petit, maigre, à peau sèche, terreuse.

Dans les bourses, un seul testicule, du volume d'un œuf de poule, qui d'ailleurs n'est soumis à aucune autre exploration que le toucher.

Le trajet inguinal droit renferme un petit corps comparable pour le volume à une aveline; sans doute, l'autre testicule est atrophié.

Les jours suivants, on observe une augmentation de la cyanose et des douleurs au membre supérieur droit : l'artère humérale se transforme en un cordon plein; la radiale, la cubitale cessent de battre; sur les deux faces de la main et de l'extrémité inférieure de l'avant-bras apparaissent de nombreuses taches de purpura; l'accablement des forces et l'oppression se prononce davantage, et le malade succombe sans délire ni frissons, le 8 janvier, cinq jours après l'entrée.

A... disait n'avoir jamais été malade; il niait tout antécédent vénérien : *marié, il avait eu plusieurs enfants.*

L'autopsie a montré qu'on avait affaire à cette forme de tumeur connue sous le nom de cancer de la clavicule (variété squirrheuse). Les symptômes si graves observés du côté du bras s'expliquaient très-bien par la présence d'un caillot rouge grisâtre adhérent dans toute l'étendue de l'artère humérale et obstruant également les artères de l'avant-bras à leur origine. La membrane interne des artères était le siége d'une vive rougeur avec ramollissement de son tissu.

Bien que la tumeur dût comprimer l'artère sous-clavière, les parois et le calibre de cette dernière n'ont présenté aucune altération, non plus que les veines. Rien à noter dans les autres organes. (Poumon, plèvre, etc...)

Les bourses, la région inguinale droite ont été disséquées. Arrêté dans le trajet inguinal, le testicule droit, évidemment atrophié, offrait l'aspect d'une aveline aplatie et discoïde. Le gauche, renfermé dans le scrotum, n'existait pas non plus en réalité. Il y avait à sa place un *kyste constitué par un liquide clair, transparent.* C'est ce kyste, présenté à la Société anatomique (séance du 4 mars 1870), sur lequel nous appelons l'attention. Il occupait dans la tunique vaginale la position normale du testicule; si l'on ajoute que, à sa surface, *l'épididyme tout entier et le canal déférent étaient intacts*, on comprendra l'erreur due à un examen superficiel.

Du volume d'un œuf de poule, ce kyste donnait à la main la sensation particulière de frémissement hydatique. Son enveloppe, d'un aspect blanc nacré, n'était autre que l'albuginée distendue. Il s'en est écoulé un liquide clair, aqueux, dans lequel le microscope n'a permis de retrouver ni cristaux, ni éléments anatomiques figurés, *ni débris de spermatozoïdes ou d'échinocoques* : rien qu'une sérosité pure et simple.

C'est dans le laboratoire de M. Cornil qu'a été pratiqué l'examen histologique des parois.

La membrane interne, limitante du kyste, lisse, polie comme une séreuse, s'énucléait assez aisément de la membrane externe sous-jacente (tunique albuginée). Sa structure encore la rapprochait des séreuses; on la trouvait constituée par deux couches de tissus : 1° *une trame profonde de nature conjonctive, très-riche en vaisseaux sanguins remplis de globules rouges*; 2° un revêtement épithélial formé par une seule rangée de *belles cellules pavimenteuses a noyau.* A l'état frais, M. Muron, interne distingué des hôpitaux, aurait observé quelques débris de tubes spermatiques entre les deux membranes dans un point correspondant à la tête de l'épididyme. Recherchés plusieurs fois depuis avec attention, ces tubes n'ont pas été retrouvés, soit dans le même point, soit ailleurs. L'épididyme et le canal déférent ne présentaient, avons-nous dit, aucune altération. Dans le liquide un peu filant que renfermait le conduit déférent nageaient quelques cellules pavimenteuses.

Sur l'une des faces du testicule droit, qui d'ailleurs présentait tous les caractères histologiques de l'atrophie glandulaire, existait une saillie pisiforme due à un petit kyste également séreux. Les vésicules séminales n'ont pas été examinées.

L'intérêt de cette observation serait évidemment de déterminer la nature en établissant la pathogénie du kyste. On écartera bien vite l'idée d'une hydrocèle testiculaire, mais il reste à savoir si l'on se trouve en face d'un ancien kyste spermatique, ou bien d'une variété de cette affection curieuse bien étudiée par A. Cooper, la maladie kystique du testicule.

Ce fait de la transformation d'une spermatocèle en kyste aqueux est une pure hypothèse, du moins, il n'y a dans la littérature médicale aucune observation qui la démontre péremptoirement : seule, l'analogie avec d'autres kystes semble lui donner quelque autorité pour les cas où la tumeur persiste pendant longtemps.

Parmi les plus remarquables de ces dégénérescences cystoïdes, se placent celles qui se développent à la surface du foie, aux dépens des conduits biliaires. Comme l'a très-clairement exposé le professeur Virchow (*Pathologie des tumeurs*, t. I, p. 253 et suiv.), une sorte de cercle vicieux semble présider à leur formation. La tumeur, dont le siége primitif est un canalicule biliaire, comprime et atrophie le parenchyme glandulaire interposé entre elle et la capsule de Glisson ; cesse par la suite de recevoir les éléments de la sécrétion hépatique et finit par ne plus renfermer qu'un liquide séreux. De même l'hydropisie de la vésicule biliaire procède généralement d'un kyste purement biliaire au début, dont le contenu se liquéfie à mesure qu'il s'accroît par la sécrétion des parois de la poche elle-même.

Les kystes muqueux, ceux de l'appendice vermiculaire surtout, nous fournissent de ces transformations les exemples les plus nombreux, les plus communs.

Serait-il donc impossible d'admettre la même série de métamorphoses pour une dilatation originaire des conduits spermatiques, devenue kyste séreux? En faveur de cette manière de voir où conduit l'analogie, se présentent et l'âge avancé du sujet (78 ans) et la structure même de la membrane limitante du kyste : cette dernière, riche en vaisseaux sanguins rapprochés de la surface, mince, lisse, semblable à une séreuse, dans un état permanent d'irritation, entretenue par la rétention, activée par la transformation du contenu. On n'oubliera pas, en outre, que c'est un exemple de monorchidie, et que le testicule valide a pu, physiologiquement, se trouver en proie à une suractivité sécrétoire, prédisposition peut-être à des altérations consécutives.

Il est regrettable que l'examen des vésicules séminales ait été négligé, peut-être aurait-il apporté quelque éclaircissement.

Toutefois, une circonstance particulière de l'autopsie semble défavorable à l'opinion qu'il s'agit d'un kyste spermatique dégénéré : c'est la présence d'un autre petit kyste pareil sur le testicule droit atrophié. Bien que le lieu d'origine de ce dernier n'ait pu être déterminé, il semble difficile, avec ce que l'on sait de l'anatomie et de la physiologie des cryptorchides, d'admettre qu'il provient de la dilatation d'un tube séminifère, avec épanchement des produits d'une sécrétion absente. De plus, on est porté à rapprocher ce fait de plusieurs cas semblables cités par Curling et son traducteur dans le *Traité des maladies du testicule*, à l'article MALADIE KYSTIQUE.

C'est d'abord un médecin, âgé de 32 ans, qui subit, après dix-huit mois de maladie, l'ablation d'un testicule offrant tous les caractères de l'affection kystique. Plusieurs mois après, il succomba lui-même à la cachexie cancéreuse, et l'autopsie montre les ganglions lombaires, le foie, le poumon envahi par des masses encéphaloïdes.

César Hawkins, cité par Curling, a également observé des tumeurs cancéreuse internes et des kystes testiculaires avec noyaux cancéreux, chez un même sujet.

Le fait suivant ressemble davantage au nôtre. Il a été observé par M. Gosselin dans la pratique de Roux et mentionné en note dans le livre de Curling (page 417).

C'était une tumeur composée de kystes nombreux, contenant une sérosité claire, *sans mélange de cartilages ni d'autres matières*, offrant tous les caractères de la maladie décrite par A. Cooper sous le nom de *maladie enkystée du testicule.* A l'œil nu, rien qui éveillât l'idée du cancer... Au bout de quelques mois, des tumeurs volumineuses s'étaient développées dans le ventre, et le malade mourut en proie à tous les symptômes de la cachexie cancéreuse.

Tout en nous gardant des comparaisons forcées, nous rappellerons que notre malade a succombé aux suites d'un cancer de la clavicule. Si maintenant on voulait rapporter à la maladie kystique la lésion testiculaire, on lui reconnaîtrait une forme spéciale, puisque dans les cas connus jusqu'ici les kystes se sont toujours montrés en plus ou moins grand nombre ; dans notre fait, il n'y a pas même d'indices d'un cloisonnement antérieur de la cavité. Enfin, nulle traces de masses cancéreuses ou enchondromateuses; absence de spermatozoïdes dans le liquide, de tubes séminifères dans la paroi; mais un réseau sanguin bien développé dans les mailles de cette dernière. Ces trois caractères appartiennent aussi à d'autres observations plus ou moins analogues à la nôtre, notamment à celle rapportée par MM. Launay et Luys sous le titre *Hydrosarcocèle*, dans les *Bulletins de la Société anatomique* pour l'année 1861.

En acceptant, pour les kystes de cette espèce, l'interprétation de Virchow qui tend à les faire naître du système lymphatique, il devient possible de concevoir l'existence d'une pareille lésion chez un vieillard de 78 ans, et sa présence concomitante, quoique à un degré moindre de développement, sur un testicule atrophié dans le trajet inguinal.

DU DIAGNOSTIC

ET DU TRAITEMENT DES ÉPANCHEMENTS DE LA PLÈVRE

PAR ASPIRATION PNEUMATIQUE SOUS-CUTANÉE.

Par M. le docteur G. Dieulafoy.

L'opération de la thoracentèse est devenue classique, et quand un épanchement est bien constaté, on plonge, sans crainte et sans danger, un trocart volumineux dans la cavité thoracique. Mais ce qui est moins classique, c'est le moyen de diagnostiquer sûrement l'épanchement, et l'évaluation même grossière de la quantité du liquide épanché. Aussi des collections assez considérables peuvent passer inaperçues; parfois, on regarde comme téméraire et inutile la ponction de la plèvre, pour l'évacuation d'un liquide qui paraît douteux ou peu abondant, et comme, d'autre part, on admet que certains sujets présentent des signes d'un épanchement sans qu'il y ait la moindre quantité de liquide, il s'ensuit qu'on réserve la thoracentèse pour les cas sans controverse, et l'on est assez mal placé, il faut en convenir, pour juger de l'opportunité d'un moyen auquel on n'a recours que faute de mieux et en dernier ressort.

Que d'hésitations dans les cas difficiles, que de badigeons à la teinture d'iode, que de vésicatoires destinés à favoriser la résorption de l'épanchement! Eh bien, posons la question franchement et sans détours. Ces différents moyens sont-ils le résultat d'une conviction thérapeutique? Je ne le pense pas. Ils nous sont inspirés par une prudence qui ressemble quelquefois à la timidité, ou par des doutes qui sont la conséquence de l'impuissance où nous sommes d'affirmer un diagnostic. Je ne vois pas, du reste, qu'il soit honteux de faire un tel aveu; nous sommes en possession de signes qui ne sont pas suffisants pour établir un diagnostic d'une façon certaine; rien n'est plus trompeur que l'égophonie; on reconnaît la pleurésie, et l'on doute souvent de la présence et de la quantité de l'épanchement; c'est alors qu'on s'arrête avec trop de complaisance à une idée qui semble mettre d'accord le traitement et l'indécision dans laquelle on se trouve, et l'on dit : « Nous devons avoir là une pleurésie avec fausses membranes. » Remarquez que cela n'exclut pas la présence du liquide, mais souvent cela exclut la thoracentèse.

On a peut-être observé des pleurésies à fausses membranes; il serait plus vrai de dire qu'il y a des fausses membranes dans beaucoup de pleurésies, ce qui n'empêche pas que certaines d'entre elles contiennent plusieurs mille grammes de liquide.

Mais plaçons la question sur son véritable terrain. Il est un point sur lequel tout le monde est d'accord, et nous croyons pouvoir affirmer sans crainte d'être contredit, que la présence d'un liquide dans la plèvre, étant à divers titres une complication toujours nuisible, on se hâterait de lui donner issue, si l'on avait à son service un moyen d'une innocuité parfaite et d'une certitude absolue, comme diagnostic et comme traitement.

Or cette question me paraît résolue par la méthode de l'*aspiration pneumatique sous-cutanée*, dont j'ai donné, dans une autre circonstance, un aperçu général, et que je vais étudier aujourd'hui dans ses applications au traitement des épanchements de la plèvre.

A cet effet, je me sers de l'aspirateur pneumatique construit par MM. Robert et Colin, successeurs de Charrière, et voici comment je trouve utile de procéder : on commence d'abord par faire le vide au moyen d'un simple tour de piston dans le corps de pompe de l'aspirateur, et l'on est dès lors en possession d'un moyen puissant, d'une aspiration énergique, qu'on pourra utiliser quand le moment sera venu. Puis, guidé par la percussion et l'auscultation, on introduit, dans l'un des espaces intercostaux correspondant à l'épanchement supposé, l'aiguille n° 2 ou n° 1, qui est d'une extrême finesse. A peine cette aiguille creuse, filiforme, a-t-elle parcouru 1 centimètre dans la profondeur des tissus, qu'on la met en rapport, soit directement, soit au moyen d'un tube de caoutchouc (d'après le conseil de M. le docteur Potain) avec le corps de pompe, dans lequel le vide est préalablement établi.

Alors, et sur ce point j'appelle toute l'attention : on ouvre le robinet correspondant de l'aspirateur, et le vide se fait par conséquent dans l'aiguille et dans le tube; on pousse peu à peu cette aiguille vers la cavité thoracique, et c'est le *vide à la main* qu'on traverse lentement les tissus et qu'on va à la découverte de l'épanchement; les yeux de l'opérateur restent fixés sur le corps de pompe en cristal; et au moment où l'aiguille rencontre le liquide, on voit celui-ci se précipiter avec force dans l'instrument, et le diagnostic est fait.

Grâce à la manœuvre que je viens d'indiquer, et ayant à son service le vide *préalable*, on est certain de ne pas outrepasser la couche liquide, ce qui a son intérêt, si elle a peu d'épaisseur; le diagnostic se fait lui-même, il s'inscrit dans l'instrument, à l'insu de l'opérateur.

J'ai supposé, pour la description de l'opération, un épanchement de la plèvre, mais le cas contraire peut se présenter, on croyait à la présence d'un liquide qui n'existe pas. Ce fait est l'exception; il est beaucoup plus fréquent de mettre en doute la présence d'un épanchement qui existe, que de diagnostiquer une collection qui n'existe pas. Toutefois le procédé d'investigation est le même; on arrive sur le poumon, sans que la moindre quantité de liquide se trahisse dans l'aspirateur, et le pire accident qui puisse survenir, c'est que l'aiguille pénètre plus ou moins avant dans l'organe. Plusieurs fois j'ai été témoin de ce fait; une fois entre autres, à l'hôpital Beaujon, chez une femme placée dans le service de M. Axenfeld, dont j'ai l'honneur d'être l'interne : je rapporterai plus loin l'observation de cette malade; le sang monta vermeil et spumeux dans l'aspirateur; dans aucune circonstance de ce genre je n'ai vu survenir le moindre accident, à la suite de ces fines piqûres du poumon; c'est même à ce point, qu'on pourrait se demander si la *saignée directe du poumon*, par aspiration, ne serait pas indiquée, dans les congestions de l'organe, ou dans le début de la pneumonie. Je n'ai parlé jusqu'ici que de l'aspiration pneumatique appliquée au *diagnostic* des épanchements; quelques mots suffiront pour étudier la question du traitement.

Quand la présence du liquide a été constatée, on peut, quelle que soit sa nature, le vider jusqu'à la dernière goutte au moyen de la fine aiguille préalablement introduite; on peut aussi la remplacer par un trocart un peu plus volumineux, le n° 3 ou le n° 4. L'aspirateur contient *quarante-cinq* grammes; quand il est plein, on ferme le robinet correspondant à l'aiguille thoracique, et l'on ouvre le robinet inférieur par où s'écoule le liquide. Puis on fait le vide de nouveau, en fermant les deux robinets, et on recommence cette petite manœuvre jusqu'à ce que le liquide soit complétement évacué.

Loin d'être nuisible, la lenteur de l'écoulement est un bien pour le malade; l'aspiration se faisant d'une manière égale et continue, le poumon se déplisse sans saccades et d'une manière uniforme; le malade n'est pas pris de ces accès de toux qui surviennent d'habitude dans la thoracentèse par le procédé ordinaire. Quant à l'entrée d'une seule bulle d'air, elle est absolument impossible, puisque tout se passe entre une cavité remplie de liquide, et une autre cavité dans laquelle le vide a été préalablement établi. La disposition de l'instrument permet, séance tenante et sans rien déplacer, soit de laver la plèvre par un courant d'eau tiède, soit de faire des injections iodées ou alcoolisées. Pour cela, on fait pénétrer dans le corps de pompe, le liquide à injecter, au moyen de l'ajutage inférieur, et on le repousse dans la plèvre par l'ajutage thoracique.

A l'appui des considérations que je viens d'énoncer, je vais rapporter quelques observations; et comme le seul point qui nous intéresse en ce moment, est la question du diagnostic ou de l'évacuation du liquide par aspiration pneumatique, je me contenterai de donner ces observations en abrégé.

Obs. I. — Dans le courant du mois de janvier, M. Matice, médecin à l'hôpital Beaujon, me demanda de venir explorer dans son service, au moyen de l'aspirateur, la cavité thoracique d'un individu. Le cas était assez douteux pour qu'on fut bien aise, avant de décider la thoracentèse, d'avoir des certitudes sur la présence d'un épanchement. M. Axenfeld examina le malade, et il y avait en arrière de la poitrine une telle absence de signes caractéristiques, qu'à ne pas pousser plus loin l'examen on eut certainement nié la présence d'une collection. Ce n'est que dans l'aisselle du côté droit qu'on trouva une matité de peu d'étendue, variable suivant la position du malade, et accompagnée d'une égophonie très-légère. Le foie paraissait abaissé. Avec des signes aussi restreints, on était en droit d'admettre un épanchement, mais on n'avait aucune raison de croire qu'il y eut matière à faire la thoracentèse.

Je pratiquai l'aspiration pneumatique, et cet épanchement douteux, au grand étonnement de tous les assistants, ne cessa de couler qu'après *deux mille quatre cents* grammes de liquide légèrement purulent.

Obs. II. — Il y a deux mois environ, je fus appelé par M. le docteur Souchard, auprès d'une jeune femme de 30 ans, atteinte de pleurésie du côté droit. Cette malade, accouchée depuis trois semaines, fut prise au moment de son accouchement d'une pleurésie avec épanchement, qui suivit les allures peu franches de l'état puerpéral. Peu à peu les symptômes physiques devinrent obscurs, tandis que les signes fonctionnels augmentaient rapidement d'intensité; il y eut une consultation, et la thoracentèse ne fut pas conseillée.

Quand je vis la malade, c'était à une heure avancée de la nuit, la dyspnée était extrême, la face livide, la parole brève et saccadée, les idées étaient incohérentes, et l'asphyxie paraissait certaine. La matité existait du haut en bas, du côté droit, en avant et en arrière; on percevait quelques râles de bronchite dans tout le côté gauche, et à la partie supérieure du cœur du côté droit. Quant aux signes tels que l'égophonie, le souffle, l'absence des vibrations, le déplacement des organes, il n'était pas possible de les constater, à cause d'un œdème considérable qui envahissait le thorax et l'abdomen de la malade. Séance tenante, je pratiquai l'aspiration pneumatique, et je retirai *deux mille* grammes de liquide purulent.

Obs. III. — Le 14 du mois de mars, M. le docteur Martineau me pria de me rendre auprès d'une malade, dont l'histoire est intéressante à plus d'un titre : cette femme fut prise, il y a six ans, d'accidents de pleurésie du côté gauche. Elle s'aperçut elle-même que son cœur, extrêmement dévié, venait battre dans l'aisselle droite; elle fit part de cette observation à son médecin, qui, en sa qualité d'homœopathe, ne s'arrêta pas à un aussi mince détail, et il continua l'administration des globules.

Depuis six ans, cette malade garde la chambre, passe des mois entiers dans son lit, et M. le docteur Martineau, récemment appelé, constate, du côté gauche, une matité complète en avant et en arrière; il trouve les battements cardiaques dans l'aisselle du côté droit.

Nous examinons ensemble la malade; la matité thoracique est complète à gauche; quant aux autres signes, ils font absolument défaut. Ce qui nous étonne, c'est l'absence complète de déformation; la mensuration faite avec soin ne nous donne qu'un demi centimètre en plus pour le côté malade. L'œdème des parois ne nous permet pas de constater si la rate est abaissée.

Je pratique l'exploration avec l'aiguille n° 2, que je remplace ensuite par le trocart n° 4, et je retire près de *quatre mille* grammes de liquide. Après l'opération, le cœur bat dans l'espace situé entre le sein droit et le sternum, et chose inattendue, nous entendons le murmure respiratoire dans l'aisselle gauche.

Obs. IV. — Une femme âgée de 38 ans entre à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Axenfeld, pour une pneumonie à forme catarrhale. Huit jours après son arrivée, on perçoit, du côté gauche de la poitrine, et en arrière, au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, un léger bruit de frottement et un commencement de broncho-égophonie. Le lendemain, l'égophonie est plus nette, la matité mieux limitée; il y a un peu de souffle. On diagnostique un épanchement. Les mêmes signes persistant, on se décide à faire une opération pneumatique. L'aiguille n° 1 est introduite dans le 7e espace intercostal, en arrière de la ligne axillaire, et l'on voit monter, dans l'aspirateur, 10 ou 12 grammes d'un liquide légèrement citrin; puis, l'écoulement s'arrête. Craignant de n'être pas assez profondément dans l'épanchement, on pousse plus loin l'aiguille; on éprouve la résistance pulmonaire, et un sang spumeux et vermeil arrive dans l'aspirateur, ce qui nous indique que l'aiguille est introduite dans le poumon. On pratique une seconde exploration plus bas et plus en arrrière; le résultat est le même. L'écoulement du liquide s'arrête après quelques grammes; on sent très-bien que l'aiguille, poussée plus avant, pénètre dans le poumon, ce qui est confirmé par le sang vermeil qui apparaît dans l'aspirateur.

On peut, de ce fait, retirer plusieurs enseignements. Ces signes bien nets d'un épanchement qui se résume à quelques grammes de liquide étalés à la surface de l'organe nous prouvent le danger qu'il y aurait eu, dans des circonstances analogues, à faire la thoracentèse par le procédé ordinaire. Mais, d'autre part, nous avons pu nous convaincre par cette observation, comme par plusieurs autres, que les piqûres du poumon sont inoffensives. Les expériences sur les animaux donnent le même résultat; on ne voit jamais survenir aucun des signes du plus léger pneumothorax, et l'idée de la *saignée directe du poumon* mérite, à notre avis, d'être prise en sérieuse considération.

J'aurais encore bien d'autres observations à signaler, pratiquées dans diverses occasions, une fois entre autres, en présence de mes maîtres, MM. Axenfeld et Potain, chez un jeune homme qui portait plus de 2,000 grammes de liquide dans la plèvre, du côté droit de la poitrine.

Je résume en quelques lignes les idées qui me paraissent être vraies au sujet de l'opportunité de la thoracentèse.

La présence d'un liquide dans la plèvre, constitue toujours, et à divers degrés, un état morbide nuisible. Le poumon est entravé ou arrêté dans son travail physiologique. L'hématose est incomplète, et l'oxygénation imparfaite du sang ne tarde pas à retentir sur l'économie.

Le liquide se résorbe en général assez lentement, et les moyens qui ont pour but de favoriser cette résorption ne sont que de tristes auxiliaires qui doivent être placés au second rang; ils constituent une sorte de temporisation qui nous paraît devoir être rejetée.

Un liquide, séreux au début peut, après un certain temps, devenir purulent; de plus, il joue, par rapport à la plèvre, le rôle d'un corps étranger, et tend, par sa présence, à favoriser la formation de fausses membranes qui, à leur tour, consacrent les positions vicieuses du poumon.

Ces diverses considérations m'engagent à admettre qu'on doit pratiquer la thoracentèse, toujours et sans retard, s'il est bien prouvé qu'on ait à son service un moyen à la fois sûr et anodin, comme diagnostic et comme traitement. On verra si l'aspiration pneumatique sous-cutanée remplit ces conditions.

DIVULSION RÉTROGRADE

Divulseur du docteur Moreau-Wolf.

(Présenté à l'Académie impériale de médecine dans sa séance du 12 avril).

L'instantanéité des résultats obtenus par la divulsion, l'absence de tout accident chez les quarante-deux malades qu'il nous a été donné d'opérer par ce procédé dans l'espace de dix-huit mois, aussi bien dans notre pratique civile que dans celle de notre dispensaire, au moyen du dilatateur de Holt, modifié par nous, nous ont naturellement amené à donner la préférence à ce mode de traitement des rétrécissements de l'urètre. Quelque excellents que fussent les résultats obtenus par les divulseurs habituellement employés, nous avons été frappés des différents inconvénients inhérents, non-seulement aux instruments, mais encore au procédé opératoire lui-même.

Cette opération consiste, comme on sait, à dilater brusquement, ou pour mieux dire, à déchirer le rétrécissement, en faisant glisser dans le canal de l'urètre, d'avant en arrière, c'est-à-dire du méat au col vésical, des mandrins plus ou moins volumineux emboîtants des conducteurs appropriés ou emboîtés par eux. (Divulseur de Voillemier, dilatateur de Holt).

Pour que cette dilatation, ou plutôt cette divulsion, soit efficace, il faut nécessairement que les mandrins offrent des dimensions relativement considérables. Souvent il arrive que le méat urinaire est très-étroit et ne permet pas à l'instrument de le franchir sans déchirures. On est alors forcé, si l'on veut éviter cet accident, de débrider cet orifice presque inextensible, et par conséquent de pratiquer deux opérations pour une.

Si l'on passe outre, et si l'on vient à dilacérer l'orifice externe de l'urètre, ou pour le moins à le dilater outre mesure, on détermine en ce point une douleur si vive qu'elle est souvent plus aiguë que la divulsion du rétrécissement lui-même.

D'un autre côté, la lecture des travaux des chirurgiens les plus compétents en pareille matière, et notre expérience personnelle

nous ont appris combien il est fréquent, à la suite d'opérations de lithotritie, de voir, chez les calculeux, des rétrécissements rebelles jusque-là à la dilatation progressive, poussée même jusqu'à des numéros équivalents à ceux des instruments lithotribes, disparaître par suite du passage des « brise-pierres dont les mors, sortant chargés de détritus, produisent de fortes distensions et des déchirures. » (Leroy d'Etiolles).

Mais par l'emploi des divulseurs ordinaires, on n'est pas seulement exposé à dilacérer, ou pour le moins à dilater douloureusement le méat urinaire, on agit en outre inutilement sur les portions saines du canal par cela seul qu'on y introduit des instruments volumineux. Aussi avons-nous cherché à faire construire un instrument divulseur remplissant les conditions suivantes :

1° Agissant d'arrière en avant;

2° D'une introduction facile et sans péril;

3° N'agissant que sur le rétrécissement lui-même;

4° Pouvant, une fois la stricture vaincue, reprendre, avant sa sortie du canal, ses dimensions primitives.

Le divulseur rétrograde fabriqué, sur nos indications, par nos habiles constructeurs MM. Robert et Collin, et que nous avons l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie, se compose d'un tube cylindrique en acier trempé et sans soudure, fendu à son extrémité pénétrante en cinq ou six parties égales. Dans l'intérieur de ce tube, passe une tige en acier, terminée, à sa partie manuelle, par un pas de vis, et surmontée, à son extrémité antérieure, d'un renflement pyriforme, droit ou courbe, et diminuant graduellement de grosseur, dont la base arrondie repose sur l'extrémité fendue du tube.

Le sommet de la poire est muni d'un pas de vis qui permet d'y fixer une bougie conductrice.

Maintenant, on comprend que si, au moyen de la vis de rappel par laquelle se termine inférieurement la tige centrale, on ramène le renflement pyriforme entre les lames du tube, celles-ci s'écartent, et l'instrument prend alors, en ce point, un diamètre d'autant plus considérable que l'on fait pénétrer plus avant le renflement pyriforme en tournant plus ou moins la vis de rappel.

Manœuvre opératoire. — Il est bien entendu que, pour appliquer notre instrument divulseur à la cure d'un rétrécissement de l'urètre, on doit préalablement être fixé sur la situation, la forme, et, autant que possible, sur la résistance de la barrière urétrovésicale.

Voici de quelle façon on opère : une bougie conductrice est poussée jusque dans la vessie; on visse alors le divulseur sur l'ajutage métallique qui la termine, et, par une manœuvre appropriée, on le fait pénétrer à sa suite jusque dans la vessie.

La disposition conique de la poire, dont le diamètre maximum est supérieur à celui du tube de deux tiers de millimètre, en même temps qu'elle facilite son introduction, permet à la main de l'opérateur de percevoir nettement la sensation de l'obstacle franchi, lorsqu'il cherche à ramener doucement l'instrument d'arrière en avant. Tournant alors de gauche à droite la vis de rappel, on opère sur place une dilatation plus ou moins considérable, le curseur placé sur le tube indiquant l'écartement des lames.

Alors, si le rétrécissement siége dans la portion courbe du canal, en combinant le mouvement d'extraction des sondes courbes ordinaires avec une traction continue, on force le cône formé par les lames du tube à franchir la stricture. Le manque de résistance et la sensation particulière accusée par les malades indiquent que l'obstacle est vaincu.

Puis, tout en continuant le mouvement d'extraction de l'instrument, on tourne la vis de rappel de droite à gauche, de façon à rapprocher les lames, et par conséquent de manière à diminuer le diamètre de l'instrument, que l'on ferme complétement dans la fosse naviculaire pour ne fatiguer en rien les parties saines du canal.

Nous avons fait construire trois numéros de *divulseur rétrograde* :

1° Un droit pour les rétrécissements de la région pénienne, mesurant 3 millimètres et demi au niveau du plus grand diamètre du renflement, et 3 millimètres au tube cylindrique. Le plus grand écartement des lames produit une dilatation de 6mm 2/3.

2° Un courbe présentant aux mêmes niveaux 4mm 1/3 et 3mm 2/3; la longueur totale de la poire, de la base au sommet, est de 8 centimètres, et la dilatation maximum de 7mm 2/3.

Enfin 3°, un courbe mesurant 4mm 2/3 et 4 millimètres, la longueur de la poire étant aussi de 8 centimètres et la dilatation maximum de 8 millimètres.

Il est, du reste, facile de construire des divulseurs rétrogrades plus ou moins volumineux.

Nous croyons devoir indiquer ici les dispositions spéciales du divulseur rétrograde, qui suffiront, pensons-nous, à réfuter les objections qu'on pourrait faire à l'emploi de notre méthode et de notre instrument.

1° Impossibilité de léser les parois du canal de l'urètre lors de l'introduction de l'instrument, la base du renflement offrant un diamètre plus considérable que celui du tube, les lames élastiques se trouvant par conséquent sur un plan inférieur et protégées par ce même renflement.

2° Hors de la dilatation sur place, le renflement seul progresse d'arrière en avant, les lames ne font que s'écarter, sans avancer ni reculer, elles ne peuvent donc en aucune façon intéresser la muqueuse urétrale.

3° La muqueuse ne peut être pincée puisque, en admettant même qu'elle s'engage entre les lames de l'instrument (ce qui, pour nous, est très-problématique), la progression du renflement *d'avant en arrière* et le mouvement combiné d'extraction et de fermeture de l'instrument s'y opposent. Il faut, en outre, tenir compte de la disposition des angles que forment les lames en s'écartant, angles dont les sommets regardent le méat. Cette condition est éminemment favorable au glissement de la muqueuse du point le plus étroit au point le plus large. En outre, la traction exercée sur la verge tend la muqueuse urétrale dans le sens de la marche de l'instrument.

Parmi les malades que nous avons opérés au moyen de notre *divulseur rétrograde*, nous citerons M. C..., ancien contre-maître de la maison Charrière pendant plus de vingt ans. Jeudi dernier 7 avril, assisté d'un de nos confrères les plus distingués de l'armée, M. le docteur Bouloumié, nous avons réussi à détruire *instantanément* un rétrécissement fibreux siégeant à 14 centimètres du méat et d'une étendue de 1 centimètre et demi.

La stricture qui, avant l'opération ne se laissait franchir que par une bougie conique en gomme n° 4 de la filière Charrière, a été vaincue par une seule application du *divulseur rétrograde*. Nous avons pu, immédiatement après la divulsion, introduire aisément une sonde olivaire en gomme n° 20.

L'opération, très-peu douloureuse, n'a déterminé aucun accident, quelques gouttes de sang seulement (cinq ou six) se sont écoulées par le méat, et actuellement le malade urine librement. La stricture remontait à 25 ans.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 26 avril 1870. — Présidence de M. Denonvilliers.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné pendant l'année 1869 dans les départements du Calvados, de la Meuse, de l'Aisne, des Pyrénées-Orientales et des Basses-Pyrénées. (Commission des épidémies); — 2° Un rapport de M. le docteur Laissus fils, médecin inspecteur des eaux minérales de Brides (Savoie) sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1869. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° Une lettre de M. Payen qui se présente comme candidat à la place vacante dans la section des associés libres. (Commission des associés libres). — 2° Une note de M. le docteur Rabuteau sur l'influence de la menstruation sur la nutrition, le pouls et la température. (Comm. MM. Chauffard et Delpech). — 3° Une lettre de M. le docteur Boinet accompagnant l'envoi d'un travail sur la gastrotomie dans les cas de tumeurs péri-utérines. (Comm. MM. Richet et Demarquay). — 4° Une note de M. le docteur Hoffmann, pharmacien à Paris, intitulée vaccination antimoniale ou vaccin chimique.

PRÉSENTATIONS

M. Larrey présente : 1° un mémoire en italien de M. le professeur Francesco Cortèse (de Venise) sur les progrès de la chirurgie conservatrice; — 2° une observation du même auteur, relative à une blessure de la tête par arme à feu, avec séjour du projectile dans le cerveau pendant 19 ans et demi.

M. Depaul présente une brochure de M. le docteur Dumas-Aubergier sur les eaux de Saint-Nectaire.

M. Vernois présente une note contenant les résultats officiels des revaccinations pratiquées dans divers lycées et dans quelques prisons de Paris en mars 1870.

Au lycée Napoléon, sur 400 revaccinations, 229 ont été faites avec le vaccin de génisse, il n'y a eu que 34 succès; 171 pratiquées avec du vaccin jennérien ont donné 53 succès.

Au lycée Saint-Louis, sur 273 revaccinations avec le vaccin de génisse, 74 succès.

Au lycée Louis-le-Grand, 24 revaccinations avec du vaccin de génisse : 0 succès.

Au lycée de Versailles, 88 revaccinations avec le vaccin jennérien : 34 succès.

A la prison de Mazas, 162 revaccinations avec le vaccin de génisse : 8 succès.

A la prison de la Santé, 150 revaccinations avec du vaccin de génisse : 26 succès. Sur ces 26 derniers comptés comme succès, il n'y a eu que des pustules de grandeur médiocre, mais sur peu d'entre elles on aurait pu recueillir du vaccin.

Il y a eu, jusqu'au 2 avril, 46 cas de variole à Mazas et 34 à la Santé.

M. Vernois ajoute qu'il serait désirable que tous les médecins adressassent à la commission de la vaccine les résultats officiels des vaccinations et revaccinations pratiquées par eux.

M. Bouley fait observer que la stérilité des résultats des revaccinations avec le vaccin de génisse faites dans ces derniers temps tient moins à la méthode elle-même qu'aux procédés employés. Ce que l'on prend trop souvent dans les pustules des génisses est autre chose que du vaccin.

A Alfort et ailleurs, toutes les fois que l'on a affaire à du vrai vaccin, puisé dans de vraies pustules, on a obtenu de bons résultats.

M. Vernois fait remarquer à M. Bouley que les revaccinations dont il s'agit dans sa note ont été pratiquées par M. Lanoix lui-même, c'est-à-dire par l'opérateur réputé le plus compétent en cette matière.

M. Depaul répond que M. Lanoix est celui qui a fait, dans ces derniers temps, le plus mal les revaccinations. Il ne faut donc pas arguer des insuccès de M. Lanoix contre la méthode elle-même; il faut se rappeler les résultats obtenus, avec le vaccin de génisse, dans les colléges et ailleurs, résultats signalés par des médecins tels que M. Guéneau de Mussy et autres membres de l'Académie.

LECTURES

Tétanos guéri par le chloroforme. — M. Simonin, professeur de clinique chirurgicale à Nancy, expose que pendant trente-quatre ans, il n'a observé aucune guérison de tétanos, malgré les traitements les plus variés, et que deux fois déjà, il a échoué, malgré le traitement qui a été suivi de guérison dans le cas suivant :

Un journalier, âgé de 57 ans, est atteint, à la partie dorsale de la main gauche, d'une contusion et d'une petite plaie insignifiantes en apparence.

Treize jours après cet accident, le tétanos apparaît et offre les manifestations suivantes : douleur sourde à la gorge et à la nuque; déglutition difficile, trismus complet; rigidité des muscles de l'abdomen, des membres supérieurs et inférieurs; opisthotonos, le malade étant enlevé tout d'une pièce; douleurs au tempes, au nez, aux lèvres; apparence du rire sardonique; contractions musculaires brusques, violentes, longues et douloureuses; immobilité de la cage thoracique, anxiété, inappétence, constipation, soif extrême, insomnie; alternance de sueurs froides et de sueurs chaudes; pouls porté à 120 pulsations, et mouvements respiratoires atteignant 40 inspirations par minute; impossibilité momentanée d'uriner; amaigrissement extrême.

L'apogée de ces symptômes existe le 9e jour de l'invasion du tétanos; la mort paraissait imminente. L'amélioration qui fut suivie de guérison apparut le 24e et le 25e jour; mais la vie fut encore menacée le 26e jour, pendant une bronchite intense et de courte durée.

La guérison fut certaine le 49e jour, et le malade, dont la plaie avait été longtemps à guérir, quitte à pied la Clinique le 78e jour, conservant encore au bras une certaine roideur.

Le traitement principal consiste dans la respiration d'un air fortement chargé de chloroforme, dans une petite pièce offrant 40 mètres cubes d'air. La serviette sur laquelle le chloroforme fut versé était placée sur la partie supérieure de la poitrine. Ce traitement fut employé du 5e jour du tétanos au 27e jour, pendant 22 jours consécutifs, par conséquent.

Vingt kilogrammes *cent quarante* grammes furent mis en usage. La dose quotidienne varie entre *quatre cents* grammes et *quatorze cents* grammes. Pendant 9 jours, la dose journalière fut *un* kilogramme. Deux jours après la diminution de cette dose, la rémission des symptômes ayant cessé, on reprit de nouveau la dose de *un* kilogramme par jour.

De l'opium fut aussi administré par petites doses (*cinq* centigr.); il en fut de même du chloral qui à la dose de *deux* grammes ramena pendant une demi-heure le sommeil absent depuis plusieurs jours, mais qui, après une nouvelle dose de *un* gramme fut abandonné, d'après la volonté formelle du malade.

Le régime alimentaire consiste en bouillon, glace, vin, bière, café, et plus tard le régime fut aussi substantiel que possible.

Régime des quarantaines. — M. Lecadre (du Havre), correspondant de l'Académie, lit un travail sur le régime des quarantaines.

Voici les mesures que propose l'auteur :

1° Toute quarantaine est abolie.

2° Tous les bâtiments ayant jadis servi de lazarets pour recéler les malades ou les individus suspects de maladies contagieuses seront utilisés dans un autre but.

3° Tout navire, quelle que soit sa provenance, quel que soit son état sanitaire actuel, sera admis à la libre pratique.

4° Toute patente délivrée par le consul indiquera seulement si, au départ du navire, il y avait ou non existence d'une maladie transmissible, au port qu'il a quitté.

5° Tout navire arrivant d'une provenance suspecte et touchant à son port de destination sera considéré sous trois aspects différents : *a*. Si l'équipage et les passagers se sont toujours bien portés, et jouissent encore d'une excellente santé, le bâtiment qui les amène sera admis inopinément à la libre pratique sans autre formalité; — *b*. Si, durant la traversée, sont morts de la maladie réputée contagieuse quelques individus, soit passagers, soit marins à bord, et qu'au moment de l'atterrissage la santé soit redevenue parfaite, le débarquement des passagers et marins sera précipité, leur dissémination sera favorisée par tous les moyens possibles, les literies ou effets ayant servi aux malades morts seront désinfectés par les procédés connus et enfouis après désinfection; le navire sera fumigé avec soin; — *c*. Si enfin des malades atteints de l'affection soupçonnée d'avoir été transmise sont sur les cadres au moment de l'arrivée, ces malades seront extraits immédiatement du navire, un par un; ils seront disséminés en diverses places; les literies ou effets leur ayant servi durant leur maladie seront désinfectés et enfouis; toutes les parties du bâtiment seront soumises à une désinfection rigoureuse; les parois du navire à l'intérieur pourront même être assujetties au flambage. Les marchandises telles que laine, coton, tissus de toute espèce, débarquées après avoir été soumises à la fumigation, seront tenues éparses et soumises au grand air.

Les propositions 6, 7, 8, 9, 10 et 11 sont relatives à l'isolement des malades et aux précautions à prendre pour en assurer les effets.

12° Tout navire à bord duquel auront existé des malades atteints d'une affection transmissible sera soumis à la ventilation, aux fumigations et à la désinfection.

13° La ventilation des étages inférieurs et de la cale aura lieu en laissant libres toutes les issues, en établissant des ventouses ou manches à vent communiquant avec l'extérieur, en enlevant même quelques planches au pont pour la favoriser.

14° La désinfection aura lieu au moyen de fumigations chlorées et de badigeonnages avec une solution neutralisante.

15° Les marchandises, après avoir été soigneusement fumigées, seront tenues éparses et exposées au libre contact de l'air.

16° La carbonisation des parois du navire, pour laquelle il sera facile d'utiliser les conduites de gaz dans la partie qui en serait pourvue, constitue également un excellent moyen de neutraliser l'action des miasmes.

17° Pour les provenances terrestres, abolition de tout cordon sanitaire qui n'est qu'une agglomération présentant des dangers; libre circulation accordée aux voyageurs venant isolément et par divers points d'un pays infecté; application aux voyageurs arrivant par groupe ou affluence des mesures en vigueur pour les marins ou les passagers des navires infectés.

Tampon utéro-vaginal hémostatique. — M. CHASSAGNY (de Lyon), met sous les yeux de l'Académie un appareil auquel il donne le nom de tampon utéro-vaginal hémostatique et dilatateur utérin, et donne de vive voix des explications sur le mécanisme de cet instrument et sur les médications qu'il est destiné à remplir. Cet appareil, exécuté par M. Galante, remplit, dit M. Chassagny, des indications très-multipliées.

1° Il provoque l'accouchement prématuré artificiel avec la plus grande rapidité.

2° Dans les cas de *placenta prævia*, il opère promptement la dilatation du col en même temps qu'il arrête absolument toute hémorrhagie pendant cette période de dilatation.

3° Il ramène la dilatation du col et permet de pénétrer dans l'utérus pour opérer l'extraction du placenta retenu après un accouchement, pour retirer tout ou partie de l'œuf après un avortement, ou enfin pour poser le diagnostic de certaines maladies.

4° C'est un hémostatique infaillible dans les hémorrhagies *post puerpérales* résultant de l'inertie de tout ou partie du globe utérin.

Cet appareil se compose de deux ballons réunis l'un à l'autre, mais susceptibles d'être gonflés isolément; introduits tous deux dans l'excavation, l'inférieur en caoutchouc d'une certaine épaisseur est insufflé avec de l'air; il agit comme le ballon Gariel; le second, à parois très-minces(1), est distendu avec de l'eau; il prend un point d'appui sur le premier, finit de remplir l'excavation, et tout en déterminant des contractions par la pression exercée sur les nerfs de cette région, il distend en même temps le cul-de-sac utéro-vaginal et s'insinue dans le col dont il provoque ainsi, physiologiquement et mécaniquement, la dilatation, en même temps que, dans les cas de *placenta prævia*, il obture de la manière la plus exacte toutes les ouvertures béantes des vaisseaux qui fournissent l'hémorrhagie.

M. Chassagny fait fonctionner ces ballons dans son appareil, qui permet de suivre les différentes phases de l'opération, et qui montre la dilatation du col et la pénétration du ballon dans l'utérus.

(1) Le peu d'épaisseur de ce ballon constitue une différence radicale avec l'appareil que M. Chassagny avait créé sous le nom de *double ballon hémostatique*.

Étranglement des amygdales. — M. HOUZÉ DE L'AULNOIT, professeur de physiologie à l'École de médecine de Lille, lit un mémoire sur l'étranglement des amygdales, contenant de nouvelles recherches anatomiques, physiologiques et pathologiques sur la cause de cette affection, 11 observations de glosso-staphylotomie et 3 planches dessinées d'après nature.

L'auteur termine par les conclusions suivantes :

1° Si j'en crois mes recherches, l'étranglement des amygdales par les piliers est une affection très-fréquente, surtout chez les adultes, quoique elle n'ait pas été décrite par les auteurs.

2° Pour que l'étranglement puisse avoir lieu, il faut qu'entre les amygdales et les piliers existent des adhérences provoquées par des inflammations anciennes, que l'augmentation de volume de l'amygdale soit très-rapide, et qu'enfin le pilier antérieur soit assez étalé et élargi pour briser la glande dans sa loge et s'opposer à toute expansion vers le pharynx.

3° La contraction spasmodique des piliers, tout en facilitant le travail d'étranglement, peut rendre compte de la vive douleur qu'éprouvent les malades dans la variété d'angine qui fait l'objet de ce mémoire.

4° Le traitement est chirurgical; il consiste dans la section des piliers antérieurs, opération sans aucun danger et d'une très-facile exécution.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Sappey et Verneuil.

A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre un rapport de M. Buignet sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de pharmacie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 25 avril 1870, ont été nommés :

Au grade de médecin principal de 1re classe : MM. Brault et Coindet.

Au grade de médecin principal de 2e classe : MM. Folie-Desjardins et Potier-Duplessy.

— Le banquet de la presse médicale et scientifique aura lieu le 1er mai, à 7 heures très-précises, chez Notta.

— M. Hillairet commencera ses conférences cliniques sur les maladies de la peau, à l'hôpital Saint-Louis, le jeudi 28 avril, à huit heures et demie du matin, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

— L'Association médicale de vaccination, 18, rue Belzunce, tient à la disposition des médecins des génisses inoculées avec le cow-pox spontané et des tubes de vaccin.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 17 au 23 avril 1870, donne les chiffres suivants :

Variole, 132.—Scarlatine, 17.—Rougeole, 23.—Fièvre typhoïde, 12. Érysipèle, 9.—Bronchite, 81.— Pneumonie, 133. — Diarrhée, 8. — Dysenterie, 1. — Choléra, 1.— Angine couenneuse, 5. — Croup, 15. — Affections puerpérales, 6.— Autres causes, 756.— Total : 1,199.

Celui de Londres donne les chiffres suivants, du 10 au 16 avril 1870 :

Variole, 2.—Scarlatine, 70.— Rougeole, 28. —Fièvre typhoïde, 18. —Typhus, 6. — Érysipèle, 10. — Bronchite, 196. — Pneumonie, 66. — Diarrhée, 18. — Dysenterie, 2. — Choléra, ». — Angine couenneuse, 9. — Croup, 13. — Affections puerpérales, 9. — Autres causes, 1,030. — Total : 1,475.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois.. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

MALADIES RÉGNANTES DU PREMIER TRIMESTRE 1870

Nous n'en avons pas fini avec l'esquisse de la constitution médicale et l'exposé des principales maladies régnantes du premier trimestre de cette année. Après les affections thoraciques et la variole, qui ont occupé le premier rang dans l'ordre de fréquence ou de gravité relative. Nous avons à parler encore des autres affections éruptives, telles que la rougeole, la scarlatine, les érysipèles, des groupes pyrétiques, des fièvres typhoïdes et des fièvres intermittentes, des affections des voies digestives, des rhumatismes, etc.

Rougeole.

La rougeole s'est accrue en gravité pendant les mois de janvier et de février, suivant en cela la progression commune à presque toutes les maladies de la saison. Le nombre des rougeoles qui avait été de 31, dont 3 décès, en décembre 1869, s'est élevé à 42 et 4 décès en janvier, à 53 et 11 décès en février, et à 59 et 5 décès en mars. C'est surtout à l'hôpital des Enfants-Malades, et particulièrement dans les services de M. H. Roger et de M. Labric, qu'elles se sont montrées en assez grand nombre et d'une grande gravité pendant les mois de janvier et de février; la mortalité était due surtout à la bronchio-pneumonie. En mars, elles ont très-sensiblement diminué et sont devenues beaucoup plus bénignes. Dans les salles de chroniques de M. Archambault, elles ont été généralement sans gravité.

Scarlatine.

La scarlatine, restée stationnaire en janvier et février, a subi en mars une exacerbation brusque (janvier : 27 malades, 3 décès; février, 20 malades, 4 décès; mars, 48 malades, 11 décès).

Toutefois, dès le mois de janvier, on avait signalé déjà un cas de scarlatine puerpérale, suivi de décès, à l'hôpital Saint-Louis; deux cas suivis de guérison à la Maison d'accouchements; un à l'hôpital des cliniques; et M. Cornil, suppléant alors M. Lasègue à la Pitié, observait à la même époque un cas de scarlatine chez une nouvelle accouchée, avec purpura et hémorrhagie, terminé par la mort au quatrième jour de la maladie; des scarlatines d'une espèce particulière, avec rougeur peu intense et une singulière inégalité dans les symptômes, quelquefois sans fièvre et sans angine, ont été observées à Saint-Antoine par M. Lorain. Enfin, M. Gros observait à la même époque, en ville, chez une femme qui venait d'accoucher, une scarlatine sans prodromes, sans angine, avec éruption confluente des plus intenses et miliaire générale sur le tronc. Il est digne de remarque que la petite épidémie de scarlatine anormale qui a été observée dans les salles de M. Lorain, s'y est développée peu de temps après qu'une épidémie grave de fièvre puerpérale avait régné dans les mêmes salles, fait qui avait été constaté déjà il y a quelques années à l'hôpital Saint-Louis.

M. Besnier appelle à ce sujet l'attention des observateurs, et nous joignons notre appel au sien, sur l'étude des anomalies singulières de la scarlatine et sur les différences notables que présentent entre elles les diverses épidémies scarlatineuses.

Érysipèle.

Les érysipèles ont été signalés de différents points, notamment par M. Bucquoy, qui en a observé 8 cas dans un seul mois dans son service de l'hôpital Cochin, tandis qu'il n'y en avait pas dans le service chirurgical du même établissement, et par M. L. Coindet, qui en en a observé à l'hôpital militaire Saint-Martin en plus grand nombre que d'habitude en mars, mais sans gravité.

Fièvre typhoïde.

L'endémo-épidémie de fièvre typhoïde, qui était arrivée à son apogée au mois de novembre dernier (70 décès pour les hôpitaux civils), suit une marche régulièrement décroissante depuis (en décembre 1869, 188 malades, 42 décès; en janvier 1870, 132 malades, 37 décès; en février, 95 malades, 25 décès; en mars, 67 malades, 17 décès). La décroissance a porté beaucoup plus sur le nombre que sur la gravité.

A l'hôpital militaire Saint-Martin, ainsi que M. L. Coindet l'avait fait pressentir dans sa précédente communication, l'épidémie typhoïde s'est arrêtée à partir de la fin de décembre, et il n'y a plus eu, en janvier, que 6 cas, et aucun décès.

Voici le relevé de la petite épidémie locale de l'hôpital Saint-Martin dont il a été question dans le dernier compte rendu des maladies régnantes : 87 cas, sur lesquels 11 décès, soit 12 p. 100. En défalquant les cas légers et les cas moyens, la mortalité n'a pas dépassé 1 sur 4 pour les cas graves. M. Coindet a laissé de côté, dans ce relevé, ce qu'il appelle, d'après M. Laveran, les fébricules ou fièvres typhoïdes abortives, qui ont été au nombre de 16, et qui auraient pu à la rigueur être rangées parmi les fièvres typhoïdes, ce qui en aurait porté le nombre à 103.

Sur les 11 décès survenus à l'hôpital Saint-Martin, il y a eu 2 cas de mort subite et 2 morts par péritonite suite de perforation. De 2 cas d'hémorrhagie intestinale, l'un a été suivi de guérison, l'hémorrhagie n'ayant laissé après elle que de l'anémie, l'autre a été suivi de mort.

En février, où l'on n'a reçu que 4 malades atteints de fièvre typhoïde, il s'est produit encore un nouveau cas de mort subite. La maladie, d'un caractère grave, avait suivi son cours régulier ; la fièvre était tombée, la convalescence marchait rapidement quand la mort survint brusquement, sans agonie, sans le moindre cri, ni le moindre mouvement. A l'autopsie, on trouva toutes les altérations de la fièvre typhoïde à leur déclin, les ulcérations intestinales en voie de cicatrisation ; le cerveau, le cœur et les poumons étaient anémiés.

A l'hôpital des Enfants-Malades, M. H. Roger a noté un cas de récidive de fièvre typhoïde après trois semaines de convalescence; la guérison a eu lieu après dix jours de maladie très-franche.

Affections des voies digestives. — Fièvres intermittentes.

Parmi les affections des voies digestives, le rapport signale des angines nombreuses de toutes les formes. A l'hôpital militaire de Saint-Martin, M. L. Coindet a relevé, pour le mois de janvier, un grand nombre d'embarras gastriques guéris rapidement sous l'influence d'une ou plusieurs doses d'ipéca; quelques diarrhées chroniques; quelques angines catarrhales et phlegmoneuses qui ont cédé à des moyens simples ; quelques stomatites guéries par le chlorate de potasse ; deux cas d'ictère sans gravité.

L'état muqueux des premières voies, des diarrhées muqueuses, bilieuses, se sont joints plusieurs fois aux manifestations catarrhales ; les diarrhées séreuses simples sans réaction fébrile ont été observées assez souvent en mai ; elles ont cédé facilement au bismuth associé à l'opium.

En mars, MM. H. Roger, à l'hôpital des Enfants, Laboulbène à l'hôpital Necker, Bernutz à la Charité, ont signalé un certain nombre d'embarras gastriques et quelques cas beaucoup plus rares de manifestations cholériformes.

Les fièvres intermittentes n'ont été signalées seulement que par M. L. Coindet, qui a vu cinq cas de véritables fièvres vernales anticipées, sauf un seul malade qui avait contracté antérieurement l'intoxication palustre en Algérie; dans les autres cas, la fièvre était de première invasion ; la guérison n'a nécessité que de faibles doses de sulfate de quinine. L'un d'eux a guéri même sans sulfate de quinine.

Rhumatismes.

Il y a eu en janvier et février, dans les hôpitaux civils, un mouvement de 523 rhumatismes décomposés ainsi : 400 cas de rhumatisme articulaire, et 83 cas de rhumatisme, sans autre désignation. Les rhumatismes ont été également fréquents dans les hôpitaux militaires. Dans la série des rhumatismes que M. Coindet a eu à traiter pendant cette période, il a fait usage, comparativement, du sulfate de quinine, des alcalins, de la digitale, de la teinture de semences de colchique; et c'est ce dernier médicament qui, donné à la dose de *un*, *un cinquante*, *deux* grammes au plus, lui a procuré les meilleurs résultats. Dans le rhumatisme musculaire, M. Coindet a eu à se louer beaucoup des injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine.

Affections pseudo-membraneuses.

Il y a eu en janvier, février et mars, 98 cas de croup et 77 décès. En voici le dénombrement par hôpital et par service :

FEUILLETON

BOUTADES
ET
ZIGZAGS BIBLIOGRAPHIQUES

II

Surtout, bénévole lecteur, ne me demandez jamais de faire votre biographie; vous voyez dans quels mortels embarras me plonge celle que je n'ai pas encore faite, et que je ne puis pas faire, l'avouerai-je? *faute d'un nom de baptême*. Cela vous paraît comique, impossible ; attendez donc que je vous conte l'affaire. — C'est bien, c'est bien, me dit quelqu'un, et le livre de M. M. Raynaud? Le fait est que me voilà terriblement empêtré, et que je ne sais plus guère comment me tirer d'embarras. En pareil cas, tous les grands hommes, n'ayant pas toujours des augures à leur disposition, jouent à pile ou face; j'ai fait comme eux, et le sort me condamne à oublier, pour quelques instants encore, mon pauvre trépassé, qui n'est nullement pressé d'ailleurs, et n'a pas jusqu'ici fait la moindre réclamation. Ils sont si commodes, les morts, et combien ils le seraient davantage s'ils ne laissaient pas après eux certains survivants!

Cherchons donc les douze volumes qui me sont nécessaires; ce sont tous vieux bouquins : adressons-nous à quelque savant bouquiniste. Il en est deux surtout qui m'ont été vraiment utiles; il y a des jours où je les envoie à tous les diables; il y en a d'autres où, sans qu'ils s'en doutent, sans que je le dise surtout, je leur donne la meilleure place dans mon cœur. Ayant trouvé aujourd'hui *une pièce rare*, je suis plein de joie, et je veux vous dire les noms de mes deux amis. L'un est M. Guillemot, le libraire du quai des Augustins, un vrai puits de science bibliographique ; il connaît tous les vieux livres, ceux qu'il a et ceux qu'il n'a pas; il les a tous vus et maniés, il en sait toutes les éditions ; il sait également où on peut les trouver à un moment donné. Il est fort obligeant, ne recule pas devant la fatigue, et n'a qu'un tout petit, mais tout petit défaut; en général, il ne donne pas ses livres. Mais quel homme peut se dire parfait? — L'autre libraire est la bonté même, la droiture incarnée, l'obligeance faite homme; je vous le recommande et vous le recommande encore, c'est ce brave M. Leclerc de la rue de l'Ecole-de-Médecine. Vous pouvez aller chez lui les yeux fermés, et vous en rapporter à lui bien mieux qu'à vous; s'il se trompe jamais, soyez sûr que ce sera à son détriment. Ne craignez pas d'user et d'abuser, il est tout à votre service, non pas en paroles seulement, mais en paroles et en actes, et s'il ne peut pas faire ce que vous lui demandez, il en aura plus de chagrin que vous-même. Seulement, quel homme peut se dire parfait? Je crois que M. Leclerc n'étudie pas assez ses collections, et qu'il possède, enfouis dans quelque coin ignoré, des trésors bibliographiques, ces fameuses pièces rares que je voudrais bien posséder.

Je donnai à ces deux messieurs une liste des ouvrages que je désirais avoir, c'étaient :

1° Les *Statuts de la Faculté*; — 2° Le *Recueil factice* de Puylon; — 3° Les *Curieuses recherches sur les Escholes de médecine de Paris et de Montpellier*, par Riolan; — 4° L'*Essai historique sur la médecine en France*, par Chomel; — 5° Les *Essais de médecine*, par Bernier; — 6° Le *Mémoire pour servir à l'histoire de la Faculté de médecine de Montpellier*, par Astruc; — 7° L'*Éloge historique de la Faculté de médecine de Paris*, par Hazon; — 8° Les *Recherches historiques sur la Faculté de médecine de Paris*, par Sabatier; — 9° Les *Lettres* de Guy Patin; — 10° Les *Recherches sur la chirurgie*, de Quesnay; — 11° L'*Histoire de l'Université de Paris*, par Crevier; — 12° L'*Histoire de Paris*, de Félibien.

Tous ces ouvrages m'arrivèrent bientôt, sauf un, les *Curieuses recherches* de Riolan, et je me crus très-riche. J'étais convaincu que je possédais, et au delà, tout ce qui m'était nécessaire pour connaître, étudier et approfondir la matière dont je voulais traiter. Douce illusion qui ne tarda pas à s'envoler et que partagera cependant, pour son malheur, quiconque n'a pas encore l'expérience des recherches bibliographiques!

Quant au maudit livre de Riolan, qui fait mon désespoir depuis plusieurs années, impossible de le trouver. Mon ami le docteur Axenfeld eut la bonté de me le procurer. Avec quel bonheur je le vis pour quelques jours en ma possession! comme je le regardais avec respect ce vénérable et rarissime bouquin, encore plus laid que rare! avec quel respect également je me permis de le lire! que de notes précieuses j'allais recueillir! que de renseignements! Que l'ombre du grand Riolan me le pardonne, mais son livre ne répond guère au titre : c'est un ouvrage de polémique passionnée, qui n'apprend pas grand'chose et dont on se passerait fort bien, *s'il n'était rare*. Mais, voilà, il est rare, je ne l'ai pas et je voudrais l'avoir, et il faudra bien qu'un jour ou l'autre il entre chez moi.

Il y a à peine quelques jours, il était en vente, mais à Lyon; or, en quel état se trouvait-il? Mangé aux vers? trop rogné? taché? Fallait-il l'acheter sans le voir, et, comme on dit, *chat en poche?* J'en avais été dégoûté le matin même, et voici comme. Il existe un livre fort curieux et également assez rare, ce sont les *Observations diverses*, de L. Bourgeoise, dite Boursier, sage-femme de la royne, 1617. Les *Mémoires sur l'histoire de France* lui ont em-

A l'hôpital Sainte-Eugénie (M. Bergeron), en janvier : 5 cas, 4 opérés, 4 décès, 1 guéri traité par le saccharure de cubèbe. En février : 6 cas, 6 opérés, 3 guéris, 3 décédés. En mars : 4 cas, tous opérés ; 3 décès, 1 en traitement. — (M. Barthez) en janvier : 10 cas, 9 opérés, 4 guéris, 6 décédés ; l'un des guéris est un malade non opéré et qui a été traité par le saccharure de cubèbe. En février : 8 cas, 8 opérés, 2 guéris, 6 décédés.

Parmi les complications auxquelles ont succombé les opérés, la plus fréquente a été la broncho-pneumonie.

A l'hôpital des Enfants-Malades (M. H. Roger), en janvier : 6 cas, 5 opérés, 2 guéris, 4 décédés. En février : 10 cas, 4 opérés, 9 décès, 1 guéri. En mars : 6 cas, 5 opérés, 4 décédés. — (M. Labric), en janvier : 9 cas, 8 morts, 1 guéri sans opération. En février : 5 cas, 4 morts, sans opération, 1 en traitement.

Affections puerpérales.

Voici quel a été le mouvement des affections puerpérales dans les hôpitaux pendant le trimestre : janvier, 508 accouchements, 28 décès ; février : 503 accouchements, 20 décès ; mars : 598 accouchements, 29 décès.

HOSPICE D'AUBUSSON. — M. Bourillon.

Nécrose du coccyx. — Paralysie générale précédée d'une affection de la moelle. — Symptômes de paralysis agitans. — Autopsie.

(Lu à la Société médicale d'Observation.)

T..., (Jean), 56 ans, d'abord roulier, puis ouvrier tapissier, demeurant à Aubusson. Son père et sa mère semblent avoir été exempts de maladies diathésiques et ont vécu jusqu'à un âge avancé ; de ses trois frères, un seul a eu des ulcères aux jambes, mais ces ulcères n'ont pas présenté la ténacité de ceux qu'il a eu lui-même ; enfin ses enfants, au nombre de deux, n'ont rien offert de notable.

Notre malade, déjà âgé de 13 ans, a vu naître sur ses membres inférieurs des ulcérations, dont on retrouve au moment de l'examen les nombreuses cicatrices. Ces ulcérations, après avoir persisté au nombre d'une ou deux à la fois, pendant longtemps, avec des alternatives d'augment et de déclin, finissaient par se cicatriser ; mais il était rare qu'il jouît longtemps de sa guérison ; un nouvel ulcère se montrait bientôt, lorsqu'il n'avait pas débuté avant la disparition du précédent, et, chose remarquable, la lésion nouvelle siégeait toujours en un point plus rapproché du tronc que les anciennes. Il ne se rappelle pas avoir eu d'autres maladies : pas de scrofule, de maux d'yeux, d'éruptions cutanées, d'hémorroïdes, de varices, de syphilis. Il accuse seulement une chaude-pisse de peu de durée. Il a fait pendant longtemps abus des alcooliques.

Il y a une douzaine d'années, un abcès se forma au pourtour de l'anus, s'ouvrit à la partie interne de la fesse gauche, au-dessus du coccyx, et resta fistuleux. Il consulta plusieurs médecins et suivit entre autres un traitement antisyphilitique complet, le tout sans résultats. Quelque temps après, le pus s'ouvrit encore un passage à l'extrémité inférieure du sillon qui sépare le scrotum de la cuisse droite. Il y a deux ou trois ans, on remarqua chez lui un tremblement d'abord peu intense, puis assez fort pour l'empêcher de travailler. La misère le contraignit à cesser l'usage journalier qu'il faisait de l'eau-de-vie et des autres boissons fermentées ; mais cette sobriété forcée n'eut encore aucune influence sur la marche des accidents. Il accusait de vives douleurs à l'anus, au niveau de sa fistule, et c'est à ces douleurs qu'on attribuait et qu'il attribuait lui-même la difficulté qu'il éprouva dans les derniers temps à marcher ; mais il est probable qu'il ressentait déjà les troubles de la musculation dont je parlerai plus loin. Enfin, l'intelligence fut atteinte ; il se mit à parler tout seul, devint triste, et il se jeta un jour dans un puits, d'où il fut aussitôt retiré. C'est alors qu'on sollicita son admission à demeure à l'hospice, où il entre le 4 avril 1866.

A son arrivée, on le présenta à la visite parce qu'il se plaignait beaucoup de la douleur que lui causait ses fistules pendant la marche et la défécation. En l'absence de tout renseignement, on ne s'occupa donc que de celles-ci ; le tremblement, très-peu marqué au lit, et l'altération à un faible degré de l'intelligence, passèrent d'abord inaperçus. En outre, des deux ouvertures fistuleuses mentionnées plus haut, un abcès s'était ouvert récemment au pli de l'aine droite, à sa partie interne. Un pus très-séreux, une sorte de sanie s'écoula de ces trois édifices, reliés entre eux par des conduits sous-cutanés à parois indurées ; aucune autre matière ou liquide physiologique n'en était jamais sorti. Le stylet ne parvient pas d'emblée à pénétrer jusqu'au fond de ces cavités très-anfractueuses et à trajet tortueux ; les injections elles-mêmes ne passent que rarement d'un orifice dans le voisin. Le cathétérisme vésical et le toucher rectal sont pratiqués et combinés ; des injections colorées avec de l'encre sont poussées dans le rectum et dans les fistules ; ces diverses investigations démontrent l'absence de communication avec les réservoirs et les conduits urinaires et stercoraux. Les trajets fistuleux furent incisés successivement, et leur fond mis au jour et bourrés de charpie ; on ne peut atteindre cependant le prolongement supérieur situé sur la ligne médiane au-dessous du coccyx ; le stylet pénètre à ce niveau à environ 3 centimètres le long de la face antérieure de cet os, qu'on sent à nu et dépouillé de son périoste.

Injection, chaque trois ou quatre jours, de teinture d'iode au tiers dans une solution d'iodure de potassium. Iodure de potassium à l'intérieur, *un* gramme par jour.

Une amélioration notable suivit cette opération ; la défécation n'était plus douloureuse, la marche était devenue possible, et le malade ne gardait plus le lit ; la santé générale s'était améliorée et la gouttière superficielle et sinueuse qui résultait des incisions était cicatrisée, excepté au niveau du coccyx. On ne s'occupait plus guères de ce malade, qui était pansé par un infirmier. J'appris depuis qu'il parlait souvent tout seul et qu'il avait une démarche singulière, dont les autres malades riaient et qu'ils comparaient à celle d'un coq ; il levait le pied haut et vite et le reposait avec lenteur ; de temps en temps il s'élançait comme poussé par derrière et était forcé de faire quelques pas en courant, ou mieux en trottinant, jusqu'à ce qu'il trouvât un appui. Cet état s'accompagnait de vertiges, et le malade avait toujours peur de tomber. En même temps, il y avait incurvation habituelle de la tête et du thorax en avant et à droite, et du tremblement.

Au mois de janvier 1867, ses voisins avaient remarqué qu'il parlait souvent seul ; à la fin du même mois, la marche devint très-difficile, et il garda le lit. Dans les premiers jours de février, il se lève une nuit et urine sur le lit de son voisin de droite. C'est alors que son état me fut signalé et que j'obtins les renseignements qui précèdent. J'observai alors les phénomènes suivants :

2 février 1867. — Secousses légères dans divers muscles, plus marquées aux mains, puis aux membres supérieurs et enfin aux membres inférieurs. Ces secousses ne sont pas régulières ni rythmiques et occupent tantôt un muscle et tantôt un autre. L'irrégularité des contractions musculaires augmente à l'occasion des mouvements volontaires, et cela simule une chorée légère ; ainsi la cuillerée n'arrive pas sans hésitation à la bouche et subit dans le trajet diverses oscillations ; on observe un effet analogue lorsque le malade veut soulever ses jambes dans son lit. Lorsqu'on le fait descendre à terre, il s'accroche désespérément aux objets qui sont à sa portée et tomberait s'il n'était soutenu ; la station assise est également impossible sans appui ; on voit les muscles des lombes et des cuisses qui sont en jeu dans cette attitude se contracter outre mesure et former des saillies rigides. La marche ne peut avoir lieu qu'avec l'aide de deux personnes qui le soutiennent sous les aisselles. Elle est très-bizarre ; il soulève les pieds par un mouvement sec et brusque plus haut qu'il n'est nécessaire, et les replace à terre avec lenteur ; cela constitue une démarche sautillante qui rapproche celle du coq. En même temps la tête et le cou sont inclinés en avant et à droite, et conservent cette position dans la station assise. Dans le décubitus, il se tient presque constamment couché sur le côté droit ; s'il est sur le dos, sa tête est tournée à droite.

Quand on lui ferme les yeux, les troubles des mouvements n'augmentent pas ; il peut alors porter ses mains et ses pieds dans la position qu'on lui indique. Il n'y a pas de paralysie ; il serre vigoureusement la main qu'on lui présente, et il est impossible d'étendre sa jambe fléchie sur la cuisse. On ne constate plus l'impulsion en avant parce qu'il ne fait plus un pas sans être vigoureusement accroché par les mains à un meuble ou à une autre personne ; mais quand il est assis, il tend toujours à glisser de son siége, en avant et à droite.

La sensibilité est obtuse et un peu lente ; un pincement n'est senti qu'au bout d'un instant, et quelquefois il ne s'en plaint pas, si son attention est tant soit peu détournée. Les différences de température et le poids relatif de deux objets paraissent être appréciés assez exactement ; mais l'affaiblissement de l'intelligence rend ces constatations un peu incertaines. Les mouvements réflexes sont diminués, le chatouillement de la plante des pieds est à peine senti. Aucune douleur n'est accusée, sauf à la tête, à la région frontale, surtout à gauche ; c'est là qu'il porte quelquefois la main. La pression et la percussion des apophyses épineuses ne réveillent pas de douleurs, excepté au niveau du coccyx.

Les sens spéciaux ont été examinés. Il s'est plaint spontanément d'un trouble de la vue, de brouillards ; cependant il voit et reconnaît les objets qu'on lui présente avec l'un et l'autre œil ; les pupilles sont normales ; il n'y a pas de strabisme ni de diplopie. L'ouïe est intacte, ainsi que le goût. Des paroles à voix basse sont entendues, et il se plaint du mauvais goût des médicaments. Après quelques épreuves douteuses, je constate également la persistance de l'odorat.

Pas d'érections ; aucun phenomène du côté des organes génitaux.

Les principaux organes sont sains et les fonctions s'accomplissent régulièrement. L'appétit est prononcé ; il mange même gloutonnement. Les digestions sont bonnes ; jamais de vomissements ; selles rares. La langue est un peu rouge. Le pouls bat 70 et la chaleur paraît normale.

Le délire consiste en rêvasseries, paroles tranquilles, tantôt sur un sujet, tantôt sur un autre. Quelques hallucinations de la vue. Il pense à son travail, à sa femme, morte depuis longtemps ; voit des animaux. Il n'a aucune idée de grandeur, de fortune, de satisfaction de lui-même. Le fond du délire est plutôt triste ; il se préoccupe de sa maladie, de sa misère. La mémoire est notablement affaiblie ; cependant, il peut toujours répondre raisonnablement quand il est interrogé avec insistance. Par moment, léger embarras de la parole.

Aloës, ventouses sèches promenées le long du rachis. Puis chlorure d'argent, *un* centigramme matin et soir, suspendu dans de l'eau sucrée.

28 février. Depuis quinze jours le délire a beaucoup augmenté ; le malade roule sans cesse ses draps entre ses doigts, se dépouille de sa chemise et la déchire ainsi que les couvertures ; veut toujours se lever. L'agitation est plus forte la nuit. Il marmotte sans cesse des paroles peu intelligibles, et sa parole est manifestement embarrassée par suite de mouvements irréguliers de la lèvre inférieure et de la langue. Il chante, parle de ses chevaux, etc. Cependant, il reconnaît les personnes qui l'entourent et répond assez bien aux questions. Il ne paraît pas percevoir un pincement énergique, mais se plaint du froid que lui fait éprouver un objet métallique appliqué sur son ventre. Il accuse une douleur dans les adducteurs des cuisses, surtout à gauche ; ses muscles sont contracturés d'une façon permanente ; il en est de même du sterno-cléido-mastoïdien droit. On essaie de l'asseoir sur son lit, mais il ne peut garder cette position. Il se cramponne à ses draps et manifeste une vive frayeur de tomber, quoiqu'il soit soutenu des deux côtés, sous les bras ; les muscles du dos se raidissent soudain et le rejettent en arrière. Quand il tient un objet, il le laisse bientôt tomber par suite de brusques secousses que ses muscles lui impriment involontairement. Il urine sous lui ; on obtient à grand'peine quelques gouttes d'une urine fortement ammoniacale ; elle bleuit le tournesol et offre un dépôt blanchâtre abondant. La chaleur fait exhaler des bulles gazeuses et le liquide devient moins trouble. L'acide nitrique produit un abondant dégagement gazeux, mais n'éclaircit pas complétement le liqueur. Si l'on modifie légèrement l'urine et qu'ensuite on la chauffe, alors seulement elle devient entièrement limpide. Ces diverses constatations démontrent la présence de carbonates ammoniaeaux et terreux et l'absence d'albumine.

Le réactif de Bareswill est sans action. Pour vérifier le résultat, j'ajoute au mélange de réactif et d'urine, une très-minime quantité de glucose, et le sel de cuivre est aussitôt réduit.

4 mars. L'agitation a été telle qu'il a fallu mettre la camisole cette nuit. Bavardage incessant et sans suite ; il pleure, dit qu'il a volé un million, qu'il sera guillotiné le lendemain ; traits profondé-

---

prunté un chapitre des plus intéressants sur l'accouchement de la reine et la naissance de l'enfant qui fut Louis XIII. Un bibliomane doit avoir ce livre, et ne l'a pas qui veut. Je l'ai, mais si vous saviez en quel état ; c'est à faire pitié vraiment. L'intérieur est bien conservé, et c'est le point important. Mais quel est le barbare, le welche qui l'a possédé sous la Restauration, vers 1820 ? Savez-vous comment il l'a fait relier ? En veau plein marbré, avec dos enjolivé de vilains petits filets dorés. A première vue, on le prendrait pour un de ces livres de distribution de prix comme on nous en donnait en province vers 1835 !!! Ce serait, si on ne pouvait faire changer cette hideuse reliure, ce serait à vous dégoûter des vieux livres. Et voilà pourquoi je n'ai point acheté le Riolan mis en vente à Lyon, et pourquoi je ne suis pas parfaitement heureux.

Les *Statuta Facultatis medicinæ Parisiensis*, 1696, sont un joli volume in-32, provenant de la bibliothèque du célèbre Adanson, et portant cette indication : *Collationné*, 1785, *Adanson*. Ils ne contiennent aucune autre note manuscrite, mais une foule de signes marginaux appelant l'attention sur tel ou tel paragraphe. Si l'on veut bien connaître l'organisation intérieure de notre vieille Faculté, il faut lire attentivement ces *Statuts*. Les premiers statuts de la Faculté de médecine sont de 1270 ; ils furent révisés en 1274, 1281, 1350, 1599. Ils furent imprimés, je crois, pour la première fois, en 1602.

Ces statuts se retrouvent dans le *Recueil factice de maistre Denis Puylon*, doyen de la Faculté, 1672, in-4°. Ils sont accompagnés d'un certain nombre de pièces curieuses, aujourd'hui fort rares, et très-importantes pour l'histoire de la Faculté de médecine de Paris ; ces pièces forment en quelque sorte les commentaires des Statuts ; aussi ont-elles été publiées par ordre de la dite Faculté. On y trouve : 1° Les pièces justificatives des priviléges de l'Université de Paris, appartenant à la Faculté de médecine ; 2° Des arrêts et des sentences contre les empiriques et les médecins non approuvés par la Faculté ; 3° Les règlements en faveur de la Faculté contre le premier médecin du roi, pour la réception des apothicaires et des chirurgiens ès-villes, bourgs et lieux où il n'y a point de jurés, en la prévosté et vicomté de Paris ; 4° Les pièces concernant les apothicaires et la visite des drogues, avec arrest et sentences contre les empiriques. Je vous assure que ce chapitre est vraiment plein d'intérêt ; 5° Règlements pour la visite des boutiques et pour les examens et réceptions des apothicaires, espiciers du roy, etc. ; 6° Pièces concernant les examens, maistrises, prestations de serment et autres droits deubs à la Faculté de médecine par les chirurgiens. Et vous êtes dans l'erreur si vous pensez que la Faculté oublie aucun de ces droits et qu'elle ne saura pas les faire respecter, même quand ils ne seront pas très-justes ; 7° Arrest portant défenses d'enlever les cadavres sans permission du doyen de la Faculté de médecine, etc. Ce chapitre est certainement le plus curieux ; il y a là des arrêts abominables contre des profanations et des vols de cadavres, dont nous ne pouvons nous faire une idée, mais qui expliquent trop bien l'état d'infériorité de l'anatomie française au XVII[e] siècle. Ce chapitre seul vaudrait un long commentaire et une étude sérieuse. Ce sera — vous y consentez bien, cher lecteur ? — ce sera pour un autre jour. 8° Arrest pour le renvoy au parlement de Paris des instances d'entre la Faculté et le premier barbier du roy ; 9° Arrest faisant défense d'imprimer aucuns livres de médecine, de chirurgie ou austres, sans l'approbation de la Faculté.

Avec ce seul et très-précieux in-quarto, il est facile de voir qu'on sait déjà pas mal de choses sur la Faculté de médecine ; malheureusement, on ne tarde pas à s'apercevoir — maxime aussi vraie que peu consolante — que plus on sait, plus on ignore. Mais n'anticipons pas.

Les *Essais de médecine* de J. Bernier — in-4°, 1869 — sont divisés en trois parties, et renferment, en outre, un supplément de 100 pages. La seconde partie, la troisième et le supplément, sont les plus utiles à consulter au point de vue où nous sommes placés en ce moment. On y trouve, sur la médecine du XVII[e] siècle et sur les hommes notables qui la pratiquaient alors, les renseignements les plus inattendus. Il faut dire cependant que médecine et médecins n'y sont guère représentés par le bon côté. Cet ouvrage, inspiré peut-être par *les Médecins à la censure de Bezançon* (1677), a servi de type à d'autres livres de même nature, tels que *le Brigandage de la médecine, de la chirurgie et de la pharmacie*, de Hecquet (1732 et 1738) ; *l'Ouvrage de Pénélope, ou Machiavel en médecine*, par De la Mettrie (1748), etc., etc. Ces traités sont généralement écrits avec passion, avec colère même, ce sont bien plus des pamphlets que de l'histoire, mais ce n'est pas une raison pour les dédaigner absolument et ne les jamais consulter. Une fois faite la part très-grande de l'exagération et de la passion, ils fournissent, sinon des documents, au moins des renseignements qu'on chercherait vainement ailleurs sur les médecins contemporains.

Cherchez dans la biographie des hommes d'autrefois. Le temps, qui efface tout, a effacé les rides du visage et les défauts de l'esprit et du cœur. Ou bien le biographe glisse tout à la fois sur les vices et les vertus de son héros, ou bien il n'en montre que le beau côté, et on ne connaît pas l'homme. Ici, au contraire, dans ces pamphlets, on montre l'homme en déshabillé, plus par le mauvais côté que par le bon, et le lecteur, mettant les choses à leur place et sous leur vrai jour, finit par connaître l'original qu'il a sous les yeux. De la Mettrie, qui n'était point un sot, mais qui avait la langue fort mal pendue, a pu dire avec juste raison : « Si j'étais venu moi-même, qui vous parle, dans un siècle reculé, serais-je indigne du

ment altérés, bouche légèrement déviée à droite, langue un peu tirée, à gauche; rougeur de la face. Il porte quelquefois les mains à la tête. Les mouvements choréiformes sont plus prononcés; à chaque instant, on voit quelques muscles se contracter çà et là. Légères grimaces, embarras très-prononcé de la parole. Il ne peut plus manger seul par suite de l'augmentation considérable de l'irrégularité des mouvements; la cuiller lui échappe des mains; elle est même lancée au loin. La force musculaire est encore très-notable, quoique non mesurée, faute de dynanomètre. Urines involontaires, selles rares; pouls à 84.

6 mars. La position inclinée de la tête à droite et en avant est très-prononcée; les sterno-mastoïdiens droits sont fortement contractés; il n'en est pas de même des trapèzes. Les jambes sont fléchies sur les cuisses, et celles-ci sur l'abdomen; roideur des muscles de l'abdomen et de la région crurale interne, surtout à droite. Les mouvements choréïformes sont de plus en plus intenses; aux membres supérieurs, on voit se succéder la flexion, une brusque extension, la pronation, etc. Ces troubles de la motilité sont beaucoup plus intenses et plus étendus pendant les mouvements volontaires. Au repos, on voit les muscles se contracter les uns après les autres; mais ils n'impriment pas de déplacement aux leviers auxquels ils s'insèrent. Myosis, pupilles égales des deux côtés. Déviation légère de la bouche, à droite; de la langue, à gauche. Il chante ou il pleure; insomnie. Face altérée; pouls très-petit.

Du pus sort toujours de la fistule, au-dessous du coccyx; la pression sur cet os est extrêmement douloureuse.

29 mars. Son état s'est aggravé continuellement; la maigreur est devenue extrême. Pulvérulence des narines, sécheresse des lèvres et de la langue, haleine fétide. Aucun phénomène nouveau. Une chose s'est accentuée, c'est la roideur de tous les muscles avec prédominance de l'action des fléchisseurs. Il est couché sur le côté droit, les jambes fléchies sur les cuisses; celles-ci sur le bassin; les avant-bras sur les bras. Il ne peut se redresser complétement dans les derniers jours. L'intelligence est tout à fait obtuse; il marmotte à peine quelques mots, mais reconnaît encore les personnes qu'il a l'habitude de voir et prononce leur nom. Il mange un peu et manifeste un goût prononcé pour le vin et les boissons alcooliques. Pas de sommeil; alternatives d'agitation et de coma; escarres aux trochanters et au sacrum.

Mort le 30 mars, dans la nuit.

(*A suivre.*)

HYPERTROPHIE GANGLIONNAIRE CERVICALE

(Adénite chronique).

TRAITEMENT PAR LES COURANTS CONTINUS.
GUÉRISON.

Par M. le docteur PICOT, professeur d'histologie à Tours.

M. M..., de Tours, se présente à ma consultation le 12 janvier 1870. Il est porteur d'une tumeur siégeant à la région cervicale du côté gauche. Cette tumeur, dont l'origine, remonte à 13 mois, a débuté par avoir un volume très-petit qui, d'après le malade, pouvait être évalué à celui d'un gros haricot. De jour en jour elle a augmenté de volume, à tel point que vers le mois d'août 1869, M. M... fut amené à consulter plusieurs médecins à cet égard. Elle était à son dire, à cette époque, grosse comme un fort œuf de poule. Il m'est impossible d'obtenir d'autres renseignements sur la nature des causes qui ont amené l'apparition de cette tumeur. Divers traitements externes, vésicatoires, frictions à la pommade mercurielle, frictions à la pommade iodurée, badigeonnages à la teinture d'iode furent employés, et pendant ce temps de l'iodure de potassium, à une dose que le malade ne peut m'indiquer, fut administré à l'intérieur. En dépit de ces moyens la tumeur augmenta constamment de volume, se bossela dans plusieurs parties, et finit par atteindre la grosseur du poing qu'elle possédait au jour de l'examen.

Comme je l'ai dit plus haut, la production morbide est située sur la région latérale gauche du cou, dont elle occupe, par son centre, la partie moyenne. Elle est comprise entre le sterno-mastoïdien, qui se trouve en dedans et le trapèze en dehors, partant dans le triangle sus-claviculaire. Ses dimensions sont considérables; elle mesure dans son grand axe, qui est vertical, 14 centimètres et dans son petit axe ou transversal, 8 centimètres; son épaisseur, qui ne peut être évaluée qu'approximativement est d'environ 7 centimètres. Sa limite supérieure répond à une ligne horizontale qui partirait de l'angle de la mâchoire, et sa limite inférieure se trouve à deux travers de doigt au-dessus de la clavicule. La forme de la production est celle d'un ovoïde, mais on y rencontre trois saillies contigues, séparées par des dépressions, elle est donc parfaitement trilobée. Les dépressions dont il s'agit sont profondes d'environ 5 millimètres. Au palper, on reconnaît facilement au sein de la masse la présence de trois corps ovoïdes, à grand diamètre vertical et d'une dureté considérable. Il est donc de toute évidence et d'après la forme de ces corps, et d'après leur siége, qu'il s'agit ici d'une hypertrophie ganglionnaire ayant porté sur trois ganglions de la région, en un mot d'une *adénite chronique avec hypertrophie considérable.*

Comme je l'ai dit, la cause de cette affection demeure inconnue; le malade n'a aucun antécédent syphilitique, et il ne peut me renseigner sur d'autres accidents de quelque nature que ce soit.

Je procède, séance tenante, au traitement par les courants continus. Ces courants me sont fournis par l'appareil de Renack, et je commence à fonctionner avec des courants faibles, 4, 5, 8 et 10 éléments que me donnaient une déviation de l'aiguille galvanométrique, variant entre 0 et 15 degrés. Pour faire traverser au courant la production morbide, je place le pôle négatif sur la colonne vertébrale au-dessus de la nuque, le pôle positif étant promené sur les divers points de la tumeur. En agissant ainsi, la masse à détruire était donc traversée par des courants ascendants. Cette première séance dura quinze minutes.

A la deuxième séance, en procédant toujours de la même manière pour la direction du courant, j'augmentai le nombre des éléments et le poussai jusqu'à 15; la déviation de l'aiguille galvanométrique était de 20 degrés, et le malade accusait une douleur assez vive analogue à une brûlure.

3e séance, 15 à 20 éléments, déviation du galvanomètre à 20 éléments, 40 degrés. Douleur très-aiguë, qui, du reste, ne persiste point après le passage des courants. Le malade me dit que pendant les deux heures qui suivent la séance électrique, la peau qui recouvre la tumeur se maintient rouge.

4e et 5e séances, dans les mêmes conditions. A ce moment, je mesure la tumeur, qui paraît avoir diminué à simple vue d'environ un tiers, et j'obtiens les résultats suivants : grand axe, 10 centimètres; petit axe, 7 millimètres. Aucune douleur ne se fait sentir dans la masse pendant l'intervalle des séances.

6e, 7e, 8e, 9e séances (chacune distantes de 24 heures), comme les précédentes). Même érection des courants, même quantité d'éléments, même déviation de l'aiguille. Grand axe : 6 centimètres; petit axe, 4 centimètres. L'épaisseur de la tumeur diminue dans les mêmes proportions, et peut être évalué à 4 centimètres.

A la 10e séance, je pousse le nombre des éléments à 25; le galvanomètre dévie de 50 degrés. La douleur est très-intense, mais bien supportée par le malade, encouragé par le résultat déjà obtenu. La rougeur continue à persister après chacune des séances pendant environ deux heures, et je remarque, au point d'application du pôle négatif, une petite eschare du volume d'une pièce de 50 centimes et qui comprend, approximativement du moins, toute l'épaisseur de la peau. En conséquence, j'abaisse un peu le long de la colonne vertébrale mon réophore négatif, afin de ne point porter sur l'eschare en question. La 11e séance se fait dans les mêmes conditions.

A la 12e séance, la tumeur est singulièrement diminuée; elle n'est plus que de la grosseur d'une petite noix, et la peau s'est rétractée à sa surface. Les dimensions sont alors : grand axe, 3 centimètres; petit axe, 2 centimètres. La 13e séance se fait dans les mêmes conditions.

Après ces 13 séances de courants continus, la tumeur est redevenue semblable à une grosse fève de marais; on y distingue, mais avec beaucoup de peine, les trois ganglions dont l'hypertrophie l'a constituée. J'abandonne dès lors tout traitement, considérant le malade comme guéri.

Quinze jours après, M. M.... revient me trouver, et, à part un léger empâtement de la région, on ne distingue plus aucune trace de tumeur; dans la profondeur, il semble qu'on sente encore trois petits corps, mais cette sensation est très-obscure.

En résumé, l'observation ci-dessus montre la guérison (car depuis cette époque, c'est-à-dire depuis le 10 février, la tumeur n'a plus reparu) d'une adénite cervicale chronique, avec hypertrophie considérable, obtenue en treize jours par les courants continus, alors qu'elle avait résisté à tous les moyens de traitement employés habituellement.

Quel est le mode d'action des courants dans ces cas? Agissent-ils par simple transport mécanique ou plutôt par une sorte d'action physiologique portant sur la nutrition intime des tissus et des éléments anatomiques sur lesquels on porte leur action?

Je crois plutôt cette seconde manière de voir admissible, et, dans ce cas, l'action des courants me semblerait porter sur les nerfs vaso-moteurs; mais je ne puis me prononcer encore à ce sujet, et j'attends d'autres résultats physiologiques et thérapeutiques pour élucider cette importante question, qui, comme on le voit par l'observation ci-dessus, a une valeur clinique considérable.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION.

Séance du 13 décembre 1869 (1). — Présidence de M. BARTHEZ.

Mon excellent ami le docteur Damaschino a bien voulu me donner une note détaillée sur l'examen microscopique qu'il fit de ces deux produits membraniformes :

« Les deux produits membraniformes qui m'ont été remis ont une structure absolument identique, et présentent seulement quelques légères différences en rapport avec le liquide conservateur dans lequel ils avaient macéré.

« Etudiées à l'état frais à l'aide de la dilacération et sur des coupes, comme après durcissement dans des solutions diverses (acide chromique, acide picrique, eau alcoolisée), ces membranes ont offert une structure des plus simples. En aucun point, et malgré des recherches réitérées à l'aide des réactifs spéciaux (acide nitrique au 5e, acide tartrique, etc.), il n'a été possible d'y découvrir des tubes glandulaires même incomplets; il n'y a pas non plus aucune trace de fibres, cellules musculaires, ni d'éléments conjonctifs. Le tissu mollasse de ces produits est exclusivement composé de :

« 1° Une substance muqueuse à demi-coagulée qui, par l'addition de l'acide acétique, donne la réaction caractéristique de la mucine. Ce mucus forme par places des amas irréguliers, que l'on retrouve sur les coupes en divers points des préparations. C'est à sa présence que les membranes doivent en partie leur consistance mollasse, et leur déchirure facile, qui fait croire au premier abord à l'existence de plusieurs cavités. Celles-ci, purement artificielles, sont produites par la pointe des ciseaux, et on n'en retrouve aucune trace sur des coupes transversales.

« 2° Un réseau de fibrine assez riche en certains points et très-lâche en d'autres; il est très-apparent sur des coupes fines faites, après durcissement, dans l'acide chromique.

« 3° Des cellules épithéliales, les unes cylindriques, les autres pavimenteuses, toutes légèrement granuleuses, à noyau parfaitement conservé. Quelques-unes d'entre elles sont munies de cils vibratiles; un très-petit nombre présente la dégénération muqueuse.

« 4° Des leucocythes en assez grande quantité; ils sont très-abondants et presque confluents dans certains points qui offrent à l'œil nu un aspect plus blanchâtre que le reste du tissu.

« 5° Un certain nombre de globules sanguins dont la plupart sont déformés et notablement pâlis. »

Le 5 août, je revois la malade avec le docteur Chertier. Elle avait rendu à sa dernière époque plusieurs fragments du corps membraneux analogues aux précédents. Elle venait d'avoir ses règles qui, dès le premier jour, s'étaient accompagnées de tiraillements dans les aines, de douleurs très-aigues dans les lombes et l'hypogastre, revêtant parfois le caractère de tranchées utérines, suivies de l'expulsion d'un corps membraneux complet.

La malade s'attendait à voir cesser ces douleurs, mais pour la première fois elles persistèrent, augmentèrent d'acuité et prirent le

(1) Voir le numéro du 23 avril 1870.

beau nom d'*Aletheius*, que la seule dureté fait accorder tous les jours à certains *quadrupèdes* de la Faculté, pour suivre ici le système de *Lynœus?* ou ne serais-je aux yeux du public éclairé qu'un écrivain dangereux, dont la plume envenimée n'aurait distillé que le noir poison de la médisance ou de la calomnie, deux choses que l'orgueil des médecins a vainement voulu confondre. Qu'il s'en faudrait qu'on me regardât d'un si mauvais œil! On avouerait les services que j'aurais rendus, et on m'en saurait quelque gré. » C'est ainsi qu'il faut juger Bernier, et son livre doit être lu avec les dispositions d'esprit que je viens d'indiquer.

Quant à l'*Éloge historique de la Faculté de médecine de Paris*, par Hazon (1773, in-4°), il me serait impossible d'en dire tout le bien que j'en pense, moi qui l'ai lu et relu plusieurs fois. C'est encore, jusqu'à présent, l'histoire la plus complète et la mieux faite de l'ancienne Faculté. Sous une forme très-concise, mais nullement aride, l'auteur a su grouper en quelques pages tous les faits importants; il fait revivre et agir sous nos yeux ces vieux docteurs, ces professeurs, ces bacheliers, ces licenciés, que nous ne reconnaissons plus tant ils ressemblent peu aux professeurs et aux étudiants de nos jours. Il est vrai que les deux Facultés, l'ancienne et la nouvelle, ne se ressemblent pas davantage; hommes et choses, tout a été bouleversé de fond en comble. Est-ce un bien? Est-ce un mal? Les élèves étaient plus respectueux, mais les maîtres les aimaient davantage; les uns et les autres ne formaient qu'une famille unie par mille liens. Aucun de ces liens n'existe plus; maîtres et élèves ne se connaissent plus, et si ces derniers n'ont pas pour les professeurs une très-grande déférence, il faut bien dire que beaucoup de ceux-ci exercent un métier et non un sacerdoce. On ne sifflait pas aux cours des Tardieu de ce temps, mais il est certain que la Faculté n'aurait pas pris la mesure plus que rigoureuse devant laquelle elle n'a pas reculé dernièrement. Fermer l'École, soit, et encore! mais interrompre les examens, cela ne saurait se comprendre. La Faculté dont Hazon écrit l'*Éloge* ne l'aurait pas compris.

Lisez d'ailleurs, cher lecteur (si vous pouvez vous le procurer, car il se fait rare), cet *Éloge* vraiment académique, et vous serez entièrement de mon avis, et vous verrez, en outre...., oui, vous verrez que presque tous ceux qui, depuis, ont écrit sur le même sujet, n'ont guère fait que copier Hazon, le commenter, le paraphraser, sans le dire toujours.

Les *Mémoires pour servir à l'histoire de la Faculté de médecine de Montpellier*, par Astruc (1767, in-4°), méritent également d'être lus et consultés, d'autant plus qu'ils ont été écrits par un homme éminent, d'abord professeur à Montpellier, puis professeur à Paris, connaissant à fond toutes les matières dont il traite. Comme Astruc n'a point renié Montpellier, qu'il est également très-attaché à Paris, il offre de bonnes conditions d'impartialité. Comme, d'une autre part, c'était un médecin fort instruit, un érudit de grande valeur, son livre est plein de documents importants et enrichi de notes précieuses, qui en rendent la lecture très-instructive.

Je dirais à peu près les mêmes choses des *Recherches critiques et historiques sur l'origine, sur les divers états et sur les progrès de la chirurgie en France*, par Quesnay (1744, in-4°), si l'auteur n'avait apporté une trop grande passion à soutenir une thèse insoutenable, à savoir que le Collége des chirurgiens a, de tout temps, été agrégé à l'Université; qu'il était vis-à-vis d'elle sur le même pied que la Faculté de médecine; qu'il avait été autrefois et qu'il devait redevenir indépendant de celle-ci. — L'ouvrage de Quesnay renferme des documents sans nombre qu'il faut lire très-attentivement, car si les uns sont exacts et utiles à connaître, les autres sont fort douteux, quelquefois absolument faux, d'autres fois mal interprétés. Les fameux statuts du collége de chirurgie octroyés par saint Louis, selon Quesnay, ne sont rien moins qu'authentiques; il est certain qu'il doit rester bien peu de chose de l'œuvre de Louis IX; ces statuts ont dû être tellement retouchés, remaniés et modifiés, que l'œuvre primitive a presque totalement disparu. Mais Quesnay soutient une thèse, on pourrait même dire qu'il plaide un procès, et tous les arguments lui sont bons : c'est au juge, je veux dire au lecteur, qu'il appartient de faire un choix et de laisser le mauvais pour ne prendre que le bon.

L'*Essai historique* de Chomel est un abrégé assez bien fait et bon à lire. La préface fournit quelques indications utiles. La partie la plus intéressante de ce petit livre consiste dans les listes renfermant les noms et surnoms des chanceliers de l'Université, des premiers médecins ou archiâtres des rois de France, de quelques anciens maîtres-régents et de tous les doyens de la faculté jusqu'en 1761.

Je n'ai rien à dire des *Recherches historiques sur la Faculté de médecine de Paris*, par Sabatier (1837, in-8°), ouvrage moderne fort incomplet, surtout pour tout ce qui touche à l'ancienne Faculté; je n'ai pas à parler davantage de l'*Histoire de l'Université*, par Crevier (1750, in-4°), ni de l'*Histoire de Paris*, par Félibien (1725, in-fol.), car tout le monde connaît et possède ces importants ouvrages; mais il n'en est pas de même des *Lettres de Guy Patin*. Elles vont me permettre de m'échapper par une tangente, de montrer comment toutes les questions se tiennent et s'enchaînent, comment on glisse dès qu'une fois on se trouve sur la pente, et peut-être même (on ne sait jamais au juste ce qui peut arriver) me fourniront-elles un moyen honnête de rentrer dans mon premier sujet, que je ne perds pas de vue. J'en doute cependant.

(*A suivre.*) — Dr H. MONTANIER.

caractère nettement expulsif vers le cinquième jour de l'époque menstruelle, où l'expulsion d'un nouveau corps membraneux en quatre fragments fut aussitôt suivie de la cessation des souffrances et de l'écoulement sanguin. La dernière période intercalaire avait été de plus marquée par des douleurs assez vives, qui n'avaient cette fois pas laissé de repos à la malade. L'abdomen était fortement ballonné.

M. le docteur Chertier, qui l'avait examinée au spéculum quelques semaines auparavant, avait fait une forte et profonde cautérisation de la cavité du col avec le crayon de nitrate d'argent.

Le 24 août. — Le ballonnement du ventre a presque disparu. Les douleurs sont moindres; cependant elles s'exagèrent par la station debout et la marche; cuisson à la vulve et douleurs en urinant.

Examen de la malade fait avec le concours de M. le docteur Chertier. — L'introduction du doigt dans le vagin est douloureux. Le vagin est chaud. Le col est fortement porté en arrière et à gauche, un peu douloureux et engorgé. L'antéversion est tellement prononcée, qu'on ne peut que très-difficilement atteindre le museau de tanche avec le doigt. Le cul-de-sac latéral droit est libre, très-profond; le cul-de-sac antérieur est peu prononcé, par suite de la projection du corps utérin en avant. Pour la même raison, le cul-de-sac postérieur est très-marqué. La latéraversion gauche comble en partie le cul-de-sac latéral gauche.

L'utérus est mobile; les mouvements qu'on imprime au col sont transmis au corps. La pression dans les cul-de-sac n'éveille aucune douleur; elle ne fait pas constater la présence d'une tuméfaction dépendant soit d'une inflammation péri-utérine, soit d'une phlegmasie des ovaires.

Examen au spéculum. — L'introduction du spéculum est douloureuse, elle arrache des cris à la malade. Le vagin est rouge; le col est très-injecté, volumineux, présentant quelques granulations, qui saignent au moindre contact. Pas d'érosions. L'ouverture du col est peu apparente, elle paraît petite, et laisse sortir un liquide peu abondant, blanchâtre, qui agglutine les deux bords de l'orifice. La lèvre postérieure est plus rouge et plus tuméfiée que l'antérieure.

La vaginite qui était constatée était due à l'extension de l'inflammation du col utérin au vagin, et elle avait sans doute été provoquée par la cautérisation au nitrate d'argent, car, à partir de cette époque, les douleurs étaient devenues plus vives; elles avaient, de plus, été répétées pendant la période intermenstruelle.

La pression sur le pubis est très-douloureuse, ainsi que vers l'articulation sacro-coccygienne. La pression hypogastrique est moins douloureuse de chaque côté de l'hypogastre; la pression profonde détermine une douleur obtuse, qui paraît limitée aux deux régions ovariennes.

30 août. — Même état. Douleurs lombaires et hypogastriques, tiraillements dans les aines, pesanteur au périnée, miction fréquente et douloureuse. Depuis sa dernière époque, elle a toujours perdu une très-légère quantité de sang, qui est devenue plus abondante depuis trois jours.

5 septembre. — L'expulsion de plusieurs fragments membraneux a été marquée cette fois par des douleurs extrêmement vives. La miction est toujours douloureuse. La malade me dit d'elle-même qu'elle rend avec ses matières fécales, ordinairement dures, une substance glaireuse analogue à du blanc d'œuf (entérite glaireuse). La marche est pénible; dans la station debout, sensation de pesanteur périnéale. Les douleurs hypogastriques et lombaires sont très-aiguës, et la pression exaspère fortement une douleur, qui est ressentie spontanément à deux travers de doigt au dessus de l'ombilic. La coccygalgie est plus prononcée; la pulsalgie est moindre. L'abdomen est ballonné, sonore et douloureux à la percussion. Pas de fièvre ni de frisson.

La malade souffre donc davantage, elle paraît plus affaiblie, elle a de l'inappétence, quelques nausées, se plaint de palpitations fréquentes, de battements épigastriques. L'anémie est donc plus marquée, les muqueuses sont décolorées.

Ventouses sèches couvrant les lombes.

Tous les jours, 4 dragées d'ergotine, qui sont données en vue de modérer l'afflux sanguin vers l'utérus et de favoriser l'expulsion de fausses membranes.

8 septembre. — L'écoulement des règles cesse. Les douleurs ont beaucoup diminué d'intensité. La malade n'éprouve plus qu'un sentiment de plénitude dans le bassin et de pesanteur au périnée, lorsqu'elle marche ou se tient debout. La position assise exagère la douleur coccygalgique. Il existe quelques points de névralgie intercostale. Céphalalgie.

On cesse l'ergotine. Injection vaginales émollientes. Lavements émollients. Ceintures hypogastriques. Pilules de Vallet. Vin de quinquina.

17 septembre.—Leucorrhée assez abondante. La malade n'éprouve plus que quelques légères douleurs lombaires.

Depuis ce temps, jusqu'au mois de novembre 1869, M. le docteur Chertier a revu la malade; il a toujours observé le même amendement des symptômes douloureux pendant la période intercalaire, et leur apparition constante, ainsi que l'expulsion de la membrane dysménorrhéale pendant l'écoulement menstruel. L'état général s'est légèrement amélioré.

(*A suivre.*)

Faculté de médecine de Paris. — M. Chauffard, au premier tour de scrutin, a obtenu, pour la chaire de pathologie générale, 14 voix contre 13 données à M. Potain, et 1 bulletin blanc.

Un peu plus, et nous avions une seconde représentation du vote de la semaine précédente.

La nomination de M. Chauffard est un acte de justice.

— Nous apprenons, à la dernière heure, la mort de l'illustre professeur Lordat, de Montpellier.

— M. le docteur Reliquet commencera son cours sur les opérations des voies urinaires, le lundi 2 mai, à cinq heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 1er mai 1870.

Toutes les fois qu'une idée bonne pour le développement de nos intérêts scientifiques ou professionnels traverse l'air, nous sommes heureux de la saisir et de la présenter à nos lecteurs. Mais combien nous sommes plus heureux quand elle se présente sous la protection de la nature la plus sympathique et la plus loyale, de notre cher collègue, M. Marchal (de Calvi).

Quand on jette les yeux autour de soi, combien ón remarque de talents et de supériorités qui n'ont pas reçu la moindre marque de distinction. Tandis que chaque ministère récompense ceux qui relèvent de lui, voyez le praticien émérite qui ne compte que des services discrets et silencieux; voyez le savant, trop plongé dans ses études pour savoir attirer les faveurs sur lui; voyez, enfin, l'homme au cœur trop haut placé pour oser solliciter pour lui. Pas le moindre petit ruban rouge à la boutonnière.

Eh bien, M. Marchal (de Calvi) a raison; c'est à l'union des confrères de désigner au pouvoir ceux qui méritent. Nous disons plus, c'est à la presse à s'unir, à se concerter, à débattre des titres et à se faire l'écho de mérites qui souvent, sans elle, restant méconnus. Que chaque année elle ouvre un scrutin pour confirmer le droit de certains médecins aux récompenses honorifiques; que, forte du résultat de ce scrutin, elle nomme alors une commission pour porter ses vœux à qui de droit, et alors nous verrons d'une part le mérite, le vrai mérite récompensé, et la presse aura joué son vrai rôle.

Commençons dès aujourd'hui et présentons à nos lecteurs le candidat de M. Marchal (de Calvi).

Ce candidat est bien connu de tous ceux qui ont suivi le mouvement scientifique de notre époque. Ses travaux sont trop nombreux pour qu'on puisse les énumérer, mais quel est le médecin qui ne connaît pas et n'a pas su apprécier les services rendus par M. le docteur de Robert de Latour !

Notre confrère compte cinquante ans d'honorabilité professionnelle; il a découvert des lois en pathologie, fondé une méthode de thérapeutique.

Avec M. Marchal (de Calvi), nous prions nos confrères d'appuyer une demande de décoration en faveur de M. de Robert de Latour.

Ouvrons donc aujourd'hui la première liste de scrutin.

SCRUTIN :

Ont voté *oui*, en faveur de la proposition soumise au jugement du corps médical.

MM. les docteurs : 1. Marchal (de Calvi), rédacteur en chef de la *Tribune médicale;* Ch. Pellarin (de Montrouge); Groussin (de Bellevue); Louis Lévy (des Ternes); Liégeard (de Caen); Simorre (de Contres); Burdel, médecin de l'hospice de Vierzon; Leriche (de Cussy-les-Forges); Devaux (de Colombières); Ferrier père, ancien chirurgien du lazaret de Bordeaux.

11. Ferrier fils (de Pauillac); Dupouy, ancien interne de de Charenton; Macé, médecin aux eaux d'Aix; Marcellin Duval, ancien directeur du service de la marine; Drouet (du Grand-Montrouge); Velten, chirurgien de l'hôpital civil de Versailles; Larivière (de Cambrai); Nelson Pautier (d'Aigre); Castagnon (de Lambeye); Blondeau, ancien chef de clinique de la Faculté.

21. Ozanne (de Versailles); Bernadou (de Saint-Ambroise); Bourdin (de Choisy-le-Roi); Amussat; Aulagnier, médecin principal des armées en retraite; Guillaumot (de Poligny); Fano, agrégé de la Faculté; Liégey (de Choisy-le-Roi); Petitgand, médecin de l'armée; Cramoisy.

31. Pinel de Galleville; Caradec (de Brest); Mathie (de Saint-Remy-en-B.); Licke (de Maisons-Laffitte); Dimbarre, chirurgien en chef de l'hôpital de Tarbes; Portier (de Saint-Chamand); Vautier (de Dives); Massola (de Chambéry); Hamon (de La Rochelle); Lucciana (de Bastia).

41. Gilbrin (d'Ars-sur-Moselle); Deroche; Albiet-Limagnac (de Castelnau-Monsetier); Ricord, chirurgien consultant de l'Empereur; Demarquay, de l'Académie de médecine; Bouchut, médecin des Enfants-Malades; Guéneau de Mussy, médecin de l'Hôtel-Dieu; Phillips; Léon Gros; Parise, professeur à l'École de Lille.

51. Béni-Barde (d'Auteuil); Alfred Guillon; Grazietti, médecin major; Bonnet de Malherbe; Brun; Ségalas; Sichel; Danjoy; Beret; Cabanellas.

61. Junod; Daumas; Campbell; Dieu; Poggioli; Bonnafont, ancien médecin principal des armées; Briault (de Saintes); Wecker; Bossu, rédacteur en chef de *L'Abeille médicale;* Liebreich.

71. Leudet, Caudmont, Dulac-Gouamier; Benoist; Chassagny (de Lyon); Prat; Leroy d'Etiolles; Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de Bicêtre; Durand-Fardel.

81. Brochin; Le Sourd, directeur de la *Gazette des hôpitaux.*

Voici close la première liste : nous adjurons maintenant tous les confrères qui aiment la justice et qui reconnaissent les droits de notre confrère, le docteur de Robert de Latour, de nous adresser au plus tôt leur adhésion.

Il faut pouvoir se compter et savoir combien, en France, ont encore à cœur de voir récompenser le mérite par les vrais juges en la matière.

Notre excellent confrère, le docteur Marchal (de Calvi), a eu parfaitement raison d'en appeler au suffrage universel du corps médical.

Dr E. LE SOURD.

CLINIQUE MÉDICALE DE LA CHARITÉ.

M. le Dr A. PROUST, suppléant de M. le professeur BOUILLAUD.

De la paralysie labio-gloso-laryngée.

—

1re LEÇON

Publiée par le docteur V. AUDHOUI, chef de clinique de la Faculté de médecine.

C'est un usage presque traditionnel, de commencer un cours par une exposition de principes et des considérations générales : rien n'est plus juste dans bien des cas. Il est nécessaire, en effet, qu'un professeur titulaire, à l'ouverture d'un cours qui doit durer un certain nombre d'années, consacre quelques instants à l'exposé des règles les meilleures selon lui, et les plus sûres, pour arriver au but qu'il se propose. Désirant fonder un enseignement, il doit nous démontrer la vérité des lois sur lesquelles il prétend s'appuyer, il doit nous indiquer les sentiers dans lesquels il veut nous engager avec lui.

Notre situation est-elle la même? Non messieurs, ce n'est pas un enseignement que nous avons à fonder. Nous n'avons à vous faire qu'un petit nombre de conférences; nous ne pouvons vous donner qu'un temps limité; et, il nous semble, que ce temps précieux doit être consacré bien moins à discuter des problèmes ardus de pathologie générale, qu'à vous initier, par des exemples appropriés, aux légitimes développements de la science moderne. Malgré l'intérêt majeur que présentent ces problèmes, nous les laisserons de côté; nous nous abstiendrons de toute proposition doctrinale, pour nous renfermer dans l'étude de la médecine clinique qui fait l'objet de ce cours.

La médecine clinique s'occupe de l'étude du malade. Je conviens que cette étude doit être conduite aussi loin qu'il est possible; mais j'admets aussi que, dans un cours de clinique, il est des limites qu'il faut savoir ne pas dépasser. Toutes les questions ne sont point également importantes : les unes exigent de larges développements, les autres ne doivent qu'être indiquées. Or, que faut-il mettre particulièrement en lumière dans l'histoire du malade, que faut-il laisser dans l'ombre? Devons-nous, dépassant l'observation, porter notre vue sur les différentes parties de la science? A propos d'une éruption cutanée de nature syphilitique, ferons-nous l'histoire du mal vénérien? A propos d'un état symptomatique quelconque, décrirons-nous tout entière la maladie qui l'engendre? Évidemment ce serait dépasser le but. Mais, vous raconter sèchement les faits recueillis au lit du malade; nous contenter de faire passer sous vos yeux des phénomènes divers, sans chercher à déterminer leur nature, sans chercher à leur faire produire les conséquences générales qu'ils renferment; ne serait-ce pas tomber dans l'extrême opposé?

Entre ces deux voies, il en est une dont les avantages sont manifestes : s'attacher à mettre en relief les détails intéressants et caractéristiques des faits particuliers, chercher à pénétrer leur nature, saisir les rapports qui les unissent à d'autres faits, ou les différences qui les séparent, en déduire les conséquences pratiques; cette marche essentiellement clinique, est celle que nous suivrons. Cependant, s'il est nécessaire d'observer soi-même, il est nécessaire aussi de méditer sur les opinions des hommes qui ont observé avant nous. On a, par ce moyen, l'avantage de joindre l'expérience des autres à celle que l'on peut soi-même acquérir. Et voilà ce qui nous engage à vous exposer, en outre, les idées et les théories suscitées par des observations analogues aux nôtres. En nous tenant dans ces limites, nous n'entreprendrons pas sur la pathologie pure, et nous ne resterons pas étrangers à ce qui se passe autour de nous.

Laissez-moi maintenant vous indiquer, en quelques mots, les sujets sur lesquels porteront plus particulièrement nos entretiens.

Vous avez pu voir dans les salles, en les parcourant ce matin, un certain nombre de malades affectés de troubles nerveux. Je les ai réunis à votre intention, et je vous prie de les étudier avec soin. Vous aurez rarement l'occasion de pouvoir en observer une aussi grande variété dans les hôpitaux ordinaires. Les uns sont atteints de paralysies diverses, d'incoordination du mouvement et de toute une série de désordres parfaitement connus aujourd'hui; d'autres, sont affectés de lésions plus difficiles à déterminer, et d'états pathologiques plus complexes, encore mal définis, que l'on désigne sous le nom de *paralysie agitante* et de *sclérose en plaques.* Ce seront là des éléments précieux pour nos leçons. Nous n'oublierons pas nos autres malades : le cours de clinique reproduira nécessairement le mouvement du service; mais ces affections nerveuses seront l'objet de notre constante sollicitude. Elles nous permettront d'étudier les principales altérations de la moelle épinière; de les grouper en séries distinctes; de discuter enfin la valeur des signes cliniques qu'on leur attribue, et qui nous servent à les reconnaître au lit du malade.

Je me propose de vous entretenir, dans les premières leçons, des troubles de la parole. En m'occupant tout d'abord de ce sujet, j'ai voulu rendre un hommage légitime au professeur éminent, au maître illustre que j'ai l'honneur de suppléer dans cette chaire. Vous savez tous, en effet, avec quel succès M. Bouillaud s'est occupé, l'un des premiers, des troubles du langage articulé, et des lésions anatomiques qui leur correspondent.

L'idée, mentalement conçue, doit prendre une forme particulière pour être produite à l'extérieur; elle doit être formulée par des signes ou par des mots. Or, il est facile de voir que la parole se compose de trois actes successifs :

1° L'idée est conçue;

2° Elle est revêtue de la forme voulue pour que nous puissions la transmettre au dehors;

3° Enfin, l'action dernière est produite : l'appareil phonateur est mis en mouvement; les sons formés au larynx sont articulés par la langue, les lèvres, etc., et nous traduisons à voix haute notre pensée.

Tels sont les trois actes que l'analyse fait découvrir dans la faculté de parler.

Cependant, vous remarquerez que ces trois actes ne sont pas absolument et constamment liés entre eux. Si le dernier suppose le second, et celui-ci le premier, il n'en est plus de même dans l'ordre inverse : le premier acte peut exister sans les deux autres; le premier et le second peuvent exister seuls sans que le dernier s'ensuive. Nous pouvons nous arrêter à chaque point de cette progression, nous pouvons nous arrêter au moment de prononcer les paroles voulues, et ce n'est que volontairement que nous passons successivement du premier acte au dernier. Dans la surdi-mutité, qui n'est pas un état morbide, mais une infirmité par vice d'organisation, vous avez un exemple remarquable de cette indépendance que je signale. Le sourd-muet pense et conçoit l'idée; il l'exprime par le geste et l'écriture, mais il ne peut parler.

Cette indépendance et à la fois cette subordination se continuent dans l'ordre pathologique : si le premier acte est modifié, troublé, les deux autres le seront dans le même sens; si le second est lésé, le dernier le sera, mais le premier pourra bien ne pas l'être; enfin, l'altération du troisième n'entraînera pas nécessairement la lésion des deux autres. De là des variétés singulières dans les troubles du langage articulé.

Tantôt vous observerez la lésion de la conception mentale. L'individu est dans le coma, la stupeur, l'hébétude; la pensée affectée, altérée, affaiblie, supprimée, ne peut produire l'idée.

Tantôt l'idée est conçue; mais la formule, le revêtement nécessaire à la transmission extérieure fait défaut.

D'autres fois enfin, ce n'est plus sur l'intelligence que porte

la lésion. La phrase est construite, l'idée est prête à jaillir, mais la parole ne peut se produire ; l'appareil buccal altéré ne peut articuler.

Voilà donc trois variétés de troubles parfaitement définies et se rapportant chacune à l'un des actes distincts que nous avons reconnus dans la faculté de parler.

A la première variété appartient une série de faits dans lesquels la parole est entièrement abolie ou singulièrement limitée.

Lorsque la conception mentale fait défaut, il est évident que la parole n'existe plus : ainsi, dans le coma, l'apoplexie, la syncope et tant d'autres états morbides.

Si la pensée n'est pas entièrement détruite, mais plus ou moins affaiblie, vous observerez des altérations similaires de langage parlé : tels sont les divers états de stupeur, de démence, d'idiotie.

En d'autres cas de trouble intellectuel, la parole manque parce que l'individu ne veut pas parler ; et c'est ce que vous pourrez rencontrer chez les fous mélancoliques et lypémaniaques qui passeront des journées entières, des semaines, sans vouloir délier leur langue.

Il faut ranger tous ces faits dans une même classe ; l'affection de l'entendement les unit. Si l'intelligence n'était pas abolie, diminuée, pervertie, tous ces individus parleraient. Ils se distinguent de ceux dont je vais vous entretenir et doivent être classés à part. Le trouble de la parole n'étant point ici un fait essentiel, n'a pas reçu de nom. Cependant, si vous le voulez bien, et sans attacher d'autre importance au mot, nous le désignerons sous le nom de *mutisme*.

La seconde variété a été beaucoup étudiée dans ces derniers temps. Trousseau lui a donné le nom d'*aphasie*. Elle est essentiellement caractérisée par la perte plus ou moins complète du langage en général et particulièrement du langage articulé. L'aphasique ne peut revêtir l'idée de la formule nécessaire pour la produire au dehors. Il est évident que, chez lui, l'intelligence est toujours ébranlée à un degré quelconque ; mais il n'y a pas de relation absolue entre la perversion intellectuelle et le trouble de la parole, puisque le sujet affecté, reconnaissant l'objet, en sachant les usages, n'en peut dire le nom.

Enfin, dans la troisième variété, l'intelligence est entière. L'idée est conçue, elle peut être exprimée par le geste et l'écriture ; mais, l'appareil buccal n'obéit plus à la volonté, et la parole ne peut se produire. Cette lésion est donc absolument différente de la précédente, et il ne faut pas les confondre sous la même appellation.

Loin de moi la pensée de vouloir créer un mot nouveau pour désigner ces derniers phénomènes ; on n'en a déjà que trop créé ! Je propose donc de reprendre le vieux mot d'*alalie*, par lequel Joseph Franck désignait ces altérations. Je sais bien que mon collègue et ami, M. Jaccoud, dans un savant travail, a groupé sous ce nom tous les troubles de la parole ; mais comme il n'y a rien de commun entre l'*aphasie*, telle que nous la comprenons aujourd'hui, et l'impossibilité d'articuler par lésion de la langue et des lèvres, je crois utile de donner à ces deux états des noms différents, et sans me préoccuper de l'étymologie, j'emploie le mot *alalie*. Ces dénominations, je l'avoue, sont arbitraires ; il m'a semblé toutefois qu'il était nécessaire, pour bien s'entendre et fixer les idées, de donner des noms particuliers à des choses distinctes. Les diverses modifications pathologiques de la parole sont donc rangées par moi sous trois chefs : le *mutisme*, l'*aphasie*, l'*alalie*.

La malade dont je vais vous raconter l'histoire a présenté tous les caractères qui constituent l'*alalie*.

C'est une couturière âgée de 33 ans, mariée et mère de famille, d'ailleurs bien portante depuis de longues années. Elle a eu, il y 15 ans environ, une attaque de rhumatisme articulaire aigu, qui ne lui a laissé aucune trace organique, et c'est la seule maladie un peu sérieuse qu'elle ait jamais éprouvée.

A son entrée dans nos salles, le 5 du mois de janvier, elle avait une hémiplégie complète du côté droit ; l'appareil buccal était paralysé et elle était aphone. Ceux d'entre vous, messieurs, qui ont vu la malade à cette époque et qui la revoient aujourd'hui, peuvent juger de l'importante amélioration obtenue, du reste, je me hâte de le dire, sans intervention thérapeutique active de notre part. Maintenant, elle marche toute la journée ; la main droite serre avec force ; elle se rend utile aux infirmières et à ses compagnes. Toutefois, elle ne peut pas coudre encore ; car, aussitôt qu'elle essaye de faire quelques points, elle éprouve, dans la main et dans le bras, de la fatigue et des crampes. La parole est parfaitement intelligible et paraîtrait normale si l'on ne surprenait une certaine gaucherie dans la prononciation des lettres labiales. La lèvre inférieure n'a pas recouvré toute sa souplesse. La voix est rauque, forte, nazillarde..... Mais permettez-moi de revenir sur son passé.

Les premiers troubles cérébraux remontent au commencement de 1869. Elle fut prise alors, sans cause apparente, de douleurs frontales opiniâtres, parfois assez violentes pour l'empêcher de dormir. Ces douleurs revenaient à peu près régulièrement tous les soirs et ne s'accompagnaient d'aucun phénomène insolite comme vertiges, fourmillements, perte de connaissance, convulsions. On lui donna de l'iodure de potassium, quoi qu'elle n'ait jamais présenté les traces de manifestations syphilitiques.

Un soir des premiers jours de juin, elle se couche bien portante, et le lendemain, à son réveil, se trouve paralysée du côté droit ; la figure n'avait subi aucune déviation ; la parole n'était pas gênée. Deux mois après, la paralysie avait disparu et la malade pouvait reprendre ses travaux de couture, gagnant des journées aussi bonnes qu'avant l'accident. Les maux de tête persistaient.

J'arrive tout de suite à la seconde attaque.

Dans la soirée du jour de Noël, elle va accompagner des personnes de sa famille à la gare de Lyon : il faisait très-froid. Elle passe une assez bonne nuit, et, comme au mois de juin, elle se réveille paralysée. Mais cette fois, elle ne peut parler ; la figure est tirée du côté gauche ; la déglutition est gênée ; elle ressent un grand engourdissement aux membres du côté droit. Dans la journée, elle va voir un médecin, qui lui ordonne un purgatif. Ceci se passait le 26.

Le 27 au matin : hémiplégie complète ; parole abolie ; déglutition des plus difficiles ; bouche entr'ouverte, ne pouvant ni s'ouvrir davantage ni se fermer ; douleurs très-vives dans les masséters ; vue affaiblie du côté droit ; aucune douleur de tête ; urination involontaire ; constipation.

Nous l'avons vue dans cet état ; nous avons pu constater les limites de la paralysie. Le côté gauche du corps ne présentait rien d'anormal. La sensibilité était fort peu diminuée à droite, conservée à peu près intacte sur tous les points de la face, aux lèvres, à la langue, au voile du palais. Nous avons pu voir diminuer et cesser complétement l'incontinence d'urine, ainsi que le trouble léger de la vue. Mais je tiens surtout à vous décrire les altérations de l'appareil buccal et laryngien.

Rien n'était plus singulier que l'aspect de la figure de notre malade : la partie supérieure mobile, agitée, riant et pleurant ; la partie inférieure à peine ridée par quelques contractions, et ne traduisant en aucune manière les affections morales ; la lèvre pendante et couverte de salive ; la bouche ouverte, tirée aux commissures, laissant apercevoir les arcades dentaires légèrement écartées ; la mâchoire inférieure, enfin, n'exécutant que de très-courts mouvements. Dans cet état, elle ne pouvait ni souffler, ni siffler, ni donner un baiser.

A la langue, paralysie peut-être plus complète : difficulté extrême de la soulever au-dessus du plancher de la bouche ; impossibilité de la creuser en gouttière, de la tirer au dehors, de l'appliquer à la voute palatine de la pointe à la base.

Le voile du palais et le pharynx étaient atteints, mais fort légèrement. La lésion ne se traduisait ici que par le nazonnement et par une certaine paresse à se contracter sous l'influence de l'irritation directe. Jamais les aliments ne sont revenus par les fosses nasales.

Il était plus difficile d'apprécier l'état du larynx. Vous savez qu'il n'y a pas eu de dyspnée : nous pouvons affirmer dès lors que la glotte est toujours restée libre, et que, par conséquent, les muscles dilatateurs n'ont point été paralysés. Il n'en a pas été de même des constricteurs. La voix était facile, mais basse, rauque, nasillarde et monotone. Nous avions cherché, mais en vain, à lui faire parcourir les divers tons de la gamme, à la faire chanter ; malgré tous ses efforts, la voix sortait toujours identique. De cette aphonie, n'est-il pas légitime de conclure que la malade ne pouvait modifier l'ouverture glottique, tendre ou relâcher volontairement les cordes vocales.

En présence d'une paralysie aussi étendue, frappant des deux côtés des muscles si divers, que pouvions-nous admettre comme cause, sinon une lésion du bulbe ? Et en effet, une lésion de cet organe et des noyaux d'origine des nerfs qui en proviennent peuvent seuls rendre compte d'un trouble portant simultanément sur la portion motrice de la cinquième paire, sur certaines fibres du facial, sur le grand hypoglosse et sur la partie du spinal destinée au larynx.

Quoi d'étonnant, qu'avec de pareils désordres des lèvres, de la langue, du voile du palais, du pharynx, les mouvements de déglutition fussent difficiles ! Pour avaler les liquides, la malade emplissait d'abord la bouche, puis jetant la tête en arrière, elle en portait le contenu jusque dans le pharynx, et si la quantité était trop grande, une partie s'échappait au dehors, au moment de la contraction pharyngée. Il lui arrivait souvent aussi d'avaler de travers, de tousser et de tout expulser par l'orifice buccal. Avec de la patience, elle finissait cependant par prendre quelques cueillerées de bouillon. Il est, je crois, inutile d'ajouter qu'il avait fallu renoncer aux aliments solides.

L'impossibilité de dire un mot intelligible, l'hémiplégie à droite, invitaient à admettre l'existence de l'aphasie : un examen plus attentif modifiait rapidement ce premier aperçu. L'intelligence était nette, vive, facile ; la mimique expressive ; le geste en parfait accord avec nos demandes. Toutefois, il était souvent difficile de s'entendre. Elle prit un parti héroïque ; elle s'exerça à écrire de la main gauche, et en quelques jours, l'apprentissage était fait. D'abord, il fallait deviner les lettres et les mots ; mais bientôt l'écriture devint parfaitement lisible. Elle nous demandait, en très-bon français, ce dont elle avait besoin ; elle nous racontait les changements survenus dans son état ; elle nous remerciait souvent. Cette femme avait donc conservé la faculté de communiquer ses idées ; il ne lui manquait qu'une chose : le pouvoir d'articuler les mots. Plus tard, quand les mouvements sont devenus plus faciles, la parole a suivi la même progression. Nous l'avons vue devenir d'autant plus distincte et intelligible, que les mouvements de la langue et des lèvres étaient eux-mêmes moins gênés. Et, il a été alors parfaitement évident, qu'elle n'avait pas besoin de chercher les mots dont elle voulait se servir, qu'elle n'en avait oublié aucun.

Ainsi, notre malade n'était pas aphasique : elle pensait, elle donnait à la pensée la forme voulue pour la produire au dehors, elle avait pour la communiquer le langage d'action et l'écriture ; mais la parole lui faisait défaut. Le troisième acte seul de la faculté de parler ne pouvait s'accomplir, quoique les deux premiers ne fussent point troublés, quoique la volonté fût entière. Or, ce trouble de langage, cette abolition de la parole, étaient dus à l'impuissance des muscles du voile du palais, de la langue, des lèvres. Elle ne pouvait faire entendre, dans de pareilles conditions, qu'un bruit inintelligible, un bredouillement confus ; elle ne pouvait articuler la voix. En un mot, notre malade n'était pas atteinte d'*aphasie*, mais bien d'*alalie par paralysie*.

Le trouble de la parole ne portait pas seulement sur les mots, les lettres elles-mêmes ne pouvaient être dites. Parmi les voyelles, l'A qui n'exige aucune position spéciale des organes, qui se forme, en quelque sorte, à l'état de repos, était la seule lettre parfaitement prononcée. L'E muet ne s'entendait que difficilement. L'E fermé, l'E ouvert, les autres voyelles et toutes les consonnes, ne se traduisaient à l'extérieur que par un bruit monotone, une sorte de grognement tenant le milieu pour le son, entre l'A et l'E.

HOSPICE D'AUBUSSON. — M. Bourillon.

Nécrose du coccyx. — Paralysie générale précédée d'une affection de la moelle. — Symptômes de paralysis agitans. — Autopsie (1).

(Lu à la Société médicale d'Observation.)

Autopsie le 31 mars, à 2 heures après midi :

Rigidité cadavérique très-prononcée ; maigreur extrême du cadavre. Mon examen a porté seulement sur la tête et le canal vertébral ; le temps m'a manqué pour le reste.

Cavité cranienne. La dure-mère n'adhère pas aux os ; elle est recouverte de vaisseaux volumineux et gorgés de sang. Injection considérable de la pie-mère, épaissie et opaque à certains endroits : elle adhère à la surface et entre les replis des circonvolutions ; elle y est comme collée, et cependant elle s'en détache sans entraîner avec elle aucun débris de substance cérébrale. Pas d'exsudation plastique entre les feuillets arachnoïdiens.

Le *cerveau* est ferme partout, certainement plus qu'à l'état normal ; cette fermeté élastique appartient à la substance blanche. Dans l'intérieur du lobe antérieur gauche, la sclérose était telle que je crus d'abord, au palper, qu'il y avait là une tumeur solide ou un kyste ; il n'en était rien. Cette sensation était due à l'existence d'un noyau plus dur que le reste. Les coupes du cerveau permettent d'apprécier la consistance anormale des parties centrales ; elle existe partout, mais elle est au maximum dans l'hémisphère gauche, surtout à sa partie antérieure, dans le corps strié et en avant de lui, piqueté sanguin très-prononcé et très-multiple. La substance grise est plus foncée qu'à l'ordinaire ; aussi se distingue-t-elle admirablement de la substance blanche. En regardant de près, on voit qu'elle a une teinte rosée due sans doute à l'injection des vaisseaux capillaires ; elle n'est pas manifestement ramollie.

Le cervelet présente le piqueté de la substance blanche et la teinte rosée de la substance grise ; il est peut-être plus ferme qu'à l'ordinaire, mais tous ces caractères sont moins prononcés que dans le cerveau. Ses pédoncules s'éloignent peu de l'état normal ; le piqueté y est très-peu marqué, et leur consistance fait contraste avec celle de la protubérance.

En effet, celle-ci présente au plus haut degré, la fermeté élastique dont j'ai parlé. Son tissu donne, au toucher et à la coupe, la sensation d'un morceau de pâte de guimauve. Piqueté plus rare que dans les corps striés et les couches optiques.

Les pyramides et les olives sont d'un volume normal et parfaitement symétriques ; elle sont très-fermes, mais beaucoup moins que la protubérance ; il en est de même du reste du bulbe. On n'y trouve pas de piqueté.

Rien d'anormal dans les ventricules, l'origine des nerfs, les nerfs optiques, acoustiques. Les plexus choroïdes sont peut-être un peu injectés.

Cavité rachidienne. La moelle épinière, examinée d'abord en place et recouverte des méninges, n'offre rien de particulier. Après l'incision de celles-ci, on voit de grosses veines gorgées de sang et parallèles aux nerfs de la queue de cheval. Au-dessous de ces vaisseaux volumineux, des veines, plus petites et très-injectées, forment un réseau très-riche entre-croisé dans tous les sens. Cette injection vasculaire va diminuant de bas en haut et disparaît tout à fait au-dessus du renflement lombaire. Les cordons postérieurs et antéro-latéraux sont symétriques et ont un volume normal. La pie-mère est très-adhérente partout, mais surtout au niveau du renflement lombaire ; en ce point la substance médullaire des cordons postérieurs adhère tellement que j'en enlève une partie malgré des précautions minutieuses. Les cordons postérieurs sont là manifestement ramollis ; le gauche est presque diffluent, ce qui contraste avec la fermeté des parties supérieures du cordon médullaire. En effet, à partir du renflement lombaire, la consistance de la moelle est très-grande, surtout près du bulbe. Au niveau du renflement cervical, les cordons postérieurs, qui n'ont rien d'anormal quant à la forme et au volume, offrent une teinte jaune rosée qu'on ne retrouve ni plus haut ni plus bas. Diverses coupes confirment le ramollissement lombaire et la coloration jaunâtre cervicale, limités aux cordons postérieurs et la consistance sclérosique de toute la partie supérieure de la moelle. La substance grise est peu apparente.

Les racines antérieures et postérieures n'ont rien de spécial ; seuls les nerfs de la queue de cheval sont remarquables par l'injection très-prononcée de leur surface.

Je dissèque la fistule qui persistait au-dessous du coccyx depuis si longtemps, et je rencontre une cavité creusée dans le tissu cellulaire

(1) Fin. — Voir le numéro du 30 avril 1870.

post-rectal, au milieu de laquelle le coccyx nécrosé flotte presque détaché; la simple traction avec une pince suffit pour l'extraire en deux morceaux. L'extrémité inférieure du sacrum est également nécrosée dans l'étendue de 2 centimètres environ en hauteur, et le canal vertébral, à ce niveau est souillé de sanie purulente. La dure-mère n'était ni ouverte, ni enflammée.

En résumé, un homme, adonné à l'usage journalier de l'eau-de-vie est sujet, depuis son enfance, à des ulcérations des membres inférieurs, se rapprochant progressivement du tronc. L'une d'elles, qui siége au niveau du coccyx, se perpétue par suite de l'altération de cet os. Huit ou dix ans environ après son apparition, il survient du tremblement et de l'embarras de la marche, et à ces symptômes, qui indiquent que la moelle est atteinte, s'ajoute, au bout de deux ans, un léger délire à forme mélancolique qui le porte à attenter à ses jours. Il est admis comme pensionnaire à l'hospice où les phénomènes nerveux augmentent rapidement. Des mouvements choréiformes, une attitude spéciale, le propulsion en avant, rappellent ce qui a lieu dans la maladie, ou mieux, le syndrome qu'on a décrit sous le nom de *paralysis agitans*. Puis, le délire éclate ou plutôt augmente, délire triste, très-rarement accompagné d'idées ambitieuses, mais rappelant, par la mobilité des conceptions et la dépression considérable de la mémoire et des autres facultés intellectuelles, ce qu'on observe dans certaines formes de la paralysie générale, dont on trouve les lésions à l'autopsie (hyperémie de la substance grise, adhérences de la pie-mère, etc.), en même temps que des altérations de la moelle et de la protubérance. C'est donc un cas de paralyse générale précédée d'une affection de la moelle à ajouter à ceux de M. Westphall et de M. Magnan, dont M. Hayem a présenté le résumé si lucide à la Société au mois de décembre 1863.

Mais ce qui, à mon avis, fait l'intérêt spécial de ce fait, c'est l'existence d'un chaînon intermédiaire entre les affections de la moelle et du cerveau, je veux parler de la sclérose de la protubérance qui s'est traduite à l'observation par les symptômes de la *paralysis agitans*. En effet, je n'hésite pas à rapprocher l'incurvation de la tête et du cou, les mouvements choréiformes, les contractures musculaires, la bizarrerie de la démarche, la propulsion en avant, les troubles de l'équilibration qu'a présentés mon malade, des phénomènes analogues relatés dans les observations publiées par MM. Charcot et Vulpian, Trousseau et Topinard, sous le nom de *paralysis agitans*.

Dans les cas très-rares d'autopsie ayant donné des résultats positifs dans cette affection, c'est l'induration de la protubérance et des parties voisines qui a été signalée, et c'est précisément ce que j'ai trouvé à un degré très-prononcé chez le sujet T... L'induration de la protubérance serait donc la lésion correspondant à l'ensemble de symptômes connu sous le nom assez impropre que j'ai cité plus haut, et les données de la physiologie sont tout à fait conformes à ce résultat clinique. MM. Serre, Brown-Séquart, Vulpian, ont vu survenir des troubles de l'équilibration et de la progression à la suite de blessures de cette partie de l'encéphale, et des expériences qui me sont propres m'ont conduit à penser que les désordres de la motilité qu'on observe après les lésions expérimentales du cervelet sont dus exclusivement à l'excitation médiate de la face postérieure du 4ᵉ ventricule. (Je perfore l'occipital d'un lapin avec un drill ou foret de bijoutier. Par le trou osseux, j'introduis une fine aiguille, et lui imprime, avec une extrême lenteur, des mouvements de circonduction, de manière à creuser dans le cervelet un canal conique; aucun symptôme ne survient, tandis que la moindre égratignure de la protubérance fait naître des symptômes identiques à ceux qui ont été décrits par MM. Leven et Ollivier et Luys, dans leurs expériences sur le cervelet.)

L'étude du fait précédent conduit à un autre résultat, c'est que l'induration de la protubérance est due au même processus morbide qui produit les lésions de la paralysie générale. On sait d'ailleurs que, dans cette dernière affection, on a noté quelquefois l'induration de la substance blanche du cerveau. D'où cette conclusion qu'on doit s'attendre à la terminaison possible de la *paralysis agitans* par la paralysie générale.

Quelle a été la cause des accidents éprouvés par mon malade? La marche progressive des symptômes de bas en haut, l'affaiblissement des lésions à mesure qu'on s'avance vers l'encéphale, me portent à croire que la nécrose du coccyx et la suppuration prolongée de la partie inférieure du canal médullaire ont joué le rôle de cause déterminante; les habitudes alcooliques du sujet avaient du reste merveilleusement préparé le terrain.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 13 avril 1870. — Présidence de M. Alph. Guérin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine : — Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*. — La *Gazette médicale de Strasbourg*. — Le *Montpellier médical*;

De la mortalité dans l'armée et des moyens d'économiser la vie humaine, par le docteur J. C. Chenu. Gros in-18. — Paris, Hachette, 1870;

Un nouveau fascicule du *Traité de physiologie* de M. Liégeois contenant les *Mouvements*. — La Société remercie;

Observation d'un polype pharyngien inséré sur la partie inférieure du pharynx; écrasement linéaire; guérison, par le docteur Larondelle (extrait de l'Académie de médecine de Belgique).

M. Billroth (de Vienne) adresse : 1° *Chirurgische Klinick*, Wien, 1868. — 2° *Emploi du ciseau dans l'ostéotomie*. — 3° *Sur les rapports de la diphthérite pharyngienne avec la septicémie et la pyoémie*.

Des eaux minérales de Contrexéville et de leur emploi, par le docteur Debout, médecin inspecteur des eaux de Contrexéville.

M. Tarnier dépose, de la part de M. Rotheroe Smith, médecin de l'hôpital des femmes en couches de Londres, un travail manuscrit relatif à une ceinture destinée aux femmes pendant le travail de l'accouchement. L'auteur appelle cette ceinture : *Nouvel aide mécanique pour la parturition*. — Renvoi aux archives.

COMMUNICATION

Plaie de tête avec fracture; trépanation, par M. Sédillot. — M. Legouest. En raison, sans doute, de la part que j'ai prise à la discussion jadis ouverte dans le sein de la Société de chirurgie, sur la trépanation du crâne, j'ai reçu de M. le professeur Sédillot une observation de cette opération qu'il me prie de vous communiquer.

Il s'agit d'une femme de 49 ans, qui reçut le 26 mars 1870, à la distance de six pas, de la main vigoureuse d'un individu avec lequel une dispute avait lieu, une bouteille vide sur la tête.

Perte de connaissance et chute à la renverse. Plaie de 0ᵐ,05 de longueur, d'avant en arrière, un peu au-dessus et en dehors de la bosse frontale gauche, faite par le contour arrondi de la base de la bouteille. Hémorrhagie évaluée par les assistants à un demi-litre. On ferme la plaie avec des épingles pour arrêter le sang. L'intelligence est revenue au bout de dix minutes, pas de paralysie. Pendant la nuit, vomissements, vertiges, douleurs de tête pulsatives.

La malade, qui est restée couchée depuis sa blessure, entre à l'hôpital le 28 à huit heures du soir, deux jours après l'accident. Le lendemain, 29 (troisième jour), M. Sédillot trouve cette femme très-calme; pouls à 84; température 37°,4; respiration régulière; intelligence et mouvements très-libres. Commencement d'érysipèle du cuir chevelu, légèrement blessé par une dent du peigne au moment de la chute; les paupières sont œdématiées, et celle de gauche ne peut être relevée volontairement. Un stylet introduit dans la plaie, qui est sèche et tuméfiée, fait constater une fracture assez étendue; il glisse partout sans être arrêté, rencontrant cependant des rugosités attribuées à la solution de continuité des os.

Dans les conditions actuelles de la pratique chirurgicale, en présence d'une plaie de tête, compliquée de fracture, sans aucun accident, le chirurgien n'a qu'à raser les bords de la plaie, ôter les points de suture, donner de l'eau émétisée, placer de la glace sur la tête, ou employer tout autre moyen analogue. Il considère comme inutile et contre-indiqué de fendre le cuir chevelu et de mettre les os à nu; il attend des accidents ultérieurs, s'il doit s'en manifester, pour discuter les indications du trépan.

Partisan du trépan préventif, M. Sédillot se décida immédiatement à opérer. La malade étant chloroformée, les os sont mis à nu par une incision cruciale; la fracture représente une dépression ovalaire de 0ᵐ,04 de longueur d'avant en arrière, de 0ᵐ,015 transversalement, de 0ᵐ,002 à 0ᵐ,003 de profondeur; l'os déprimé est brisé obliquement vers son tiers postérieur. Ne pouvant engager entre les os aucun instrument propre à les relever, le chirurgien pratique successivement deux couronnes de trépan, mordant sur la partie saine du frontal, et enlève quinze ou seize esquilles plus ou moins solidement engrenées, dont la plus petite a le volume d'un grain de blé, la plus grosse, triangulaire, 0,035 sur 0,020, et qui proviennent des deux tables de l'os. La dure-mère est intacte et sans entamure, mais de coloration noirâtre dans toute la portion correspondante à la dépression de l'os. Un pansement simple est appliqué.

Le 29, dans la soirée, température 37°; pouls régulier, à 90; nul accident; tête plus libre. Émétique en lavage.

Le 30, sommeil tranquille pendant presque toute la nuit. Érysipèle borné; paupières plus mobiles; œdème du cuir chevelu rétrocédant. Température 38°; pouls à 88, puis à 104. Saignée du bras de 100 grammes.

Le 31, nuit agitée; douleurs dans toute la tête; parole embarrassée, difficulté de trouver les mots; paralysie très-marquée de la main droite, peu accusée au bras. Vers une heure après-midi, réponses difficiles et peu intelligibles; la malade boit aisément et demande le bassin par signes. Langue et face déviées à gauche. Dure-mère toujours noirâtre; plaie sèche; tractus celluliaires mortifiés. Pouls à 120; respiration à 40; température 38°,4. Saignée de 200 grammes, renouvelée à six heures du soir; douze sangsues en permanence pendant la nuit derrière l'oreille gauche.

Le 1ᵉʳ avril (7ᵉ jour de la blessure). Paralysie du membre supérieur droit augmentée; intégrité des membres inférieurs. Pouls à 120; respiration 34; température 38,6. Dure-mère mortifiée superficiellement.

Diagnostiquant une inflammation purulente circonscrite de la pulpe cérébrale en rapport avec la blessure, M. Sédillot ponctionne la dure-mère en deux endroits; la deuxième ponction laisse échapper un peu de matière cérébrale mêlée à très-peu de pus. Pansement simple, lavement au séné, cathétérisme tous les quatre heures.

Le soir du même jour, à huit heures, la malade semblait plus éveillée; respiration plus facile; questions mieux comprises. La malade tire la langue quand on l'en prie et boit aisément. Pouls 108; respiration 24; température 37,8.

Le 2 avril, même état; petite hernie cérébrale de la grosseur d'un pois. A huit heures du soir, prostration de plus en plus grande; la malade ne semble plus rien comprendre.

Réunion par une incision des deux ponctions faites à la dure-mère qui se trouve ainsi plus largement débridée. Deux cuillerées de pus au moins s'écoulent au dehors. Immédiatement la malade semble moins accablée, boit et ouvre les yeux; mais cette amélioration n'est que momentanée,

Le 3 avril, prostration complète; la hernie cérébrale a triplé de volume; urine ammoniacale. Agonie qui dure jusqu'au 4 avril, à onze heures du matin.

Nécropsie. — Méningite suppurée de tout l'hémisphère cérébral gauche. Sérosité purulente dans la fosse moyenne de la base du crâne. Attrition du cerveau dans le point correspondant aux os fracturés, à une profondeur de 15 à 20 millimètres. Le reste de la masse encéphalique est normal.

Les conclusions que nous croyons pouvoir tirer de cette observation sont les suivantes :

1° La fracture abandonnée aux soins ordinaires, sans trépanation, était inévitablement mortelle.

2° Traitée jusqu'à l'apparition des accidents d'une manière quelconque et trépanée à ce moment, elle était aussi inévitablement mortelle.

3° La seule ressource, pour conjurer les accidents et sauver la vie, était la trépanation préventive.

4° Le mode de trépanation a été appliqué trop tard; il eût fallu y recourir avant le développement de l'érysipèle et de l'inflammation purulente du cuir chevelu et du péricrâne.

5° C'était donc immédiatement après l'accident, ou dans les limites de temps les plus rapprochées que la trépanation préventive eût dû être appliquée, et cette opération, faite dans ces conditions, offrait la seule ressource possible contre une terminaison funeste.

DISCUSSION.

Tétanos (suite).—M. Desprès. Je ne reviendrai pas sur la valeur thérapeutique du chloral. La question est aujourd'hui déplacée; il s'agit de savoir quelle est l'essence du tétanos.

Vous avez entendu, dans la dernière séance, ce que vous a dit un physiologiste d'une légitime autorité, M. Brown-Séquard, mais qui est un expérimentateur avant tout. Ses conclusions sont les mêmes que celles de M. Verneuil, à savoir que « le tétanos est une augmentation du pouvoir excito-moteur de la moelle, causée par l'irritation d'un nerf. »

Ceci, messieurs, ne dit rien, absolument rien, et c'est en quelque sorte définir le tétanos par le tétanos.

Ne savons-nous pas, d'ailleurs, que les convulsions, le vomissement, la défécation, et jusqu'au tremblement du frisson, sont des actions réflexes?

Le pouvoir excito-moteur de la moelle peut, à son tour, être augmenté à l'état physiologique, par suite de l'action de l'électricité ou de l'influence de certaines passions vives, sans qu'il en résulte pour cela le tétanos.

Ce que la théorie physiologique emprunte à la médecine au sujet de la lésion des nerfs et du refroidissement est exact; malheureusement cela n'explique pas davantage le tétanos, attendu que le pincement d'un nerf ne détermine rien de pareil.

M. Broca a insisté, comme Rokitansky et d'autres, sur les lésions médullaires que tous les auteurs du dernier siècle admettaient à titre d'exception. Mais il est démontré que ces lésions, à part un certain degré de congestion, font complétement défaut lorsque la mort arrive dans les trois premiers jours de la maladie, et sont dès lors consécutives.

On a parlé ici de l'augmentation de la température, comme d'un caractère essentiellement propre au tétanos, alors qu'il doit être rapporté entièrement à la contraction exagérée des muscles tétanisés.

Des recherches physiologiques ont, en effet, démontré que la contraction d'un muscle s'accompagne d'une augmentation de température, et c'est à la même cause, ainsi qu'à l'asphyxie, qu'il faut attribuer la coloration noire du sang et l'altération des globules.

En un mot, il n'y a rien de positif dans tout ce qui nous a été dit par MM. B. Séquard, Verneuil et Giraldès.

Devant les faits incontestables de tétanos produits par la lésion d'un nerf, je suis porté à proposer une autre théorie de cette terrible maladie.

Je pense que le tétanos est dû à l'irritation d'un cordon nerveux, sollicitant l'action motrice de la moelle d'une façon incessante, comme on le ferait artificiellement en pinçant, à de courts intervalles de temps, un nerf, ou en l'électrisant d'une manière continue.

Sans rien préjuger de l'avenir, on peut supposer qu'un jour viendra où l'on découvrira de véritables courants névro-électriques, dont la perturbation constituerait le tétanos.

Ce qui me paraît aujourd'hui devoir être soutenu, c'est que la lésion nerveuse, l'irritation d'une portion ou de la totalité du nerf *serait tout* dans le tétanos, au moins dans les premiers temps.

Dans le tétanos spontané, ce sont les papilles nerveuses, impressionnées par le froid, qui influencent défavorablement la moelle.

M. Giraldès, en se fondant sur ce que les muscles masticateurs sont les premiers affectés, prétend que, la moelle allongée est le siége du tétanos. On peut répondre à cela que toutes les affections convulsives commencent par les muscles masticateurs : exemple, le claquement des dents dans le frisson, comme aussi les convulsions toniques des mêmes muscles au début de l'attaque épileptique.

Si la moelle allongée était effectivement la première atteinte dans le tétanos, on verrait, en même temps que le trismus, des contractions dans les muscles animés par le spinal, ce qui n'est pas.

J'ajouterai un dernier mot au sujet de l'abaissement de la température provoqué par le chloral, qui semble justifier l'emploi de cette substance dans le tétanos, d'après notre collègue M. Giraldès.

A mon sens, le chloral n'a ici rien de spécial, car la physiologie nous enseigne que pendant le sommeil la température du corps baisse naturellement.

M. Giraldès. Je ne puis laisser sans réponse l'assertion de M. Desprès, que dans le tétanos, les lésions médullaires ont toujours fait défaut, lorsque la mort est survenue dans les trois premiers jours de la maladie. Ainsi que je l'ai dit dans la dernière séance, ces lésions étaient évidentes dans le cas de Dickson, bien que le malade n'eût vécu que 18 heures.

La Société se réunit en comité secret à quatre heures et demie.

Le secrétaire annuel : F. Panas.

NÉCROLOGIE

Il y a dix ans, le ministre de l'instruction publique exposait à l'Empereur, qu'après 58 ans d'enseignement à la Faculté de médecine de Montpellier, M. Lordat n'avait pas cessé d'être un professeur éloquent, qui demeurait, à 87 ans, le représentant le plus autorisé d'une école dont il personnifiait les doctrines et dont il était la gloire; et quelques jours après, dans une de ces touchantes cérémonies dont la Faculté languedocienne a su conserver le prestige, M. Lordat recevait des mains de l'un des plus grands dignitaires de la cité, devant un nombreux public d'élite, les insignes de commandeur de la Légion d'honneur. Il devait être

donné encore à l'illustre professeur de jouir pendant dix ans du sympathique respect qui n'a cessé un instant d'entourer sa vieillesse. On nous a annoncé, il y a deux jours, que M. Lordat venait de mourir dans sa 98e année. Bien peu l'auront connu dans la génération médicale nouvelle. Pour le connaître et pour l'apprécier, il faut avoir passé par les bancs de l'école il y a plus de 30 ans et l'avoir entendu, encore dans la plénitude de son beau talent; car, c'est surtout dans son enseignement de la chaire, dont il a si finement analysé lui-même tous les secrets dans son discours sur le dialogisme oral et qui rappelait à tant d'égards l'enseignement du Portique, que se révélaient toutes les brillantes qualités de son esprit, bien plus encore que dans les nombreux ouvrages qu'il a laissés. Ce n'est pas ici le lieu ni le moment de rappeler le fonds et les principes de la doctrine dont M. Lordat s'est constitué pendant si longtemps l'éloquent défenseur. L'histoire aura à lui réserver à cet égard une large et belle place dans toute la première moitié de ce siècle. Nous ne voulons, pour l'instant que rappeler seulement en quelques lignes les phases principales de sa longue carrière et les titres de ses principaux ouvrages.

M. Lordat né à Tournay, près Tarbes, le 21 février 1773, commença ses études en médecine à Montpellier en 1793 et fut reçu docteur en l'an V (1797). Ce fut alors qu'il se lia d'amitié avec Barthez qui lui légua en mourant ses manuscrits. A dater de cette époque, il se livra à l'enseignement qu'il ne devait cesser que près de 60 ans après; il commença par enseigner l'anatomie, la physiologie et diverses parties de la médecine et de la chirurgie. En 1804, il fut nommé chef des travaux anatomiques; en 1811, il obtint au concours la place de professeur d'opérations, et en 1813, il succéda à Dumas comme professeur de physiologie. Voici la liste de ses principaux ouvrages : 1° *Observations sur quelques points de l'anatomie du singe vert*, 1804; 2° *Traité des hémorrhagies*, 1808; 3° *Conseils sur la manière d'étudier la physiologie de l'homme*, 1813; 4° *Nouvelles remarques sur les hernies abdominales*, 1811; 5° *Exposition de la doctrine médicale de Barthez*, 1818 (l'œuvre qui commença sa grande célébrité et d'où date la position qu'il a prise à Montpellier comme chef d'École); 6° *Du dialogisme oral dans l'enseignement public de la médecine*, 1828; 7° Leçons extraites du *cours de Physiologie*, rédigées par M. Kühnholtz, 1830; 8° Deux leçons de physiologie rédigées par le même, 1832; 9° *Essai sur l'inoconologie médicale, ou sur les rapports d'utilité qui existent entre l'art du dessin et l'étude de la médecine*, 1833; 10° Deux leçons de physiologie faites en 1832, 1833; 11° Douze leçons de physiologie *sur les fonctions privées du système musculaire chez l'homme*, 1835; 12° *De la perpétuité de la médecine, ou de l'identité des principes fondamentaux de cette science, depuis son établissement jusqu'à présent* (leçons de physiologie extraites du cours— l'un des ouvrages les plus remarquables par la finesse de la polémique et par l'étendue des connaissances médicales qu'il révèle), 1837; 13° 1re leçon du cours de physiologie fait en 1840-1841; 14° deux leçons du cours de 1841 et 1842 *sur les lois de l'hérédité physiologique comparée chez les bêtes et chez l'homme* 1842; 15° *sur la philosophie médicale de Montpellier* (apologie de l'École, en réponse à une lettre de M. L. Peisse), 1842; 16° *Ébauche du plan d'un traité complet de physiologie humaine*, 1841; 17° *de l'insénescence de l'esprit de l'homme* (l'une de ses plus ingénieuses compositions); 18° *sur la nécessité d'étudier les cas rares*, 1842; 19° enfin (sauf quelques oublis) *Rappel des principes doctrinaux de la constitution de l'homme, énoncés par Hippocrate, démontrés par Barthez et développés par son école*, 1857 (la dernière de ses œuvres, tirée à un très-petit nombre d'exemplaires et distribuée en souvenir à ses amis, dans laquelle il résume presque tout son enseignement—publiée à l'âge de 86 ans).

M. Lordat ne laisse pas de descendant direct; il a légué son nom, par adoption, à son beau-fils, le docteur Kühnhottz-Lordat, bibliothécaire de la Faculté de médecine de Montpellier, et qui a été son collaborateur constant et le rédacteur d'une grande partie de ses leçons de physiologie.

Dr Brochin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société de médecine de Paris, séant à l'Hôtel-de-Ville, tiendra sa prochaine séance le 6 mai 1870, à trois heures et demie très-précises.

Ordre du jour : 1° Éloge de Grisolle, par M. le docteur Géry fils; 2° Question des vaccinations et revaccinations. Comparaison du vaccin animal et du vaccin humain.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance le mercredi 11 mai, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

Ordre du jour : 1° Observations de vaccinations et revaccinations, par MM. B. Coizeau et Lanquetin; — 2° De la répartition des malades dans les circonscriptions médicales des bureaux de bienfaisance, par M. Thelmier.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 24 au 30 avril 1870, donne les chiffres suivants :

Variole, 166.—Scarlatine, 12.—Rougeole, 20.—Fièvre typhoïde, 13. Érysipèle, 2.—Bronchite, 106.— Pneumonie, 109.—Diarrhée, 4.— Dysenterie, ». —Choléra, ».— Angine couenneuse, 7. — Croup, 17. — Affections puerpérales, 5.— Autres causes, 802.— Total : 1,263.

Celui de Londres donne les chiffres suivants, du 17 au 23 avril 1870 :

Variole, 10.—Scarlatine, 77.—Rougeole, 32.—Fièvre typhoïde, 18. —Typhus, 10. — Érysipèle, 8. — Bronchite, 176. — Pneumonie, 91. — Diarrhée, 17. — Dysenterie, 1. — Choléra, ». — Angine couenneuse, 3.— Croup, 12. — Affections puerpérales, 7.— Autres causes, 1,025. — Total : 1,487.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois... 8 fr. 50 c.
Six mois... 16 —
Un an..... 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Les vieilles hypothèses des ferments et des parasites, rajeunies dans ces dernières années et revivifiées au foyer de la méthode expérimentale, tendent à reprendre faveur et gagnent du terrain de plus en plus dans le domaine de la physiologie et de la pathologie. M. le professeur Béchamp, de Montpellier, qui est entré l'un des premiers dans cette voie régénérée, par ses études sur les phénomènes de la fermentation et sur les petits organismes-ferments, auxquels il a donné le nom de *microzymas*, est venu lire hier à l'Académie le résumé substantiel d'un grand travail intitulé : *Les microzymas, la pathologie et la thérapeutique*. Ce travail, dans lequel M. Béchamp se félicite et s'autorise de la concordance qui existe entre les recherches de M. Chauveau sur les granulations moléculaires du virus vaccin et les siennes, dont elles lui paraissent être à tous les égards une pleine et entière confirmation, ne tend pas à moins qu'à asseoir sur les faits révélés par l'étude de la fermentation toute une pathologie et une thérapeutique nouvelles. Ce ne serait plus au sens métaphorique, comme l'avaient fait déjà les anciens, mais au sens réel que la plupart des maladies devraient être considérées désormais comme des fermentations, l'analyse scientifique étant venue confirmer ce qui n'avait été jusque-là qu'une vue de l'esprit. « Mes recherches sur les granulations moléculaires, dit M. Béchamp, et celles que nous avons entreprises, M. Estor et moi, dans le but de généraliser une première observation, ont conduit à ce résultat que l'animal est réductible au microzyma. Or le microzyma, quelle que soit son origine, est un ferment; il est organisé, il est vivant, capable de se multiplier et de devenir malade, de communiquer la maladie... Pendant l'état de santé, les microzymas de l'organisme agissent harmoniquement et notre vie est, dans toute l'acception du mot, une fermentation régulière. Dans l'état de maladie, les microzymas agissent anharmoniquement, la fermentation est régulièrement troublée : les microzymas, ou bien ont changé de fonction, ou bien sont placés dans une situation anormale par une modification quelconque du milieu... » Telle est, dans son expression la plus concise, la théorie que M. Béchamp s'est proposé d'établir. C'est surtout dans les phénomènes qui se passent dans l'œuf durant l'incubation, suivant que ces phénomènes sont livrés à leur marche et à leur succession naturelle ou qu'ils sont troublés par une action quelconque qui en intervertit l'ordre et les conditions, que M. Béchamp a puisé ses éléments de démonstration.

Cette démonstration est-elle faite? Est-elle à l'abri de toute objection? Tel n'est pas l'avis de M. Vulpian qui, prenant la parole après M. Béchamp, a déclaré n'être nullement convaincu et ne voir dans les faits énoncés par son collègue rien qui démontre d'une manière positive l'existence des microzymas à titre d'organismes indépendants et doués d'activité. Or cette démonstration serait d'autant plus importante à faire que la théorie que M. Béchamp fonde sur cette existence hypothétique des microzymas touche en effet à la physiologie, à la pathologie, à la thérapeutique, en un mot à la science médicale tout entière, et à la philosophie scientifique elle-même.

On n'improvise ni la vérification ni la réfutation de pareilles idées et de pareils faits. Nous mettons sous les yeux de nos lecteurs un résumé analytique de ce qui n'est qu'un résumé de cet important travail, nous réservant nous-même de l'étudier et de le méditer à loisir lorsqu'il aura été publié intégralement quelque part.

— L'Académie a procédé hier à l'élection d'un membre dans la section de pharmacie. Les concurrents étaient nombreux et les titres de poids. La section avait présenté, en 1re ligne, M. Lefort; en 2e ligne, MM. Personne et Roussin; en 3e ligne, MM. Caventou fils et Jeannel. Au 1er tour de scrutin, sur 77 votants, M. Caventou a obtenu 34 suffrages, M. Lefort, 30; les autres voix partagées entre MM. Personne et Roussin. Aucun des candidats n'ayant atteint la majorité, on a dû procéder à un second tour, qui, sur 79 votants, a donné 40 voix (la majorité stricte), à M. Caventou, et 39 à M. Lefort... Au sulfate de quinine l'Académie reconnaissante!

Dr BROCHIN.

CLINIQUE MÉDICALE DE LA CHARITÉ.

M. le Dr A. PROUST, suppléant de M. le professeur BOUILLAUD.

De la paralysie labio-glosso-laryngée (1).

—

1re LEÇON

Publiée par le docteur V. AUDHOUI, chef de clinique de la Faculté de médecine.

Si je me suis étendu longuement sur certains détails, si j'ai poussé trop loin, peut-être, l'étude symptomatique précédente, c'est que j'ai voulu vous faire bien saisir les analogies et les différences qui existent entre les troubles dont je viens de vous parler, et l'état symptomatique décrit sous le nom de *paralysie progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres*, ou encore sous celui de *paralysie labio-glosso-laryngée*, par M. Duchenne et le professeur Trousseau.

Les analogies sont telles, qu'il n'y a pas à les faire ressortir. Les différences portent non sur les caractères de la paralysie, mais sur l'évolution seule, variant, de toute nécessité, avec la cause qui engendre l'état symptomatique. Chez notre malade, la paralysie s'est produite brusquement, elle a frappé simultanément toutes les parties, elle a atteint très-rapidement son plus haut degré; et l'évolution n'a été qu'une progression constante vers la guérison.

Rien de semblable dans l'état décrit par M. Duchenne : début insidieux; troubles localisés d'abord, puis envahissant lentement, progressivement les autres parties; tendance incessante à l'impuissance absolue; jamais de rémission dans le mal, jamais même de temps d'arrêt; terminaison constamment fatale. Le premier symptôme qui apparaît, dit-il, dans son livre de l'*Électrisation localisée*, est la paralysie de la langue. Plus tard, sont pris à leur tour les muscles du voile du palais, et après ces derniers, l'orbiculaire et quelques muscles moteurs des lèvres. Ce sont les seuls phénomènes morbides. La paralysie ne frappe que les muscles servant à articuler les mots, à former le bol alimentaire, et à le faire pénétrer dans le pharynx et l'œsophage. Quand la maladie est arrivée à sa période d'état, le sujet affecté n'émet plus que des sons inarticulés; la voix s'affaiblit, et aussi les mouvements respiratoires. La salive coule de la bouche; la déglutition est des plus pénibles; les liquides repassent par les lèvres et s'échappent par les fosses nasales; le bol alimentaire ne peut être formé, et l'alimentation, d'insuffisante qu'elle est, finit par devenir presque impossible. A la dernière période, apparaissent des accès de suffocation et des syncopes qui peuvent être la cause d'une mort subite.

Cette progression de troubles morbides n'est point à craindre pour notre malade; sa paralysie est à peu près guérie aujourd'hui. Cependant, ne nous hâtons pas de porter un pronostic absolument favorable. Elle a déjà eu deux attaques; n'est-il pas probable qu'elle sera frappée de nouveau? Elle s'est relevée deux fois; en sera-t-il de même toujours?

La paralysie *labio-glosso-laryngée* n'est donc point constamment identique à elle-même. État symptomatique, elle doit présenter, en effet, les variations des affections de même ordre : c'est à ce seul point de vue, le seul vrai, qu'en *pathologie* vous deviez la considérer. Et surtout, gardez-vous bien d'en faire une affection essentielle, une espèce morbide. Sachez-le : une paralysie, quelle qu'elle soit, qu'elle affecte les membres, la face, l'appareil buccal, le larynx ou toute autre partie, qu'elle soit isolée ou associée à des troubles fonctionnels différents, n'est jamais qu'un symptôme; et dans la plupart des cas, encore, ce n'est que la conséquence d'un état morbide, lui-même non essentiel.

Nous ne possédons que peu de données sur les lésions productrices de la paralysie bucco-laryngée. Les observations de M. Duchenne paraissent se rapporter presque toutes à une sclérose du bulbe. Il est infiniment rare, toutefois, que les troubles soient aussi localisés qu'il l'a cru. Dans la troisième autopsie faite par Trousseau, et pratiquée sur un homme mort de cette paralysie, l'altération avait dépassé le bulbe, et s'étendait aux parties supérieures des cordons antérieurs de la moelle. Voici ses propres paroles :

« Dans notre troisième autopsie, nous trouvons, dit-il, un

(1) Fin. — Voir le numéro du 2 mai 1870.

FEUILLETON

—

BOUTADES ET ZIGZAGS BIBLIOGRAPHIQUES

III

Je ne doute pas, cher lecteur, que vous ne possédiez dans votre bibliothèque les lettres de Guy Patin et que vous ne les ayez lues et relues plusieurs fois. Vous serez de mon avis, si je dis qu'il n'est pas, pour nous surtout, de lecture plus attrayante. Outre l'esprit que l'auteur y a semé à pleines mains, que de renseignements curieux ou amusants sur les hommes et sur les choses! Comme on y apprend à connaître cette vieille Faculté et ces vieux docteurs! Quels détails précieux! sans compter par ci, par là, un peu partout, les anecdoctes piquantes, les appréciations plus que sincères sur les hommes de cette époque, les invectives les plus amusantes sur Richelieu, sur Mazarin surtout, sur le pape, sur les cardinaux, sur les jésuites, sur les hommes de la Fronde, etc., etc. Guy Patin est bien un petit peu bavard, disons le mot, *cancanier*; c'est un vrai reporter de nos jours; il raconte bien des faits qu'il ne vérifie pas et qui sont absolument controuvés ou présentés sous un jour qui les dénature; il est passionné, quoique profondément honnête; il juge trop souvent avec sa passion; mais ces restrictions faites, quelle lecture intéressante et instructive que celle de ces lettres écrites, sans apprêt et sans fard, au courant de la plume.

J'avais fait acheter la dernière édition des lettres de Guy Patin, celle de Réveillé-Parise (1846, 3 vol. in-8°), pensant alors, comme bien des gens, que la dernière édition d'un livre doit toujours être la meilleure. Depuis, j'ai beaucoup changé d'avis. Celle dont je parle, si elle est la meilleure, en vérité ne vaut pas grand'chose. Je me l'étais dit en la lisant, et j'ai été fort heureux de me rencontrer sur ce point avec un éminent critique, car voici ce qu'en pense M. Sainte-Beuve : « Le journal l'*Illustration* du 14 novembre 1846 a fait de cette édition une critique sévère et qui est encore trop indulgente. J'ai un peu connu M. Réveillé-Parise; on disait que c'était un homme d'esprit; c'est une manière abrégée de se dispenser de rien dire de plus de quelqu'un. Quant à ses notes sur Guy Patin, il y parle plus volontiers de la Révolution française et de la décadence sociale que de Guy Patin même et du 17e siècle. J'ai quelquefois pensé que si *M. Prudhomme* (le *Prudhomme* d'Henri Monnier) avait été docteur en médecine, il aurait fait de pareilles notes. » — Le *Prudhomme* d'Henri Monnier! Il faut être Sainte-Beuve pour écrire de pareilles choses, mais, après lui, il est permis de les répéter.

Cela pourtant n'est que trop vrai, me disais-je; avoir de semblables matériaux et construire un aussi misérable édifice, il faut être un bien pauvre architecte. Ah! si je m'en étais mêlé... et pourquoi ne m'en mêlerais-je pas? Si je ne fais pas mieux, je ne ferai pas plus mal et je ferai mieux. Je vais donner une édition de Guy Patin. Et voilà ce projet fort louable qui me trotte par la tête et je me mets à faire collection de toutes les éditions connues du vieux docteur. Le but était certainement des plus avouables et très-heureusement ces éditions sont peu nombreuses. Il y a : 1° *les Lettres* de M. Guy Patin, etc. Cologne, 1 vol. in-12. — 2° *Les lettres choisies de feu M. Guy Patin*, docteur en médecine de la Faculté de Paris et augmentées de plus de 300 lettres dans cette dernière édition, etc. Cologne, 1692, 3 vol. in-12. — 3° *Les lettres choisies*, etc., même titre que ci-dessus. Paris, J. Lepetit, 1692, 3 vol. in-12. Ces deux éditions n'en font qu'une. Ainsi qu'il arrivait souvent alors, on publiait une édition à l'étranger et une à Paris; il n'y avait de changé que les noms de la ville et du libraire. — 4° *Lettres choisies de feu M. Guy Patin*, etc. La Haye, 1707, 3 vol. in-12. — 5° *Lettres choisies de feu M. Guy Patin*, etc. La Haye, 1715, 3 vol. in-12. — 6° *Lettres choisies de feu M. Guy Patin*, etc. Rotterdam, 1725. Ces trois dernières éditions sont identiquement les mêmes, il n'y a de changés que le titre et la vignette du commencement de chaque volume. Elles sont d'ailleurs, à très-peu de chose près, semblables aux deux précédentes; en sorte que ces cinq éditions prétendues n'en forment réellement qu'une seule. — On peut en conclure, car elles ne sont pas rares, qu'elles avaient été tirées à un nombre très-considérable d'exemplaires. — 7° *Nouvelles lettres de feu M. Guy Patin, tirées du cabinet de M. Charles Spon*. Amsterdam, 1718, 2 vol. in-12. — Joignez à cela 8° l'*Esprit de Guy Patin, tiré de ses Conversations, de son cabinet*, etc. Amsterdam, 1709, 1 vol. in-12, et 9°, le *Naudæana et Patiniana*, Paris, 1701, in-12, et vous aurez toutes les éditions de Guy Patin; dans tous les cas, nous n'en connaissons pas d'autres.

Voulez-vous me permettre, ami lecteur, de vous dire que je suis un homme extrêmement consciencieux, toujours désireux de bien faire et n'y réussissant jamais, mais redoutant par-dessus tout d'écrire sur les choses que j'ignore? (Nous parlons biographie, ce sera une note pour mes biographes futurs) Or, si je connais le 17e siècle

épaississement très-marqué, avec coloration grise de la dure-mère au niveau de la portion bulbaire et jusqu'aux racines de la 4e paire cervicale. Cet épaississement était dû à une augmentation très-considérable des fibres de tissu conjonctif et paraissait la conséquence d'un travail hypérémique chronique, ce qui était établi par le grand nombre de vaisseaux capillaires et des dépôts d'hématine en dehors de ces mêmes capillaires. Les racines de l'hypoglosse et du spinal étaient atrophiées, amincies et réduites en différents points, au névrilème; et, à l'endroit même où le spinal était en rapport avec la dure-mère, il y avait adhérence du névrilème à l'enveloppe fibreuse de la moelle et dépôt d'un noyau pisiforme de tissu conjonctif. Un grand nombre de racines motrices de la région cervicale étaient amincies; les tubes nerveux avaient disparu en partie; partout on constatait, avec l'aide du microscope, la prédominance du névrilème sur le tissu nerveux proprement dit, et partout une hyperémie notable avec coloration grisâtre du névrilème; la moelle elle-même, dans la partie supérieure des cordons antérieurs, présentait une hyperémie et une coloration analogues à celles que l'on rencontre sur les cordons postérieurs dans l'*ataxie locomotrice.* »

Trousseau a raison de rapprocher la sclérose du bulbe et des parties supérieures de la moelle de celle des cordons postérieurs. Toutes ces lésions, en effet, sont identiques, très-souvent de même nature, et c'est parce qu'elles altèrent des parties différentes de l'axe cérébro-spinal qu'elles donnent naissance à des troubles si divers.

Mais la sclérose n'est pas la seule lésion capable de produire la paralysie progressive de la langue, des lèvres et du voile du palais. Voici, d'après M. Charcot, les altérations des centres nerveux trouvées à l'autopsie d'une femme, atteinte pendant la vie de paralysie bucco-laryngée, et qui présentait en outre une dégénération granuleuse d'un très-grand nombre de fibres musculaires.

La lésion principale, dit-il, consiste en une altération particulière des cellules du bulbe et des cornes antérieures de la moelle épinière. Chaque cellule se remplit de granulations pigmentaires, s'atrophie et disparaît. D'abord, elle perd ses prolongements, elle tend à s'arrondir et diminue de volume. Le noyau et le nucléole persistent. A un degré avancé, on ne trouve plus qu'un amas pigmentaire aggloméré. En quelques points le nucléole se voit encore. Enfin les granulations elles-mêmes se dissocient, se désagrègent, et toute trace de cellule a disparu. La névralgie ne paraît prendre aucune part à ce travail morbide. Dans ce cas remarquable, la lésion n'envahissait pas tout un groupe de cellules; elle frappait çà et là, si bien que les cellules saines étaient mêlées aux granulations pigmentaires et aux cellules atrophiées.

M. Jaccoud reconnaît, dans son *Traité de pathologie interne*, que la paralysie labio-glosso-laryngée peut être une conséquence de l'inflammation des méninges.

« Les exsudats basilaires, dit-il, siégent souvent sur les cordons des nerfs crâniens, et, après en avoir entravé la fonction, ils finissent par en amener l'atrophie. Cette notion est de majeure importance; les paralysies ainsi produites forment l'une des espèces du genre mal défini décrit par Duchenne sous le nom de *paralysie glosso-labio-pharyngée*, et par Wachmuth sous celui de *paralysie bulbaire progressive.* »

Cette dernière remarque confirme notre manière de voir.

Je ne crois pas que nous puissions rapporter à l'une des altérations précédentes la lésion qui existe très-certainement chez notre malade. Comment supposer une sclérose, une inflammation chronique, une atrophie lente des cellules nerveuses, en présence d'une paralysie débutant brusquement et tendant invinciblement à la guérison. Il y a eu deux attaques avec paralysie soudaine; eh bien! dans les conditions où nous sommes, un pareil fait ne peut avoir pour cause qu'une lésion soudaine : une oblitération vasculaire, une congestion, une hémorrhagie. De toute évidence, l'inflammation aiguë n'a joué aucun rôle dans ces phénomènes morbides.

On peut m'objecter cependant qu'il existe au bulbe ou aux parties voisines une tumeur irritant, comprimant la pulpe nerveuse et les nerfs, et que c'est là peut-être la cause des accidents observés. Je repousse une pareille supposition que rien n'autorise, ni l'état actuel de la malade, ni ses antécédents. Nous avons la céphalalgie, sans doute; mais combien d'autres symptômes nécessaires font défaut. Jamais de vomissements, de convulsions, de vertiges, de contracture; jamais, enfin, de ces paralysies partielles si caractéristiques. La céphalalgie elle-même manque aujourd'hui; car, depuis la dernière attaque, elle n'est plus reparue.

Ce sont des considérations tirées de l'état général, c'est l'absence de toute maladie capable de déterminer une coagulation antochthone qui me forcent de rejeter l'idée d'une thrombose capillaire, artérielle ou veineuse. Je ne puis admettre non plus qu'une embolie soit venue obturer une artère du bulbe. Ni dans le cœur, ni dans les gros vaisseaux, il n'existe d'altération capable de donner naissance à un corps obturant. D'ailleurs, vous le savez, dans l'immense majorité des cas, c'est l'artère sylvienne gauche qui reçoit l'*embolus.*

Restent la *congestion* et l'*hémorrhagie.* Eh bien! pouvons-nous hésiter? C'est l'hémorrhagie qui est la seule cause de tous les accidents. Une congestion simple et passagère n'aurait déterminé, en effet, que des troubles passagers comme elle. Et si vous vous rappelez la forme des phénomènes morbides présentés par la malade, le début subit de l'attaque, l'hémiplégie complète, la tendance à la guérison, vous serez convaincus comme moi, je l'espère, que nous nous sommes trouvés en présence de paralysies produites par une hémorrhagie.

L'hémorrhagie du bulbe ne donne pas toujours naissance à des troubles aussi étendus et disparaissant si rapidement.

Je veux vous citer en exemple un fait à peu près analogue au nôtre, raconté par M. Hérard à la Société des hôpitaux.

Un charron de 67 ans, en excellente santé, se lève une nuit pour uriner, et voulant dire quelques mots, il s'aperçoit qu'il ne peut plus parler. Six jours après, on le reçoit à l'hôpital.

« Aux premières questions que je lui adresse, dit M. Hérard, je constate une impossibilité presque absolue de la parole. Le malade comprend parfaitement bien ce qu'on lui dit, mais, pour toute réponse, il fait entendre des sons inintelligibles; il éprouve une égale difficulté à prononcer les lettes isolées de l'alphabet, surtout celles qui exigent le concours des lèvres et de la langue. L'orbiculaire des lèvres paraît, en effet paralysé; le malade ne peut réussir à froncer les lèvres, à siffler. La lésion existe des deux côtés également; toutefois, il me semble que la commissure gauche est légèrement abaissée.

L'organe le plus atteint est la langue. Les mouvements de latéralité, de projection en avant, d'élévation de la pointe vers la voûte palatine sont complétement abolis. Il en résulte que la salive s'écoule continuellement de la bouche, et que la déglutition est singulièrement gênée. Le malade est obligé d'aller chercher avec le doigt les aliments dans tous les coins de la cavité buccale pour les placer sur la langue et les refouler en arrière. Du reste, le volume de l'organe est conservé; il n'y a point d'atrophie; la sensibilité gustative et tactile est normale. Nous ne constatons ni nazonnement, ni reflux des boissons par les fosses nasales, mais il existe une fatigue notable dans l'émission des sons laryngés. Ajoutons, enfin, que l'intelligence est parfaitement saine, qu'il n'y a pas de céphalalgie, pas de troubles des sens, pas de faiblesse, encore moins de paralysie des membres; que, enfin, la miction et la défécation s'exécutent librement. Le traitement a consisté en ventouses scarifiées, ventouses sèches, vésicatoires à la nuque, et en purgatifs répétés.

Sous l'influence de ce traitement, et avec l'aide du temps, nous avons constaté une amélioration marquée. Petit à petit, les mouvements de la langue sont revenus, incomplétement il est vrai : le malade la projette en avant assez facilement; il la tourne du côté gauche, mais il éprouve toujours une notable difficulté à la diriger à droite. Il mange beaucoup mieux, ne salive presque pas, peut siffler certains jours; toutefois, l'articulation des sons reste gênée, et la parole souvent presque inintelligible. Aujourd'hui encore, après neuf mois, quoique le malade ait pu reprendre pendant quelque temps ses occupations, l'amélioration n'a pas fait de sensibles progrès, et il est à craindre que l'état actuel ne soit définitif. »

M. Hérard fait remarquer ensuite combien ce cas se rapproche de ceux qui ont servi de base à la description donnée par M. Duchenne; l'évolution, toutefois, n'étant pas la même, il invoque une cause différente, et pense que son malade a été atteint d'une lésion soudaine des centres nerveux, d'un ramollissement, d'une congestion, et mieux encore, d'une hémorrhagie.

A propos de ces faits, que de questions ne pourrait-on pas se poser! Questions bien difficiles à résoudre pour la plupart, si l'on veut s'en tenir à la relation étroite qui doit exister entre la lésion et les désordres produits. Comment se fait-il que la paralysie, frappant l'un et l'autre côté aux lèvres, à la langue, au voile du palais, s'accompagne d'une hémiplégie droite chez notre malade, et demeure isolée dans le cas rapporté par M. Hérard? Comment se fait-il que chez notre malade la paralysie ait respecté certains nerfs, les pneumo-gastriques par exemple, si voisins à leur origine des nerfs affectés? Comment comprendre encore une paralysie limitée à certaines branches du facial? Y a-t-il plusieurs foyers hémorrhagiques? n'en existe-t-il qu'un seul? Et s'il n'y en a qu'un, où le placer?

Pour moi, je m'abstiens de déterminer d'une façon plus précise le lieu de la lésion; et en terminant cette leçon, messieurs, je vous redis : la paralysie labio-glosso-laryngée est un symptôme qui dépend d'une lésion du *bulbe.* Ses causes sont variables; certainement nous ne les connaissons pas toutes encore. Je vous en ai signalé quelques-unes : l'inflammation exsudative, la sclérose, l'atrophie des cellules nerveuses et l'hémorrhagie.

Dans la prochaine séance, je vous parlerai d'une femme couchee au n° 4 de notre salle Sainte-Madeleine atteinte d'aphasie syphilitique.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 3 mai 1870. — Présidence de M. Denonvilliers.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné, pendant l'année 1869, dans le département du Morbihan. — 2° Le rapport final de M. le docteur Manouvriez sur une épidémie de rougeole qui a régné dans la commune de Valenciennes (Nord) [commission des épidémies]. — 3° Des rapports sur le service médical, pendant les années 1868 et 1869, des eaux minérales de Miers (Lot), par M. le docteur Lagasquié; de Saint-Honoré (Nièvre), par M. le docteur Collin; d'Alet (Aude), par M. le docteur Rougé-Rieutort, de Bourdonneau et de Propiac (Drôme); par MM. les docteurs Loubier et Marmonier (Commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

La correspondance manuscrite comprend : 1° Une lettre de M. le docteur Théophile Roussel, par laquelle il se porte comme candidat à la place déclarée vacante dans la section des associés libres. — 2° Un travail de M. le docteur Jacquez intitulé : *Des borates alcalins comme moyens de conservation des matières animales* (Commiss. : MM. Sappey, Michel Levy et Colin). — 3° Une lettre de M. G. Pouliot (de Poitiers) accompagnant l'envoi d'un pli cacheté.

---

médical, et encore! je ne connais pas assez l'histoire politique et littéraire du grand siècle pour annoter Guy Patin. Peut-être M. Réveillé-Parise a-t-il eu le tort de penser autrement. Je me mis donc en quête d'un collaborateur et, parmi mes amis, il me sembla que je ne devais avoir que l'embarras du choix.

Le premier auquel je m'adressai, un des hommes de Paris qui ont le plus d'esprit, m'avoua qu'il connaissait à peine le nom de Guy Patin; quant à ses lettres, il en ignorait l'existence. Je passai à un second, qui n'avait jamais lu Guy Patin, mais qui connaissait Saint-Simon, Tallemant des Réaux, Bussy-Rabutin, Mme de Sévigné, etc. Cela ne me suffisait pas. Le troisième me dit qu'il était en train de lire les mémoires du Cardinal de Retz, qu'il y prenait un grand intérêt; qu'il lirait ensuite les lettres de Guy Patin, puisque je lui en faisais un si grand éloge, mais qu'il pensait bien que j'étais orfèvre, et que le bonnet doctoral de mon auteur m'en avait imposé; que si les lettres susdites avaient de la valeur, il serait absolument impossible qu'il ne les connût pas, etc., etc. Je ne cherchai pas un quatrième collaborateur, comme bien vous le pensez, et voilà pourquoi mon édition de Guy Patin est encore à faire. Il ne m'en reste pas moins la consolation de posséder toutes les éditions de mon auteur, consolation quelque peu gâtée par cette considération qu'elles sont toutes mauvaises, et que je n'ai pas fait la mienne.

IV

Voilà donc mes livres réunis, ces livres à l'aide desquels je croyais posséder à fond l'histoire de la Faculté et de la médecine au 17e siècle. Hélas! La lecture des *Lettres* de Guy Patin me prouva bientôt que cette époque est remplie par quatre grandes questions, discussions ou procès, comme vous voudrez : Renaudot, l'antimoine et les médecins de Montpellier; — les chirurgiens, les barbiers et les apothicaires; — la circulation du sang, — et enfin le quinquina, sans compter beaucoup d'autre menu fretin. Mes livres en disaient bien quelque chose, mais comment parler de tout cela sans remonter aux sources. Les sources, c'est-à-dire *les pièces rares*, car c'est toujours là qu'en arrive un bibliomane, et cela, notez-le bien, qu'il le veuille ou qu'il ne le veuille pas. La logique l'exige, et la logique, qui l'ignore? domine toutes nos actions. Et tenez, voyez ce qui se passe autour de nous en ce moment.... Mais je crois, Dieu me pardonne! que je vais parler politique. Ma plume, restons, s'il vous plaît, dans notre sujet primitif, nous déraisonnons déjà bien assez.

Renaudot! il est certain que Guy Patin ne l'aime guère, mais je l'ai dit, Guy Patin est passionné et il le prouve bien ici; moi, je m'intéresse fort au sort du pauvre gazetier, et la preuve, c'est que j'ai réuni toutes les pièces que j'ai pu trouver sur son compte.

Nous n'avons pas à refaire la biographie de Théophraste Renaudot, ni même à rappeler qu'il fut le créateur, en France, du journal politique, du mont-de-piété, des bureaux d'adresse ou de placement; qu'il organisa, rue de la Calandre, des consultations gratuites, où il appela les docteurs de Montpellier ou d'ailleurs, tous étrangers à la Faculté de Paris, et qu'il fut un des grands défenseurs de l'antimoine, alors proscrit par la Faculté et par le Parlement. A cette époque, elle était en procès avec tout le monde; elle se garda bien d'épargner le pauvre Renaudot, et je ne connais rien de plus curieux que la collection de mémoires, factums et décrets se rapportant à cette affaire. Leur lecture permet de saisir sur le vif les hommes et les institutions de ce temps si éloigné de nous, moins encore par les années, que par les révolutions qui se sont produites dans les faits, dans les idées et dans les mœurs.

Un des fils de Renaudot, Eusèbe, a réuni toutes les pièces de ce procès célèbre en 3 volumes in-4°, que je ne connais pas, que je n'ai jamais vu passer dans les ventes publiques; la bibliothèque de la Faculté les possède peut-être. J'ai pu réunir quelques-unes de ces pièces les plus curieuses :

Voici d'abord la fameuse Requeste *présentée à la Reyne par Théophraste Renaudot, en faveur des pauvres malades de ce royaume*, 1643, 8 p.p. in-4°. Le pauvre gazetier tremble pour ses privilèges, et il adresse à la reine régente, Anne d'Autriche, cette supplique faite pour attendrir tout autre qu'un docteur rival; mais les médecins d'alors étaient sans pitié, et en voilà un qui répond par un *Examen de la requête présentée à la Reyne par le gazetier* (in-4° de 40 pages; 4 novembre 1643). Cet *Examen* attribué, à tort selon nous, à Guy Patin, est d'une abominable méchanceté et distille de tous côtés le fiel et la haine. Veut-on savoir comment débute l'auteur anonyme? le voici : — « Le maître des requêtes (il ne faut pas salir le papier de son nom qui sera odieux et exécrable à la postérité) a débité ces jours passés une requête non moins insolente que téméraire, qu'il a présentée à la Reine. Au lieu de venir en suppliant et en chaussé, le ventre contre terre et la corde au col.... Je ne pense pas qu'il y ait eu rien de plus téméraire et plus insolent d'un sujet à son souverain, d'un criminel à son juge, d'un misérable ver de terre à la plus illustre princesse de l'univers, etc., etc. » et ainsi de suite sans discontinuer. Ce langage est d'ailleurs celui qu'employent à l'égard de Renaudot tous ses ennemis, la Faculté, Guy Patin, de la Vigne, etc. Cette pièce nous fournit quelques renseignements curieux, celui-ci entre autres.

On sait qu'il était défendu à la Faculté de conférer le titre de doc-

(Accepté.) — 4° Une lettre de M. Bouisson, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier, par laquelle il annonce à l'Académie la perte douloureuse qu'elle vient de faire dans la personne de M. Lordat, professeur honoraire, membre associé national de l'Académie. — 5° Une note de M. Brachet, intitulée : *Recherches sur la lumière électrique dépouillée entièrement de ses rayons extrêmes à l'aide des obturateurs artificiels.* — 6° Une note de M. le docteur Bec sur une épidémie de rougeole qui a duré dans ces derniers temps à Entrevennes (Basses-Alpes) [Commission des épidémies]. — 7° Une lettre de M. Lemercier, qui croit utile de signaler à l'Académie le fait suivant : sa fille s'est soumise à la revaccination le 3 mars dernier au dispensaire de l'Hôtel-Dieu; les 6 piqûres de vaccin de génisse ont réussi, et les pustules se sont développées d'après la progression normale; mais après la guérison, une vraie pustule variolique s'est formée à la joue droite, à la hauteur de la lèvre supérieure. On craint de voir survenir de nouveaux boutons (Commission de vaccine). — 8° Une lettre de M. le docteur Danet, par laquelle, au nom de l'Association médicale de vaccination, il propose à l'Académie de vouloir bien coopérer avec elle à une contre-expérience sur les vaccinations avec le vaccin de génisse, les résultats obtenus jusqu'ici présentant un écart considérable avec ceux énoncés dans la dernière séance par M. Vernois. (Ces résultats varient entre 25 et 60 p. 100). — 9° Une lettre de M. le docteur Lanois, en réponse à la communication présentée à la dernière séance par M. Vernois et aux paroles prononcées, à ce sujet, par M. Depaul. M. Lanois répond à M. Vernois :

Au lycée Napoléon, il a été pratiqué deux séries de revaccinations : l'une, sur des enfants de 7 à 12 ans; l'autre, sur des jeunes gens de 14 à 18 ans; la première avec le vaccin de génisse, la seconde avec le vaccin humain.

Sur les enfants revaccinés avec le cow-pox, la moyenne des succès ne pouvait être supérieure à 7 ou 8 p. 100.

Sur les jeunes gens revaccinés avec le vaccin humain, elle pouvait atteindre 25 à 30 p. 100.

En raison de la différence de l'âge, dit M. Lanois, il ne devait pas être fait de comparaison ici entre les deux méthodes.

Au lycée Saint-Louis, les revaccinations ont été pratiquées par MM. Hillairet, Houel et quelques aides. Sur des sujets de 7 à 18 ans, le résultat a été de 27 p. 100.

Quant aux résultats obtenus dans les prisons de Mazas et de la Santé, M. Lanois les attribue aux conditions de milieu dans lesquelles se trouvent les individus qui ont été revaccinés et qui rappellent, selon lui, celles des grandes agglomérations de nos hôpitaux.

M. Lanois répond ensuite à M. Depaul. Il le met en demeure de préciser en quelles circonstances? où? comment? il a, plus mal que tout autre, pratiqué les revaccinations dans ces derniers temps.

Dans les mairies, le rôle de M. Lanois se borne à fournir le cow-pox aux médecins des bureaux de bienfaisance, et l'inoculation des génisses a été faite par lui-même avec un soin tout particulier. Quant aux résultats des vaccinations, il en donne cet aperçu à l'Académie :

Sur 40 enfants vaccinés le mercredi 1er avril et le vendredi suivant, à la mairie de Bercy, 40 sont revenus portant aux bras 6 pustules sur 6 piqûres.

Sur 20 vaccinés le lundi 25 mars, à la mairie du 10e arrondissement, 20 portaient 6 pustules sur 6 piqûres.

Enfin, sur 67 enfants vaccinés le lundi 25 mars, à la mairie du 11e arrondissement, il y eut 67 succès se décomposant ainsi qu'il suit :

10	portaient	6	pustules sur	6	piqûres.
11	—	5	—	6	—
38	—	6	—	6	—
3	—	10	—	10	—

(Commission de vaccine.)

PRÉSENTATIONS

Les ouvrages suivant sont présentés à l'Académie :

Par M. TARDIEU : 1°, au nom de M. Ach. Foville fils, un ouvrage sur les aliénés ; — 2°, de la part de M. le docteur Ch. Laugaudin, une brochure sur les eaux de Royat.

Par M. CLOQUET, au nom de M. le docteur Liebreich, un Atlas d'ophthalmoscopie.

Par M. LEGOUEST, au nom de M. Sédillot et au sien, la quatrième édition du *Traité de médecine opératoire.*

Par M. LARREY, de la part de M. le docteur Marjolin, une brochure intitulée : *Recherches sur les accidents et les affections chirurgicales auxquels sont exposés les jeunes apprentis.*

M. GAVARRET met sous les yeux de l'Académie un nouvel ophthalmoscope que l'on doit à l'invention de M. Javal,

M. VULPIAN présente, au nom de M. Duchenne (de Boulogne) un album composé de figures iconographiques et photographiques représentant la structure intime du bulbe à l'état normal.

L'auteur y a joint une note dans laquelle il a résumé l'ensemble de ses recherches microscopiques et photographiques sur la structure intime du système nerveux. Il a divisé celles qui sont aujourd'hui terminées en quatre séries représentant, à différents diamètres (de 8 à 450) : 1° les ganglions sympathiques, 2° les ganglions spinaux, 3° la moelle, 4° le bulbe. Il a fait passer sous les yeux des planches photographiées, comme spécimen de chacune de ces séries, et a fait hommage à l'Académie de l'album entièrement terminé, de la 4e série représentant la structure intime du bulbe.

Après avoir fait ressortir l'utilité de l'iconographie photographique appliquée à l'étude des lésions anatomiques de la structure du bulbe; en montrant des planches qui représentent l'étude photographique et microscopique de la paralysie glosso-labio-laryngée et de la sclérose en plaques, il conclut :

1° Que ses photographies montrent la structure des éléments anatomiques et leurs rapports, tels qu'on les voit sous le champ du microscope, et que par conséquent leur exactitude ne saurait être contestée;

2° Que, pouvant, ainsi qu'on le verra dans ses albums, représenter, par des changements de mise au point, tous les plans d'une même préparation placées sous l'objectif, elles ont l'avantage de contrôler toute figure schématique qui est la réunion des différents plans apparaissant également dans les changements de mise au point de l'objectif, figure schématique à la composition de laquelle l'imagination est exposée à prendre une trop grande part;

3° Qu'elles confirment les faits anatomiques qui ressortent des importantes découvertes de M. Stilling, et principalement des belles et récentes recherches de M. Clarke sur la structure intime du bulbe, qu'elles en sont enfin le complément;

4° Que les figures schématiques contenues dans les atlas de MM. Stilling et Clarke ne pouvaient être, malgré leur exactitude, que le squelette, pour ainsi dire, des images de leurs préparations, tandis que ces figures photographiées directement les montrent dans leur intégrité, dans toute leur beauté.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre dans la section de pharmacie.

La liste des présentations portait :

En 1re ligne : M. Lefort.

En 2e ligne et par ordre alphabétique : MM. Personne et Roussin.

En 3e ligne et par ordre alphabétique : MM. Caventou et Jeannel.

Au premier tour, le nombre de votants était de 77 : majorité 39. M. Caventou obtient 34 suffrages, M. Lefort 30, M. Personne 9, M. Roussin 3; 1 billet blanc.

Au second tour, le nombre des votants était de 79 : majorité, 40. M. Caventou obtient 40 suffrages et M. Lefort 39.

En conséquence M. Caventou est élu membre de l'Académie.

LECTURE

Microzymas. — M. le professeur Béchamp, membre correspondant, lit une note sur les microzymas, dont voici le résumé :

« Mes recherches sur les fermentations et sur les ferments, plus spécialement, sur les granulations moléculaires qui remontent à quinze années, et celles que nous avons entreprises, M. Estor et moi, dans le but de généraliser nos premières observations ont conduit à ce résultat que l'animal est réductible au microzyma. Or le microzyma, quelle que soit son origine, est un ferment; il est organisé, il est vivant, capable de se multiplier et de devenir malade, de communiquer la maladie...... Pendant l'état de santé les microzymas de l'organisme agissent harmoniquement, et notre vie est dans toute l'acception du mot une fermentation régulière. Dans l'état de maladie, les microzymas agissent anharmoniquement; la fermentation est régulièrement troublée : les microzymas ou bien ont changé de fonctions; ou bien sont placés dans une situation anormale par une modification quelconque du milieu.

Exemple : Un œuf d'oiseau a pour fonction harmonique de donner un oiseau. Pendant l'incubation, les actes chimiques qui s'accomplissent en lui ont pour résultat de transformer les matériaux du jaune et du blanc dans les divers composés chimiques qui serviront à instituer les divers organes dont l'animal complet sera formé...... Or l'œuf ne contient d'organisé que les microzymas; de telle façon qu'au point de vue chimique tout dans l'œuf est l'œuvre de ces microzymas. Qu'arrivera-t-il, si l'on vient par de vigoureuses secousses à mêler dans l'œuf ce qui était destiné à ne pas être confondu? on constate bientôt un dégagement d'acide carbonique, d'hydrogène et d'une trace d'acide sulfhydrique, puis on trouve que le contenu de l'œuf, d'alcalin qu'il était, est devenu acide; l'odeur est fade et distincte de l'odeur horrible des œufs vraiment pourris, lesquels sont en même temps alcalins, et si l'on examine ce que sont devenus les matériaux de l'œuf, on trouve les substances albuminoïdes et les corps gras inaltérés. Ce qui a disparu, ce sont le sucre et les autres matières glycogènes. A leur place, on trouve de l'alcool, de l'acide acétique et de l'acide butyrique; ce n'est donc pas une putréfaction, mais une fermentation parfaitement caractérisée. L'agitation violente n'avait donc pas tué ce qui était organisé dans l'œuf; l'ordre a seulement été troublé; les microzymas jetés dans des milieux qui ne leur étaient pas destinés, et forcés de se nourrir de matériaux qui n'étaient pas faits pour eux, ont réagi d'une nouvelle façon, mais sans changer de nature ni d'apparence......

Non-seulement les mycrozymas sont personnellement des ferments, mais il sont aptes à produire les bactéries, et ce qu'il y a de remarquable, c'est que la bactérie dérivée du microzyma est un ferment de même ordre que lui. Le microzyma est aussi porteur de cellules; mais dans le nouvel état, la position peut être totalement changée. Les microzymas, ferments butyriques, engendrant des bactéries ferments butyriques, peuvent produire des cellules ferments alcooliques.

Enfin, le microzyma peut devenir malade et communiquer la maladie, ainsi qu'on l'observe dans la maladie des vers à soie....

Il n'est pas douteux que le virus de la variole et celui de la syphilis contiennent des microzymas spécifiques, c'est-à-dire important la maladie de l'individu dont ils proviennent.

La cause de nos maladies est toujours en nous; les causes extérieures ne contribuent au développement de l'affection, et ensuite de la maladie, que parce qu'elles ont apporté quelques modifications matérielles au milieu dans lequel vivent les dernières particules de la matière organisée qui nous constituent, savoir les microzymas...

La tendance des travaux les plus récents est de démontrer que les miasmes, comme les virus, contiennent des organismes microscopiques actuellement vivants, qui proliférant dans le sang ou dans les tissus de l'animal, le rendront malade. Je ne crois pas que les choses se passent de la sorte. Tout phénomène ayant une cause, j'admets l'existence de particules organisées dans les miasmes, mais je ne crois pas à la prolifération dans l'organisme, prolifération que plusieurs expériences contredisent positivement. Deux auteurs, par exemple, qui au fond sont d'accord pour reconnaître que la virulence charbonneuse est une fermentation, et que le sang de l'animal atteint de la maladie peut la communiquer à un autre animal de la même espèce, ne le sont plus quand il s'agit d'expliquer ce qu'ils observent.

Pour M. Davaine, la virulence du sang charbonneux est due à l'espèce de bactérie qu'il nomme bactéridie. Pour M. Sanson, cette virulence gît dans une altération putride du sang; les bactéries n'y sont pour rien. Que signifie tout ceci? si ce n'est que ni les bactéries, ni les produits de la putréfaction des matières albuminoïdes ne communiquent le charbon...

...Pourquoi le sang des moutons charbonneux contenant des bactéridies, inoculé à des chiens, à des oiseaux, n'y provoquent-ils pas l'apparition des bactéridies et le développement de la maladie charbonneuse? Ce n'est certes pas que le milieu chimique soit différent; c'est que les microzymas de ces animaux sont inaptes à évoluer morbidement sous l'influence du milieu qui tend à créer l'introduction des matériaux morbifiques.

En résumé, les microzymas sont des ferments organisés; ils peu-

---

teur à quiconque faisait profession de la religion réformée. Il y avait cependant à Paris ou dans ses faubourgs, un assez grand nombre de médecins protestants. Voici à quel subterfuge devaient recourir ceux-ci pour acquérir le bonnet de docteur; c'est l'auteur de l'*Examen* qui va nous l'apprendre. Si l'on ne condamne pas Renaudot, dit-il, « il ne sera plus nécessaire de recourir à l'artifice que ceux de la Religion prétendue réformée avaient trouvé, il y a quelques années, c'est à savoir de faire obtenir *des patentes du Roy* aux Hollandais de Leyden, qui donneraient mêmes privilèges aux médecins reçus en leur Université qu'à ceux de Paris; en intention qu'ils envERraient leurs enfants prendre leurs degrés en Hollande, afin de les établir à Paris.... » (1)

La *Requeste* et l'*Examen* sont deux pièces extrêmement rares; le docteur Payen possédait la première, mais non pas la seconde; moi, tout au contraire, et nous n'avons jamais pu nous compléter. D'où il suit que nous n'avons été jamais parfaitement heureux l'un et l'autre. Terrible mécompte de la *bibliomanie!* M. Payen consentit un jour à me confier la célèbre *Requeste* et à m'en laisser prendre copie, et j'avoue que, au milieu des preuves d'estime et d'amitié qu'il a bien voulu me donner, aucune peut-être ne m'a plus touchée que celle-là. Ah! il ne faut pas croire qu'un bibliophile confie au premier venu une pièce curieuse de sa collection; je pouvais égarer celle-ci, ou laisser croire que je l'avais perdue, ou refuser de la rendre, tous les malheurs sont possibles; en outre que les bibliomanes ne passent pas pour très-scrupuleux : demandez à l'un d'eux une communication quelconque, un renseignement, et vous verrez.

Cela m'est arrivé à propos d'une question à élucider, j'ai fait appel à tous mes amis connus et inconnus, aucun ne m'a répondu : Est-il bête, ce Montanier; mettons naïf, ami lecteur, si l'intérêt que vous me portez vous fait trouver l'autre expression un peu forte (moi, ça m'est égal); est-il naïf de croire que je vais lui communiquer mes documents! Pense-t-il donc que je les aie achetés pour lui? J'ai là une collection de pièces qui ferait bien son affaire, et il en tirerait peut-être un bon parti..., Au fait, il faudra que je les lise un jour que j'aurai le temps; voilà dix ans qu'elles dorment dans leur virginale enveloppe, et je ne sais pas au juste ce qu'elles contiennent. Plus souvent que je vais les communiquer! Est-il naïf, ce pauvre Montanier, est-il naïf! Je n'ai trouvé dans ma vie que deux hommes assez désintéressés pour me confier leurs variétés bibliographiques, le docteur Bourgeois (d'Étampes), et le docteur Payen. Je les remercie très-sincèrement et reviens à Théophraste.

Tout le monde sait que Renaudot intenta un procès à Guy Patin, et que celui-ci fut acquitté après avoir lui-même plaidé sa cause de la façon la plus spirituelle et la plus brillante. Le discours de Guy Patin n'a malheureusement pas été conservé, et notre homme est mort sans avoir réalisé le projet qu'il avait fait de l'écrire; mais nous possédons toutes les pièces concernant le célèbre et très-long procès soutenu par les *doyen et docteurs-régents de la Faculté de médecine de Paris contre Théophraste Renaudot, les docteurs en médecine de Montpellier et d'autres universités, les adhérents et les chanceliers, professeurs et docteurs-régents en la dite Faculté de médecine de Montpellier, intervenus en cause avec lui.* Il s'agissait d'empêcher Renaudot et les médecins, autres que ceux de la Faculté de Paris, d'exercer la médecine dans cette ville et de continuer les consultations gratuites de la rue de la Calandre. Ce procès, commencé en 1640, après avoir été porté successivement devant le prévost de Paris et les maîtres des requêtes de l'hostel, fut définitivement jugé par devant le Parlement, et l'*Arrest prononcé en l'Audience de la Grand'-Chambre, le mardy premier jour de mars, l'an 1644.* Cet arrêt et cent pièces diverses qui l'avaient précédé, un libelle contre les *consultations charitables*, une *Réponse de Th. Renaudot à ce libelle*, un *Advertissement à Th. Renaudot, contenant les mémoires pour justifier les anciens droits et privilèges de la Faculté*, une *Défense de la Faculté de médecine de Paris contre son calomniateur*, un *Factum de la Faculté à la date de 1643*, les *Duæ orationes Magistri Michaëlis de la Vigne de 1643 et 1644*, le *Plaidoyer* de l'avocat général Talon, tout cela ne constitue pas seulement l'ensemble le plus curieux, le plus extraordinaire, le plus amusant qui se puisse lire; on y trouve encore les renseignements les plus certains et les plus instructifs sur la Faculté et sur les docteurs du 17e siècle, et c'est là incontestablement qu'il faut aller chercher leur véritable histoire et le reflet certain de leurs mœurs et de leurs habitudes.

Je devrais ici parler de la *Chambre royale de médecine* et des divers procès intentés à la Faculté, en 1648, par *Antoine Magdelain*, docteur de Montpellier; plus tard, en 1695, par *Pierre Longlois* et *François Prieur, sieur de Larrémale*, docteurs de Montpellier; en 1696, par *Richard le Maine*, de la Faculté de Montpellier; *Barthélemy Linand*, de la Faculté de Reims et *consorts*; il s'agit toujours pour les *médecins du dehors*, comme dit Molière, de conquérir le droit d'exercer la médecine à Paris; mais je n'ai pas promis de tout dire, et si je ne me hâte, je n'arriverai jamais à cette biographie malencontreuse qui est la cause de ces articles et l'objet de ma constante préoccupation.

Dr H. MONTANIER.

(1) Il existe une *Réponse* de Renaudot à cet *Examen.* Nous ne la connaissons que par la mention qu'en fait M. E. Hatin dans son *Histoire de la presse.*

vent dans des circonstances favorables, engendrer des bactéries, ou des cellules. Tous les organismes *ab ovo* sont institués par eux. Enfin la cellule, la bactérie elle-même peuvent retourner aux microzymas qui sont ainsi le commencement et la fin de toute organisation. »

M. Béchamp rappelle que dès le début de ses recherches sur les ferments, il démontra que la créosote et l'acide phénique, à doses non coagulantes, n'entravaient aucune fermentation commencée, et qu'aux mêmes doses ces agents s'opposaient à l'apparition des ferments organisés dans les mélanges les plus fermentescibles. Conformément à ces observations, il a conseillé, dès 1866, l'emploi de la créosote et de l'acide phénique dans la sériciculture, dans le but de s'opposer à la naissance du parasite végétal de la maladie des vers à soie. Depuis ce temps, ces agents ont été employés par différents médecins dans le traitement de la variole grave.

Suivant M. Béchamp, l'explication du rôle, en thérapeutique, de l'acide phénique s'explique aisément par l'ensemble de ses recherches sur les microzymas. La créosote et l'acide phénique n'empêchent pas le fonctionnement physiologique des éléments histologiques de l'organisme ; mais ils arrêtent l'évolution morbide des microzymas, la trop rapide destruction des cellules, et tendent, sans doute en modifiant le milieu, à ramener à l'harmonie le fonctionnement des microzymas déviés.

M. Béchamp termine par les deux citations suivantes, empruntées à son travail qu'il a publié récemment avec M. Estor :

« Après la mort, il faut que la matière revienne à son état primitif. On a fait jouer, dans ces derniers temps, un rôle excessif aux germes apportés par l'air. L'air peut en apporter, en effet, mais ils ne sont pas nécessaires. Les microzymas, à l'état de bactérie ou non, suffisent pour assurer, par la putréfaction, le mouvement circulaire de la matière. »

« L'être vivant, rempli de microzymas, porte donc en lui-même les éléments essentiels de la vie, de la maladie, de la mort et de la totale destruction.... En entrant dans l'intimité des phénomènes organiques, on pourrait vraiment dire, n'était le caractère choquant de l'expression, que nous nous putréfions sans cesse. »

M. VULPIAN, sans nier l'intérêt de la communication de M. Béchamp, regrette que l'auteur ait présenté comme une réalité ce qu'il ne considère encore, pour sa part, que comme une hypothèse. Le principe de cette théorie, savoir que le corps des animaux et des végétaux se compose de microzymas, est réductible en microzymas pouvant évoluer en différents sens ; ce principe, suivant M. Vulpian, n'est rien moins que démontré, et c'est à cette démonstration que devrait s'attacher M. Béchamp. M. Vulpian n'a pas été convaincu par la série des travaux accomplis par MM. Béchamp et Estor, et la nouvelle communication de M. Béchamp n'ajoute aucun élément de conviction. Ce qui manque encore une fois, c'est la démonstration de l'existence des microzymas à titre d'organismes indépendants et doués d'activité. Cette démonstration est d'autant plus nécessaire, que la théorie de MM. Béchamp et Estor touche à la physiologie, à la pathologie, embrasse en un mot toute la philosophie et la science.

M. BÉCHAMP comprend les doutes de M. Vulpian, mais il croit que sa théorie repose sur des faits incontestables. Si l'on vient, par exemple à secouer fortement un œuf d'autruche (cet œuf, à cause de l'épaisseur de sa coquille, ne peut être soupçonné d'avoir reçu des germes du dehors) de manière à mêler le jaune avec le blanc, on constate bientôt un dégagement d'acide carbonique, d'hydrogène et d'une trace d'acide sulfhydrique. Quand ce dégagement gazeux a cessé, on trouve que le contenu de l'œuf, d'alcalin qu'il était, est devenu acide ; il s'est produit là une fermentation autre que la fermentation putride qui est alcaline. Si l'on examine ce que sont devenus les matériaux de l'œuf, on trouve les substances albuminoïdes et les corps gras inaltérés. Ce qui a disparu, ce sont le sucre et les autres matières glycogènes. A leur place, on trouve de l'alcool, de l'acide acétique et de l'acide butyrique. Ce n'est donc plus une putréfaction, mais une fermentation parfaitement caractérisée.

M. Béchamp cite encore diverses expériences qu'il a faites avec le jaune d'œuf lavé sans le broyer et conservé dans la créosote, avec les granulations moléculaires du foie introduites dans l'alcool, avec le sang d'un animal sain, battu et défibriné, etc. Toutes ces substances albuminoïdes, conservées dans des liquides qui en empêchent la putréfaction, subissent, au bout d'un temps variable, des fermentations particulières. M. Béchamp avoue que ces expériences sont encore trop peu nombreuses, mais elles suffisent pour appuyer la théorie qu'il propose sur des faits incontestables.

M. VULPIAN n'est pas convaincu par les explications de M. Béchamp. Particulièrement ce que M. Béchamp a dit de son expérience de l'œuf ne saurait être accepté. M. Vulpian ne connaît pas de partie de l'organisme des plantes et des animaux qui ne puisse être traversée par des germes, bactéridies, microphytes, etc. Rien ne prouve donc que ces organismes ne soient venus du dehors.

Quant aux expériences invoquées par M. Béchamp en faveur de sa théorie, elle ne paraissent à M. Vulpian rien moins que concluantes. Il n'y a rien d'étonnant que des organismes inférieurs capables de vivre dans le sang de certains animaux ne puissent pas vivre dans le sang d'autres espèces animales.

M. BÉCHAMP reconnaît qu'il peut y avoir entre le sang et les matières albuminoïdes des diverses espèces animales, des différences au point de vue de l'analyse chimique, mais il croit qu'il n'y a pas de différence de nature ou substantielle.

— L'Académie a procédé dans cette séance à la nomination au scrutin de liste de la commission d'élection pour la place vacante dans la classe des associés libres. D'après le résultat du scrutin la commission se trouve composé comme il suit : MM. Daremberg, Sappey, Vernois, Richet, Milne-Edward et Am. Latour.

La séance est levée à cinq heures et quart.

Concours au Bureau central. — MM. Ball, Beaumetz, Chalvet, Cornil, Dubrisay, Gingeot, Lecorché, Leven, déclarés admissibles, ont passé la première série des dernières épreuves sur une composition écrite ayant pour sujet : *la péritonite chronique.*

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois... 8 fr. 50 c. Six mois... 16 » — Un an..... 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — Vaccinations et revaccinations. Vaccin et cow-pox. — Des tentatives de conservation dans les cas de séparation presque complète de la langue (M. Bérenger-Féraud). — Du mal dorsal des orteils. (M. A. Dubrueil). — Correspondance. — Nouvelles.

Paris, le 6 mai 1870.

Vaccinations et revaccinations. — Vaccin et cow-pox.

Variole et vaccine, cow-pox et vaccin, sont en ce moment l'objet des légitimes préoccupations des médecins et du public lui-même très-immédiatement intéressé à la solution des questions que ces termes soulèvent. La question des deux vaccins, en particulier, qui a défrayé pendant plusieurs années les discussions de l'Académie de médecine, a franchi le domaine de la théorie et de la spéculation pure pour entrer sur le terrain de l'expérimentation et de la pratique. L'épidémie de variole que nous traversons a donné à cette expérimentation des proportions telles, qu'on a pu en moins de temps qu'on ne l'avait présumé tout d'abord, réunir des éléments de comparaison d'une très-grande valeur pour la solution de cette question qui importe à un si haut point à l'hygiène publique. Non pas que nous prétendions que le nombre d'expériences, dans l'espèce, puisse remplacer le temps, et qu'il soit possible dès à présent de répondre par une affirmation formelle sur la puissance et la durée respectives de préservation des deux vaccins; il ne faudra pas moins d'une période d'une quinzaine d'années pour avoir à cet égard tous les éléments d'une solution complète et définitive. Mais comme la question de préservation est nécessairement liée et subordonnée à la question préalable du succès immédiat de l'inoculation, on admettra du moins, abstraction faite de tout autre ordre de considérations qui doit aussi trouver sa place dans l'exposé du problème, que la considération de la proportion des succès et des insuccès de l'inoculation constitue déjà à elle seule une présomption très-grande en faveur de telle ou telle solution.

Les documents que nous possédons dès à présent, quelle que soit leur provenance, communications directes de nos correspondants, lettres et communications aux corps savants et à l'Académie de médecine en particulier, relevés de la pratique vaccinale des médecins des hôpitaux et des médecins des bureaux de bienfaisance, rapport de la commission des maladies régnantes, etc., nous semblent assez importants déjà pour permettre de porter un jugement, au moins provisoire, sinon définitif, sur le premier élément de la question. Nous allons essayer de résumer ici quelques-uns de ces documents.

Et d'abord laissons la parole à quelques-uns de nos correspondants. Voici ce que nous écrivait à ce sujet, il y a quelques semaines M. le docteur Sébastian, de Béziers, qui a déjà pris une part très-active et très-utile à la discussion sur la syphilis vaccinale. C'est un résumé sous forme de propositions de ce que lui ont appris quinze années d'expériences et d'observations assidues :

« 1° Non il n'est pas vrai pour moi que le virus *vaccin* ait dégénéré.

2° Je suis convaincu que les reproches qu'on adresse au vaccin, et dont plusieurs sont fondés, ne proviennent pas de lui-même, mais bien des vaccinateurs qui n'ont jamais apporté dans cette petite opération l'attention sérieuse qu'elle mérite.

3° La transmission de la syphilis par la vaccination a lieu uniquement par le sang, et on peut toujours l'éviter.

4° Le vaccin, quand on le recueille trop vieux (pour notre pays après six jours), non-seulement ne préserve pas de la variole, mais encore peut avoir les mêmes inconvénients que le sang, ou tout au moins donner lieu à des abcès phlegmoneux à l'endroit des pustules, ainsi que je l'ai observé plusieurs fois et c'était toujours à la suite d'un vaccin pris à huit, neuf et même dix jours.

Mon opinion est d onc qu'il est parfaitement inutile d'avoir recours à la vaccination animale dont les résultats sont négatifs, parce qu'il est très-certain que ce vaccin en passant par la génisse avant de l'inoculer à l'homme, perd sa vertu préservatrice et s'altère bientôt après avoir été recueilli.

Il est bien entendu que je n'aurai pas la même répugnance pour un *cow-pox spontané.* »

Nous reprendrons tout à l'heure quelques-unes de ces propositions, pour en mieux faire ressortir tout ce qu'elles ont de fondé à nos yeux.

M. Leriche nous écrit que sur 57 vaccinations faites avec du vaccin de génisse fourni par M. Lanoix, 2 seulement ont fourni des boutons.

Deux enfants ont été vaccinés par lui à un bras avec du vaccin humain et à l'autre bras avec du vaccin de génisse. Chez ces deux enfants il est survenu des pustules au bras vacciné avec le vaccin humain; le bras vacciné avec le vaccin de génisse n'a rien eu.

M. Leriche a constaté, en outre, que le vaccin de génisse, quand il prend, prend moins vite; il faut au moins 36 ou 48 heures de plus qu'avec le vaccin humain.

En résumé, pour lui, c'est une très-grande faute que de propager le vaccin de génisse, dont l'effet est moins prompt, la réussite l'exception, et qui ne présente que des chances douteuses de garantie pour l'avenir.

Dans une lettre adressée à l'Académie, et que nous avons eue un instant sous les yeux, M. le docteur Diligence (de Londinière), dit que, depuis trente ans qu'il vaccine, il n'a jamais éprouvé le plus léger accident de son vaccin, qu'il ne recueille que sur des sujets sains et en temps opportun. Depuis 1856, le canton dans lequel il exerce a été épargné par la variole, qui, néanmoins, à plusieurs reprises, a sévi dans les cantons limitrophes. « Séduit d'abord comme bien d'autres, dit-il, par cette belle théorie de la régénération du vaccin, j'ai plusieurs fois pratiqué des vaccinations avec du cow-pox naturel, provenant de boutons développés spontanément sur le pis des génisses, et j'ai toujours éprouvé des insuccès, tandis que mon vaccin ne m'a jamais fait défaut. »

Voici comment s'exprime M. Tournier dans une lettre adressée à M. J. Guérin, et insérée dans la *Gazette médicale* : « Avec le vaccin jennérien, d'apres mon expérience, qui est déjà assez étendue, et d'après celle des confrères qui en font usage, on obtient un succès sur le tiers ou le quart au moins des revaccinations durant l'épidémie actuelle; pour les vaccinations, il n'y a pas d'insuccès, tandis que le vaccin animal a été inefficace dans des cas même de vaccination. Quant à la revaccination par le vaccin de génisse, on n'entend parler, dans le monde, que de ses insuccès. »

Dans le même journal, à la même date et à la même adresse, M. Champouillon déclare qu'il est démontré pour lui que les inoculations avortent complétement sur toute une série d'enfants vaccinés ou de jeunes gens revaccinés au cow-pox; il a pu lui-même observer les suites de ces opérations chez un certain nombre de militaires, et il est en mesure d'affirmer, que, relativement aux succès obtenus, le cow-pox s'est montré bien inférieur au vaccin jennérien. En même temps, M. Champouillon exposait les résultats statistiques suivants à la Société médicale des hôpitaux, En 1868, les revaccinations pratiquées dans l'armée avec le vaccin humain ont donné 32 succès sur 100. La proportion des revaccinations, faites dans l'armée, durant la même période avec le vaccin de génisse a été de 16 pour 100. En 1870, la proportion est descendue à 2 1/2 pour 100 dans quelques régiments de la garnison de Paris.

Dans une série de leçons sur la vaccine, faites à la Pitié, et qui ont été publiées dans *L'Union médicale*, M. Gallard a signalé à ses élèves l'infériorité fréquemment constatée dans ses salles du vaccin de génisse sur le vaccin d'enfant. Il a rapproché les insuccès presque constants du premier, des succès fréquents du second. Il a fait, en outre, cette observation que, loin de s'atténuer en passant par l'organisme humain, le virus qui s'est affaibli par les transmissions successives sur les veaux, reprend une nouvelle force lorsqu'il est reporté sur l'homme. Ainsi, deux vaccinations ayant, par hasard, réussi sur le grand nombre de celles qui ont été pratiquées avec le vaccin de veau, il a profité du virus qu'elles ont fourni pour continuer ses vaccinations de bras à bras, et il a vu ce vaccin, en quelque sorte humanisé, donner des résultats favorables beaucoup plus nombreux qu'il n'en avait obtenu avec le liquide directement recueilli sur le veau.

Voici une épreuve qu'a faite M. Gallard. Il a recueilli lui-même neuf tubes de vaccin de veau, et il les adresse immédiatement à neuf confrères habitant neuf départements différents, fort éloigués les uns des autres, avec la recommandation expresse de s'en servir sans tarder, sur de jeunes enfants de 4 à 6 mois non encore vaccinés. A la fin de la semaine suivante, il recevait neuf lettres dans lesquelles on lui annonçait « avec une touchante unanimité » que l'inoculation faite comme il avait été demandé n'avait eu aucun résultat.

Nous ferons ici un nouvel emprunt au dernier rapport de M. Besnier sur les maladies régnantes, auquel nous en avons tant fait d'autres déjà. Voici, d'après ce rapport, les faits observés dans les hôpitaux de Paris pendant le premier trimestre de 1870.

En janvier, à l'hôpital Saint-Antoine, M. Guyot a fait, avec le vaccin de génisse, des vaccinations et des revaccinations dont voici les résultats : 10 vaccinations sur des enfants au-dessous de deux ans non encore vaccinés, 9 insuccès, 1 succès; 5 vaccinations sur des nourrices, 5 insuccès; 54 revaccinations, 54 insuccès.

En février, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Bernutz, M. Lanoix a vacciné 33 personnes, dont 16 hommes, 16 femmes (1 n'ayant point été vaccinée) et 1 enfant nouveau-né. Le résultat a été négatif chez tous les sujets, aussi bien chez la femme non vaccinée et l'enfant nouveau-né que chez les autres.

En mars, dans le même hôpital, 24 vaccinations faites par les internes, avec du vaccin provenant d'une génisse de l'administration de l'Assistance publique, ont également donné des résultats négatifs. Ainsi, sur un total de 57 (54 revaccinations et 3 vaccinations), résultat 0 (1).

De leur côté, les médecins du bureau de bienfaisance du 7e arrondissement ont fait, à l'unanimité, la déclaration suivante : « Les médecins du bureau de bienfaisance du 7e arrondissement, après avoir examiné, suivi et comparé les résultats obtenus dans le service de vaccination établi à la mairie de cet arrondissement par le vaccin de génisse, émettent l'opinion, sur les résultats plus qu'insuffisants, même chez les nouveau-nés, obtenus par ce procédé, qu'il faut y renoncer, et demandent qu'il soit mis à leur disposition du vaccin jennérien, à la condition que le vaccinifère soit examiné par l'un d'eux. » Dans plusieurs autres arrondissements, des déclarations semblables ont été faites. Dans quelques-uns, les médecins ont obtenu, sur leur demande, que le vaccin jennérien fût, sinon substitué au vaccin de génisse, du moins employé et cultivé concurremment.

Si à ces divers témoignages écrits nous voulions joindre les nombreux témoignages oraux, presque tous concordants, que nous avons reçus depuis quelque temps d'un grand nombre de nos confrères, nous arriverions à une imposante manifestation en faveur du retour au vaccin jennérien. Mais on pourrait nous accuser d'imiter certain interlocuteur de Pascal et de faire venir trop de moines à notre aide... Or, nous n'avons pas le moins du monde la prétention de défendre un dogme, et loin qu'il y ait de notre part le moindre parti pris, ce n'est que par l'évidence des faits que nous avons été conduit à renoncer à une illusion que nous avions un moment partagée avec bien d'autres. D'ailleurs, nous n'avons aucune sorte d'intérêt à le dissimuler, et l'impartialité au besoin nous forcerait la main, les vaccinations à la génisse n'ont pas eu toujours et entre les mains de tous les médecins des résultats aussi nuls et aussi insuffisants. M. Depaul nous a affirmé, et son affirmation nous suffit, qu'il obtenait journellement presque autant de succès avec le vaccin de génisse qu'avec le vaccin d'enfant. Ses collègues de l'Académie et des hôpitaux, MM. Hérard et Gueneau de Mussy, si nous ne nous trompons, ont eu aussi des résultats assez satisfaisants. Voici un relevé signalé dans l'une des notes du rapport de M. Besnier, qui mérite aussi d'être pris en considération. M. Bucquoy a procédé à la revaccination des élèves du collége Sainte-Barbe et du séminaire de Saint-Sulpice : sur 373 jeunes gens revaccinés, dont un certain nombre avaient déjà eu la varioloïde, 141 seulement (un tiers environ) ont offert un résultat tout à fait négatif; un tiers à peu près des sujets restants a présenté de très-belles pustules vaccinales. Quant au dernier tiers, c'était encore un résultat positif, mais constitué par des pustules avortées, ou véritables vaccinoïdes. Or, ces revaccinations ont toutes été faites avec du vaccin de génisse, au quatrième ou au cinquième jour, et pris directement sur l'animal.

Il est encore juste de dire, à la décharge du vaccin de génisse, que dans le grand nombre d'insuccès constatés, beaucoup doivent être mis sur le compte de la précipitation, de la négligence trop souvent, de l'impéritie peut-être, quelquefois, avec lesquelles les vaccinations et revaccinations ont été faites, et surtout sur les expédients auxquels ont eu recours quelques vaccinateurs aux abois, en présence d'une pénurie difficile à avouer, tels que le

(1) Dans sa séance du 11 mars, la Société médicale des hôpitaux, sur la proposition de M. Gallard, a formulé la demande suivante : « La Société de médecins des hôpitaux de Paris prie son représentant au conseil de surveillance de l'Assistance publique de s'employer auprès de l'administration, afin d'obtenir que du vaccin jennérien, c'est-à-dire issu primitivement du cow-pox spontané et transmis de bras à bras, soit mis à la disposition de ceux des médecins des hôpitaux qui désireront l'employer. » Depuis lors, en effet, l'administration s'est mise en mesure de satisfaire à ce vœu.

procédé de compression employé pour augmenter le rendement des pustules, l'inoculation à sec faite certainement plus d'une fois, soit pour gagner du temps dans des moments de hâte, soit par impossibilité matérielle de retremper la lancette aussi souvent qu'il eût été nécessaire de le faire.

Ce sont là tout autant de circonstances qui ont dû accroître notablement le chiffre des insuccès, il faut le reconnaître. Mais ces circonstances n'appartiennent pas exclusivement à la vaccination animale. Quelques-uns de ces griefs s'appliquent tout aussi bien aux vaccinations faites avec le virus jennérien qu'aux vaccinations à la génisse; soit que l'on se serve de vaccin conservé sur plaques ou en tubes, en quantité trop souvent illusoire; soit même que l'on vaccine de bras à bras par des piqûres insuffisantes, ou en demandant à des boutons épuisés plus qu'ils ne peuvent donner; ou bien enfin qu'on se serve d'un vaccin périmé, ce qui nous paraît arriver trop fréquemment. D'où une infinité de vaccinations fictives, comme l'a fait remarquer avec beaucoup de raison M. Besnier dans son rapport. D'où aussi cette conséquence, qu'en tenant compte de part et d'autre des déchets provenant d'une mauvaise pratique, la supériorité reste encore à la pratique de la vaccination jennérienne.

Pour nous, nous n'hésitons pas à exprimer ici l'opinion que les vaccinations ont été, en général, faites un peu trop négligemment depuis un certain nombre d'années, et nous ne serions pas éloigné d'attribuer en grande partie à cette négligence et à l'insuffisance des soins et des précautions qu'exige cette opération, le retour et la gravité croissante des épidémies de variole.

Pour en finir aujourd'hui sur ce sujet, que nous sommes loin d'avoir épuisé, et qui pourrait nous fournir encore le texte de toute une série d'articles, nous nous bornerons à formuler, à côté des propositions de M. Sébastian, que nous adoptons sans réserve, quelques-uns des préceptes qui nous paraissent ressortir des faits qui se sont déroulés depuis peu sous nos yeux.

Sans croire qu'il soit nécessaire de pousser plus loin l'expérience, le vaccin jennérien nous paraît à tous égards devoir être préféré au vaccin de génisse. Mais, qu'il s'agisse de l'un ou de l'autre, on ne saurait trop, à notre avis, si l'on veut mettre devers soi les plus grandes chances possibles de succès, insister sur les conditions qui peuvent seules l'assurer : prendre le vaccin du 5e au 7e jour, au plus tard, de son évolution; le 5e ou le 6e jour nous paraissent même de beaucoup préférables au 7e, qui est déjà un peu tardif.

Faire au moins six piqûres, trois à chaque bras.

Tremper la lancette dans la pustule incisée, pour chaque inoculation;

Éviter avec le plus grand soin de faire saigner en incisant la pustule, et s'abstenir d'inoculer le virus mêlé de sang, si par inadvertence ou par suite d'un mouvement dont l'opérateur n'a pu être maître, le sang a jailli.

Reste la question de la sélection et de la culture du vaccin, qui mériterait à elle seule un article spécial.

Dr Brochin.

DES TENTATIVES DE CONSERVATION

DANS LES

CAS DE SÉPARATION PRESQUE COMPLÈTE DE LA LANGUE

Par le Dr Bérenger-Féraud
Médecin principal de la marine impériale.

Dans le courant du siècle dernier, Garengeot a parlé d'un individu qui avait eu une partie de son nez arrachée par un coup de dent, et qui fut guéri par la réapplication exacte du morceau enlevé; cette guérison extraordinaire ne provoqua d'abord que de l'étonnement; mais plus tard la malveillance s'en servit pour tourner en ridicule Garengeot, et une opinion bientôt générale lui valut une réputation de menteur dont il n'est pas encore complétement absous aujourd'hui. Il ne méritait cependant pas un tel déshonneur, car peu d'années s'étaient écoulées à peine, que de nombreux faits analogues à celui dont il avait donné l'histoire étaient constatés et ne permettaient plus de doute.

Mais le pernicieux effet de la calomnie est si constant et si tenace, que malgré le remarquable travail de Percy, entrepris dans le Dictionnaire en 60 volumes (article Ente animale, t. XII, p. 339), pour la réhabilitation de Garengeot et la flétrissure de Montaulieu qui, sous le pseudonyme de Philippe d'Alcrippe, l'avait calomnié. Ces faits de réunion des parties séparées n'ont trouvé pendant longtemps que peu de sympathie et peu de créance dans la science, et c'est assurément une chose fâcheuse car l'art de guérir ne peut que gagner à l'étude, et par conséquent à la connaissance plus parfaite de ces faits.

Les tentatives de conservation d'une portion d'organe séparée accidentellement du corps sont dignes d'être envisagées d'un œil favorable par les chirurgiens. Comment, en effet, ne serait-on pas sympathique à l'effort qui cherche à restituer à l'individu une partie de son être, qu'il a cru un moment perdue à tout jamais, et dont la possession a par ce fait seul un double prix désormais? Quoiqu'on admette aujourd'hui la possibilité de ces réunions de parties plus ou moins séparées du restant du corps, les observations de ce genre sont encore considérées comme des choses extraordinaires, et quand un chirurgien en rapporte une dans un ouvrage ou un recueil scientifique, il cherche, dirait-on, à s'en justifier en rappelant que ce n'est pas la première fois que ce cas se présente, et en appuyant son dire d'assertions, de témoins, de certificats même quelquefois; on croirait qu'il a peur de voir renaître contre lui les sarcasmes dont Garengeot fut la victime. Les faits sont cependant assez nombreux aujourd'hui pour qu'il soit temps de chercher à les classer. Il y a peut-être dans leur étude synthétique quelques considérations utiles à mettre en lumière, et si la science ne veut pas donner sur ce point l'exemple d'une réalisation de la fable des Danaïdes, on peut déjà, dans le bilan des faits acquis jusqu'à ce jour, trouver tous les éléments d'un travail complet.

Pendant mon enfance, j'ai vu mon père obtenir un succès très-remarquable en replaçant avec soin les lambeaux d'un nez qui venait, comme le cas dont parle Garengeot, d'être déchiré d'un coup de dent. J'étudiais à peine depuis quelques mois la médecine, que j'ai réussi à conserver une dent qui venait d'être arrachée par inadvertance; j'étais encore chirurgien de 3e classe de la marine, que j'aidais à conserver deux doigts qu'une pièce de bois venait de détacher presque entièrement (1). En 1860, la première fois que j'ai visité l'hôpital du Havre, j'ai vu dans le service du docteur Pichorel, en compagnie du docteur Fourquet aîné, alors interne du service, un avant-bras conservé contrairement à toutes les présomptions humaines; enfin, en 1867, j'ai eu l'occasion de faire reprendre une extrémité de doigt complétement séparée. (*Bulletin général de thérapeutique*, t. LXXIII, p. 454); de sorte que ces faits de conservation extraordinaire m'ont frappé et m'ont peut-être rendu plus confiant que beaucoup d'autres touchant les admirables ressources de la nature pour la réparation des accidents dont le corps peut être la victime. Dans cette disposition d'esprit, j'ai résolu de prendre note des observations de ce genre que je rencontrerais dans le cours de mes investigations bibliographiques, et sans avoir dépouillé entièrement encore les principaux recueils scientifiques, je suis déjà arrivé à recueillir 228 faits dont voici l'énumération succincte :

A. Lambeau cutané du crâne.	7
B. Do ostéo-cutané id.	8
C. Do cutané de la face.	2
D. Do ostéo-cutané id.	5
E. Nez.	65
F. Oreille.	11
G. Langue.	11
H. Doigts.	86
I. Partie de la main ou du pied.	9
J. Poignet	4
K. Avant-bras.	8
L. Bras.	9
M. Partie de la jambe	4
	228

Je me propose d'étudier successivement ces diverses observations dans le but de rechercher les conditions du succès dans les tentatives de cette partie de la chirurgie conservatrice pour citer en détail les faits que je possède touchant les essais heureux de conservation de la langue; ils sont au nombre de onze, parmi lesquels dix ont été publiés déjà, et un, qui m'est personnel, est encore inédit.

Obs. I. — 1er *fait d'A. Paré* (t. II, p. 88, édit. de Malgaigne).

Un iour fus appelé en la maison de défunt M. Couët, aduocat en parlement, pour panser un sien fils, aagé de trois ans, lequel tomba le menton sur vne pierre, et se coupa, de ses dents, bonne portion de l'extremité de sa langue, et ne tenait qu'à bien peu de chair, et ayant peu d'espérance qu'elle se peust réunir cuidai paracheuer la lui couper, mais toutefois auec vn très grand regret, veu que puis après n'eust peu parler, qui me fist différer, connaissant que quelques fois nature fait des choses admirables, et que la langue est d'vne chair fongueuse, laxe et spongieuse, ainsi qu'elle n'est sujette aux injures extérieures de l'air. Adoncques luy fis deux points d'aiguille, vn au-dessus et l'autre au-dessous, et commandai à la mère du dit enfant qu'elle eust à le nourrir des alimens prédits (gelée, coulis, etc., etc.), et puis vous assurer qu'en peu de iours fust parfaitement guari, et à présent parle très bien.

Obs. II. — 2e *fait d'A. Paré* (*loc. cit.*, p. 88).

Un cas semblable arriva un peu de temps après au fils de monsieur de Marigny, président aux enquestes, qui fust semblablement guari.

Obs. III. — 3e *fait d'A. Paré* (*loc. cit.*, p. 89).

Ie puis narrer un fait aduenu depuis naguères à vn charpentier, homme de bien en son estat, nommé maistre Ian Piet, demeurant aux faux bourgs Saint-Germain-des-Prés, lequel tomba d'assez haut sur vne pièce de bois et se coupa aussi l'extremité de la langue, et subit vint vers moy pour la luy paracheuer de couper, parce qu'elle ne tenait qu'à peu de chose; ce que ne voulus lui accorder, veu l'expérience que i'en auais faite auparauant. Doncques la luy recousis, et peu de iours après fust parellement guari auec les remèdes sus dits.

Obs. IV. — *Fait de Pibrac* (*Mém. acad. chir.*, édit. in-fol., t. III, p. 418).

Demoiselle sujette à l'épilepsie depuis son enfance, se divise à deux reprises presque entièrement la langue dans une attaque. C'est pour ces cas que Pibrac imagine et applique *son bridon à sac* pour suppléer la suture. — Guérison.



Cette observation est trop étendue pour que je la cite en détail, mais je dois au moins donner ici le *bridon* dont parle Pibrac.

Obs. V. — 1er *fait du Dr Bertrand* (*Gaz. des Hôp.*, 1863, p. 118).

Un jeune homme de 20 ans tombe en faisant l'exercice du tremplin et se coupe la langue. L'organe avait été complétement coupé dans toute son épaisseur par la rencontre des deux arcades dentaires; c'est à peine si, de chaque côté, il y avait un petit pont charnu.

Trois points de suture. Cicatrisation parfaite, et les fonctions de l'organe se font parfaitement.

Obs. VI. — 2e *fait de M. Bertrand* (*Gaz. des Hôp.*, 1863, p. 119).

Femme de 36 ans, très-grasse.

Congestion cérébrale.

Section presque complète de la langue. Deux brides latérales entretiennent seulement la continuité.

On ne fait rien pour la plaie; on amende l'état congestif de l'encéphale. Six semaines après la guérison était complète. Pendant quelque temps, elle a eu de la difficulté pour parler; mais ensuite, cette gêne a totalement disparu.

Obs. VII. — *Fait du Dr Gant* (*Bull. gén. de thér.* t. LIX, p. 134).

Jeune homme de 20 ans. La moitié de la langue coupée par un coup sur le menton. Quelques filaments retiennent à peine le lambeau, formé de la moitié antérieure de l'organe. Réunion par trois points de suture en haut et autant en bas.

Réunion parfaite. La sensibilité est un peu moindre à droite, où la section était la plus complète.

Obs. VIII. — *Fait du Dr Vilches* (*Siglo medico*, — *Union médicale*, 1860, p. 492).

Un enfant de quatre mois tomba de son berceau et se divisa la langue transversalement au tiers antérieur, et de droite à gauche, dans les deux tiers de sa largeur. A l'examen, dit-huit heures après l'accident, le lambeau divisé formait comme une crête de coq s'opposant absolument à la succion du sein. Un médecin avait déjà proposé l'amputation de ce lambeau, mais l'importance de l'organe et l'âge du blessé m'incitèrent à en tenter la réunion par quelques points de suture. Ne pouvant me servir dans ce cas des aiguilles de Boyer, Velpeau, Cooper, ni des autres, j'en fis fabriquer une spécialement à cet effet. C'est une aiguille ordinaire, peu courbe, montée sur un manche rond et présentant à son extrémité antérieure une espèce d'hameçon ou chas ouvert destiné à recevoir le fil après l'introduction de l'aiguille et à ramener un des chefs par l'ouverture d'entrée en la retirant. Je saisis donc avec une pince fixe le bord droit de la langue, que j'amenai en avant, et prenant mon aiguille de la main droite, j'en introduisis la pointe dans l'épaisseur de la division, à deux lignes du bord supérieur, puis la dirigeant d'avant en arrière et de bas en haut, elle vint sortir sur le dos de la langue, à trois lignes en arrière de la division. Confiant alors les pinces à un aide, je portai avec une pince fixe, de la main gauche, l'anse du fil dans le chas de l'aiguille, et après un mouvement de torsion imprimé à cette aiguille, de la main droite, pour serrer cette anse, je la retirai en amenant le fil par l'ouverture d'entrée. J'en fis autant sur la partie médiane de la langue.

Dans un second temps plus facile, j'introduisis l'aiguille dans le lambeau, à environ trois lignes en avant du bord supérieur de la division, et la dirigeant d'avant en arrière et de haut en bas, elle sortit au milieu de la plaie, pour saisir les extrémités antérieures des fils, et les amener hors de la bouche, en retirant l'aiguille. Cela fait, j'avivai les lèvres de la plaie, puis je nouai les deux extrémités des fils.

Cinq jours suffirent à la réunion, qui s'opéra sans nulle difformité.

Obs. IX. — *Fait du docteur Branca* (*Annali universali*, janvier 1835. *Archives générales de médecine*, 2e série, t. VII, p. 548).

Fiorenca B..., âgée de treize mois, tomba sur le menton et se coupa la langue avec les dents, de telle sorte que cet organe offrait une division transversale complète, occupant les deux tiers de sa largeur à la distance de six lignes de sa pointe. L'extrémité de la langue, considérablement tuméfiée, pendait au dehors de la bouche, qui était continuellement à demi ouverte à cause de la douleur et empêchait la petite malade d'avaler. L'accident n'étant arrivé que quatre à cinq heures avant que je ne la visse, je conçus l'espoir d'obtenir une réunion immédiate en tenant les bords de la plaie rapprochés à l'aide d'un point de suture. Ma première idée fut d'enfoncer une aiguille courte, armée d'un fil d'une certaine grosseur et ciré dans la partie dorsale du lambeau, à deux lignes envi-

(1) Voici le fait : dans les premiers jours du mois de mai 1859, j'étais de garde à l'hôpital principal de la Marine de Toulon, quand je reçus, à neuf heures du matin, un jeune ouvrier charpentier, âgé de 25 ans environ, qui venait d'avoir deux doigts complétement écrasés par le choc d'une pièce de bois. Je comptais tellement sur la nécessité de l'amputation, que je préparai l'appareil instrumental. Le prévôt de l'hôpital et le chef de clinique étaient de mon avis. L'opération allait être faite, quand quelqu'un émit l'avis de la conservation; le conseil fut suivi et, l'ouvrier a guéri très-bien, conservant deux doigts qui semblaient fatalement perdus de prime abord.

ton de la plaie et dans un point correspondant au milieu de la longueur de cette plaie; mais il m'eût été impossible de tenir solidement ce lambeau avec la main gauche, soit à cause de la facilité avec laquelle il eût glissé entre mes doigts, soit parce que dans un mouvement de la tête de l'enfant, l'isthme étroit qui le réunissait au corps de la langue se serait déchiré. Imitant le procédé qu'on emploie pour percer le lobule à l'oreille, je plaçai un morceau de liége sous la face inférieure du lambeau, je perçai ce dernier avec l'aiguille, qui pénétra en même temps dans le morceau de liége; dégageant alors ce point d'appui en soutenant le lambeau avec une pince à anneaux à travers les branches de laquelle passait l'aiguille, je retirai ensuite l'aiguille elle-même. Dans un point correspondant de l'autre bord de la plaie, j'enfonçai l'aiguille de la face inférieure à la face dorsale de la langue, la concavité tournée en avant, à la distance de deux lignes des bords de la plaie; je laissai alors l'enfant respirer un peu, ensuite je rapprochai les bords de la plaie, je nouai le fil et l'affrontement parut parfait; je recommandai à la mère de ne plus donner le sein à sa fille et de la nourrir avec des bouillons, des panades et des œufs. Au bout de trois à quatre jours, quelques personnes crurent, mais à tort, que les lèvres de la plaie ne se maintiendraient pas en contact; ces lèvres étant enflées ne pouvaient pas se toucher dans toute l'étendue de leur surface convexe, mais elles se touchaient suffisamment dans leur ligne centrale. En effet, au bout de dix jours, la plaie se cicatrisa avec adhérence complète et avec une telle régularité, que non-seulement l'organe recouvra ses fonctions, mais encore ne garda aucune trace de cet accident.

Obs. X. — *Fait du docteur Peltier* (*Mouvement médical*, 1870, p. 68).

Le 11 décembre 1869 fut, amené à l'hôpital Saint-Antoine un enfant âgé de 2 ans, qui dans une chute du haut d'une chaise, sur laquelle il était monté, venait de se faire, avec les dents, une section complète de la langue. Sa mère le releva aussitôt et vit avec effroi un morceau considérable de la langue pendant au dehors de la bouche. L'hémorrhagie était d'ailleurs assez peu abondante; l'enfant fut conduit à un médecin du quartier, qui ne crut pas possible la conservation du lambeau, et qui conseilla à la mère de se rendre à l'hôpital avec son enfant. C'est alors, environ une heure après l'accident, que l'enfant nous est présenté; on peut facilement constater que la langue est divisée transversalement dans toute son épaisseur; c'est à peine si, sur une longueur de 7 à 8 millimètres, le lambeau tient encore, par la partie droite, au reste de l'organe. Ce lambeau d'ailleurs est très-mobile, et aux moindres mouvements de l'enfant vient pendre au dehors de la cavité buccale, ou est ramené dans son intérieur. Je crus cependant devoir tenter la réunion. Alors, en faisant tenir fortement écartées les mâchoires de l'enfant, je pus, avec quelque difficulté, passer quatre points de suture comprenant une partie de l'épaisseur de la langue. Pour cela, faisant fixer le lambeau flottant avec une pince, je passai d'abord un point de suture à 5 ou 6 millimètres de la section, je traversai, la face supérieure vers l'inférieure, une partie de l'épaisseur de la langue, puis retirant l'aiguille, je l'enfonçai dans un point correspondant de l'autre bord de la plaie, de la face inférieure vers la face dorsale. Je replaçai de la même manière trois autres points de suture; je nouai les fils, et l'affrontement me parut aussi complet que possible. Toute hémorrhagie cessa, et l'enfant, qui jusqu'à ce moment avait été très-agité, redevint calme. Quelques instants après, on put lui faire prendre du bouillon, et il n'accusa pas la moindre douleur.

La suture fut pratiquée vers quatre heures du soir; la nuit fut tranquille, et le lendemain je retrouvai l'enfant aussi bien que possible. La mère, qui était entrée à l'hôpital avec le petit malade, demanda son *exeat*, qui lui fut accordé le lendemain. Au bout de quatre jours elle nous ramena son enfant; les points de suture étaient toujours en place; les lèvres de la plaie étaient un peu enflées, cependant la réunion paraissait à peu près certaine. Je revis l'enfant huit jours après; les points de suture avaient été enlevés; la réunion était complète; une ligne transversale, cicatricielle, tranchant un peu par sa teinte blanchâtre sur la teinte rosée de la langue, indiquait seulement la division de l'organe.

Obs. XI. — *Fait personnel* (inédit).

Pendant mon internat à l'hospice civil de Toulon, en 1851, j'ai observé un ouvrier maçon qui passa quelques jours couché au n° 2 de la salle des hommes blessés. En tombant d'un échafaudage peu élevé, il avait eu la langue prise entre les deux arcades dentaires, et l'organe était presque entièrement séparé à 2 ou 3 centimètres de la pointe par une ligne courbe à convexité antérieure. Le lambeau tenait à peine par quelques filaments musculaires; il paraissait exsangue, et on eût pu l'arracher facilement avec une légère traction. Mon vénéré maître, le docteur Long, chirurgien en chef de l'hôpital, n'hésita cependant pas à essayer la conservation; il fit cinq points de suture, trois sur la face dorsale et deux sur la face inférieure de l'organe, et prescrivit des gargarisations fréquentes avec de l'eau froide aiguisée d'eau-de-vie.

Nous notâmes un fait extrêmement curieux : c'est qu'aussitôt après l'opération, le blessé put parler assez intelligiblement, alors qu'il était incompréhensible avant. Remarquons cependant que sa parole était très-embarrassée. Le lendemain, gonflement de la langue, chaleur et douleur dans toute la bouche; mais en peu de jours la réaction cessa, et la cicatrisation se fit très-bien et en peu de temps, sans aucun autre soin que des gargarisations d'eau froide trois ou quatre fois en vingt-quatre heures.

A sa sortie, cette homme parlait, mangeait et buvait absolument comme s'il n'avait jamais eu aucune lésion de la langue; le fragment était en parfaite position, et la cicatrice très-peu apparente.

Pour ne pas m'exposer à des redites inutiles et pour faciliter le contrôle des déductions auxquelles je serai conduit, je dois attendre d'avoir présenté tous les faits de conservation des parties plus ou moins séparées du restant du corps pour étudier en détail les conditions dans lesquelles le chirurgien doit se mettre pour réussir. Je ne puis cependant manquer actuellement de faire remarquer que l'observation de Pibrac, très-remarquable à plus d'un titre, peut être invoquée pour montrer la facilité avec laquelle la réunion se fait dans les cas de division de la langue; en effet, puisque la guérison est survenue, dans le fait qu'il rapporte, sans l'emploi de la suture, on peut espérer aujourd'hui que nous sommes fixés sur cette question de la valeur de cette opération pour la réunion des plaies, on peut espérer, dis-je, qu'elle n'en serait survenue que plus facilement. Pibrac avait rapproché les fragments à l'aide de quelques points de couture.

En attendant de plus complets détails, on peut dire que la conclusion logique qui ressort des onze observations que nous venons de rapporter, est que la réunion de la langue, presque entièrement séparée, est assez facile et devra toujours être tentée par le chirurgien : et terminons par ce conseil pratique que cette réunion se fera de préférence par des points séparés de suture ordinaire, au lieu du bridon de Pibrac ou de tout autre moyen analogue; ces points seront en nombre suffisant pour maintenir le fragment en rapport immédiat avec le restant de l'organe; et malgré la difficulté de les appliquer, on fera bien de ne pas se borner à la face supérieure seulement, quand toute l'épaisseur de la langue aura été coupée.

(*A suivre.*)

DU MAL DORSAL DES ORTEILS

PAR M. A. DUBREUIL.

Si la dénomination que je propose est nouvelle, il n'en est pas de même de la maladie que je veux désigner. Elle est assez fréquente pour que tous les chirurgiens aient eu l'occasion de l'observer, et si elle n'a pas été décrite, c'est sans doute en vertu de l'adage : *De minimis non curat prætor*.

Cependant, conduisant quelquefois à l'amputation de l'orteil sur lequel elle siége, elle est de nature à fixer l'attention de l'orthopédiste et du chirurgien.

Le mal dorsal des orteils est une maladie dont le point de départ est dans l'inflammation de la bourse séreuse anormale située au-dessous d'un durillon, qui se forme sur la face dorsale de certains orteils. Ce durillon siége le plus souvent au niveau de l'articulation de la phalange avec la phalangine, et sur les orteils qui, pour une raison ou pour une autre, sont situés au-dessus de leurs voisins.

Assez souvent les deux dernières phalanges, au lieu d'être situées à peu près dans l'axe de la première, forment avec elle un angle plus ou moins rapproché de l'angle droit; de là la dénomination d'*orteils à marteau*.

Lorsque la maladie est déjà avancée, on voit le doigt effilé à son point d'attache, se renfler ensuite considérablement.

Ces durillons sont incontestablement dus à la pression des chaussures, et leur étude microscopique présente un certain intérêt.

Ils diffèrent notablement des cors avec lesquels on serait tenté de les confondre. Le cors est en effet purement constitué par une accumulation de cellules épithéliales, et présente à sa base un prolongement conique, une sorte de racine qui s'enfonce dans le derme.

Le durillon (au moins celui qui m'occupe) est tout autrement constitué. L'élément épithélial y joue sans doute un rôle important, et en détermine en grande partie le relief, mais ces cellules épithéliales aplaties et stratifiées restent superficielles; en dessous, on retrouve la couche de Malpighi intacte, et plus profondément, on découvre une hypertrophie papillaire des plus prononcées. Ces papilles, qui cependant demeurent toujours simples, acquièrent jusqu'à 0,15 de millimètre de hauteur, proportion énorme pour la face dorsale des orteils.

Enfin, sous le derme, apparaît une bourse séreuse sus-jacente au tendon extenseur, et dont, pour le dire en passant, la face interne est tapissée d'un épithélium pavimenteux.

Telle est la constitution du durillon, qui est le siége et le point de départ de la maladie qui m'occupe.

Chez un assez grand nombre de sujets, il reste, la vie durant, à l'état d'indolence; mais quelquefois, sous l'influence d'une marche forcée, d'un pression plus rude, il devient le siége de phénomènes inflammatoires. C'est dans la bourse séreuse que commence la lésion; il s'y forme une hypersécrétion de liquide, et bientôt un véritable abcès vient en distendre les parois. Une douleur assez vive accompagne cette phlegmasie.

Le pus, une fois formé, tend à se porter vers les parties superficielles.

A un moment donné, il apparaît sur le dos de l'orteil, recouvert seulement par une mince couche d'épiderme, et on serait tenté de croire au premier abord qu'on n'a affaire qu'à un abcès sous-épidermique. Si la maladie est abandonnée à elle-même, le pus finit par se faire jour spontanément, et voici quelle est en pareil cas la marche de la lésion. A l'ouverture de l'abcès succède une fistule, dont le fond est le point de départ et la cavité de la bourse séreuse. Un suintement ichoreux, sanieux, souille l'orteil, qui devient de plus en plus tuméfié et douloureux.

La pression des chaussures est insupportable, la marche pénible. Enfin, il arrive un moment où l'inflammation, se prolongeant de proche en proche, finit par envahir l'articulation sous-jacente, et produit une arthrite, qui ne tarde pas à se compliquer de l'altération des surfaces articulaires.

On pourrait, on le voit, admettre quatre périodes dans l'évolution du mal dorsal des orteils :

1° Durillon indolent;

2° Formation d'un abcès;

3° Établissement d'une fistule;

4° Arthrite, altération des surfaces articulaires.

Le traitement varie suivant la période du mal.

Lorsque le durillon est encore indolent, la thérapeutique en quelque sorte préventive consiste à faire rentrer l'orteil dans sa situation normale, et, si l'on ne peut y parvenir, à faire porter à l'individu atteint de cette difformité des chaussures disposées de façon à ne pas comprimer trop fortement l'orteil dévié.

Au début de la phlegmasie, on la combattra par des émollients; mais quand le pus est formé, il faut bien lui donner issue, et pour éviter la formation d'une fistule, ce qu'il y a de mieux à faire, c'est de découvrir largement le fond de la petite bourse séreuse, à l'aide du bistouri ou des ciseaux courbes. Dans le cas où l'abrasion a été profonde, il suffit de panser à plat; dans le cas où elle a été moins complète, il est bon de cautériser avec le nitrate d'argent.

Quand la fistule est déjà établie, le traitement est le même. Je l'ai mis en usage sur un vieillard de l'Hospice des Ménages qui portait à chaque pied un mal dorsal suppuré, et la guérison a été rapide.

Si l'articulation sous-jacente est prise, qu'en faisant frotter les surfaces articulaires on éprouve cette sensation de craquement qui annonce qu'elles sont dénudées, il faut en venir à l'amputation.

On peut, à la rigueur, se contenter de désarticuler la phalangine, mais comme les téguments sont notablement altérés, mieux vaut enlever complétement l'orteil.

CORRESPONDANCE

Monsieur le rédacteur en chef,

Dans votre compte rendu de la séance de l'Académie de médecine du 26 avril, vous avez rapporté les conclusions de mon premier mémoire sur l'étranglement des amygdales, imprimé en 1864 dans les Bulletins de la Société des sciences de Lille.

Depuis cette époque, j'ai été à même de faire sur ce sujet de nouvelles recherches, que j'ai consignées dans un deuxième mémoire, qui a fait l'objet de ma dernière communication.

Dans ce travail, j'admets, en outre des conclusions que vous avez citées :

1° Que du pilier antérieur se détache souvent un repli muqueux, même chez les jeunes enfants qui n'ont jamais eu d'angine, qui va se confondre avec la partie inférieure de la face interne de l'amygdale;

2° Que dans la majorité des cas, c'est ce repli qu'on incise plutôt que le pilier lui-même. C'est ce que j'ai été à même de constater en examinant des malades trois et quatre ans après l'opération que je leur avais faite;

3° Que chaque fois que l'amygdale est retenue dans sa loge par le pilier antérieur ou par son repli muqueux, elle peut présenter trois variétés qui, pour moi, constituent l'emprisonnement l'enchâtonnement et l'étranglement.

Elle est emprisonnée, si elle est libre d'adhérence.

Elle est enchâtonnée, si elle est intimement unie aux parties voisines par des adhérences physiologiques ou pathologiques.

Elle est enfin étranglée, si elle est tout à la fois emprisonnée, enchâtonnée et inflammée;

4° Que jamais on ne doit se préoccuper de l'aspect grisâtre que présente la section du pilier, quelques jours après le débridement.

Tels sont, en résumé, avec 11 nouvelles observations, les résultats consignés dans mon deuxième mémoire.

Vous comprendrez l'importance que j'accorde à la rectification que je sollicite de votre obligeance, et j'espère que vous aurez la bonté de lui donner l'appui de votre publicité.

A. Houzé de l'Aulnoit,

Professeur de physiologie à l'École de médecine de Lille, chirurgien de l'hôpital Saint-Sauveur.

A M. le Dr E. Le Sourd, directeur de la Gazette des hôpitaux.

Monsieur le directeur,

Veuillez avoir l'obligeance de faire savoir, par la voie de la *Gazette des hôpitaux*, à l'auteur anonyme d'un mémoire adressé à la Société de médecine de Toulouse, pour le concours du prix de l'année, sur les extraits pharmaceutiques, avec cette épigraphe : *Expérience est source de science — Que chacun apporte sa pierre à l'édifice — Louange oblige*, — que son travail a été jugé digne d'une médaille d'or de la valeur de 100 francs, avec le titre de correspondant. En conséquence, la Société l'invite à se faire connaître, et lui fait savoir en même temps que la distribution des récompenses aura lieu le dimanche 15 mai, en séance publique, à une heure du soir.

Agréez, monsieur le directeur, l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

Le secrétaire général,

Aug. Giscaro.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur, M. le docteur Brossard (Louis), médecin à Paris, a été nommé chevalier de l'ordre impérial de la Légion d'honneur. Services exceptionnels rendus gratuitement à la classe nécessiteuse, à Paris, depuis plus de vingt-cinq ans.

—*Faculté de Médecine de Strasbourg.*—M. Herrgott, agrégé près la Faculté de médecine de Strasbourg, est autorisé à faire, à titre gratuit, à ladite Faculté, un cours complémentaire sur les maladies de l'oreille.

— *Faculté des sciences de Dijon.* — Il y a lieu de pourvoir d'une manière définitive à la chaire de géologie, minéralogie et botanique, vacante à la Faculté des sciences de Dijon.

— *Ecole de médecine d'Angers.* — M. Meleux, professeur d'anatomie et physiologie, est nommé professeur titulaire d'anatomie à la même école.

M. Dezanneau, professeur de pharmacie et toxicologie, est nommé professeur titulaire de physiologie (chaire nouvelle).

M. Legludic, professeur-adjoint de matière médicale et thérapeutique, est nommé professeur titulaire d'histoire naturelle et matière médicale à la même école.

M. Bahuaud, suppléant pour les chaires de pharmacie et toxicologie, matière médicale et thérapeutique, est nommé professeur titulaire de chimie appliquée à la médecine et à la pharmacie à la même école (chaire nouvelle).

M. Raimbault, suppléant spécialement attaché à la chaire de pharmacie et toxicologie, est nommé professeur titulaire de pharmacie à la même école.

M. Douet, professeur-adjoint de pathologie interne, est nommé professeur titulaire de la même chaire.

— *École de médecine de Bordeaux.* — Il est créé à ladite école quatre emplois de suppléant, savoir :

Deux pour les chaires de clinique et de pathologie médicales ;

Un pour les chaires de chirurgie et d'accouchements ;

Un pour les chaires d'histoire naturelle, de thérapeutique et matière médicale.

— *École de médecine de Rennes.*— M. Regnault, professeur-adjoint pour la chaire d'anatomie et physiologie, est nommé professeur titulaire de la chaire d'histoire naturelle et matière médicale à ladite école.

M. Perret, suppléant pour les chaires d'anatomie et physiologie, et chef des travaux anatomiques, est nommé professeur adjoint d'anatomie et physiologie à la même école, en remplacement de M. Regnault.

M. Bellamy, suppléant pour les chaires de pharmacie et toxicologie, est nommé professeur titulaire pour la chaire de chimie appliquée à la médecine et à la pharmacie à ladite école (chaire nouvelle).

M. Lefeuvre, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires d'anatomie et physiologie, en remplacement de M. Perret.

M. Brutté (Camille), docteur en médecine, est nommé chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Perret.

— *École de médecine de Rouen.* — M. Leudet, ancien professeur et ancien directeur de l'école, est nommé professeur et directeur honoraire de ladite école.

— *Ecole supérieure de pharmacie de Strasbourg.* — M. Jacquemin, professeur-adjoint, est nommé professeur titulaire de chimie à ladite école.

— Il y a lieu de pourvoir d'une manière définitive à la chaire d'histoire naturelle médicale, vacante à l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg.

— *Lycée impérial de Besançon.* — M. le docteur Brochon est nommé médecin du lycée impérial de Besançon, en remplacement de M. le docteur Thévenot, décédé.

— M. le docteur Galezowski a commencé un cours public sur les maladies externes de l'œil, le jeudi 5 mai à sept heures et demie du soir, dans l'amphithéâtre nº 1 de l'École pratique, et il le continuera les mardis et les jeudis de chaque semaine.

La fin de chaque séance sera consacrée aux démonstrations ophthalmoscopiques.

— M. le docteur Mallez a commencé son cours (semestre d'été) *Chirurgie des voies urinaires*, le jeudi 5 mai, à quatre heures, dans l'amphithéâtre nº 2 de l'École pratique, pour le continuer les mardis, jeudis et samedis à la même heure.

Ce cours ne comprendra que des manœuvres opératoires.

— L'établissement d'hydrothérapie d'Auxerre est à vendre, par suite de la mort du docteur Fontaine, directeur de cet établissement. S'adresser à Mme veuve Fontaine, à Auxerre.

— Clientèle à vendre aux environs de Paris. — Produit moyen : 12,000 fr. — Écrire à M. Duchêne, 32, avenue de la Mothe-Piquet, Paris. (*Affranchir.*)

— Errata. — On nous signale dans le nº 47 (samedi 23 avril) de la *Gazette*, à la fin de la première colonne et au commencement de la seconde une erreur due évidemment à l'impression, et que nous nous empressons de réparer.

1re colonne, dernière ligne, *au lieu de* : janvier, février et mars 1870, *il faut lire* : janvier, février et mars des années 1862, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70.

2e colonne, 1re ligne, *au lieu de* : 2,266, qui se répartissent pour chacun de ces mois, *il faut lire:* pour chacune de ces séries mensuelles.

2e colonne, 4e ligne, *au lieu de* : par mois pour ces arrondissements, *il faut lire* : pour ces établissements.

Quant au nombre total des décès varioleux à Paris pendant les trois premiers mois de l'année 1870, il est de 896.

183 pour janvier. 302 pour février. 411 pour mars.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 9 mai 1870.

Souffrant en ce moment d'une grippe tardive, nous ne prenons en ce moment la plume que pour remercier les confrères qui s'empressent d'adhérer à la proposition de décoration en faveur de M. de Robert de Latour.

Nous prions nos confrères de ne pas perdre un instant : les préoccupations du citoyen sont passées, que celles du médecin commencent. Nos listes de scrutin seront closes le lundi 23 mai prochain.

SCRUTIN
(2e liste)

83. Docteurs Ciccarelli; Peretti; Padovani; J.-B. Graziani; L. Gaudin; Giorgi; Castelli; Casabianca.

91. P. Borghetti; Franzini; Buttafoco; Cristofini; Pitti-Ferrandi; Ortole; C. Caviole; Belhié; Celières et Ausset, médecins de l'hôpital de Cahors.

101. Clary père; Clary fils; Caviole père et Bonhomme, médecins honoraires de l'hôpital de Cahors; Faurie, Delpech et Pecharman (de Molières); Autefage, Lordat et Maury (de la Française).

111. Gauchet; Saurel (de l'Isle); Papillaud (de Saujon); Forné (d'Amélie-les-Bains); Guillaume (de Salers); Arruti (de Madrid); Damoiseau (d'Alençon); Bastié (de Graulhet); Burq; Courteneuve (de Saint-Claud).

121. Augé (de Reuilly); de la Porte; Blache, de l'Académie de médecine; Gresser (de Gençay); G. Dieulafoy; J. Mancel; J. Barnier; Mattei; Hautefeuille (de Gravelines); Amédée Forget.

131. Ch. Ozanam; Rochard; Deramond; Guillon père; Décius George (de Bouffarik); Tondut (de Niort); H. Roger; Domerc; Warmé; Speckahn (de Renwez).

141. Dusserris; Gratreaud (de Montmoreau); Payan (d'Aix); Lambert (de Bourgtheroude); Perry; Triger; Maillot, ancien président du conseil de santé des armées; Péan, chirurgien des hôpitaux; Bécourt; Lanoix.

151. Foissac (du Lot); Rauzières (du Lot); Ébrard (de l'Ain); Pize (de Montélimart); Giroux, chirurgien en chef de l'hôpital d'Aurillac; Collongues (de Vichy); Bonnenfant (de Sarcelles); Lecointe; Gosset; Doumic (de Poissy).

161. Godlewski (de Bugue); Emile Tillot; Lafont (de Vitry); Pfeiffer; Calvo; Mouchot (de Delme); Philippe (de Chablis); Cersoy (de Langres); de Beauvais; Savornin.

171. A. Desprès, chirurgien des hôpitaux; Fayard (de Saint-Mandé); Bertrand (de Gergry); Comoy (de Nevers); Desmarres père; Facien (de Gaillac); Defernex (de Bièvre); Barrot fils (de Gençais); A. Devergie, de l'Académie de médecine.

181. Michel Lévy, directeur de l'École du Val-de-Grâce; Raciborski; A. Fournier, médecin des hôpitaux; Revillout, médecin consultant à Luxeuil; V. Revillout, rédacteur en chef de la *Gazette des hôpitaux*.

Nous recevons de notre cher confrère, le docteur Marchal (de Calvi), la lettre suivante. La gravité de la question mérite qu'on prenne au plus vite les mesures nécessaires. Notre concours est assuré à cet appel au corps médical de Paris. On peut nous adresser toutes les adhésions.

A M. le Dr E. Le Sourd, directeur de la Gazette des hôpitaux.

Mon cher ami,

Je m'étais présenté vendredi chez vous pour vous remercier de votre adhésion généreuse et cordiale à la proposition relative à notre éminent et digne confrère, le docteur de Robert de Latour. J'ai eu le regret de ne pas vous rencontrer dans vos bureaux, et l'on n'a pu me dire où je serais sûr de vous trouver. J'avais besoin de vous serrer la main. Je voulais vous prier de prendre à votre compte la proposition faite par le docteur Lanoix de convoquer les médecins de Paris pour examiner la question des deux vaccins. Je vous apportais la lettre de notre confrère, qui venait de m'être remise. Je pensais que par le nombre de vos lecteurs et par votre mode de publication, vous étiez à même de faire aboutir promptement la lettre de notre confrère; et c'est ce que je pense encore. Je viens donc vous prier de reproduire la lettre de M. Lanoix et de faire dès à présent de votre *Gazette* le moniteur de l'assemblée générale des médecins de Paris pour l'examen de la question des deux vaccins. L'autorité ne refusera certainement pas un local convenable. Caffe serait notre président provisoire et vous seriez notre secrétaire provisoire, en attendant l'approbation de l'assemblée. Les séances auraient lieu le soir. Les personnes étrangères à la science y seraient admises, et même il leur serait permis de présenter des observations. C'est elles surtout qu'il s'agit d'éclairer et de prémunir contre les préjugés. Il y aura quelques frais; les gens de bonne volonté y pourvoieront. Ouvrez une souscription et inscrivez-moi pour 100 francs. Je vous écris comme je peux, très-pressé par l'heure, pour que ma lettre paraisse dans votre numéro de demain, si vous trouvez bon qu'elle paraisse.

Je vous serre la main dans un souvenir qui m'est cher et qui l'est encore plus à votre cœur filial.

MARCHAL (de Calvi).

Voici la lettre du docteur Lanoix :

Question de la vaccine. — Danger pressant pour la santé publique. — Nécessité d'une prompte enquête. — Proposition d'une réunion générale des médecins de Paris pour l'examen contradictoire de la question. — Lettre de M. le docteur Lanoix.

Mon cher maître,

Vous proposez la réunion d'un congrès médical international pour juger la question de la vaccine, ou plutôt pour fixer la science sur la valeur respective des deux méthodes aujourd'hui en présence.

Je m'associe de toutes mes forces à votre idée, et je viens vous demander d'en poursuivre la réalisation la plus prochaine; car c'est là une de ces questions qui intéressent l'humanité tout entière, et il y aurait péril à en retarder la solution.

Voyez, en effet, ce qui s'est passé tout récemment et ce qui se passe aujourd'hui.

Il y a deux mois, l'épidémie de variole qui sévit à Paris était en pleine puissance; mais les revaccinations multipliées de toutes parts enrayaient la maladie dans sa marche. Le chiffre de la mortalité ne s'élevait pas au delà de 100 par semaine. Depuis trois semaines environ, les revaccinations ont peu à peu cessé, alors la variole a repris sa marche ascendante, et le chiffre des décès grandissant monte de 103 à 132, puis à 166 par semaine.

Resterons-nous indifférents en présence de pareils faits, nous, médecins, qui avons pour mission de surveiller la santé publique et de la diriger ?

Nous sommes responsables, n'est-ce pas ? à nous d'aviser.

Agissons donc, réunissons-nous, étudions ensemble les moyens de vaincre l'épidémie. Sauvons le public malgré lui.

Je sais bien qu'en ce moment l'indifférence, par rapport à la vaccine, est motivée. Nous avons jeté le public dans un extrême embarras. Parmi nous, les uns prétendent que la vaccine animale est impuissante, les autres que la vaccine humaine est dangereuse; le doute alors entraîne l'abstention.

Il faut faire cesser cet état de choses. Il faut surtout agir promptement pour donner une impulsion nouvelle aux mesures prophylactiques déjà prises par l'administration de la ville de Paris.

En conséquence, j'ai l'honneur de vous proposer (en attendant la réalisation de votre projet), de soumettre d'urgence la question de la vaccine à une grande assemblée médicale composée de tous les médecins de Paris.

A cet effet, une circulaire pourrait être adressée à chacun de nos confrères, ainsi qu'un programme des questions à examiner et à résoudre.

Les articles de ce programme seraient, après discussion, soumis au vote de l'assemblée.

De la sorte, on obtiendrait un ensemble de propositions, expression souveraine de l'opinion du corps médical à Paris sur cette importante question d'hygiène.

Veuillez agréer, mon cher maître.

Dr LANOIX.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GALLARD.

Intoxication chronique par l'éther.

(Observation recueillie par M. Georges MARTIN.)

Le fait suivant, que nous avons eu occasion d'observer l'année dernière, nous paraît offrir un double intérêt : il montre que l'éther, ingéré dans l'estomac, exerce à la longue sur l'organisme une action analogue à celle de l'alcool, et il peut servir à mettre en garde contre l'usage prolongé de ce médicament, usage prolongé et abusif, auquel se laissent si souvent aller un certain nombre de sujets névropathiques.

Le 7 janvier 1869, la nommée C..., âgée de 48 ans, concierge, entre à la Pitié dans le service de M. le docteur Gallard, salle Sainte-Geneviève, n° 1. C'est une femme d'une bonne constitution, n'accusant aucune maladie antérieure, d'un tempérament nerveux. Réglée à 20 ans, elle a cessé de voir il y a quatre ans.

Le début de la maladie remonte à environ trois semaines. Il a été caractérisé par une certaine difficulté à enfiler l'aiguille et à coudre, par suite d'un tremblement survenu dans les mains. Huit jours après, la malade éprouva en avant de la poitrine, sur la ligne médiane, vers la moitié inférieure de la région sternale et en arrière, entre les deux omoplates, des douleurs assez vives. En même temps, se déclarèrent des vomissements blanchâtres, aqueux, rendus le matin à jeun, au réveil de la malade.

Au tremblement des mains s'ajoutèrent, il y a huit jours, un tremblement des orteils, de la faiblesse dans la marche, quelques crampes dans les mollets et des fourmillements dans les pieds.

Ce sont ces troubles de la motilité, ces douleurs thoraciques et ces vomissements, qui ont toujours subsisté depuis leur apparition, qui amènent la malade à l'hôpital.

Les douleurs thoraciques sont analogues à celles produites par deux vésicatoires, de 8 à 10 centimètres de diamètre, qui seraient appliqués l'un en avant sur la ligne médiane, non pas précisément à l'épigastre, mais un peu plus haut, et l'autre en arrière, au même niveau. Ces deux douleurs ne sont pas continues ; elles durent une heure pour reparaître une heure après. Provoquées ou exaspérées par les aliments, elles sont alors si fortes, que la malade est obligée d'interrompre son repas. La pression les augmente un peu, mais jamais elle ne fait naître ces horribles sensations de torsion qui surviennent lors des repas.

Fortes dès le principe, intermittentes dans leur marche, redoutées de la malade aussi bien lors de l'introduction du lait que du vin, elles offrent un caractère plutôt névralgique qu'inflammatoire. Ces deux douleurs, ayant débuté à la même époque, l'une ne venant pas sans l'autre, et toutes les deux cessant en même temps, semblent être l'expression d'un seul organe souffrant, que nous ne saurions croire être l'estomac, mais bien l'œsophage, nous laissant guider dans cette appréciation par le siége même de ces douleurs, placées plus haut que celles qui dépendent de l'organe de la chymification.

Les membres thoraciques, étendus et placés perpendiculairement au corps, présentent une série de petites secousses rhythmiques, en tout semblables à celles que l'on rencontre chez les buveurs.

De plus, et du côté des membres inférieurs, les orteils passent alternativement, de l'état de demi-flexion à l'état de demi-extension ; et cette agitation convulsive s'exagère lorsque la malade met les pieds à terre. Alors les muscles des jambes, particulièrement ceux de la région antérieure, sont le siége de contractions isolées, répétées, plus prononcées après que la malade a fait quelques pas. Quand on embrasse des mains la masse musculaire des mollets, on perçoit parfaitement ces mouvements désordonnés. Rien de semblable dans les muscles des avants-bras, des bras et des cuisses; mais la malade sent quelque chose qui remue dans la partie profonde des deux cuisses. La langue, sortie de la cavité buccale, présente ces multiples contractures fibrillaires, qui accompagnent si souvent le tremblement des membres chez les alcooliques. La force des mains, mise à l'épreuve plusieurs fois, ne semble pas affaiblie.

Du côté de la sensibilité, rien à noter, si ce n'est un peu d'hyperesthésie étendue sur toute la surface cutanée.

L'examen des organes des sens nous révèle quelques phénomènes morbides : des bourdonnements d'oreilles presque continus, et de temps à autre la malade voit voler devant ses yeux des petits corps qu'elle ne peut définir. Ces hallucinations de la vision précèdent d'ordinaire une céphalalgie frontale peu intense et de courte durée. Les pupilles offrent à droite et à gauche une dilatation moyenne. Le sommeil est normal : aucun rêve ne vient le troubler.

La bouche est amère; la langue large et blanchâtre, la soif intense et l'appétit un peu diminué. Au lieu de voir dans le crachoir les liquides blanchâtres que la malade avait l'habitude de rendre, nous trouvons un liquide verdâtre occupant le quart du vase, rendu par vomissement, toujours au réveil de la malade. Les garde-robes sont régulières, de consistance normale, sans exsudations pseudo-diarrhéiques, mais depuis quelques jours, au dire de la malade, plus vertes que d'ordinaire. Le ventre, au palper, est sans douleurs; le foie et la rate présentent à la percussion des dimensions normales.

Aucun symptôme de fièvre : le pouls est à 70 ; le thermomètre marque 37°,3 centigrades; la peau est fraîche, légèrement moite.

La malade vient d'avoir quelques frissonnements, qui depuis trois jours, reviennent chaque matin pendant deux ou trois heures. Des palpitations déclarées, il y trois semaines, au début de

la maladie, subsistent encore. Le cœur, à sa base, nous présente au premier temps un souffle doux, que l'on retrouve, avec les mêmes caractères dans les vaisseaux du cou.

Rien de morbide dans les voies aériennes.

L'utérus paraît sain au toucher et dans sa position normale. L'urine est transparente, blanche, sans odeur particulière, sans dépôt muqueux ; elle ne contient ni sucre ni albumine.

En face de cet ensemble de symptômes, bien que la malade nie de la façon la plus formelle et avec un grand air de sincérité, des habitudes alcooliques, on ne doit, on ne peut porter qu'un seul diagnostic : intoxication chronique alcoolique. L'association de ces trois symptômes : tremblement, pituite, œsophagie ; leur apparition simultanée, leur marche envahissante et progressive ne permettraient pas de penser à une autre maladie.

L'état de concierge écarte toute idée d'intoxication professionnelle (sulfure de carbone, mercure, etc.). Et s'il est vrai que trois mois auparavant elle bordait encore des chaussures de castor et de feutre, il n'est pas permis d'accuser ce genre de travail, puisqu'elle s'y livrait depuis six ans, et que les personnes de la même profession qu'elle a connues n'ont jamais été atteintes d'un tel tremblement. Ce tremblement, disons-le, est loin de ressembler à celui qu'engendre le mercure. Il n'en a ni l'intensité ni la généralisation. Du reste, pas de stomatite, tandis que nous avons une pituite dont il faut tenir grand compte.

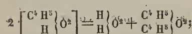
On ne peut penser à un tremblement sénile. La malade n'a que 48 ans ; la tête ne tremble pas sur les épaules.

Le diagnostic alcoolisme est seul admissible ; mais toujours la malade affirme être sobre de vin ; elle se contente d'un demi-litre par jour, quantité qu'elle ne dépasse jamais. A plusieurs reprises nous tâchons de surprendre chez elle le vice qu'elle semble vouloir nous cacher. Nous passons en revue devant elle la longue liste de nos alcooliques. Toujours réponse négative. Elle ne nous parle que d'une demi-tasse de café noir, que depuis bien des années elle a l'habitude de prendre sans la faire suivre d'eau-de-vie.

Enfin, deux jours après son entrée, après avoir constaté un peu de mieux dans son état, et la disparition complète de ses douleurs, nous voyons sur sa table de nuit une petite bouteille d'éther sulfurique rectifié. Nous la questionnons alors pour savoir l'usage qu'elle fait de ce médicament. Elle nous raconte que depuis le 24 avril, ayant des digestions difficiles, elle prend, avant chaque repas, un petit morceau de sucre imbibé d'éther. Elle a absorbé, de la sorte, dans l'intervalle de deux mois et demi, 10 flacons de *dix huit* grammes d'éther.

Elle nous décrit parfaitement les sensations diverses et nombreuses que fait naître l'ingestion de l'éther. Chaque fois qu'elle en prenait, il lui semblait qu'elle avait dans la bouche, la gorge et l'estomac, *des glaçons et des charbons*. Mais les impressions étaient essentiellement passagères. Il lui arrivait alors d'avoir des renvois de gaz ; l'odeur de l'éther lui remontait au nez. Elle dit avoir ressenti assez souvent, quelques minutes après l'introduction de son morceau de sucre éthéré, des tournoiements de tête, un état de bien-être, une certaine tendance au sommeil qui disparaissait facilement si elle allait prendre l'air.

Ayant alors présent à l'esprit l'introduction de l'éther dans la circulation et dans les tissus par voie d'absorption digestive, sa non-destruction et sa non-transformation par l'organisme, son accumulation dans les centres nerveux, et en outre l'analogie de composition chimique de l'alcool et de l'éther, ce dernier étant de l'alcool qui aurait perdu les éléments d'un équivalent d'eau, comme le montre l'équation suivante :



$$2\left[\begin{matrix}C^4H^5\\H\end{matrix}\right\}O^2\Big] = \left.\begin{matrix}H\\H\end{matrix}\right\}O^2 + \left.\begin{matrix}C^4H^5\\C^4H^5\end{matrix}\right\}O^2;$$

ayant présents, disons-nous, tous ces faits acquis à la science, nous pensons immédiatement à une intoxication par l'éther, revêtant les allures de l'alcoolisme chronique dans ses premières périodes.

La quantité d'éther absorbée, sans être considérable, doit être prise en considération : *cent quatre-vingts* grammes environ ! Elle a été ingérée sans la moindre interruption. Et c'est depuis que la malade se traite de la sorte que le tremblement, la pituite et les douleurs sont survenus. Si, au premier moment, on peut avoir quelques doutes sur la réalité du diagnostic, ils sont levés par la marche et la durée de la maladie. Après un séjour d'une semaine dans nos salles, la malade sort presque guérie. Dès le premier jour, les douleurs cèdèrent entièrement à une seule administration d'*un* gramme *cinquante* d'ipécacuanha, que l'on avait donné pour combattre l'état saburral des premières voies. Le *vomitus matutinus* a peu à peu disparu. Les troubles moteurs sont à peu près nuls. Il ne reste plus qu'un peu de tremblement des mains. Notons qu'à partir de son entrée à l'hôpital la malade n'a pas absorbé la moindre goutte d'éther.

Le traitement employé a été des plus simples. Outre la dose d'ipécacuanha, des grands bains tous les jours, un peu d'opium pour faire dormir la malade, qui, depuis qu'elle ne prenait plus son éther, avait de l'insomnie.

Depuis, nous avons revu la malade. Elle est complétement guérie.

Comme on a pu le voir, chacun des symptômes qu'offrait notre malade présente la même physionomie, les mêmes caractères cliniques que dans l'alcoolisme. Mais là s'arrête, s'il faut en croire l'observation présente, le parallélisme entre ces deux intoxications.

L'apparition des troubles morbides a été beaucoup plus prompte ; il n'y avait qu'un mois et demi que notre femme s'éthérisait lorsque la maladie a fait son début. Est-il permis d'expliquer cette prompte apparition des phénomènes par une accumulation plus grande de l'éther dans la matière cérébrale. Les recherches chimiques de MM. Perrin, Lallemand et Duroy nous apprennent en effet que la substance nerveuse emmagasine plus d'éther que d'alcool. Voici les chiffres qu'ils donnent : alcool, 1,34 ; éther, 3,35.

La quantité de liquide, pour faire naître l'intoxication chronique de l'éther, *a été minime* (*cent quatre-vingts* grammes), comparée à tout ce qu'il faut ingérer de spiritueux pour devenir alcoolique.

Le temps qui s'est écoulé entre l'apparition de chaque symptôme paraît avoir été plus court. Ils sont nés tous à peu de jours de distance. (D'abord le tremblement des mains ; au huitième jour, l'œsophagie et la pituite ; au quinzième jour, le tremblement des membres inférieurs. Trois semaines ont suffi pour que le tableau morbide fût complet.)

Leur marche envahissante et progressive a été plus rapide.

Et la cause intoxicante cessant, la disparition des symptômes s'est effectuée avec beaucoup moins de retard. (Il a fallu quelques heures pour la douleur, trois ou quatre jours pour les vomissements, sept jours pour le tremblement du membre inférieur et quinze pour celui du membre supérieur.) Cela se comprend. La durée du séjour des anesthésiques dans le sang et dans les tissus est en raison directe de leur solubilité et en raison inverse de leur volatilité. Ainsi l'éther étant un corps peu soluble et en même temps très-volatil, est facilement éliminé, non-seulement par les reins, mais encore et surtout par la peau et les poumons. (Perrin, Lallemand et Duroy.)

Mais toutes ces differences dans le début, dans la marche et la terminaison de ces deux empoisonnements ne doivent pas nous faire oublier la similitude de leurs symptômes, similitude que notre maître, M. le docteur Gallard explique (*Union médicale* 1866) par la présence d'un radical commun à ces deux corps, le carbone ; étendant du reste cette hypothèse au chloroforme, à la benzine, à l'essence de térébenthine, à l'oxyde et au sulfure de carbone, et en général à tous les carbures volatils.

NOTE

sur un cas de polypes papilliformes du rectum

par le docteur É. TACHARD,

médecin aide-major au 87e régiment d'infanterie de ligne.

A une époque où l'esprit médical se trouve fortement attiré vers les questions de diathèse et de cachexie, où les inoculations de produits tuberculeux, des sucs de tumeurs de différentes natures ont semblé démontrer des faits encore discutables, l'observation suivante m'a semblé propre à apporter quelque lumière dans ces sujets controversés.

A côté de ce grand fait de pathologie générale, elle offre encore un grand intérêt anatomo-pathologique. Voici, du reste, ce qu'il nous a été donné d'observer ; chacun pourra mieux apprécier ensuite la valeur de nos observations.

Le nommé H..., âgé de 35 ans, boulanger à la 9e section d'ouvriers d'administration, entre pour la seconde fois à l'hôpital militaire de Toulouse, le 29 décembre 1869, dans le service de M. Desjardins.

Interrogé sur ses antécédents, on ne trouve aucune affection héréditaire dans sa famille ; il n'a pas eu d'autre maladie que celle qui le conduit à l'hôpital et qui lui a fait faire déjà un séjour de trois mois dans le même établissement au commencement de la même année.

A sa première entrée à l'hôpital, le malade accuse une diarrhée sanguinolente datant de plusieurs semaines ; le ventre est tendu, rétracté, spontanément douloureux, et la moindre pression dans le flanc gauche détermine des douleurs atroces. L'état fébrile est modéré, l'appétit nul. Le mal est survenu peu à peu sans cause appréciable. L'examen attentif du malade fait rejeter l'idée de dysentérie et admettre une péritonite localisée dans le flanc gauche. Sous l'influence d'un traitement par les sangsues, les frictions mercurielles belladonées sur le ventre et l'opium à l'intérieur, l'acuïté des phénomènes abdominaux diminua, et l'on pût constater par le palper, au bout d'un certain temps, l'existence d'une tumeur mal délimitée, mobile et située dans le flanc gauche. La diarrhée sanguinolente persistait toujours, sans qu'aucun médicament administré par la voie stomacale ou sous forme d'injections pût en arrêter le cours. Le sous-nitrate de bismuth seul parut quelque temps efficace, mais son action ne fut que de courte durée. Les aliments solides, tels que le pain ou la viande, provoquaient, au bout de huit à dix heures, de très-vives douleurs de ventre, et le malade ne pouvait ingérer que des œufs et du lait. La défécation devint pénible et difficile, mais ne déterminait pas de douleurs vives.

Le palper abdominal et le toucher rectal, pratiqués plusieurs fois pour délimiter la tumeur et apprécier son siége et sa nature, ne furent d'aucun secours. On ne constatait rien d'anormal à l'anus, et le doigt porté aussi haut qu'il était possible dans l'ampoule rectale, ne rencontrait aucune production pathologique sur les parties du tube digestif qu'on pouvait explorer, quelle que fût, du reste la position que l'on fit prendre au malade. L'état général ne semblait pas s'altérer notablement ; l'auscultation ne fit rien découvrir dans les poumons, en sorte que le traitement se ressentit de l'inexactitude du diagnostic, dont tout praticien admettra la légitimité.

L'état local ne se modifiant pas et les influences nosocomiales ne pouvant en tout cas qu'être funestes au malade, il fut envoyé en congé de convalescence.

Rentré à Toulouse le 27 décembre, son état de santé étant notablement plus mauvais qu'à sa sortie de l'hôpital, il y fut renvoyé. Depuis son départ, l'émaciation avait fait de rapides progrès ; la peau sèche et écailleuse, caractéristique d'une nutrition insuffisante, avait une teinte terreuse. La tumeur abdominale n'avait pas sensiblement augmenté, mais elle était plus facile à délimiter à cause de l'état de maigreur du malade. L'appétit était presque nul ; la diarrhée persistait toujours séro-sanguinolente. Une tuberculisation pulmonaire caractérisée par une toux fatiguante, de la dyspnée, une augmentation de densité du poumon et la formation de cavernes pulmonaires avaient compliqué l'état du malade. Il avait en outre du ténesme et des tranchées au moment de la défécation, et un sentiment d'ardeur très-vive après l'accomplissement de ses fonctions.

Tous ces symptômes aidaient fort peu au diagnostic, qui fut souvent longuement discuté, mais sans profit pour la guérison du malade, comme cela devait être, puisque son mal était au-dessus des ressources de notre art.

Le marasme faisait chaque jour des progrès de plus en plus rapides ; le malade mourut le 23 février 1870.

L'autopsie est pratiquée 24 heures après la mort. La rigidité cadavérique est à peu près nulle, et l'émaciation arrivée à son dernier terme.

A l'ouverture de la cavité abdomino-thoracique, nous trouvons une adhérence assez étendue du lobe supérieur du poumon droit à la plèvre. En pratiquant diverses coupes dans le poumon, nous constatons, dans les deux sommets, des tubercules à différents degrés d'évolution, et des cavernes dont une a acquis les dimensions d'une grosse noix.

Le cœur, flasque et ratatiné, ne contient qu'une très-petite quantité de sang dans les cavités droites.

Le foie, peu volumineux, a une consistance pâteuse et une teinte feuille morte.

Les reins n'offrent extérieurement rien d'anormal, et ils ne sont ni augmentés ni diminués de volume ; mais, à notre grande surprise, il faut l'avouer, nous trouvâmes, dans le rein gauche, les lésions suivantes : les calices du rein, distendus, de couleur blanc-nacré, renfermaient plusieurs calculs dont l'un affectait la disposition d'un double bouton, et l'autre d'une branche de corail ; on trouvait en outre, dans le bassinet distendu, une assez grande quantité de sable fin.

Le rein droit ne présentait rien de spécial qu'une faible quantité de sable fin. L'analyse chimique, faite par M. Béchamp, préparateur de chimie à la Faculté de médecine, a démontré que ces calculs renfermaient une très-grande quantité d'acide urique, peu de phosphate et de carbonate, et des proportions infiniment petites de matières organiques.

Le paquet intestinal était considérablement atrophié ; les tuniques de l'intestin grèle étaient transparentes et anémiées ; le mésentère présentait des granulations miliaires tuberculeuses, et quelques ganglions, augmentés de volume, étaient transformés en une masse caséeuse.

En cherchant dans le flanc gauche, on ne trouve pas de tumeur, mais bien une sorte de paquet constitué par l'uretère, la partie moyenne de l'iléon, l'appareil iléo-cœcal et la partie supérieure ou péritonéale du rectum ; le tout réuni par des adhérences cellulo-fibreuses gorgées de liquide, qui présentaient à la coupe un aspect lardacé.

Après avoir détruit ces adhérences et incisé les intestins selon leur longueur, on trouve à la partie supérieure du rectum, dont les bandelettes musculaires sont notablement hypertrophiées, un nombre considérable de tumeurs qui bouchent presque complètement la lumière du canal et qui se présentent avec l'aspect suivant : elles sont arrondies, rugueuses, pédiculées ; leur surface est rouge, d'aspect framboisé ; leur volume varie entre celui d'une lentille et celui d'une énorme châtaigne. Ces tumeurs s'implantent sur les différentes parties de la circonférence du rectum, dans une surface d'environ 6 centimètres. Le mode d'implantation de ces tumeurs est variable. Pour celle d'un petit volume, il y a un pédicule filiforme, les plus grosses sont sessiles. Leur consistance est élastique ; elles cèdent sous le doigt, mais sans se laisser écraser, et la pression fait sourdre un liquide blanchâtre.

En faisant différentes sections dans l'épaisseur des tumeurs, on voit qu'elles sont constituées par un tissu spongieux très-riche en vaisseaux. Sur une préparation microscopique faite selon l'axe de la tumeur, on voit une série de papilles rappelant les villosités intestinales. Le réseau vasculaire gorgé de sang qui se trouve à la surface est soutenu par un entre-croisement de fibres de tissu conjonctif. Plus profondément, on observe des culs-de-sac nombreux et très-allongés, remplis de cellules cylindriques.

Les autres organes non mentionnés ne présentaient aucune altération, et la vessie, d'un fort petit volume, ne renfermait ni calcul, ni gravier dans son intérieur.

Le lecteur nous pardonnera notre longueur en raison de l'intérêt clinique et anatomo-pathologique de ce fait. Rien en effet ne permettait de déterminer d'une façon précise l'existence des polypes. Tout y est anormal ; les manifestations symptômatiques, le siége extraordinairement haut, l'âge du sujet, les complications, la marche de l'affection.

Le seul symptôme constant des polypes du rectum que nous ayons observé a été la perte sanguinolente ; mais si ce signe a une valeur presque pathognomonique dans l'enfance, chez l'adulte, il peut être l'expression symptômatique de plusieurs affections telles que des hémorroïdes internes, la dysentérie (mais une pareille erreur ne pourrait être de longue durée) ou des tumeurs vasculaires.

Les polypes du rectum, au lieu de se manifester sous la forme intra-abdominale, viennent toujours, à un moment donné, faire saillie à l'orifice anal ; mais le siége, démesurément haut de celui-ci, et, de plus, l'agglutination des différentes po[...]ns du

tube digestif se sont opposés à cette migration, qui, en nous indiquant d'un manière précise le diagnostic, nous aurait encore permis d'en tenter la cure par les moyens opératoires si souvent employés avec succès.

En admettant cependant que quelque faute ait été commise, il ne doit pas moins sortir de l'examen de ces pièces pathologiques un grand enseignement. L'affection débute sans cause connue et d'une manière insidieuse. Au bout d'un certain temps, elle provoque des manifestations inflammatoires du côté du péritoine ; ces dernières sont le point de départ d'une lésion rénale, et l'ensemble de ces phénomènes morbides entraîne une tuberculisation pulmonaire qui finit par emporter le malade.

Quelque inconnue qu'ait été la cause du mal et sa nature, on peut avancer comme un fait positif que la lésion rectale s'est opposée au fonctionnement régulier de la nutrition, car, pour que cette fonction se fasse convenablement, il faut qu'il y ait synergie entre les différents appareils qui concourent au travail de la digestion.

On ne peut pas nier davantage que l'excrétion n'ait été fortement entravée encore par la lésion de l'uretère, et pour preuve, il nous suffit de mentionner les concrétions organiques trouvées dans le rein.

La vie a donc été attaquée dans son essence même, dans ce qui la constitue en propre, l'assimilation et la désassimilation.

L'étude de ces troubles de nutrition nous permet encore de conclure que la tuberculisation en a été la conséquence, et que la matière tuberculeuse renfermée dans le poumon n'est peut-être, comme le sable et les calculs rénaux que nous avons trouvés, que l'expression de combustions incomplètes à la surface du poumon.

Ce n'est encore là qu'une supposition, mais une suppposition basée, dans notre esprit, sur un grand nombre de faits, et consolante à vrai dire, puisqu'elle ouvrirait un champ large à la thérapeutique de la tuberculose, qu'on a trop généralement le tort de considérer comme incurable, même dès le debut.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 20 avril 1870. — Présidence de M. ALPHONSE GUÉRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine;

Le Bulletin général de thérapeutique.

— M. S. Duplay fait hommage à la Société du 3e fascicule du 3e volume de la pathologie externe de Follin, dont il est le continuateur. — Remerciments.

— M. Giraud-Teulon dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Sichel, la traduction française du livre de Von Græfe, *sur les paralysies des muscles moteurs de l'œil.* Vol. in-8°, 1870, Paris.— Remerciments.

— M. Tillaux présente pour le prix Duval un travail de M. Amédée Tardieu *sur les fractures du bassin.* Brochure. 1869.

— M. Labbé transmet, au nom de M. le docteur Chaverna!, une brochure intitulée : *Réduction des hernies après anesthésie par l'éther rectifié.* 1869.

— M. le docteur C. Thorel, médecin de la marine impériale, envoie une brochure intitulée : *Notes médicales du voyage d'exploration de Mekong.* 1870.

— *Di una ovariotomia praticata nello spidale di Pisa,* par M. le professeur P. Landi. Brochure. 1869. Pise.

— *Settantatre nuovi sperimenti con alcuni coagulanti del sangue et piu particolarmente col perchloruro ferro-manganico.* Vol. in-8°. Sienne, 1867, par le docteur G. Marcacci.

— Plus, deux brochures du même auteur, intitulées : *Diversi casi d'applicazione del perchloruro ferro-manganico in chirurgia.* Sienne, 1870.— *Caso d'aneurisma della carotide esterna destra et nuova varieta d'aneurisma arterio venoso.* Sienne, 1869.

— M. le docteur Ad. Dubreuil adresse sa lettre de candidature à la place déclarée vacante de membre titulaire.

DISCUSSION

Tétanos (suite). — M. GIRALDÈS. M. Desprès se trompait en disant l'autre jour que dans le tétanos qui dure moins de *trois jours* on ne rencontre pas de lésions dans les centres médulaires. A ce propos, je lui avais opposé le fait de Dickson, à quoi l'on peut ajouter celui de Lockart-Clark, dont le malade n'a vécu que deux jours et demi ; celui de Demme, trois jours ; celui de Billroth, quatre jours, et d'autres encore.

Pour ce qui est de l'élévation de la température dans le tétanos, qu'il a voulu mettre en doute, il suffit de lui rappeler que Wunderlich l'a trouvée de 40 et 42 degrés.

M. DESPRÈS ne nie pas l'élévation de la température ; seulement, il nie qu'elle soit due à autre chose qu'à la contraction des muscles tétanisés. Quant aux observations anglaises, il les trouve généralement par trop écourtées, au point de vue du début, pour qu'elles puissent être concluantes.

M. LIÉGEOIS. J'ai été étonné, je l'avoue, de voir M. Desprès mettre en doute l'existence des lésions de la moelle, surtout après l'intéressante communication de M. Broca à ce sujet.

Une démonstration que les nerfs réagissent sur la moelle, pour y déterminer des lésions, se trouve dans ce fait, découvert par M. Vulpian, que chez les amputés la portion de la moelle qui reçoit les nerfs des membres mutilés s'atrophie à la longue.

M. CHASSAIGNAC. Il y a vingt-cinq ans, dans une thèse que j'ai soutenue sur les fractures du col du fémur, j'ai relaté un cas de tétanos recueilli à l'hôpital de Nantes. Bien que la mort était survenue douze heures après le début du mal, on n'a pas moins trouvé la moelle ramollie et les ganglions intervertébraux gonflés.

M. VERNEUIL. Dans l'allocution de M. Desprès, j'ai pu constater le désir qu'avait notre collègue de mettre en opposition les physiologistes et les cliniciens. C'est là une tactique qu'il faudra mettre absolument de côté.

En effet, messieurs, la clinique n'a pas donné jusqu'ici la solution désirée au sujet de la nature du tétanos et de son traitement. Si donc la physiologie est en voie de nous l'apprendre, il faut la suivre nécessairement.

Notre théorie, la même que celle de M. B. Sequard, veut que l'irritation partie de la périphérie retentisse sur la moelle, de façon à l'altérer; d'où, exagération du pouvoir excito-moteur de celle-ci. L'homme se trouve alors dans les conditions d'un animal qui aurait la moelle influencée par la strychnine.

Au lieu de cela, M. Desprès, contrairement à toutes les données physiologiques et anatomopathologiques connues, propose une théorie à lui, qui, je l'avoue, m'a parue incompréhensible.

M. DESPRÈS. Tout ce que j'ai dit dans la dernière séance prouve que je ne suis pas l'ennemi de la physiologie. Seulement, j'ai fait de la physiologie générale là où M. B. Sequard et M. Verneuil ont fait de la physiologie spéciale du système nerveux.

Ce contre quoi j'ai protesté, c'est d'admettre comme explication réelle du tétanos l'exagération du pouvoir excito-moteur de la moelle. Suivant moi, il doit y avoir dans le système nerveux une disposition spéciale, inconnue jusqu'ici, que j'ai comparée à des courants électriques, et dont le trouble consécutif à la maladie d'un nerf constitue le tétanos.

Toutes les lésions qu'on rencontre dans la moelle ne sont, suivant moi, que des épiphénomènes, et M. Liégeois me fournit un nouvel argument en faveur de ma manière de voir, lorsqu'il nous parle de l'atrophie de la moelle rencontrée par M. Vulpian chez les individus amputés depuis longues années. Quant aux observations anglaises, je maintiens ce que j'ai dit, et j'ajoute que dans les quelques cas où il m'a été donné de faire l'autopsie, la moelle m'a paru congestionnée mais non ramollie, bien que le tétanos avait duré plusieurs jours.

M. LIÉGEOIS. Personne de nous ne fait de la physiologie amusante, et nous nous occupons tous de physiologie chirurgicale sérieuse. Lors donc que M. Desprès nous parle de courants nerveux électriques, c'est qu'il ignore sans doute que ces courants n'existent nulle part à l'état normal ; mais qu'en revanche on peut les développer partout, aussi bien dans les nerfs qu'ailleurs, en se plaçant dans des conditions expérimentales données.

Sans doute, les faits de M. Vulpian se rapportent à des altérations chroniques consécutives, d'où l'atrophie de la moelle ; mais dans le tétanos, il s'agit d'altérations d'un tout autre genre, avec ramollissement du tissu. De là aussi la diversité des symptômes et la marche rapide des accidents.

M. GIRALDÈS. Lorsque M. Desprès nous dit n'avoir pas constaté des lésions médullaires chez des individus morts après plusieurs jours de maladie, il oublie sans doute que des recherches de ce genre ne se font pas à l'œil nu, mais bien à l'aide d'analyses histologiques minutieuses, qui seules permettent de découvrir la prolifération avec difluence granuleuse de la moelle.

Quant à cette polarité qu'il suppose à la moelle, il ne se fait pas une idée exacte du mode, aujourd'hui parfaitement démontré, suivant lequel se fait la réflexion du nerf sensitif à la cellule nerveuse, qui en est le centre, et de celle-ci au nerf moteur.

M. DESPRÈS. Je n'aurais pas manqué d'observer la difluence de la moelle, même sans microscope, si elle avait existé, et quant à la difluence granuleuse et à la dilatation des capillaires, je ne les nie pas ; seulement, à mon sens, elle sont consécutives et dépendent de l'état tétanique.

Je citerai, à l'appui de cette manière de voir, le ramollissement et la sclérose des centres nerveux, qui ne déterminent jamais des phénomènes tétaniques, bien que les lésions sont ici plus profondes que dans le tétanos.

COMMUNICATIONS

Résultats d'amputation. — M. LE Dr VAST, médecin adjoint de l'hôpital de Vitry lit, à son nom et à celui de M. Valentin, médecin en chef du même hôpital, un travail statistique concernant les amputations diverses qu'ils ont pratiquées, avec les résultats que voici :

Sur 4 amputations de cuisses, 4 guérisons;
Sur 4 amputations de jambes, 4 guérisons;
Sur 2 amputations de Lisfranc, 1 guérison, 1 mort;
Sur 5 amputations du bras, 4 guérisons, 1 mort;
Sur 3 amputations de l'avant-bras, 3 guérisons;
Sur 1 amputation du 4e métacarpien, 1 guérison;
Sur 1 désarticulation de l'épaule, 1 guérison;

Total : 20 cas, 18 guérisons et 2 morts. (Renvoyé à la commission de statistique.)

Trépan. — M. TILLAUX. Contrairement au précepte posé dans la dernière séance par M. Legouest, parlant en son nom et en celui de M. le professeur Sédillot, dont il a communiqué une observation, M. Tillaux pense qu'il y a des cas où, malgré des accidents de paralysie développés plus ou moins longtemps après un traumatisme de la tête, le trépan devient inutile et même nuisible. M. Tillaux montre, à l'appui de sa thèse, le crâne d'un individu qui, ayant reçu un moellon sur la tête, eut des accidents paralytiques croisés sans perte de connaissance, et ne tarda pas à succomber. A l'autopsie, on trouve une fêlure de toute la moitié de la voûte, avec léger enfoncement du fragment, déchirure de la dure-mère, broiement de la pulpe cérébrale sur le point correspondant à la fracture, et de plus un épanchement sanguin provenant de l'artère méningée moyenne et siégeant dans la fosse temporale loin du point fracturé. Evidemment le trépan n'aurait pu rien faire ici pour empêcher l'issue funeste, et M. Tillaux s'applaudit de n'avoir pas pris le parti d'y appliquer une ou plusieurs couronnes de trépan.

En résumé le trépan, ajoute M. Tillaux, aurait été ici inutile, nuisible et inapplicable.

M. LEGOUEST. — Bien que j'accepte que dans le cas particulier de M. Tillaux les lésions étaient trop graves pour qu'on pût espérer du trépan un résultat favorable, il n'en est pas moins vrai que si la trépanation avait été faite, elle n'aurait pas aggravé l'état du malade, et qu'en tout cas, l'opération était praticable. Ainsi tombe, je crois, la triple condamnation prononcée contre le trépan par M. Tillaux, il y a un instant.

Je ne conçois pas, pour ma part, qu'on procède dans les plaies de tête autrement que dans les autres traumatismes compliqués de fractures, d'esquilles et d'attrition plus ou moins grande des parties molles, sous prétexte que la substance cérébrale pourrait être lésée. Dans l'un et l'autre cas, le débridement, l'extraction d'esquilles ou le redressement des fragments, l'issue libre de sang, de la sérosité, de débris organiques et plus tard de pus, ne pouvant que favoriser la guérison. C'est pourquoi j'approuve l'emploi du trépan primitif, qui, lorsque les lésions ne sont pas trop graves, empêche l'extension de l'inflammation et la mort par méningo-encéphalite diffuse.

M. LARREY. Tout en faisant des réserves au sujet du trépan primitif, je crois, comme M. Legouest, que lorsqu'il y a une indication précise, soit pour soulever un fragment enfoncé profondément dans le crâne, soit pour donner issue à des liquides épanchés, il faut intervenir et ne pas prêcher l'abstention, tout en évitant de trépaner.

Il est bien clair, du reste, que, dans le fait communiqué par M. Tillaux, l'intervention chirurgicale n'aurait pu empêcher la terminaison fatale, vu la gravité des lésions.

M. CHASSAIGNAC admet le trépan lorsqu'il y a des accidents de compression avec enfoncement d'un fragment ou une collection de sang ou de pus formant foyer. Il repousse au contraire cette opération comme dangereuse toutes les fois qu'il s'agit d'une contusion du cerveau, l'expérience lui ayant démontré que la guérison est la règle *tant qu'il n'y a pas communication entre l'intérieur du crâne et le foyer suppurant de la plaie extérieure.*

M. TILLAUX. Mon but, en faisant cette présentation, a été simplement d'apporter un nouveau fait destiné à prouver qu'il y a des cas où, malgré l'existence *d'accidents paralytiques dès le début*, le trépan n'est point indiqué, et de faire voir par là, combien il est parfois difficile de répondre à la question que se pose le clinicien s'il doit intervenir activement ou non.

M. BROCA. J'accorde à M. Legouest que si l'on a affaire à un fragment enfoncé profondément, il deviendrait utile de le relever ; mais ce qui me paraît bien certain, c'est qu'à moins de conditions spéciales, rien ne nous met sur la voie d'un diagnostic exact sans lequel toute intervention opératoire risque d'être nuisible, ou, pour le moins inutile.

J'admets volontiers, avec M. Chassaignac que la méningo-encéphalite suppurée soit beaucoup plus à craindre lorsque l'intérieur de la boîte crânienne communique avec l'extérieur ; mais ce que je ne saurais admettre, c'est que la mort par contusion cérébrale ne puisse s'observer aussi, alors que la cavité crânienne reste parfaitement close.

La contusion cérébrable peut, en effet, tuer par elle-même, en dehors de tout travail suppuratif, et l'on conçoit dès lors que l'intégrité des parois crâniennes ne puisse mettre sûrement à l'abri de la mort.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

PENDANT L'ANNÉE 1870.

58. Coyteux-Duportal. De la lactation et des divers modes d'allaitement.
59. Thiau (Ernest). De l'uréthrite sous-muqueuse et de son traitement. (Prophylaxie du rétrécissement.)
60. Pelou (C.) Quelques considérations sur les rétrécissements de l'urètre et sur leurs modes de traitement.
61. Marcorelles (Joseph). De la procidence du cordon ombilical pendant l'accouchement.
62. Chambaud. De la désarticulation scapulo-humérale. (Modifications au procédé Larrey.)
63. Chaussonnet (Eugène). De l'héméralopie aiguë.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société protectrice de l'enfance de Lyon décernera dans sa séance publique de janvier ou de février 1871, un prix de 300 francs à l'auteur du meilleur mémoire sur le sujet suivant :

« Comparer, en s'appuyant sur des statistiques et des documents aussi nombreux et aussi exacts que possible, les résultats de l'allaitement maternel, mercenaire et artificiel, au triple point de vue de la mortalité, de la constitution et de la santé future des enfants. »

Les mémoires devront être adressés selon les formes académiques et *franco*, avant le 1er décembre prochain, à M. le docteur Fonteret, secrétaire général de la Société, rue des Célestins, n° 2, à Lyon.

— *Hôpital du Val-de-Grâce.* — Un concours s'ouvrira dans cet hôpital, le 6 septembre 1870, pour les médecins-majors de 2e classe; et le 11 octobre 1870, pour les médecins-majors de 1re classe, à l'effet de procéder à des nominations à un certain nombre d'emplois de médecin traitant dans les hôpitaux militaires (spécialité médicale et chirurgicale).

— Le docteur Alfred Fournier, agrégé de la Faculté, médecin des hôpitaux, ouvrira son cours des maladies syphilitiques le jeudi

12 mai, à neuf heures du matin, à l'hôpital de Lourcine, et le continuera les jeudis suivants, à la même heure.

MM. les étudiants seront admis sur la présentation de cartes qui seront délivrées au secrétariat de la Faculté.

— M. le docteur Giraud-Teulon, ancien élève de l'École polytechnique, commencera un cours public sur la réfraction et l'accomodement de l'œil et de l'ophthalmoscopie, le mardi 10 mai prochain, à *une* heure, à son dispensaire, 2, rue Séguier (quai des Grands-Augustins), et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

— MM. Magnan et Bouchereau ont repris leurs conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le dimanche 8 mai, à neuf heures du matin, et les continueront les dimanches suivants, à la même heure, au bureau d'admission de Sainte-Anne, rue Ferreil, boulevard Saint-Jacques.

— M. le docteur Ed. Meyer commencera son cours d'ophthalmologie mardi le 10 mai, à deux heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique.

Le professeur traitera de l'ophthalmoscope et des maladies du fond de l'œil.

Il continuera ses conférences cliniques et le cours de chirurgie oculaire, lundi et vendredi, à midi, rue de l'École-de-Médecine, 41.

— M. le docteur Laurent Préfontaine commencera son cours sur les maladies des voies urinaires le mardi 10 mai, à trois heures (amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique), et le continuera le mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

— M. le docteur Laskowki commencera son cours de médecine opératoire le jeudi 7 mai, à une heure de l'après-midi, dans le pavillon 7, de l'École pratique, et le continuera tous les jours à la même heure.

Ce cours sera terminé le 15 juin et se composera d'une leçon théorique après laquelle les élèves seront exercés à pratiquer les opérations sur les cadavres.

On s'inscrit, pour ce cours, tous les jours, de quatre heures à cinq heures, rue de Tournon, 12.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 1er au 7 mai 1870, donne les chiffres suivants :

Variole, 133.—Scarlatine, 14.—Rougeole, 22.—Fièvre typhoïde, 17. Érysipèle, 9.—Bronchite, 96.— Pneumonie, 117.— Diarrhée, 15.— Dysenterie, 4. — Choléra, 2.— Angine couenneuse, 8. — Croup, 12. — Affections puerpérales, 8.— Autres causes, 760.— Total : 1,217.

Celui de Londres donne les chiffres suivants, du 24 au 30 avril 1870 :

Variole, 3.—Scarlatine, 68. — Rougeole, 30.— Fièvre typhoïde, 15. —Typhus, 13. — Érysipèle, 6. — Bronchite, 133. — Pneumonie, 86. — Diarrhée, 13. — Dysenterie, 3. — Choléra, ». — Angine couenneuse, 6. — Croup, 14.—Affections puerpérales, 17.— Autres causes, 987. — Total : 1,394.

— L'association médicale de vaccinations, 18, rue Belzunce, tient à la disposition des médecins des génisses inoculées avec le cowpox spontané, et des tubes de vaccin.

— Clientèle à vendre aux environs de Paris. — Produit moyen : 12,000 fr. — Écrire à M. Duchêne, 32, avenue de la Mothe-Piquet, Paris. (*Affranchir.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Traité iconographique de l'ulcération et des ulcères du col de l'utérus, par Armand Després, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital de Lourcine. 1 vol. in-8° avec 7 planches lithographiées et coloriées. — Prix : 5 francs.

Essai sur le diagnostic des tumeurs intra-abdominales chez les enfants, par M. le docteur Rathery, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8°. — Prix : 2 fr. 50.

Des eaux minérales de Contrexéville et de leur emploi dans le traitement de la gravelle, de la goutte, du catarrhe vésical, etc., par le docteur Debout, médecin inspecteur des eaux de Contrexéville. In-8°. — Prix : 2 francs.

Du lymphatisme et de la scrofule chez les enfants ; des maladies des femmes et de certaines affections des yeux; traitement spécial à Saint-Nectaire, par le docteur Dumas-Aubergier, médecin inspecteur. Avec itinéraire, descriptions, topographie et géologie, par le professeur Henri Lecoq. Ouvrage orné de 60 gravures. — Prix : 3 francs.

Du choléra, signe certain pour le reconnaître, sa non contagion, sa guérison, par le docteur Rezard de Wouves. 1 vol. in-8°. — Prix : 7 fr. 50.

De la communication de la carotide interne et du sinus caverneux (anévrysme artério-veineux), par le docteur Delens, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris. — In-8 avec deux planches coloriées. — Prix : 3 fr. 50.

Revue photographique des hôpitaux de Paris. Bulletin médical publié sous le patronage de l'administration de l'Assistance publique, par de Montméja et Bourneville. — (2e année), n° 4, avril 1870, avec 3 photographies. — Prix du numéro : 2 fr.

Recueil de questions posées aux 5 examens de médecine et aux accouchements. 1 fr. 50 le volume. — Chez A. Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an.	30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Trois lectures ont occupé cette séance. M. Mialhe, à l'occasion de la note lue dans la dernière séance par M. Béchamp, a fait connaître le contenu d'un pli cacheté déposé par M. Depaul et lui il y a deux ans. Ce pli est relatif à l'explication des phénomènes de virulence par l'existence de ferments spéciaux ou de zymases douées de la propriété d'opérer des métamorphoses, des synthèses ou des décompositions au sein de l'économie. MM. Mialhe et Depaul, faisant l'application de cette théorie chimico-physiologique à l'étude de l'infection vaccinale, arrivent à cette conclusion, savoir : que par l'inoculationn du vaccin on introduit dans l'économie un ferment organisé et vivant, qui, en se développant par voie de germination ou de prolifération, donne lieu à des pustules qui constituent une affection purement locale, et à la formation d'une zymase (vaccino-zymase) qui se répand dans l'organisme, où elle produit une infection générale *sui generis*, dans laquelle réside l'action prophylactique de la vaccine. Ces deux auteurs font découler de cette théorie ce fait pratique, que pour qu'on puisse compter sur l'action prophylactique du vaccin, il est indispensable que l'éruption vaccinale introduise dans l'économie une proportion suffisante de cette zymase préservatrice....

Nous étions arrivés à une conséquence pratique à peu près semblable par un chemin beaucoup plus court, par l'observation. Mais il ne nous déplaît pas de voir atteindre ce but par plusieurs voies.

La seconde lecture a été faite par M. le docteur Armand Moreau, qui a exposé devant l'Académie le résultat d'une série d'expériences physiologiques établissant l'influence du système nerveux sur la production des sécrétions intestinales. Ici encore, l'expérimentation et l'observation concordent pour démontrer le même fait.

Le reste de la séance a été occupé par un rapport officiel très-développé de M. Bergeron sur le vinage des vins, question beaucoup plus économique que médicale, mais qui nous touche cependant par le côté hygiénique. Lorsque ce document sera imprimé, nous en extrairons ce qui nous paraîtra susceptible d'intéresser nos lecteurs.

L'Académie devait, dans cette séance, procéder à l'élection d'un trésorier en remplacement de M. Gobley, dont les fonctions sont au moment d'expirer. Sur la proposition qu'en a faite M. Depaul, M. Gobley a été maintenu par acclamation dans ces fonctions, qu'il exerce à la satisfaction générale.

Dr BROCHIN.

AMPHITHÉATRE DES HOPITAUX

Hernie crurale. — Étranglement par le collet du sac.

(Autopsie recueillie par M. Charles LERICHE, élève externe des hôpitaux.)

L'étranglement dans la hernie crurale est-il dû à l'anneau crural, au ligament de Gimbernat, au fascia crebriformis, ou bien au collet du sac? Ce sont là des questions non encore résolues et dont le fait suivant pourra servir à éclairer la solution.

Le 8 février, à dix heures du soir, on apporta à l'hôpital Saint-Antoine un nommé M... Joseph, âgé de 62 ans. Ce malade, couché au n° 10 de la salle Saint-Barnabé, mourut quelques instants après son entrée, sans avoir pu fournir aucun renseignement sur sa maladie. Le lendemain matin, à la visite, on fit part de cette mort à M. le docteur Tillaux, et l'on ajouta qu'elle avait été occasionnée par une hernie crurale étranglée.

Le sujet ayant été transporté à l'amphithéâtre des hôpitaux, on eut ainsi l'occasion rare de faire l'examen nécroscopique d'une hernie crurale non opérée. Or, on le sait, les hernies crurales sont généralement fécondes en imprévu. A ce point de vue, le cas actuel porte en lui un cachet de réel intérêt.

Ce qui frappe à première vue en examinant le corps de ce vieillard, c'est la distension du ventre, et, dans la région inguino-crurale du côté droit, la présence de deux tumeurs. L'une, constituée par un relief franchement accusé, repose dans sa moitié supérieure sur l'arcade crurale, suivant la direction du trajet inguinal; sa moitié inférieure s'étend, à travers les bourses, de l'épine pubienne jusqu'au testicule. L'autre tumeur est ovoïde, à grand diamètre vertical. Située à la base du triangle de Scarpa, au niveau du canal crural, elle offre le volume d'une grosse noix. Son extrémité inférieure descend 5 centimètres et demi au-dessous de l'arcade crurale, et son extrémité supérieure reste distante d'environ 1 centimètre de ce ligament.

M. Tillaux pratique d'abord, suivant le grand diamètre de la tumeur crurale, une longue incision qu'il fait remonter au-dessus de l'arcade crurale. Cette incision, au niveau de l'abdomen, intéresse la peau et le tissu cellulaire sous-cutané jusqu'à l'aponévrose du grand oblique; au-dessous de l'arcade crurale, l'incision intéresse la peau et la première couche sous-cutanée.

Une seconde incision, pratiquée perpendiculairement à la première, suivant le petit diamètre de la tumeur, est poursuivie jusqu'à la racine de la verge, et l'on dissèque les lambeaux.

L'écartement des deux lambeaux internes met à découvert l'orifice cutané du trajet inguinal. Cet orifice est distendu par une masse épiploïque, qui se prolonge jusqu'au testicule sans présenter aucune trace d'inflammation.

Pour reconnaître si une anse intestinale ne s'est pas également engagée dans le trajet inguinal, M. Tillaux ouvre de suite l'abdomen. Une notable quantité de liquide s'écoule de la cavité abdominale, les circonvolutions de l'intestin grêle se présentent considérablement distendues. En refoulant l'intestin en haut avec précaution, il est facile de constater que l'orifice péritonéal du trajet inguinal est occupé uniquement par un gros cordon épiploïque qui se prolonge à travers ce trajet, libre de toute adhérence, et qui, par une traction légère, rentre aisément dans l'abdomen. Cet épiploon est entièrement sain. En le faisant rentrer, le relief inguino-scrotal s'efface; la première tumeur disparaît.

Poursuivant l'examen nécroscopique par l'exploration de l'orifice supérieur du canal crural, M. Tillaux voit un cordon épiploïque aplati s'engager à travers cet orifice : il constate que ce cordon épiploïque est irréductible. En même temps, il découvre en avant de ce cordon une lacune qui est circonscrite par l'anneau crural et qui peut admettre l'extrémité du petit doigt. Toutefois, le petit doigt pénètre au plus d'un centimètre à travers cet orifice; à ce niveau, une bride résistante l'étreint circulairement et l'empêche de pénétrer plus avant. Auprès de cette lacune ovalaire, une anse intestinale présente dans une étendue de 2 centimètres une coloration rouge, violacée, c'est-à-dire la coloration d'une anse intestinale étranglée, non encore gangrenée. C'est là bien évidemment l'anse intestinale dont l'étranglement a occasionné la mort; d'autant plus, qu'au-dessus, l'intestin est gorgé de matières, qu'au-dessous il n'en renferme pas. Cette anse intestinale n'occupe pas, il est vrai, son lieu d'étranglement, mais elle s'est réduite lorsqu'on a refoulé l'intestin en haut, et cette réduction s'est opérée avec une telle facilité, qu'elle ne se fit nullement sentir, bien que l'on ait agi avec une grande précaution. Quant à la distance qui sépare l'anse étranglée du cœcum, elle ne mesure pas plus de 2 décimètres : or, toute la portion intestinale grêle qui est au-dessus étant remplie de matières, ainsi que l'estomac, on s'explique facilement cette distension du ventre qui frappait tout d'abord à l'exploration extérieure.

Ainsi donc, l'exploration de l'orifice supérieur du canal crural fait constater :

1° Qu'un cordon épiploïque aplati s'engage à travers cet orifice ;

2° Qu'immédiatement en avant de ce cordon une lacune ovalaire admet, dans l'étendue de 1 centimètre, l'extrémité du petit doigt;

3° Enfin, qu'auprès de cette lacune, une anse intestinale présente les symptômes de l'étranglement.

La nature de la tumeur crurale nous est par conséquent connue dès à présent : c'est une entéro-épiplocèle.

Passons maintenant à l'étude de cette tumeur elle-même.

Procédant par petites incisions sur le grand diamètre de la tumeur crurale, et écartant au fur et à mesure le tissu fibro-adipeux avec ses ganglions, M. Tillaux épuise la seconde couche sous-cutanée et arrive sur un plan fibreux qui ne renferme plus de tissu adipeux. Une incision pratiquée sur ce plan fibreux donne directement accès dans une cavité, qu'à la présence d'un paquet d'épiploon, on reconnaît être celle d'un sac herniaire. Ce sac, M. Tillaux cherche aussitôt à l'isoler. Il ne parvient à le faire, en avant, que par une dissection artificielle, analogue à celle qu'exige la préparation du fascia crebriformis; en arrière, il est impossible de le séparer du feuillet profond de l'aponévrose fémorale; en dehors, il est constitué par la gaîne propre des vaisseaux fémoraux. Lorsque le sac herniaire a été isolé autant que possible de ses parties environnantes, sa face externe inégale a un aspect fibreux; sa face interne, au contraire, est parfaitement lisse, elle présente le poli d'une surface séreuse. C'est qu'en effet deux membranes bien distinctes concourent à le former; ces deux membranes bien distinctes sont l'aponévrose fémorale et le péritoine, si intimement accolés l'un à l'autre, qu'il est impossible

FEUILLETON

BOUTADES
ET
ZIGZAGS BIBLIOGRAPHIQUES

V

Biographie, ma mie, vous aurez encore tort aujourd'hui. J'ai promis de faire voir que le métier de bibliophile n'est pas commode, qu'il demande beaucoup de temps et beaucoup d'argent, que les questions bibliographiques s'enchaînent et s'engrènent si bien les unes dans les autres, que dès qu'on veut seulement éclaircir un seul fait, on se trouve malgré soi entraîné, par des sentiers divers, à traiter mille points, très-éloignés les uns des autres à première vue, mais intimement liés, et que, de question en question, on va, on fouille, on cherche, on trouve, — ou on ne trouve pas, — tant qu'on a un peu de forces et quelques sous dans son gousset (1).

Et par exemple, ici même, à propos de Renaudot, comment ne point parler de l'antimoine et de cette querelle assez célèbre pour inspirer un poëte du temps, le sieur Carneau, moine Célestin.

Si Carneau avait été un Boileau, il nous aurait assurément donné un petit chef-d'œuvre (la matière y prêtait), au lieu du poëme le plus ennuyeux et le plus insipide qui se puisse lire. LA STIMMINACHIE *ou le grand combat des médecins modernes touchant l'antimoine, poëme histori-comique dédié à messieurs les médecins de la Faculté de Paris*, 1656, petit in-8°, quoique ce soit un exécrable poëme, doit être lue, à cause de mille renseignements qu'elle fournit sur les partisans et sur les ennemis de l'antimoine, c'est-à-dire sur toute la Faculté. On y trouve également, et c'est un document précieux, avec une approbation de Courtaud et Fouques, une seconde *approbation authentique de la plus grande et de la plus saine partie des médecins de la Faculté de Paris touchant l'antimoine*. Ils sont là soixante-deux, vieux convaincus ou nouveaux ralliés, car l'antimoine va triompher enfin, et tandis qu'un arrêt du Parlement l'avait proscrit en 1566, un nouvel arrêt de 1666 va le réhabiliter.

Ce que la question de l'antimoine avait fait éclore, pendant ce siècle, de livres, de brochures, de factums, de consultations, d'arrêts, etc., ne peut pas se dire, et je ne crois pas qu'il existe un bibliophile assez heureux pour avoir pu réunir toutes ces pièces, qu'on ne trouve pas même à la bibliothèque de notre Faculté. Pour moi, je n'en possède que trois, outre la pièce de Carneau; ce ne sont ni les moins rares ni les moins importantes.

1° LE SECOND DISCOURS DE JACQUES GRÉVIN, *docteur en médecine à Paris, sur les vertus et facultés de l'antimoine, auquel il est sommairement traité de la nature des minéraux, venins, pestes et de plusieurs autres questions naturelles et médicinales, pour la confirmation de l'avis des médecins de Paris, et pour servir d'apologie contre ce qu'a écrit M. Loïs de Launay, empirique.* — A Paris, S. D. — *La dédicace à Monsieur de Carnevalet* porte la date du 25 août 1567. — C'est un assez joli volume, petit in-8°, renfermant les plus singulières doctrines médicales, démontrant bien entendu que l'antimoine est un poison, qu'il se convertit en plomb, qu'il ne peut dans aucun cas être un bon médicament; on y rencontre à chaque page des invectives contre le sieur de Launay, *maistre baudet, ignorant, calomniateur, ne sachant discerner entre une pomme et un oignon, etc.* — Le titre de ce petit volume semblerait indiquer que Grévin avait publié *un premier discours* sur le même sujet; je ne le connais pas et ne le trouve cité nulle part. Cependant l'auteur y fait allusion dans son épître dédicatoire; et, dans la préface des *Éléments de médecine pratique de Cullen*, le savant traducteur, Bosquillon, parle d'une première réfutation de Grévin à Launay, de 1566.

2° L'ANTIMOINE JUSTIFIÉ ET L'ANTIMOINE TRIOMPHANT, *ou Discours apologétique faisant voir que la poudre et le vin émétique, et les autres remèdes tirés de l'antimoine, ne sont point vénéneux, mais souverains pour guérir la plupart des maladies, etc., etc.*, par EUSÈBE RENAUDOT. Paris, 1653, in-4°. — Ce n'est encore là qu'un ouvrage de polémique assez mauvais et tout aussi violent que les autres. Il porte en tête une liste d'adhésion de 61 docteurs de la Faculté de Paris; ce sont les mêmes qui figurent dans le poëme de Carneau. Voici ce que dit Guy Patin du livre d'Eusèbe : — « L'in-quarto du gazetier pour l'antimoine est gros d'un doigt. C'est un méchant livre et un misérable galimatias de gazette; vous ne l'aurez jamais vu deux

(1) J'ai beaucoup connu un bibliophile, que je ne veux pas nommer, et qui avait pris pour sujet de ses études un auteur du seizième siècle. Il réunit d'abord toutes les éditions de son auteur; les plus communes d'abord, les plus rares ensuite. Puis vint le tour de tous les livres qui avaient appartenu à son héros; — puis tous les ouvrages écrits sur lui ou parlant de lui seulement; — puis une collection de portraits de tous les personnages contemporains illustres; — puis, enfin, une collection d'autographes de ces mêmes personnages. Il suffisait à notre bibliophile qu'un homme eût vécu en même temps que son héros, pour qu'il en fît son bien. Et tout cela était réuni avec une très-grande intelligence et un grand savoir.

de les séparer et qu'ils ne forment plus, pour ainsi dire, qu'une membrane unique.

Évasé à sa partie moyenne, le sac herniaire descend 1 centimètre et demi au-dessous de l'embouchure de la saphène; en haut, il va en se rétrécissant, se fixer à un anneau blanchâtre et d'apparence fibreuse qui fait partie du sac lui-même.

Cet anneau est éloigné en avant de 7 à 8 millimètres des fibres nacrées les plus inférieures de l'arcade crurale; en dedans, il est séparé du bord externe du ligament de Gimbernat par un espace qui n'a pas moins de 1 centimètre, espace occupé par du tissu cellulo-adipeux; en arrière, il est situé 4 à 5 millimètres au-dessous du ligament de Cooper, et il reste indépendant de ce ligament; enfin en dehors, ses connexions sont très-intimes avec la gaîne propre des vaisseaux fémoraux, surtout au niveau de la veine. Par conséquent, dans tout son pourtour, cet anneau est indépendant de l'anneau crural et situé au-dessous de ce dernier.

En faisant remonter l'ouverture du sac jusqu'à l'anneau que je viens de décrire, on remarque que les bords de l'incision ne vont pas en s'écartant à mesure qu'elle s'étend. En effet, 1 centimètre et demi au-dessous de cet anneau les lèvres de l'incision restent accolées, et celle-ci se trouve former deux boutonnières, la supérieure mesurant 1 centimètre et demi de longueur, et l'inférieure 2 centimètres et demi.

En écartant les lèvres de la boutonnière inférieure, on ouvre une cavité occupée par un paquet épiploïque sain, du volume d'une grosse amande. Avec le doigt, on circonscrit facilement ce paquet épiploïque jusqu'à une certaine hauteur plus considérable en arrière qu'en avant; mais il est impossible de le faire rentrer dans l'abdomen.

En insinuant un stylet entre le sac et son contenu, dans la direction de l'orifice supérieur du canal crural, on ne peut le faire pénétrer dans la cavité abdominale, mais on constate, en prenant comme point de repère le fond du sac, que le stylet pénètre à une profondeur de 4 centimètres en arrière, et que cette profondeur diminue à mesure qu'on le ramène en avant jusqu'au point d'accolement des deux lèvres de l'incision. Cette disposition étant symétrique des deux côtés de la petite masse épiploïque, il en résulte que cette cavité, constituée par le sac d'une hernie ancienne, se trouve indépendante de la cavité abdominale.

En effet, non-seulement le péritoine, qui primitivement constituait seul le sac, s'est accolé par tous les points de sa face externe aux organes environnants, il s'est encore établi une adhérence entre sa surface interne et son contenu, l'épiploon; mais cette fois l'adhérence n'est plus totale; elle s'est faite suivant une ligne circulaire, oblique de haut en bas et d'arrière en avant; et cette adhérence circulaire a transformé les deux tiers inférieurs du sac herniaire en une véritable cavité close.

L'écartement des lèvres de la boutonnière supérieure donne accès dans une autre cavité plus petite, mais vide. Celle-ci est constituée en avant et latéralement par le sac, en arrière par le cordon épiploïque aplati que nous avons vu plus haut s'engager à travers l'orifice supérieur du canal crural (ce cordon épiploïque est en quelque sorte le pédicule de la masse épiploïque qui renferme la première loge). Cette seconde cavité communique avec l'abdomen; il est facile de s'en assurer avec le stylet. Le doigt, introduit dans cette cavité, on se sent aussitôt arrêté par un obstacle circulaire qui donne une sensation analogue à celle que l'on percevait en explorant le canal crural. Cet obstacle, très-résistant, est formé par un épaississement considérable du péritoine, épaississement qui constitue le collet du sac et qui correspond à cette lacune signalée à l'exploration de l'orifice supérieur du canal crural à cet anneau d'apparence fibreuse que j'ai décrit comme faisant partie intégrante du sac à sa partie supérieure.

C'est dans cette seconde cavité que l'anse intestinale a pénétré, et elle s'est étranglée entre l'arc antérieur du collet du sac en avant et en arrière la face antérieure du cordon épiploïque.

Avec toutes ces données anatomo-pathologiques, on peut maintenant reconstituer l'histoire de ce malade.

Ce vieillard était atteint, depuis un certain nombre d'années, dix, vingt peut-être, de deux hernies épiploïques : l'une inguinale, l'autre crurale. La première resta inoffensive, mais la seconde, en se prêtant à un étranglement intestinal, devint mortelle. Le cordon épiploïque, qui primitivement occupait sans doute complétement le collet du sac, s'est aplati sur le ligament de Cooper par les pressions réitérées de l'intestin, et cet aplatissement eut pour effet, à la longue, de permettre à une anse intestinale de s'insinuer entre l'épiploon aplati et le collet de l'ancien sac herniaire, et c'est là que l'étranglement se produisit.

Quoi qu'il en soit de cette hypothèse, ce cas de hernie crurale offre cette particularité remarquable, savoir : que *l'anneau crural, le ligament de Gimbernat et le fascia crebriformis n'ont pris aucune part au mécanisme de l'étranglement. L'étranglement s'est produit par le collet du sac.*

NOTE

SUR LA PATHOGÉNIE DE LA STÉATOSE VISCÉRALE DANS L'INTOXICATION PHOSPHORÉE

Par MM. J. Parrot et L. Dusart.

Dans le cours d'expériences sur l'infiltration graisseuse des éléments actifs des viscères, tant à l'état physiologique que dans les maladies, nous avons été amenés à étudier l'action du phosphore sur la production de ce phénomène. Les résultats auxquels nous sommes arrivés et les conséquences pathogéniques qui en découlent s'éloignent tellement des idées émises par les expérimentateurs qui ont étudié le plus récemment cette question, que nous demandons à l'Académie la permission de lui présenter une analyse succincte de cette partie de notre travail.

Les propriétés chimiques du phosphore, sa puissante affinité pour l'oxygène ont naturellement servi de point de départ, lorsqu'on a cherché à interpréter son action sur l'économie animale. C'est ainsi qu'on l'a accusé tour à tour d'enlever leur oxygène aux globules du sang, de détruire chimiquement certains tissus, enfin d'altérer les liquides les plus essentiels de l'économie par un produit de son oxydation, l'acide phosphorique.

Nous rejetons ces diverses explications, parce qu'elles sont en désaccord avec ce que nous ont appris nos expériences. Celles-ci montrent, en effet, que la dose toxique de phosphore peut être réduite à une quantité si faible, qu'il est impossible d'attribuer les troubles considérables subis par l'organisme à la soustraction de l'oxygène des globules ou à la genèse d'une certaine quantité d'acide phosphorique.

Le fait suivant, pris entre beaucoup d'autres, ne laisse aucun doute à cet égard. Un lapin du poids de 2 kil. 500, reçoit, le 19 novembre 1868, à trois heures, une pilule contenant 0 *gr.* 015 de phosphore, préalablement dissous dans du sulfure de carbone, et aggloméré par une poudre inerte. Le 20, il prend peu de nourriture et reste immobile, sans que sa température soit modifiée. Le 21, il ne mange plus. Le 22, il a sa température initiale et rend une petite quantité d'urines très-acides. Il meurt le 23, à huit heures du matin, ayant perdu 250 grammes. L'autopsie ne révèle aucune lésion viscérale.

En admettant que les 15 milligrammes de phosphore qui ont tué ce lapin se soient transformés en acide phosphorique, ils ont dû absorber 18 milligrammes d'oxygène, qui, en volume, représentent 12 centimètres cubes, quantité excessivement faible par rapport à celle que l'animal a absorbée pendant les vingt-neuf heures qu'il a survécu à l'ingestion du poison, et représentant environ celle qui est introduite pendant une minute par le jeu normal de la respiration. Ajoutons que l'acide phosphorique ainsi formé suffirait à peine à modifier sensiblement l'acidité du suc gastrique.

Pour se rendre compte de l'action toxique du phosphore, il faut distinguer le cas où la mort survient rapidement, de celui où l'empoisonnement se produit d'une manière lente.

Dans le premier, ce sont les troubles gastriques et respiratoires qui dominent. Les animaux ne digèrent pas les aliments ingérés, ou vomissent abondamment et succombent en proie à une dyspnée excessive. L'absence de toute lésion fait naturellement songer à l'intervention du nerf vague, et à une action puissante du poison sur les centres nerveux.

Lorsque la mort survient lentement, qu'il s'agisse de l'homme ou d'animaux mis en expérience, l'examen des viscères y révèle le plus souvent une infiltration graisseuse de leurs éléments actifs. Cette *stéatose* ne doit pas être confondue, comme on le fait généralement aujourd'hui, à tort, suivant nous, avec la *régression graisseuse*.

Le premier de ces deux termes, en effet, doit désigner l'état des organes dans lequel leurs éléments, en plus ou moins grand nombre, s'approprient, sous forme de granulations, la graisse que charrie le sang, et cela tout aussi bien à l'état physiologique que sous l'influence d'une maladie; tandis que la régression graisseuse est caractérisée par la tranformation sur place des tissus, transformation que l'on ne peut expliquer, dans l'état actuel de la science, que par une combustion incomplète des éléments qui les constituent. Il se fait là une véritable nécrobiose, un travail à évolution lente, dans lequel la presque totalité de la partie affectée disparaît, en ne laissant, comme expression dernière, qu'une faible quantité de matière grasse. Cette métamorphose est d'une nature identique à celle, qui a été invoquée par Fourcroy pour expliquer la formation du gras de cadavre qu'il observait au cimetière des Innocents.

Ceci posé, il est aisé de prouver que les lésions produites par le phosphore doivent être rapportées à la stéatose et non à la régression graisseuse. Et d'abord, la graisse apparaît parfois avec une rapidité telle, qu'il est impossible de l'attribuer à une oxydation moléculaire des tissus. De plus, et c'est là un point bien digne d'attention, ce travail régressif amoindrit considérablement la partie qui en est frappée, puisque 100 partie de muscle, par exemple, ne donnent que 4 ou 5 parties de matière grasse; or, les nécropsies humaines ou expérimentales apprennent que, dans l'immense majorité des cas, le foie, qui de tous les viscères est le plus fréquemment et le plus profondément atteint, présente un volume qui dépasse notablement la moyenne physiologique. Ses cellules, distendues par des gouttes huileuses, sont parfois déformées à ce point, qu'on ne distingue plus leurs parois. Et ce qui vient d'être dit du foie est également vrai pour les reins et le cœur lui-même. De nombreux examens nous ont appris, en effet, que les tubules dont l'épithélium est infiltré de graisse, et que les faisceaux primitifs granulo-graisseux sont plus volumineux que ceux qui sont restés sains.

Puisque, dans l'intoxication phosphorée, la graisse n'est pas produite sur place, d'où vient-elle?

Les aliments, dont la quantité est toujours considérablement amoindrie chez les intoxiqués, n'en introduisent qu'une quantité insignifiante, et qui reste au-dessous de la consommation qu'en fait l'organisme; elle est donc prise dans les réserves qui normalement existent sous la peau et autour de certains organes. Mais pourquoi quitte-t-elle son siége physiologique, pour aller se condenser dans certains viscères?

A cette question, on peut répondre : que ce qui règle la dépense d'un organe et l'apport des éléments combustibles qu'il reçoit, c'est la quantité de son travail, qui se traduit par une production de chaleur; que l'activité du foie est incontestable, comme le prouvent la multiplicité de ses fonctions et la température élevée du sang qui en émerge; que celle des reins et du cœur est tout aussi réelle; que, partant, ces viscères appellent à eux les éléments combustibles dont la dénutrition charge le sang; et comme la graisse est celui qui résiste le plus à l'oxydation, c'est elle que l'on trouve accumulée dans les viscères, lorsque la mort surprend l'organisme non encore épuisé. Mais si l'action du poison est suffisamment lente, on voit non-seulement disparaître la graisse physiologique, mais aussi celle qui est amassée dans les cellules du foie et des reins, et dans les faisceaux charnus du cœur.

Et ce n'est pas là une vue purement théorique : nous avons observé cette disparition complète de la graisse chez des cobayes ayant résisté plusieurs semaines à l'action du phosphore. De plus, chez les animaux naturellement maigres, et dont les aliments ne contiennent qu'une quantité insignifiante de graisse, le toxique ne détermine à aucune période la stéatose des viscères. C'est ainsi qu'après avoir déterminé, par des dosages successifs, que la graisse physiologique du foie, chez le lapin, animal naturellement maigre, est de 9 pour 100, nous avons constaté que ce même chiffre était fourni par l'analyse des foies de lapin qui avaient succombé à l'intoxication phosphorée.

Ainsi donc, le phosphore ne transforme pas les tissus en matière grasse; il ne fait pas la graisse; il détermine seulement le déplace-

---

heures qu'il vous fasse pitié. Il aura sa réponse quelque jour, combien qu'il ne la mérite pas. » — Au lieu d'une, il en eut deux; le Rabat-joie *de l'antimoine triomphant*, par Perreau, que je ne possède pas, et

3° Remarques *sur le livre de l'antimoine de M. Eusèbe Renaudot, docteur régent en la Faculté de médecine de Paris, par* Jean Merlet, *écuyer, docteur régent de la même Faculté et un de ses anciens doyens.* Paris, 1654, in-4°. Ce livre est dédié à *Messieurs les docteurs en médecine orthodoxes de la Faculté de Paris.* On trouve déjà dans cette dédicace la formule adoptée par nous : *Messieurs très-chers et très-honorés collègues.* Le titre des chapitre est curieux et montrera sur quel ton était montée la querelle entre les partisans et les ennemis de l'antimoine : I. *Des calomnies.* — II. *Des Mensonges.* — III. *Des vanités.* — IV. *Des flatteries.* — V. *Des gausseries.* — VI. *Des contradictions.* — VII. *Des pièces de gazette.* — VIII. *Des mélanges.* — IX. *Examen du codex et de l'antimoine en icelui.*

Un épisode vraiment drôle de cette *querelle antimoniale* est celui qui se rapporte à François Blondel. C'était un fort savant homme, mais entêté comme une mule, chicanier en diable, mauvais coucheur comme pas un. La Faculté l'avait nommé doyen en 1658, et il fut continué dans cette charge pour l'année 1659; il paraît cependant qu'il ne fut jamais qu'un fort médiocre professeur. Les banquettes de l'amphithéâtre étaient peu garnies, et il lui arriva souvent de parler devant un ou deux auditeurs ou même complétement dans le vide. Eloy rapporte déjà ce fait d'après Alain Amy ou Lamy (Eloy se trompe, c'est Guillaume Lamy qu'il veut dire). « Je vous assure, dit Lamy, que je l'ai vu se donner la peine de venir tous les jours de la porte Saint-Denis à nos écoles, pour un seul écolier, qui le quitta enfin.... » Je trouve le même fait méchamment relaté dans la *Deuxième défense de la Faculté*, par Jacques Thévard. L'ingrate Faculté voudrait qu'on réclamât les honoraires indûment touchés par Blondel, et voici comment s'exprime son avocat : — « Mais après cette renonciation, pourra-t-on dire que lesdits gages lui fussent légitimement dus, puisque d'ailleurs aussi la plupart du temps il n'avait point fait de leçons, ou par négligence ou faute d'écoliers... Et de fait, il pouvait dire lors comme cet Epicure : Ce m'est assez d'avoir un disciple qui me tienne lieu d'un grand nombre, ou de n'en avoir aucun. — Ou comme Stratonicus, lequel ayant les neuf muses peintes en un tableau avec Apollon dans son auditoire, et deux écoliers seulement, un de ses amis lui ayant demandé combien il avait de disciples, il dit qu'il en avait douze avec les dieux.... » On sait combien de fois cette comique histoire s'est renouvelée de nos jours au Collége de France, à la Bibliothèque Impériale et même... ailleurs. Nos modernes chroniqueurs, qui ne manquent pas de l'inventer une fois par an, et de l'enjoliver quelque peu, n'ont pas l'air de se douter qu'elle est même antérieure à notre Blondel.

Quoi qu'il en soit, ce dernier avait été un des plus acharnés contre l'antimoine, et, dans le livre dont nous venons de parler, Merlet cite un long discours de son orthodoxe confrère. Mais lorsque l'arrêt solennel de 1666 eut réhabilité l'antimoine, lorsque la plupart des vieux docteurs courbaient la tête, Blondel seul ne voulut pas se rendre. Il ne consentit jamais à ordonner ce poison maudit; bien plus, il refusa à la Faculté le droit de le placer dans son antidotaire et il lui intenta, pour cela, bel et bien un procès.

C'est un fait réellement comique que cette situation réciproque de la Faculté et de son ancien chef; celle-là ayant enfin ouvert les yeux au progrès, celui-ci resté fidèle à ses anciennes convictions, et s'appuyant justement sur les décrets et jugements rendus par elle autrefois. Ce qui n'est pas moins comique (malheureusement cela est triste aussi), c'est de voir comment se traitent les deux adversaires. Car l'affaire suivit toutes les juridictions; Blondel écrivit un factum contre la Faculté, celle-ci répondit par deux *défenses.* Blondel appelle ses confrères *ignorants, empiriques, charlatans, larrons, bouffons, chymiques, colporteurs, perfides, hérétiques, semeurs de nouveautés, faux témoins apostés, avortons, bâtards, faussaires, calomniateurs, prévaricateurs, homicides, empoisonneurs privilégiés, etc.* La Faculté, par la bouche de Thévard, lui répond à peu près sur le même ton, et nous croyons devoir rapporter tout au long le titre de la deuxième défense (nous ne possédons pas la première). Ce titre est tout une histoire de la grande querelle et comme un chant de triomphe, le voici : — Deuxième défense de la Faculté de médecine de Paris, *contre M*e *François* Blondel, *docteur régent en ladite Faculté* : dans laquelle il est prouvé et justifié par raisons, autorités et expériences, que l'émétique composé d'antimoine est un souverain remède pour la guérison de plusieurs maladies, et que ceux qui s'en servent ne sont point empiriques, hérétiques, ni empoisonneurs, *par M*e *Jacques* Thévard, *conseiller médecin du roi, docteur régent en ladite Faculté, ancien professeur.* — Suit une citation latine de saint Basile, contre les calomniateurs. — Paris, 1668, in-4°. — *Avec approbation de la Faculté.*

Je n'ai pas besoin d'ajouter que le vieux Blondel perdit tous ses procès devant toutes les juridictions, et que, ayant même refusé de payer l'amende, ses meubles furent vendus. — Mais l'antimoine était enfin triomphant, selon l'expression d'Eusèbe Renaudot, et Thévard put s'écrier dans un dystique alors célèbre :

Pocula qui stibii falsò dixere venena,
Nunc Rege incolumni, Regia jure vocent.

Puisque l'antimoine avait guéri le roi, il ne pouvait plus avoir tort, cela est de toute évidence.

ment de celle qu'il trouve dans l'organisme. Il détermine la stéatose viscérale, non par une action chimique, mais en vertu d'une propriété dont la nature nous est encore inconnue.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 10 mai 1870. — Présidence de M. Denonvilliers.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné pendant l'année 1869, dans les départements de Saône-et-Loire, d'Eure-et-Loir, de l'Allier. — 2° Le rapport final de M. le docteur Madin, médecin des épidémies de l'arrondissement de Verdun, sur une épidémie de variole qui a régné du 14 novembre 1869 au 15 mars 1870 dans la commune de Béthelainville (Meuse). (Comm. des épidémies.) — 3° Des rapports de MM. les docteurs Cazaintre, Perelli et Finaz sur le service médical des Eaux minérales de Rennes (Aude) pendant l'année 1869, de Pietrapolo (Corse) et de Charbonnières (Rhône). (Comm. des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° Un pli cacheté déposé par M. Levadour Gilbert, chirurgien dentiste. (Accepté.)

2° Une lettre de M. le docteur Danet, par laquelle il donne l'analyse des comptes rendus des médecins qui se sont adressés au vaccin de génisse de l'association médicale de vaccination. M. Danet signale en outre le fait suivant : Il y avait dernièrement dans la même garnison deux régiments logés dans la même caserne. Les hommes de l'un de ces régiments ont été vaccinés avec le plus grand soin, et n'ont point fourni un seul varioleux ; l'autre régiment, peu ou pas vacciné, a fourni un contingent considérable à l'épidémie.

3° Une note de M. le docteur Guilbert, secrétaire rapporteur de la commission de vaccine du 10e arrondissement, dans laquelle il rectifie des chiffres extraits par M. Lanoix du registre des vaccinations.

Sur 20 enfants vaccinés le 25 avril dernier à la mairie du 10e arrondissement, au moyen du vaccin de génisse, disait M. Lanoix, 20 enfants présentaient 6 pustules sur 6 piqûres. Voici le relevé exact des vaccinations pratiquées à cette mairie le 25 avril : 59 vaccinations ou revaccinations, dont 37 sur des enfants et 22 sur des adultes; sur ces 59 vaccinations, 25 succès sur 25 enfants, dont 18 présentaient 6 pustules ; 2, 5 ; 2, 4 ; 2, 3 ; 1, 7. (Comm. de vaccine.)

4° Une note sur les fièvres éruptives qui ont régné dans la garnison de Bordeaux, du mois de novembre 1869 au mois de mars 1870 inclusivement, par M. le docteur Larivière, médecin en chef de l'hôpital militaire de Bordeaux. (Comm. des épidémies.)

5° Un travail manuscrit ayant pour titre : *Étude sur la glande thyroïde*, par M. Da Sylva Amado. (Commiss. MM. Verneuil et Sappey.)

6° Un mémoire de M. le docteur Lunier, intitulé : *De l'isolement des aliénés, considéré comme moyen de traitement et comme mesure d'ordre public*. (Commiss. MM. Baillarger et Tardieu.)

7° Un travail de M. le docteur Vinci (de Catane [Italie]), sur la valeur de la lithotritie. (Commiss. MM. Ségalas, Legouest et A. Guérin.)

PRÉSENTATIONS

Les ouvrages suivants sont présentés à l'Académie :

Par M. Gosselin, au nom de M. le docteur Simon Duplay, le 3e fascicule du tome III° du *Traité élémentaire de pathologie externe*, par MM. Follin et Duplay,

Par M. Larrey : 1° au nom de M. le docteur Antonio Comissetti, une brochure en italien sur le service médical de l'armée d'Italie ;— 2° au nom de M. Cabasse, médecin-major de 1re classe, un fascicule intitulé : *Du traitement de l'entorse grave par le massage*.

Par M. Hérard, de la part de M. le docteur Villemin, médecin inspecteur adjoint des eaux de Vichy, un volume intitulé : *Des coliques hépatiques et de leur traitement par les eaux de Vichy*.

Par M. Broca, de la part de M. le docteur Hamy, un volume ayant pour titre : *Précis de paléontologie humaine*.

Sur l'invitation de M. le président, M. Marotte donne à l'Académie des nouvelles rassurantes sur la santé de M. Leblanc, assez gravement atteint par suite d'un accident de voiture.

M. le Président informe l'Académie qu'elle aura, dans quelques jours, conformément au règlement, à procéder à l'élection d'un trésorier, la durée des fonctions du trésorier actuel étant expirée.

Sur la proposition de M. Depaul, M. Gobley est réélu trésorier par acclamation.

M. Gobley adresse quelques mots de remerciment à l'Académie.

LECTURES

Théorie de la virulence. — M. Miahle, à l'occasion de la note lue dans la dernière séance par M. Béchamp, sur le rôle physiologique des microzymas, demande l'autorisation de faire connaître à l'Académie le contenu d'un pli cacheté déposé par lui et par M. Depaul, le 19 mai 1868, sous ce titre : « Théorie de la virulence. »

Voici un extrait de la note de MM. Miahle et Depaul.

« La virulence est, selon nous, le résultat sur l'économie d'un ferment ou *zymase* produit pendant l'évolution d'un ferment insoluble, ou, pour mieux dire, sécrété par lui.....

« Suivant M. Béchamp, une zymase ou ferment soluble est toujours le produit de l'activité physiologique d'une granulation moléculaire ou microzyma. Spontanément aucune matière albuminoïde ne devient une zymase ou n'acquiert la propriété d'une zymase ; partout où celles-ci apparaissent, on est sûr de trouver quelque chose d'organisé. Ainsi le ferment soluble ne se multiplie pas ; il suppose toujours un organisme producteur.....

« Le propre d'une zymase est d'opérer des métamorphoses, des synthèses ou des décompositions. La diastase est une zymase de métamorphose, lorsqu'elle transforme la fécule en dextrine. Elle est zymase de synthèse, lorsqu'elle détermine la fixation de l'eau sur la glycose. La pepsine n'est qu'une zymase de métamorphose, lorsqu'elle transforme les substances albuminoïdes en albuminose (Béchamp).

« Si maintenant nous faisons l'application de cette théorie chimico-physiologique à l'étude de l'infection vaccinale préservatrice de la variole, nous arriverons à cette conclusion : c'est que par l'inoculation du vaccin on introduit dans l'économie un ferment organisé et vivant, qui, en se développant par voie de germination ou de prolifération, donne lieu à des pustules qui constituent une affection purement locale, pustules dans lesquelles il reste emprisonné ; sauf le cas où elles entrent en véritable suppuration ; car alors ce ferment insoluble et organisé est entraîné dans le sang, comme cela arrive d'ordinaire au ferment de la variole ; différence qui explique pourquoi l'inoculation du sang des sujets ayant le vaccin n'a jamais donné de vaccine, tandis que le sang d'un varioleux donne la variole. Mais en outre de cette action locale, le ferment vaccinal donne lieu à la formation d'une zymase (vaccinozymase), agent fermentifère ou virulent, soluble, endosmotique, qui se répand dans l'organisme au fur et à mesure qu'elle est sécrétée, et produit l'infection *sui generis* dans laquelle réside l'action prophylactique de la vaccine ; c'est-à-dire que la zymase vaccinale fait subir une modification isomérique (comme c'est le propre de la plupart des zymases) aux éléments plastiques de l'économie, en tout semblable à la modification isomérique que la zymase de la variole (variolozymase) leur fait éprouver, modification qui, lorsqu'elle est complète, rend ces éléments organiques impropres à contracter la variole. Le ferment de la variole se comporte, en effet, comme celui de la vaccine, ainsi que M. Chauveau l'a démontré ; et si le premier exerce son action à distance, contrairement au second, c'est uniquement parce que l'énorme desquamation de la variole permet la diminution, par l'air, du ferment variolique, ce qui n'a pas lieu pour le ferment vaccinal.

« Un fait pratique important découle de cette théorie, c'est que, pour qu'on puisse compter sur l'action prophylactique du vaccin, il est indispensable que l'éruption vaccinale introduise dans l'économie une proportion suffisante de cette zymase préservatrice. »

Physiologie de l'intestin. — M. le docteur Armand Moreau lit une note intitulée : *Expériences physiologiques sur l'intestin.*

L'influence du système nerveux sur la production des liquides intestinaux, dit M. Moreau, est généralement admise. C'est par elle que l'on se rend compte d'une manière encore vague de l'apparition subite de certaines diarrhées. C'est cette influence que tendent à préciser les expériences de M. Moreau, dont voici les résultats :

Il a pratiqué ces expériences sur le chien et sur le lapin, il a obtenu sur ces deux espèces les mêmes résultats. Ces expériences ont été répétées avec le même succès en Allemagne par plusieurs savants. Voici comment il procède :

L'animal, à jeun, est fixé dans une gouttière, sur le dos et endormi ; une incision pratiquée sur la ligne blanche au niveau de l'ombilic permet d'introduire plusieurs doigts dans l'abdomen. L'opérateur écarte le grand épiploon, et amène une crise intestinale. Il fixe deux ligatures sur l'intestin, à une distance de 10 à 20 centimètres l'une de l'autre. A l'aide d'un stylet mousse, on isole tous les nerfs qui se portent à l'anse, et on les coupe, tout en prenant garde de blesser les veines ou les artères.

Pour mieux juger l'état de l'intestin dans la région énervée, on forme par des ligatures deux anses normales, l'une au-dessus, l'autre au-dessous, qui servent de témoins.

L'intestin est alors remis en place, et la paroi abdominale fermée par une suture.

Le lendemain, l'animal est sacrifié par la section du bulbe rachidien. L'abdomen ouvert, l'anse intestinale apparaît distendue par un liquide de nouvelle formation, que l'on recueille par une ponction faite avec un trocart.

Tandis que l'anse énervée est remplie de liquide, les deux anses voisines sont vides, la muqueuse en est collante au doigt et presque sèche, telle qu'elle est normalement dans un intestin à jeun, ce qui montre bien que le phénomène est exactement limité à la région dont les nerfs sont coupés.

Dans ses premières expériences, M. Moreau avait trouvé le liquide obtenu mêlé à une petite quantité de sang, qui était dû à une petite hémorrhagie locale, produite par les ligatures trop serrées. Depuis, les fils sont remplacés par de petits tubes en caoutchouc, qui compriment sans couper.

On voit, par ce qui précède, ajoute M. Moreau, que si l'on coupe les filets nerveux sympathiques qui accompagnent les vaisseaux de l'intestin, après avoir préalablement intercepté par deux ligatures l'anse à laquelle se distribuent ces vaisseaux, on obtient au bout de quelques heures une quantité considérable de liquide. L'anse intestinale sur laquelle on opère, qui a une longueur de 10 centimètres environ, et qui était vide au moment de l'opération, se distend dans tous les sens, et contient une quantité de liquide qui peut dépasser *deux cents* grammes.

Le liquide obtenu est clair, franchement alcalin, ayant peu d'odeur, incolore ou légèrement opalin, contenant une quantité de globules blancs qui est très-petite, dans les meilleures conditions, et qui augmente à mesure que l'animal s'éloigne de son état normal ou physiologique.

Chauffé, ce liquide ne se coagule pas, mais il laisse seulement se précipiter quelques légers flocons de matière organique.

L'action déterminée par la section des nerfs, dit en terminant M. Moreau, se produira sous d'autres influences avec une intensité variable, et si on considère que ces influences agissent, non pas seulement sur les nerfs qui s'épanouissent dans une longueur de quelques centimètres, mais sur les nerfs de tout l'intestin, on comprend qu'à un moment donné les diarrhées les plus abondantes peuvent survenir en raison d'une modification des nerfs toute semblable à celle qui détermine l'opération ci-dessus décrite.

(Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Sappey, Béclard et Colin.)

RAPPORTS

M. Bergeron, au nom d'une commission, lit un rapport officiel sur le vinage des vins.

La séance est levée à cinq heures.

VI

Dans quelle galère me suis-je embarqué, chers lecteurs, et vous ai-je embarqués avec moi! Ah! si je pouvais m'en aller! Vous êtes plus heureux que moi, mais n'usez pas, je vous prie, de votre liberté. Et quand je songe que tout notre mal vient seulement d'un malheureux nom propre qu'un confrère a refusé de me faire connaître quand cela lui était si facile! Métier de malheur!... Mais si je recommence à battre les buissons, je n'aurai par fini à Noël. — Je vais donc au plus vite enjambant le chapitre du quinquina, de la circulation du sang, vous entretenir (et vous conviendrez que je ne peux faire autrement) de la grande querelle entre les médecins, les chirurgiens et les barbiers. On parle de la guerre de Troie, parce qu'elle dura dix ans... Quelle misère! La querelle dont nous parlons a duré deux siècles tout au moins. Ah! nos ancêtres faisaient bien les choses! Un siècle pour l'antimoine; deux pour les chirurgiens! Oui, mais voilà; *les hommes meurent, mais les compagnies ne meurent point*, comme dit Guy Patin. On s'en aperçoit bien tous les jours; seulement il y a compagnies et compagnies.

Cette grande affaire des médecins, des chirurgiens et des barbiers, qui remplit tout le 17e et le 18e siècles, pourrait se diviser et se subdiviser à l'infini : il y a la querelle et les procès des médecins et des chirurgiens; la querelle des médecins et des barbiers; la querelle des chirurgiens et des barbiers; la querelle des barbiers contre les barbiers; les étuvistes trouveraient encore ici leur place, etc., etc. Au fond, c'est toujours la guerre entre saint Côme et saint Luc. Il ne m'est pas absolument démontré que les deux habitants du ciel aient fait une paix bien franche et définitive, mais tant qu'ils ne fassent que se battre là-haut!...

Ici-bas, leur querelle fut souvent scandaleuse, quelquefois risible, toujours amusante, et, comme les sujets dont nous avons parlé jusqu'à présent, elle nous fait connaître la Faculté et les médecins de l'époque; mais pour cela, il faut la lire dans les pièces originales. Ni l'ouvrage de M. Raynaud, ni quelques autres monographies, ni mes feuilletons publiés ici même, en 1863, n'en sauraient donner une idée. Toutefois, il ne me paraît guère commode de réunir une collection complète de toutes les pièces originales. Dans son *Histoire de l'anatomie*, Portal en a dressé un catalogue qui contient un peu plus de 300 numéros : traités, mémoires, édits, jugements, etc., et il n'est pas complet.

Il nous semble impossible aujourd'hui, nous le répétons, de former une collection complète; voilà déjà plusieurs années que j'y travaille pour mon compte, et je n'ai guère réuni qu'une centaine de pièces, les unes extrêmement précieuses, les autres sans grande valeur.

Le *Recueil factice de Puylon* en contient une très-importante : *c'est le contrat passé entre les docteurs régents de la Faculté de médecine de Paris et les maistres barbiers-chirurgiens de ladite ville*, en 1505, en 1577, et en 1644 et dans lequel la dite faculté, je vous prie de le croire, se fait la bonne part. — *L'Éloge historique* de Hazon ne nous apprend pas grand'chose sur la question; l'ouvrage de Quesnay est plus important et plus complet, mais encore ne fournit-il que fort peu de renseignements. Si je m'en étais donc tenu aux premiers livres que je m'étais procurés, le lecteur voit tout de suite qu'il m'eût été impossible d'éclaircir ce point, et que force m'a bien été, si je voulais parler en connaissance de cause, de courir après les documents originaux et de me faire bibliomane, bien malgré moi : car, je ne saurais trop le répéter, on glisse sur cette pente sans qu'aucune force humaine puisse vous retenir; la faux de la mort tranche seule, et tout à la fois, l'homme et sa noble passion. Je dis noble, dites folle si vous aimez mieux, et soyez bien assurés que je ne vous chercherai pas querelle pour si peu.

Quant à moi, je n'ai pas fait trop mauvaise récolte, et je vous demande très-humblement la permission de citer quelques pièces... Tout compte fait cependant, il me semble qu'il vaut mieux ne pas entreprendre cette exhibition de mes trésors, beaucoup plus prétentieuse qu'instructive. Si je voulais analyser ces pièces, il me faudrait un volume tout au moins, et une sèche nomenclature n'offrirait aucun intérêt. Le lecteur aura plus tôt fait de consulter le sixième volume de l'*Histoire de l'anatomie*, et si, par hasard, il lui tombe sous la main quelque pièce rare dont il n'ait que faire, je lui permets de me l'adresser. Qu'il ne craigne pas de me créer des doubles, les collectionneurs ne les redoutent pas, car sur deux exemplaires, il y en a toujours un qui est préférable à l'autre; et ce n'est pas un mince bonheur que de pouvoir choisir entre deux pièces rares. C'est un bonheur en tout comparable à celui du gourmet qui se demande : Boirai-je à mon diner du château-laroze ou du clos-vougeot ? Tenez compte de ma requête, ami lecteur, et n'oubliez pas que si j'adore le clos-vougeot, je ne déteste pas le château-laroze ; à cette condition, je consens à vous faire grâce de tout ce que j'ai collectionné sur les apothicaires; je vous renvoie purement et simplement à mes *Facultés de Province avant la Révolution*. Vous n'y trouverez pas grand'chose, mais qui, mieux que les médecins, sait que la plus belle fille du monde ne peut donner que ce qu'elle a.

Dr H. Montanier.

CORRESPONDANCE

Question de la vaccine.

Monsieur et très-honoré confrère,

Je m'empresse de vous envoyer mon adhésion la plus entière au projet que vous avez formé, conjointement avec M. Marchal (de Calvi), de réunir tous les médecins de Paris en un congrès, dans lequel seront étudiées toutes les questions afférentes à la vaccine.

Je crois que tous ceux de nos confrères de province que leurs affaires appelleraient à Paris pendant ces débats devraient être invités à y prendre part, et je regrette que cette excellente idée ne vous soit pas venue au moment où un grand nombre d'entre eux se trouvaient ici pour l'assemblée générale de l'Association des médecins de France.

Il faut enfin que la lumière se fasse, et elle devra nécessairement briller du plus grand éclat au sein d'une assemblée dans laquelle chacun aura le droit de prendre la parole, tant pour exposer ses idées que pour les défendre.

Veuillez agréer, je vous prie, très-honoré confrère, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

T. Gallard.

10 mai 1870.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours du bureau central. — Les huit candidats admissibles au concours du bureau central ont obtenu, sur la composition écrite de la péritonite chronique, les points suivants :

MM. Beaumetz, 27; Cornil, 27 ; Lecorché, 26; Leven, 25; Chalvet, 25; Ball, 24; Dubrisay, 24 ; Gingeot, 21.

Si l'on additionne ces points à ceux déjà obtenus dans les épreuves précédentes, on obtient le classement suivant :

MM. Cornil, 80 1/2 ; Chalvet, 80 ; Lecorché, 79 ; Beaumetz, 78 ; Leven, 77; Ball, 75 ; Dubrisay, 75, et Gingeot, 74.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Besson, décédé à Paris, le 9 mai, à l'âge de 55 ans.

— M. le docteur E. Guibout, médecin de l'hôpital Saint-Louis, reprendra ses conférences cliniques sur les maladies de la peau, à l'hôpital Saint-Louis, le lundi 16 mai 1870, à 8 heures et demie du matin, et les continuera les lundis suivants à la même heure.

— L'établissement d'hydrothérapie d'Auxerre est à vendre, par suite de la mort du docteur Fontaine, directeur de cet établissement. S'adresser à Mme veuve Fontaine, à Auxerre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Du vaginisme, par le docteur Visca, ancien interne des hôpitaux de Paris, 1 vol. in-8. — Prix : 2 fr.

Le charbon ou fermentation bactéridienne chez l'homme, par le docteur Brébant, in-8. — Prix : 2 fr.

Guide des mères et des nourrices, par le docteur Anner, 1 vol. in-12. — Prix : 2 fr. (Ouvrage couronné par la Société protectrice de l'enfance de Paris).

Des moyens pratiques d'obvier à la mortalité des enfants nouveau-nés, par le docteur Chalvet, in-8. — Prix : 1 fr.

Suppléments au Traité complet de l'anatomie de l'homme et de la médecine opératoire. — Texte de M. le professeur Duchaussoy, planches dessinées par M. Pochet, sous la direction de M. Duchaussoy.

Ces suppléments formeront environ 25 à 30 livraisons. Chaque livraison, avec planche noire, prix 2 fr. 50; avec planches coloriées, prix 5 francs (22 livraisons sont en vente).

Les suppléments s'appliquent surtout à la médecine opératoire. Pas un progrès dans les opérations chirurgicales ne sera omis.

Perfectionnements récents des lieux d'aisance. Rapport fait au conseil d'hygiène et de salubrité publiques sur l'état actuel des lieux d'aisance de l'Hôtel-Dieu de Reims, et sur les améliorations à y introduire, par le docteur Decès, chirurgien en chef honoraire de l'Hôtel-Dieu de Reims, etc. Brochure in-8° de 52 pages, accompagnée de 2 planches hors texte. — Prix : 2 fr. 50.

Recueil de questions posées aux 5 examens de médecine et aux accouchements. 1 fr. 50 le volume. — Chez A. Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Essai sur quelques tumeurs pulsatiles de l'orbite par dilatation veineuse, par M. le docteur Dumée (A.). 1 vol. in-8°. Prix : 2 fr. 50.

Traité des maladies de la peau, par M. Hébra, traduit par M. Doyon. Cinquième fascicule grand in-8°. — 2 fr.

Traité de physiologie, appliqué à la médecine et à la physiologie, par M. Liégeois. — Les *Mouvements*, 1 vol. grand in-8°, avec 68 figures dans le texte, formant la 2e partie du tome 1 de l'ouvrage. — 3 fr.

La 1re partie (la *Génération*) est vendue 6 fr. 50.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 56. — SAMEDI 14 MAI 1870. 43e ANNÉE SAMEDI 14 MAI 1870. — N° 56.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois... 8 fr. 50 c. Six mois... 16 — Un an... 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Variole. — De la mortalité par variole à Bordeaux.

M. le docteur Marmisse, de Bordeaux, nous transmet les renseignements suivants sur la marche de l'épidémie de variole dans cette ville.

« Depuis le milieu de décembre, nous écrit notre confrère, une épidémie variolique sévit sur la population bordelaise, et se distingue par une gravité exceptionnelle.

Le grand hôpital Saint-André renferme en ce moment plus de 100 varioleux, et l'administration des hospices s'occupe d'installer hors ville une succursale pour cette catégorie de malades.

Nous ne croyons pas être au-dessous de la vérité en disant que, depuis le commencement de janvier, le nombre des décès par variole a dépassé 150. Actuellement le fléau paraît marcher vers la recrudescence, et multiplier ses foyers dans divers quartiers de la ville.

Cet état de choses nous suggère l'idée de donner une petite statistique mortuaire par variole dans notre ville, au moyen de documents officiels qui sont en nos mains. Ils ne comprennent, il est vrai, que la période 1861-66; mais ils n'en ont pas moins une certaine valeur scientifique.

Années 1861......	12	décès varioliques.
— 1862......	8	—
— 1863......	69	—
— 1864......	88	—
— 1865......	55	—
— 1866......	12	—
	317	décès varioliques.

Voici la distribution mensuelle :

Janvier, 25 ; février, 17 ; mars, 17 ; avril, 13 ; mai, 23 ; juin, 17 ; juillet, 12 ; août, 40 ; septembre, 38 ; octobre, 34 ; novembre, 41 ; décembre, 40. — Total : 317.

On voit que jusqu'à présent les trois premiers mois de l'année ont été toujours les plus favorisés, mais que l'épidémie actuelle oublie sa clémence ordinaire.

La distribution par âge et par sexe présente son intérêt.

	Décès.	Masculin.	Féminin.
Dans le premier mois....	13	8	5
Du 1er au 6e mois......	13	6	7
Du 6e au 12e mois......	14	4	10
De 1 à 2 ans.........	21	8	13
De 3 à 4 ans.........	15	8	7
De 4 à 5 ans.........	15	10	5
De 5 à 10 ans........	24	15	9
De 10 à 15 ans........	7	5	2
De 15 à 20 ans........	18	9	9
De 20 à 25 ans........	44	29	15
De 25 à 30 ans........	31	20	11
De 30 à 35 ans........	28	14	14
De 35 à 40 ans........	23	12	11
De 40 à 45 ans........	10	7	3
De 45 à 50 ans........	5	3	2
De 50 à 55 ans........	6	4	2
De 55 à 60 ans........	6	4	2

1 décès masculin à 65 ans.
1 décès féminin à 80 ans.
1 décès masculin à 82 ans.

Nos 317 bulletins signalent 19 individus vaccinés, dont un était âgé de 8 ans.

4 femmes étaient dans l'état puerpéral.

Le grand hôpital Saint-André a fourni seul 80 décès ; l'hospice des Enfants-Assistés, 11, et l'hôpital militaire, 4 ; ainsi, pour les établissements hospitaliers, 97 décès. »

Il serait vivement à désirer qu'un travail semblable à celui que nous venons d'exposer fût fait pour les années qui suivent. Il pourrait en ressortir des renseignements utiles pour l'histoire de la variole.

Études cliniques sur la nicotine et le tabac.

M. le docteur A. Blatin a fait une très-intéressante étude physiologico-clinique (ces deux termes deviennent inséparables dans le langage de la nouvelle école) sur la nicotine et le tabac. On sait tout ce qui a été dit et écrit sur ou contre l'usage du tabac : beaucoup de vérités sans doute fondées sur une observation très-générale, mais mêlées aussi probablement à beaucoup d'erreurs ou d'inexactitudes, faute d'y avoir regardé d'assez près. Chercher à établir d'abord sur des expériences, comme on l'avait fait jusqu'à présent en toxicologie et comme il convient également de le faire maintenant en thérapeutique, l'action physiologique sur l'organisme du tabac et de ses divers principes, et rapprocher ensuite les résultats de cette première étude, des faits que peut révéler journellement l'observation clinique, pour en déduire l'interprétation exacte de ces derniers, tel a été le plan qu'a adopté M. A. Blatin, suivant en cela les préceptes de son maître M. le professeur Sée.

Nous allons présenter ici les principaux résultats auxquels M. Blatin a été conduit par cette étude en partie double.

Les recherches expérimentales, se résument dans les résultats suivants :

D'une façon générale la nicotine excite à petite dose la moelle et les nerfs tandis que à forte dose elle détruit leur excitabilité.

La nicotine agit en particulier sur la moelle allongée et les diverses branches qui en émanent, principalement sur les nerfs vagues. C'est ainsi que stimulant ou paralysant, suivant les doses, les nerfs régulateurs du cœur et des vaisseaux, elle influence les contractions des parois de ces organes qu'elle enlève ou qu'elle abandonne au pouvoir de leurs automoteurs.

Elle domine de même la fonction respiratoire, l'activant ou la diminuant suivant qu'elle est absorbée à une dose capable d'exciter ou de paralyser les bronches pulmonaires du pneumogastrique et le faisceau intermédiaire du bulbe.

Atteignant de la même manière les branches gastriques des nerfs vagues et le nerf grand splanchnique, ainsi du reste que tous les nerfs qui émergent de la moelle, son action se poursuit, d'une façon analogue, sur l'estomac, la masse intestinale, et les autres viscères.

Elle excite d'abord, pour le paralyser ensuite, le nerf de la troisième paire et ainsi, après avoir fait contracter l'iris, provoque son relâchement et la mydriase qui en est la conséquence.

Enfin par son action sur le calibre des vaisseaux et sur la tension artérielle, elle diminue d'une manière considérable toutes les sécrétions en augmentant au contraire l'excrétion urinaire.

De toutes ces propriétés, il résulte que la nicotine trouve sa place, dans la classification de M. le professeur Sée, entre les poisons vasculaires, comme le bromure de potassium et les poisons cardiaques, comme la digitale. Elle vient, à côté de la belladone, se mettre dans la classe des poisons qui agissent, en même temps, sur le cœur et les vaisseaux, ou poisons vasculo-cardiaques.

Les phénomènes morbides qui se développent sous l'influence de l'abus et même de l'usage du tabac concordent-ils avec les résultats de l'expérimentation ? C'est là le point important qu'il s'agissait d'éclairer par des recherches cliniques.

L'intoxication par le tabac, d'après M. Blatin, peut être aiguë ou chronique. Dans l'état aigu, elle présente des degrés divers, suivant les doses de poison absorbées, depuis les troubles les plus légers jusqu'à des accidents mortels. Dans l'état chronique, au contraire, l'intoxication se fait peu à peu, à petites doses ; elle peut durer longtemps sans produire de phénomènes appréciables.

L'empoisonnement ou nicotisme aigu se manifeste en général par un ensemble de phénomènes qui a été décrit par Boërhaave en termes aussi concis qu'exacts, et qui peut se résumer ainsi : état vertigineux accompagné d'hyperémie salivaire, de nausées et de vomissements, avec céphalalgie intense et tintements d'oreille, suivi d'une sorte d'état d'ivresse et souvent même de défaillance. On peut compléter cette esquisse par quelques-uns des traits qui ont été consignés dans les observations relatées dans le travail de M. Blatin, tels que la diminution d'énergie et la perturbation des battements du cœur qui deviennent souvent intermittents et irréguliers, le ralentissement de la respiration,

---

FEUILLETON BIBLIOGRAPHIQUE

I. **Manuel de conchyliologie ou Histoire naturelle des mollusques vivants et fossiles**, par le Dr S. P. WOODWARD, A. S., ancien aide paléontologiste au British museum, augmenté d'un Appendice, par RALPH TATE, A., L. S., F. G. S. traduit de l'anglais sur la 3e édition, par Aloïs HUMBERT (1). — II. **Histoire des plantes**, par H. BAILLON, professeur d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Paris (2). — III. **Cryptogamie illustrée**, *famille des champignons*, par Casimir ROUMEGUÈRE (3). — IV. **Musci Galliae**, herbier des mousses de France, par M. T. HUSNOT (4).

I

Depuis le savant ouvrage de Blainville, qui — malgré sa date — est resté comme un chef-d'œuvre et un guide précieux pour celui qui veut se livrer à l'étude des coquilles, il n'avait été publié en France que des ouvrages de grand prix ou des livres insuffisants.

Quel que soit le mérite du manuel de Blainville, la science a marché depuis lui, et nous étions contraints d'aller demander à l'étranger un manuel représentant l'état actuel de la science. C'est l'Angleterre qui nous a fourni ce livre, et nous devons remercier M. Aloïs Humbert de s'être fait le traducteur de l'ouvrage si justement estimé du docteur Woodward.

Nous voici donc en possession d'un excellent ouvrage. Son éloge est facile à faire quand on saura que MM. les professeurs Deshayes, Gervais, Gratiolet le recommandaient à tous ceux de leurs élèves qui lisaient l'anglais.

Ce manuel a été l'objet des préoccupations constantes de l'auteur pendant six ans, et a occasionné une dépense considérable de travail et d'argent.

Dans les questions de classification et de nomenclature, Woodward a suivi la méthode de E. Forbes qui a été sanctionnée par la plus haute autorité scientifique de l'Angleterre, le professeur Owen; c'est le plan sur lequel ont été dressés ses catalogues du musée Hunthérien. Il a été adopté aussi par le docteur E. Balfour, dans le musée de Madras, par le professeur Henslow, dans son rapport à l'Association britannique sur la formation des collections typiques, et par le professeur Morris.

L'auteur a évité d'introduire dans ce manuel des vues personnelles et particulières, en s'attachant seulement à ce qui est solidement établi et sanctionné par les meilleurs maîtres.

Dans le but de faciliter les citations et de satisfaire les besoins les plus généraux, l'on a réduit autant que possible le nombre des grands groupes et des genres de coquilles, et ceux qui n'ont qu'une importance secondaire ou qui sont moins bien définis ont été indiqués comme sous-genres. Un grand nombre de noms faisant double emploi et inutiles ont été seulement cités, comme l'on peut s'en assurer en jetant un coup d'œil sur la table alphabétique où ils sont imprimés en italiques. L'auteur est d'accord avec l'habile botaniste sir J. E. Smith, pour désirer que la classification ne soit pas encombrée de noms de ce genre; mais ils ont été admis ici par respect pour l'usage et pour l'opinion générale.

Les figures sur bois intercalées dans le texte ont été gravées principalement par miss A. N. Waterhouse, d'après les dessins originaux de l'auteur ; elles ont le mérite de représenter exactement ce que l'on désirait rendre.

Les gravures de M. Lowry se recommandent elles-mêmes ; un grand nombre de figures ont été faites d'après des échantillons de sa collection, et l'on peut juger de l'intérêt qu'il a pris à cet ouvrage, d'après le soin avec lequel les caractères essentiels des coquilles ont été rendus.

II

M. le professeur Baillon continue courageusement le grand ouvrage qu'il a entrepris sous le titre d'*Histoire des Plantes*. Nous avons à l'apparition de chaque monographie analysé ces intéressantes études; aujourd'hui, avec la monographie des *Rosacées*, se termine le 1er volume de l'œuvre.

Le groupe des Rosacées est assez naturel pour que d'abord il ait été presque bien limité. Après les divers travaux qui s'étendent de B. de Jussieu jusqu'à nos jours, on peut porter le nombre des genres à 66, dont 21 sont de création contemporaine ou peu s'en faut.

Ces 66 genres donnent de neuf cents à mille espèces ; mais encore ici ne peut-on leur reconnaître des caractères communs et absolus. « Les *Rosacées* — à de nombreuses exceptions près — peuvent être considérées comme des Renonculacées pérygynes, à feuilles pourvues de stipules, à embryon dépourvu d'albumen. »

(1) Petit in-8 cartonné en toile anglaise, 670 pages et 23 pages contenant 579 figures et 297 gravures dans le texte. — Prix : 14 fr.
(2) Tome Ier ; in-4 avec 503 figures. — Prix : 25 fr.
(3) Grand in-4 contenant 1700 figures. — Prix : 30 fr.
(4) 1er fascicule (nos 1-50). — Prix : 8 fr. 60.

la sensation de douleur brûlante à la région épigastrique, accompagné d'un sentiment pénible de constriction et parfois de douleurs intolérables à chaque mouvement de respiration, enfin des coliques aiguës parcourant toute la longueur de l'intestin, suivies de selles séreuses fétides, une abondante sécrétion urinaire, des sueurs profuses et une prostration allant parfois jusqu'au relâchement du sphincter et à la résolution de tout le système musculaire.

On va voir maintenant qu'en rapprochant quelques-uns de ces phénomènes des effets de l'expérimentation constatés dans la première partie de ce travail, on jettera une lumière assez vive sur leur interprétation physiologique.

On voit d'abord le tabac agissant localement comme corps irritant sur la muqueuse buccale ou les fosses nasales et excitant l'hypersécrétion glandulaire, parfois même déterminant une véritable inflammation des gencives, de la bouche et du gosier.

L'expérimentation a montré que la nicotine faisait contracter les muscles des vaisseaux. C'est sous cette influence que naissent les tremblements et le vertige, le courant sanguin ne pénétrant plus que difficilement dans la masse musculaire, et les fibrilles se contractant irrégulièrement.

L'expérimentation permet également d'expliquer le tournoiement qui, chez quelques sujets, ne reste pas seulement à l'état de sensation et provoque fréquemment la chute. On sait que la section, ou ce qui est équivalent, la paralysie des canaux demi-circulaires du nerf auditif, des pédoncules cérébraux et cérébelleux, donne lieu au tournoiement ou à la sensation giratoire. Or, c'est précisément, sinon la paralysie complète, du moins l'assoupissement fonctionnel de ces organes, qui, sous l'influence de la contraction des vaisseaux et de l'arrêt du cours du sang, se présente dans l'intoxication nicotique. Et si l'on tient compte de ce fait que tous les muscles des vaisseaux ne peuvent se contracter en même temps qu'ils subissent l'action toxique à des degrés divers, et que, par conséquent, la circulation n'est pas également troublée dans toutes les parties du cerveau, on comprend ces alternatives de tournoiement, tantôt à droite, tantôt à gauche, ou ces oscillations en avant ou en arrière que l'on observe chez les gens atteints de vertige.

L'état du cœur et de la respiration, dans l'intoxication aiguë par le tabac, est tout à fait semblable à ce que produisent les expériences sur les animaux. Ce sont toujours les mêmes signes de paralysie du pneumogastrique : intermittence et battements désordonnés du cœur, gêne extrême et ralentissement de la respiration. Il y faut ajouter un phénomène subjectif difficile à apprécier chez les animaux, un sentiment douloureux, quelquefois intolérable, de constriction, d'insurmontable étreinte autour de la poitrine, et souffrances souvent atroces provoquées par le moindre effort d'inspiration.

C'est aussi de l'action du poison sur le pneumogastrique que dépendent les vomissements qui ont lieu en pareil cas.

Quant aux coliques, elles ne se font sentir que lorsque déjà l'empoisonnement a duré un certain temps. Souvent, alors, elles sont intenses et règnent sur toute la longueur de l'intestin.

L'abondante augmentation de la sécrétion urinaire et les sueurs profuses, ne sont que des phénomènes secondaires dans l'intoxication par le tabac. Elles proviennent de l'augmentation de la pression artérielle.

Enfin, la dilatation de la pupille est la conséquence de la paralysie du moteur oculaire commun. Cette dilatation succède toujours à une période de contraction exagérée, période qui peut être très-fugace.

Dans l'intoxication chronique par le tabac, les organes atteints sont les mêmes que dans l'empoisonnement aigu; ce sont les mêmes tissus qui sont le siége électif de l'action de la nicotine. Seulement son action est de courte durée ou elle est incessante, suivant que la nicotine a pénétré dans l'organisme ou qu'elle s'y est insinuée peu à peu, et les effets produits diffèrent en raison de cette dissemblance d'action.

En général, les effets du tabac varient suivant les quantités consommées et suivant les conditions pathologiques ou idiosyncrasiques des individus. Mais à part ces quelques considérations générales, tout le reste est du domaine de l'observation et de l'analyse pathologique. Il faudrait, pour suivre l'auteur, entrer dans une série de faits particuliers, très-intéressants pour la plupart, mais dont un exposé même sommaire nous entraînerait trop loin en ce moment. Nous recommandons particulièrement la lecture de cette partie du travail de M. Blatin à nos confrères, fumeurs ou non.

Épistaxis rebelle. — Insuccès des moyens astringents usuels et du tamponnement. Succès des injections du perchlorure de fer.

L'épistaxis, lorsqu'elle ne tient à aucune lésion matérielle, est en général facile à arrêter; mais lorsqu'elle dépend d'une affection organique ou de quelque altération du sang, il n'en est plus de même. Les moyens généralement employés, tels que les compresses glacées, la ligature des membres, les astringents à l'intérieur, perchlorure de fer, ratanhia, etc., échouent le plus souvent, et l'on est obligé d'en venir au tamponnement si douloureux pour les malades et qui ne réussit pas toujours.

Voici un nouvel exemple de l'insuccès du tamponnement que nous communique M. le docteur Créquy :

Dans le courant de septembre dernier, je fus appelé, à 11 heures du matin, près de la nommée V..., âgée de 43 ans, et prise d'hémorrhagie nasale depuis 2 heures du matin. Cette dame est très-pâle, ses gencives sont décolorées; elle a eu plusieurs syncopes. Son pouls est petit et fréquent; elle a perdu une quantité de sang qu'il est difficile d'apprécier, mais que je juge très-considérable d'après le linge et la literie qui en sont imprégnés.

On me raconte que cette dame a éprouvé des chagrins violents depuis trois mois, que ses forces ont beaucoup diminué, et que depuis une quinzaine de jours elle est sous l'influence d'une courbature qui l'a fait renoncer presque entièrement à ses occupations habituelles.

L'idée de fièvre typhoïde me vint d'abord à l'esprit, mais l'intégrité de l'intelligence et l'absence des autres signes de cette maladie me fit rejeter ce diagnostic; l'examen le plus attentif ne permit pas non plus de reconnaître aucune maladie organique.

L'hémorrhagie me parut devoir être attribuée à un appauvrissement du sang.

La malade fut immédiatemet placée sur son séant, la tête penchée en avant; des compresses d'eau glacée, renouvelées toutes les deux ou trois minutes furent appliquées sur le front, des ligatures furent placées à la racine des membres supérieurs et inférieurs, assez serrées pour déterminer de nombreuses pétéchies sur les bras et les jambes. La pauvreté du sang contribua sans doute pour beaucoup à l'apparition de ce phénomène qui, le lendemain, se produisit spontanément sur d'autres parties du corps en l'absence de toute compression. Le perchlorure de fer et le sirop de ratanhia furent administrés à l'intérieur à doses assez élevées. Ces moyens, qui jusqu'alors m'avaient toujours réussi, restèrent infructueux.

Je pratiquai alors le tamponnement à l'aide d'une sonde en gomme élastique. Afin de pouvoir serrer les tampons, je plaçai des chevillettes sur les tampons antérieurs en faisant un nœud pouvant se serrer à volonté; je parvins à arrêter le sang, mais, dans la nuit, il suinta par l'oreille; la trompe d'Eustache lui avait servi de conduit.

M. Demarquay, appelé près de la malade, me raconta que, dans un cas semblable, il avait vu le sang remonter par le canal nasal et sortir par les points lacrymaux. Ceci n'arriva pas chez notre malade, le suintement par l'oreille s'arrêta. Comme elle ne pouvait avaler, je lui introduisis des aliments, à l'aide d'une sonde œsophagienne, qui furent rendus par des vomissements. Je fus plus heureux en lui ingurgitant de la viande pilée délayée dans du bouillon et additionnée d'un gramme de pepsine; mais ce qui me parut surtout mieux réussir, fut le lait non bouilli, administré de la même manière.

Au bout de 48 heures, survint du gonflement de la face, des lèvres et des paupières, accompagné de larges ecchymoses. Une gangrène était imminente. Je me hâtai d'enlever le tamponnement; mais l'épistaxis reparut sans que je pusse songer aux moyens précédemment employés.

A l'aide d'une seringue à jet rétrograde, je fis une injection à la partie postérieure des fosses nasales avec la solution de perchlorure de fer.

J'obtins ainsi un tampon postérieur. Avec une seringue en verre, terminée en pomme d'arrosoir; j'agis de la même manière à l'orifice antérieur, et j'obtins un double tampon, qui avait sur les bourdonnets de charpie l'avantage de n'exercer aucune compression, et par conséquent de ne pas produire de gangrène.

L'usage d'une seringue à jet rétrograde me permit d'employer la solution de Pravaz en petite quantité sans craindre d'accidents vers l'estomac.

L'écoulement du sang s'arrêta en effet, et après un traitement d'environ un mois, la malade put reprendre ses occupations.

Pour éviter l'emploi de deux instruments, j'ai depuis fait fabriquer, par M. Mathieu, une seringue dont la canule, longue d'environ 10 centimètres, est fermée à son extrémité et munie, sur toute son étendue, de nombreux pertuis à jets rétrogrades. Avec une faible quantité de perchlorure de fer, on peut ainsi arroser toute la cavité des fosses nasales sans laisser couler ce liquide dans l'arrière gorge, ou du moins en trop faible quantité pour produire des accidents.

N'ayant pas eu depuis occasion de l'employer dans l'épistaxis, je ne sais quel résultat elle donnera ; mais, tout récemment, j'en ai fait usage avec un succès entier chez trois malades atteints d'hémorroïdes fluentes depuis plusieurs semaines, et amenant chez eux un état de faiblesse assez considérable.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. Fano.

Asthénopie par spasme d'un des muscles adducteurs.

Il est une variété d'asthénopie qu'on rencontre assez rarement dans la pratique, c'est celle qui est occasionnée par le spasme d'un des muscles de l'œil, notamment de l'adducteur, pendant la fixation binoculaire. Ceci exigeait au préalable quelques explications : lorsqu'un sujet fixe un objet ou une page imprimée avec les deux yeux, il dirige les deux axes optiques vers l'objet ou la page imprimée, et maintient les deux axes optiques en convergence pendant tout le temps qu'il fixe. Si l'un des axes optiques se dévie pendant la fixation binoculaire, la vision est troublée, parce que l'image de l'objet ne se forme plus sur des points identiques des rétines; il y a alors vision double des objets, et par conséquent trouble plus ou moins considérable de la vision. Dans la fixation binoculaire il faut, pour que les axes optiques se dirigent sur l'objet, que les muscles adducteurs se contractent à un degré égal ; si l'un d'eux se contracte plus que l'autre, les axes optiques s'entrecroisent, la vision est double et troublée. Or, il arrive chez quelques sujets, que pendant cette fixation binoculaire, l'un des muscles adducteurs se contracte plus que l'autre, au bout d'un certain temps d'exercice de la vision; l'œil

---

M. Baillon admet huit tribus ou séries :

Rosées. — Agrimoniées. — Fragariées. — Spireées. — Quillajées. — Pyrées. — Prunées. — Chrysobalanées.

Au point de vue médical, la propriété dominante des Rosacées est l'astringence. Cette famille donne la gomme *nostras*, qu'on n'emploie plus en médecine, et le mucilage abondant, provenant du tégument superficiel des semences ou pépins de coing.

Dans les Prunées, l'odeur est ordinairement celle de l'acide cyanhydrique ou de l'essence d'amandes amères. (Pêchers, abricotiers, pruniers et cerisiers, etc.).

Certaines rosacées sont dangereuses ou médicamenteuses. La racine de plusieurs sanguisorbes est amère, nauséeuse, émétique, et leur fruit constitue un poison stupéfiant. Le Rubus villosus, très-employé en Amérique comme astringent, est en même temps vomitif à haute dose. L'Agrimonia eupatoria peut être employé pour détruire les ascarides et les oxyures.

L'essence de roses, l'huile d'amandes douces, la chair comestible des poires, pommes, coings, nèfles, sorbes, cormes, prunes, cerises, abricots, etc., forment de cette famille une des plus utiles, en même temps qu'une des plus agréables par la beauté de ses fleurs.

Voici le relevé des genres français, avec leur numéro d'ordre dans la série adoptée par M. Baillon :

Roseæ. — 1. Rosa, T.

Agrimonieæ. — 2. Agrimonia, T. — 5. Alchemilla, T. — 6. Sanguisorba, L.

Fragarieæ. — 12. Fragaria, T. — 13. Potentilla, T. — 14. Rubus, L. — 15. Geum, L. — 16. Dryas, L.

Spireæ. — 24. Spiraea, T.

Pyreæ. — 40. Pyrus, T. — 41. Cydonia, T. — 42. Crataegus, T. — 43. Cotoneaster, Medik. — 47 ? Amelanchier, Medik.

Pruneæ. — 50. Prunus, T.

Nous avons déjà étudié successivement les Renoncules, les Dilléniacées, les Magnoliacées, les Anonacées et les Monimiacées; aujourd'hui nous venons d'arrêter nos yeux sur la famille des Rosacées.

Avec cette monographie se termine donc le premier volume de l'*Histoire des Plantes*, œuvre considérable, expression de l'école dont Payer fut le chef et dont M. Baillon est aujourd'hui le représentant le plus autorisé.

III

La Cryptogamie illustrée est encore une de ces œuvres de longue haleine qui tout d'abord attire vers celui qui a le courage de ces entreprises. Résumer les études de toute sa vie, faire tous ses efforts pour faciliter la science à ceux qui nous suivent, et ne reculer alors devant aucune des difficultés qui se dressent, loin de Paris, pour le travailleur et le publiciste; il y a là, si nous pensons juste, toutes les raisons possibles de faire bon accueil au livre dont nous allons parler.

M. Casimir Roumeguère nous a déjà donné une première partie de sa *Cryptogamie illustrée*. Il s'agissait alors de la famille des Lichens; voici aujourd'hui les familles des Champignons.

L'auteur étudie d'abord l'origine des champignons, les progrès accomplis depuis le commencement du XIX[e] siècle, et les travaux contemporains : il nous entretient des *exsiccata*, des collections peintes, de l'habitat, de la distribution géographique et de l'action des agents extérieurs.

Ces premiers points établis, M. Roumeguère, prend par la main le débutant, il lui fait reconnaître les organes de végétation, de reproduction, les corps reproducteurs, et le familiarise avec la tératologie mycologique. Prenant alors les champignons au point de vue alimentaire, l'auteur examine les caractères usuels et toxicologiques, la culture des champignons (couches et truffières), la composition chimique de ces cryptogames. M. C. Roumeguère prononce enfin le mot de microscope et apprend à se servir de l'instrument : conseils, procédés, tours de main, il cherche à ne rien oublier.

C'est seulement à ce moment que l'auteur aborde la classification des champignons ; un dernier regard jeté en arrière l'arrête sur les générations spontanées, et il aborde alors franchement la partie importante et considérable de son œuvre, le *genera*.

Ici nous nous trouvons en présence du résultat de bien nombreuses années d'études microscopiques, de recherches et d'analyses. Le lecteur comprendra toute notre pensée par ce seul fait que l'auteur place sous nos yeux 1,700 figures représentant, à ses différents âges, la plante de grandeur naturelle et l'anatomie de ses organes de végétation et de reproduction dessinés au microscope composé.

Toutes ces planches sont lithographiées, et pour rendre son œuvre plus abordable, l'auteur a dû réunir un grand nombre d'espèces sur la même planche. Certes, on n'obtient pas par ce procédé la même netteté que par la gravure sur cuivre, mais nous ne savons pas si l'aspect même de ces lithographies ne donne pas au travailleur une idée plus vraie des études microscopiques. Il est rare qu'un débutant obtienne au microscope ces préparations d'une pureté irréprochable qu'une longue étude peut seule donner, et la lithographie, par son manque de netteté, rapproche plus encore de ces préparations bien faites, mais non parfaites.

est alors entraîné en dedans, ce dont il est facile de s'assurer en examinant attentivement le malade pendant qu'il lit. Le seul moyen de remédier à ce spasme de l'adducteur, c'est d'en opérer la section, absolument comme quand il s'agit d'un strabisme convergent. Car l'asthénopie par excès d'action de l'adducteur n'est pas autre chose qu'un trabisme spasmodique intermittent.

Asthénopie par excès d'action ou par spasme du muscle adducteur de l'œil droit, section du muscle, amélioration notable de la vision.

M. T..., âgé de 27 ans, mécanicien, se présente le 1er décembre dernier à la clinique de M. Fano. Il se plaint de trouble de la vue lorsqu'il lit; après avoir parcouru des yeux la moitié d'une page imprimée, il ne distingue plus les caractères que confusément, et alors, dit-il, ces caractères paraissent se croiser.

Pour s'assurer de la nature des troubles visuels, M. Fano donne à lire une page imprimée en caractères ordinaires, en faisant tenir le livre à la hauteur des yeux. Le patient lit à haute voix, et il est convenu avec lui qu'au moment où la vue se troublera, il fera un signe de la main, sans cesser de continuer à fixer la page imprimée. Cette épreuve démontre manifestement qu'au moment où la vue se trouble, où les caractères imprimés se croisent, suivant l'expression du malade, qu'à ce moment, l'œil droit est entraîné vers le grand angle de l'orbite, c'est-à-dire qu'il se produit un strabisme convergent de ce côté. La même épreuve, répétée à plusieurs jours d'intervalle, donne des résultats semblables. Il n'est pas douteux, en conséquence, que les troubles visuels sont le résultat de la déviation de l'œil droit en dedans, par suite d'un excès d'action du muscle adducteur de cet œil pendant la fixation binoculaire.

Pour remédier à cet état de choses, M. Fano propose au patient, qui l'accepte, la section du muscle adducteur de l'œil droit. Cette opération est pratiquée le 8 décembre. Elle est complète, c'est-à-dire qu'elle comprend toute l'épaisseur du muscle. Après la section, M. Fano constate que le patient conserve la faculté de porter l'œil droit en dedans, dans une aussi grande étendue qu'avant la myotomie. Celle-ci n'est suivie d'aucun accident.

Le 28 décembre, T... reprend ses travaux et les exécute facilement. Le soir, il commence à lire quelques lignes; mais alors il est obligé d'interrompre. Le 3 janvier, il nous annonce que, pendant la journée, il peut lire trois heures consécutives sans fatigue. Le soir, la fatigue est encore assez prompte avec la lecture; mais alors même que la fatigue arrive, les lignes imprimées ne se croisent plus.

Le 7 mars, T... se représente à la clinique. L'état de la vision varie aux divers jours; il y en a pendant lesquels le patient lit longtemps sans fatigue, pendant d'autres, la fatigue survient rapidement. En faisant lire à haute voix des caractères imprimés, et en observant le sujet, M. Fano constate qu'alors même que la vue se brouille, l'œil droit ne se dévie plus. On reconnaît en même temps que T... est devenu hyperope, car instinctivement il place le livre à la distance de 50 centimètres. On lui recommande l'usage de verres convexes n° 60.

DES TENTATIVES DE CONSERVATION

DANS LES

CAS DE SÉPARATION PRESQUE COMPLÈTE DE LA LANGUE (1)

Par le Dr Bérenger-Féraud
Médecin principal de la marine impériale.

A ma connaissance, le nombre d'observations de division accidentelle du nez ou la conservation a été tentée avec succès est de 65. Ces faits se partagent très-naturellement en deux groupes :

A cas où la partie divisée tenait encore par un pédicule au restant du corps;

B Cas où la section était complète. Dans la première série, il y a 50 observations ; dans la seconde il y en a 15.

(1) Voir le numéro du 7 mai 1870.

Présentons l'exposition sommaire de ces divers faits, en suivant la division que nous venons d'adopter.

A Cas où la partie divisée tenait encore par un pédicule au restant du corps.

Obs. I. — *Fait de Bagieu* (*Examen de plusieurs parties de la chirurgie*. Paris, 1755, t. II, p. 599).

Le nez d'un gendarme nommé Denzi ne tenait plus que par un filet très-fin. A la même affaire, cet homme avait eu trois doigts de la main presque entièrement coupés. Pansement : sutures, quoique Bagien ne crut pas à la possibilité du succès. M. Sorbieu, chirurgien-major de la gendarmerie ; M. Soberg le père, chirurgien-major de la première compagnie des mousquetaires, virent le blessé, qui fut guéri de son nez en huit jours.

Obs. II. — *Fait de Blasius*. (Velpeau, *Médecine opératoire*, t. Ier, p. 611.)

Nez presque détaché depuis assez longtemps. On ravive les bords de la plaie et on réunit. Guérison.

Obs. III. — *Fait de Boyer* (*Traité des maladies chirurgicales*).

Boyer guérit par la suture un jeune homme dont la partie cartilagineuse du nez avait été coupée presque entièrement, car elle ne tenait plus que par un pédicule d'une ligne de largeur à peine. (Dictionnaire en 9 volumes, article *Nez*.)

Obs. IV. — *Fait de M. Crerard* (*Gazette des Hôpitaux*, 1867, p. 186.)

Garçon menuisier, sur la figure duquel un cheval marche. Le nez détaché à sa racine et le long de ses bords pendait au-devant de la bouche avec la lèvre supérieure, presque entièrement divisée.

M. Michaux lave la partie et la réunit. Trois semaines après, la guérison est complète. La cicatrice est à peine apparente.

Cette observation est conservée dans les Archives de clinique chirurgicale de l'hôpital de Louvain.

Obs. V. — *Fait de Dionis* (*Cours d'opérations de chirurgie démontrées au jardin royal*, 2e édition, 491.)

La femme d'un notaire de Paris, jalouse de la femme d'un boucher du faubourg Saint-Germain, qu'elle s'imaginait être la maîtresse de son mari, alla un matin trouver le boucher dans son étal, et après lui avoir fait les reproches que ses soupçons lui imposaient, elle prit un des couteaux de la boucherie et lui en donna un coup sur le nez; elle le lui abattit presque entièrement; il pendait en bas, ne tenant plus qu'à une des ailes et un peu à la colonne du nez, l'autre aile étant toute coupée. On lui recousit à l'instant : Il reprit et il n'y resta que très-peu de difformité. Je rapporte cet exemple afin d'enhardir le chirurgien d'en user de même en pareille occasion.

Obs. VI. — *Fait de Dubois* (Velpeau, *Médecine opératoire*, t. Ier, p. 610.)

Un bout de nez qui n'adhérait plus que par un mince pédicule fut très-bien remis, en 1742.

Obs. VII. — *Fait de Féraud* (mon père, observation inédite, *nez presque entièrement arraché d'un coup de dent*.)

En 1842, pendant que mon père était chirurgien-major du brick de l'Etat *l'Argus*, on lui amena un soir un matelot de son navire qui venait d'avoir le nez presque totalement divisé par un coup de dent. Je vis cet homme, nommé Douesnard. Son nez, divisé, ne tenait que par un faible lambeau fourni par la narine droite. La section n'était pas très-nette, et le morceau qui pendait était décoloré. Mon père réunit aussi bien que possible avec des handelettes, pansa au vin chaud sucré et obtint une cicatrisation complète.

Obs. VIII. — *Fait de M. F. d'Arce* (Velpeau, *médecine opératoire*, t. 1er, p. 611.)

F. d'Arce dit même qu'un nez renversé avec une grande partie de la mâchoire supérieure sur le menton pût être relevé et facilement recollé.

Obs. IX. — *Fait de Grammont* (Pibrac, *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. III, p. 430.)

M. de Grammont s'est servi du bandage, unissant avec succès dans une plaie du nez telle, que l'organe formait un lambeau qui tombait sur la bouche,

Obs X et XI. — *Deux faits de Glandorp rapportés par Percy dans le dictionnaire en 60 volumes, t. XII, et analogues à l'observation personnelle qu'il rapporte.*

Obs. XII à XXII. — *Onze faits d'Hoffacker*. — Voir à la seconde catégorie d'observations.

Obs. XXIII. — *Fait d'Heyfelder* (*Heyefelder*, trad. Boeck, p. 294).

Jeune homme de 18 ans.

Polype fibroïde dans les fosses nasales.

L'os nasal droit fut disséqué, on respecta soigneusement le périoste; puis l'opérateur le sectionna avec une pince de laiton tout contre la cloison et jusqu'à l'os frontal. Un second coup du même instrument divisa le hase de l'apophyse, montant du maxillaire jusque dans le sinus. A l'aide d'un élévatoire, on luxa l'os nasal et l'apophyse montante, et on les replia vers le front; ils restaient en communication avec le frontal par un pont de périoste et de muqueuses.

Après l'extirpation des polypes, les os furent replacés. Suture des parties molles.

Guérison. Fistule lacrymale qui ne se ferme qu'après l'expulsion de quelques lamelles osscuses; probablement que l'unguis avait été lésé.

Obs. XXIV. — *Fait de Jacquemins* (*Journal de Leroux et Corvisart*, 1807, 2e semestre, p. 138).

Fourrier. Nez presque entièrement séparé d'un coup de sabre en duel.

Réunion par un emplâtre agglutinatif et deux attelles de baleine.

Pansement au vin.

Guérison en un mois.

Obs. XXV. — *Fait de Lombard* (Thomson, Velpeau, *Médecine opératoire*, t. 1er, p. 610).

Lombard parvint à recoller un nez presque entièrement séparé depuis plusieurs heures et quoique ce fut en hiver.

Obs. XXVI. — *Loubet* (*Gazette médicale de Paris*, 1834, n° 40. — Velpeau, *Médecine opératoire*, t. 1er, p. 611. — *Bulletin de la Société anatomique*, t. V, p. 95.)

Loubet, ancien chirurgien major, releva, lava et réappliqua un nez qui avait été abattu à la bataille de Rocroy. Il n'osa confier cette cure qu'à quelques confrères, parce qu'alors on se moquait de Garengeot.

Obs. XXVII. — *Ledran* (*Consultations*, 1765, p. 294.)

J'ai vu la réunion se faire très-exactement, et quoique le nez ne tint plus qu'à très-peu de chose.

Obs. XXVIII. — *Fait de Léaulté* (Ledran, *Observations de chirurgie*, t. 1er, p. 147).

En 1709, un garde du corps reçoit un coup de mousqueton dans le visage. La balle effleurait l'orbite vers la queue du sourcil gauche, déchirant la paupière supérieure jusqu'au grand angle. En continuant son chemin, elle fracassait les os du nez vers leur racine, et déchirait aussi la paupière inférieure de l'œil droit dans son grand angle jusqu'à plus de sa moitié, en effleurant l'orbite en sa partie inférieure. Pansement maladroitement fait d'abord. Je trouvai le nez jeté sur la lèvre. Pansement très-soigné et bien surveillé. Guérison.

Quoiqu'il en soit, le livre de M. Roumeguère est une savante compilation, un résumé de tout ce qu'a pu réunir sur un point donné un homme qui s'est entièrement donné, depuis plusieurs années, à une étude spéciale. Nous ne connaissons pas M. Roumeguère, mais nous ne devons pas nous tromper beaucoup en pensant qu'il y a là le couronnement d'une vie consacrée à la science.

Le livre se termine par un essai d'une distribution de champignons d'Europe, d'après leurs stations naturelles. Ce relevé est intéressant, mais nous ne lui reconnaissons toute son autorité que lorsque ces stations sont relevées sur des *exsiccata*; il faut toujours se méfier d'une citation d'ouvrages non appuyée d'échantillons authentiques. Non que nous mettions en doute la bonne foi d'un auteur, mais parce qu'il est préférable de voir de ses yeux propres et de relever quelquefois des erreurs de détermination. Nous écarterions donc volontiers les relevés sur les flores, mais nous approuvons fort ces notes prises sur des *exsiccata*; notes qui nous ont à nous-mêmes souvent servi, et que toute personne possédant des collections se trouve naturellement porté à recueillir.

En résumé, les *Champignons* de M. Casimir Roumeguère seront pour le travailleur un bon guide, qui, traçant la route, indique les points sur lesquels l'attention doit se concentrer et par des dessins fidèles facilite les analyses.

IV

Nous terminerons cet article en appelant toute l'attention de nos confrères sur la publication que M. Husnot entreprend d'un *exsiccata* des mousses de France.

Il est inutile de dire les services que cette publication peut rendre à tous ceux qui se livrent aux études cryptogamiques, et plus encore à ceux qui débutent. Car, il faut bien le dire, c'est le manque de *types* bien déterminés et qui assurent les premiers pas, qui fait que bien souvent on n'ose aborder cette partie si intéressante de la science.

Le premier fascicule, que nous avons sous les yeux, renferme 50 espèces (1-50), dont la détermination est rigoureuse. Nous croirions, au reste, rendre un service à l'auteur et aux souscripteurs, en relevant les erreurs que l'on voudrait bien nous signaler. Ce n'est pas le cas dans ce premier fascicule.

On lira avec intérêt le nom des espèces représentées.

1. Cynodontium polycarpon, Sch. — 2. Cynodontium virens, Sch. — 3. Dicranella cerviculata, Sch. — 4. Dicranuum Scottianum, Turn. — 5. Dicranum scoparium, Hedw. — 6. Dicranum majus, Turn. — 7. Leucobryum glaucum, Sch. — 8. Distichium capillaceum, Br. eur. — 9. Barbula ambigua, Br. eur. — 10. Barbula aloides, Br.

11. Barbula tortuosa, W. et M. — 12. Barbula cuneifolia, Brid. — 13. Barbula canescens, Br. eur. — 14. Barbula muralis, Hedw. — 15. Barbula Brebissonii, Brid. — 16. Cinclidotus fontinaloides, P. B. — 17. Clinclidotus aquaticus, Br. eur. — 18. Grimmia apocarpa, Hedw. — 18. (*a*) Cinclidotus aquaticus, Br. eur. var. rivularis. — 19. Grimmia crinita, Brid. — 20. Grimmia orbicularis, Br. eur.

21. Grimmia pulvinata, Sm. — 22. Grimmia Schultzii, Wils. — 23. Grimmia trichophylla, Grev. — 24. Grimmia elatior, Br. eur. — 25. Grimmia leucophæa, Grev. — 26. Grimmia commutata, Hueb. — 27. Grimmia montana, Br. eur. — 28. Racomitrium aciculare, Brid. — 29. Racomitrium heterostichum, B. — 30. Racomitrium lanuginosum, Br.

31. Tetraphis pellucida, Hedw. — 32. Funaria calcarea, Wahl. — 33. Funaria hygrometrica, Hedw. — 34. Meesia tristicha, Br. eur. — 35. Atrichum undulatum, P. B. — 36. Pogonatum nanum, P. B. — 37. Pogonatum aloides, P. B. — 38. Pogonatum urnigerum, P. B. — 39. Polytrichum gracile, Menz, — 40. Polytrichum formosum, Hedw.

41. Polytrichum piliferum, Schr. — 42. Polytrichum strictum, Menz. — 43. Neckera pumila, Hedw. — 44. — Neckera crispa, Hedw. — 45. Neckera complanata, Br. eur. — 46. Homalia trichomanoides, Br. eur. — 47. Hylocomium splendens, Sch. — 48. Hylocomium triquetrum, Sch. — 49. Sphagnum acutifolium, Ehr. — 50. Sphagnum cymbifolium, Ehr.

Par cette publication, M. Husnot rend un véritable service; son œuvre mérite d'être encouragée, et nous serons heureux de tenir nos lecteurs au courant de l'apparition des divers fascicules.

Dr E. Renaud.

Traité iconographique de l'ulcération et des ulcères du col de l'utérus, par Armand Després, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital de Lourcine. 1 vol. in-8° avec 7 planches lithographiées et coloriées. — Prix : 5 francs.

Essai sur le diagnostic des tumeurs intra-abdominales chez les enfants, par M. le docteur Rathery, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8°. — Prix : 2 fr. 50.

Obs. XXIX. — *Fait de la Motte* (*Traité complet de chirurgie*, 2e édition, t. 2, p. 461).

Un maçon reçoit un coup d'épée sur le visage. « Cette épée qui avait le fil, lui fit une plaie qui occupait depuis la pommette de la joue du côté droit jusqu'à celle de l'autre côté, dans le progrès de laquelle le nez se trouvait abattu depuis l'union du cartilage auquel il est joint à l'os, et duquel il s'enlevait une légère portion qui tenait à ce cartilage, et se continuait jusqu'aux extrémités de ces deux ailerons et de la lèvre supérieure, dont cette portion coupée de la sorte et tombant sur la bouche qu'elle couvrait en sa plus grande partie, laissait voir cet os à découvert à plein avec les deux trous qui y sont pour servir à la respiration, ce qui formait une sorte de bouche, qui paraissait extrêmement ouverte, avec une impression dans les deux os de la pommette assez égale et de la profondeur de deux lignes environ. »

Pansement le lendemain. Extraction de l'os qui tenait au cartilage. Deux points de suture sur chaque joue, un de chaque côté du nez et un au milieu. Lotions avec de l'eau-de-vie. Bandage en fronde. Guérison parfaite en trois semaines.

Obs. XXX. — *Fait de la Motte* (t. II, p. 487).

Plaie au nez avec un fer rouge, la solution de continuité coupait « depuis un peu au-dessous de l'os jusqu'à l'extrémité des ailerons». Trois points de suture. Guérison.

Obs. XXXI. — *Fait de Larrey* (*Mémoires de chirurgie militaire et campagnes*, 1812, t. III. p. 259).

Un coup de damas donné de revers avait divisé transversalement chez le sieur Gardel, chasseur, plus de la moitié inférieure du nez, les deux points correspondants de la lèvre supérieure et les deux os maxillaires jusqu'au palais, de sorte que cette portion du nez ne tenait au lambeau de la lèvre inférieure que par une petite portion de la sous-cloison et de l'aile de la narine gauche.

Première tentative de réunion, insuccès. Larrey fait onze points de suture et applique un bandage contentif. Guérison parfaite en 45 jours.

Obs. XXXII. — 2e *Fait de Larrey* (*Mémoires de chirurgie militaire et campagnes*, t. III, p. 260).

Pierre Leclère, autre chasseur, eut le nez coupé dans toute son épaisseur obliquement de droite à gauche jusqu'au masseter. Comme il y avait peu d'écartement, la réunion fut aisée et la cicatrice se ferma en peu de jours.

Obs. XXXIII. — *Fait de Larrey* (*Mémoires de chirurgie militaire en campagnes*, 1812, t. III, p. 260.)

Deux autres chasseurs, Jerdet et Lejuste, eurent tous les deux le nez coupé de la racine à la base dans la même étendue, et de manière qu'il ne tenait que par la sous-cloison et une petite portion des deux ailes. Sept points de suture entrecoupés, soutenus d'un bandage, suffirent pour produire la réunion et une cicatrice si exacte, qu'il n'y eut pas la moindre difformité.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de la Société de médecine de Louvain pour 1869. — Le premier prix n'a pas été accordé. Une médaille en or et le titre de membre correspondant sont décernés à l'auteur du mémoire intitulé : *Recherches sur l'opération césarienne*, portant pour épigraphe : « Ce ne sont pas les anciens les plus vieux, mais les modernes, etc. »; et une médaille en vermeil et le titre de membre correspondant à l'auteur *Sur la myosite en général et celle du carré des lombes et du psoas en particulier*, portant pour épigraphe : « Une observation se multiplie, etc. »

Les auteurs de ces mémoires sont invités à se faire connaître.

— Le canton de la Chapelle-d'Angillon, arrondissement de Sancerre, demande un médecin; population : 7,000 habitants; vie à bon marché; relations faciles avec Bourges, Sancerre, Vierzon; revenu immédiat et garanti, auquel pourrait se joindre celui d'une pharmacie.

S'adresser pour tous renseignements à M. Le Rasle, notaire à Ivoy-le-Pré (Cher).

— M. le docteur Stopin recommencera son cours d'accouchement le lundi 16 mai, à son dispensaire, n° 6, rue des Quatre-Vents.

Les leçons auront lieu tous les jours, sauf les mercredis, à huit heures et demie du soir.

On s'inscrit n° 49, rue de Seine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Traité de médecine opératoire, bandages et appareils, par Ch. Sédillot, ancien médecin inspecteur des armées, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, et L. Legouest, médecin principal des armées, professeur à l'École du Val-de-Grâce. 4e édition, 1870, 2 vol. in-8° avec figures intercalées dans le texte et en partie coloriées : 20 fr.

Traité élémentaire de pathologie externe, par Follin et Simon Duplay. Tome III, fascicule 3e, *Maladies du crâne*. In-8° de 192 pages avec figures. — Prix : 3 fr.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 16 mai 1870.

ACTES OFFICIELS

NAPOLÉON,

Par la grâce de Dieu et la volonté nationale, Empereur des Français,

A tous présents et à venir, salut,

Avons décrété et décrétons ce qui suit :

Art. 1er M. Mége, député, vice-président du Corps législatif, est nommé ministre de l'instruction publique.

Art. 2. Notre garde des sceaux, ministre de la justice et des cultes, est chargé de l'exécution du présent décret,

Fait au palais des Tuileries, le 15 mai 1870.

NAPOLÉON.

Par l'Empereur :

Le garde des sceaux, ministre de la justice et des cultes,

ÉMILE OLLIVIER.

NAPOLÉON,

Par la grâce de Dieu et la volonté nationale, Empereur des Français,

A tous présents et à venir, salut;

Sur la proposition de notre ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,

Avons décrété et décrétons ce qui suit :

Art. 1er. Le ministère des beaux-arts prendra le titre de ministère des lettres, sciences et beaux-arts.

Art. 2. Sont distraits du ministère de l'instruction publique, pour être placés dans les attributions du ministère des lettres, sciences et beaux-arts, les services ci-après désignés :

Institut impérial de France;

Académie impériale de médecine;

Bibliothèque et musée d'Alger, et enseignement des langues orientales vivantes;

École impériale des chartes;

Bibliothèque impériale et cours d'archéologie qui s'y trouve annexé;

Bibliothèque Mazarine, de l'Arsenal, de Sainte-Geneviève;

Service général des bibliothèques, rédaction des catalogues des bibliothèques des départements;

Sociétés savantes de Paris et des départements, *Revue des Sociétés savantes*, bibliothèque du comité des travaux historiques et des sociétés savantes;

Journal des savants;

Souscriptions aux ouvrages scientifiques et littéraires, et répartition de ces ouvrages entre les bibliothèques publiques; comité consultatif des souscriptions, comité des travaux historiques;

Encouragements et secours aux savants et gens de lettres, subventions et encouragements pour voyages et missions scientifiques et littéraires;

Publication et répartition des documents inédits de l'histoire de France, carte topographique des Gaules.

Dépôt légal; réception et distribution des ouvrages provenant du dépôt légal.

Art. 3. Nos ministres de l'instruction publique et des lettres, sciences et beaux-arts sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

Fait au palais des Tuileries, le 15 mai 1870.

NAPOLÉON.

Par l'Empereur :

Le ministre des beaux-arts et de l'instruction publique par intérim.

MAURICE RICHARD.

Le ministre des lettres, sciences et beaux-arts.

MAURICE RICHARD.

Nous publions aujourd'hui la troisième liste de la manifestation provoquée en l'honneur de M. le docteur de Robert de Latour.

Aux adhésions que nous avons reçues sont jointes celles qui ont été adressées à M. Amédée Latour et celles que M. Marchal (de Calvi) a bien voulu nous remettre.

Lundi prochain, clôture du scrutin. Tous ceux qui s'intéressent à cette œuvre de justice sont priés de ne pas tarder à nous adresser leur adhésion.

SCRUTIN
(3e liste)

186. MM. Amédée Latour, rédacteur en chef de l'*Union médicale*; G. Richelot, Foissac, Maximin Legrand, P. Garnier.

191. A Brierre de Boismont, A. Chereau, Am. Forget, G. Monod, Bertin (de Gray), Fouquer (de Vannes), Wertheim, Barrot fils (de Gençais), Delanglard, médecin du ministère des finances; Raimbert (de Châteaudun).

201. Lantier (de Courbevoie), Devilliers, Widal, médecin major de 1re classe; Boireau (de Conflans Sainte-Honorine), Arnal, Belhomme, Bossion, Huet, Tarfivel, Caradec (de Brest).

211. Guelliot (de Vouziers), Morère (de Palaiseau), Alfred Vy (d'Elbeuf), Caire (de Cannes), Moreaux (de Tocane), Duchenne (de Boulogne), Piéplu, Coudret (de Bourbonnes), Compagnon (de Chasseneuil), Guilbert (de Périgueux).

221. Caffe, rédacteur en chef du *Journal des connaissances médicales*; Maubert (de Gréoulx), V. Renouard, Jousset, président de la Société homœopathique de France; Jablonski, Cousturier (du Lude), Roumier, ancien médecin militaire; Druhen aîné, professeur à l'École de Besançon; Isabeau (de Bourges), Renucci, chirurgien-major en retraite.

231. Al. Mayer, médecin des Quinze-Vingts; Bastard, Nowicki (de Beynat), Le Landois (de Trévières), Bérenger-Féraud, médecin de S. A. I. le prince Napoléon; J. d'Ancona, Picard (de Guebwiller), Morillon (de Pont-Saint-Maxence), Léon Simon, Déclat.

241. Wahu, médecin principal des armées en retraite; Château, ancien chef de clinique de la Faculté; Patrice Levers (de Saint-Julien-aux-Bois), Gaudin (de Tonnay-Charente).

HOPITAL DE LOURCINE. — M. A. DESPRÈS.

Abcès du cerveau.

Observation recueillie par M. RODOCALAT, interne du service.
(Pièce présentée à la Société anatomique).

La nommée M... (Louise), âgée de 18 ans, est entrée à l'hôpital le 7 août 1869, salle Saint-Alexis, n° 50, avec des chancres mous multiples de la vulve, chancre du col, lymphangite vulvaire et vaginite. Elle avait aussi de l'aménorrhée depuis quelque temps. De constitution peu robuste, d'un tempérament lymphatico-nerveux, elle a eu des manifestations de scrofules dans son enfance. Elle nous dit ne pas avoir fait de maladie sérieuse dans ces derniers temps, mais que fort maltraitée chez ses parents, où on l'avait plusieurs fois battue, elle quitta à cause de cela sa famille.

Pendant son séjour à l'hôpital elle eut sous nos yeux toute une série de manifestations secondaires de la syphilis, des plaques muqueuses de la vulve et une syphilide papuleuse. Cette dernière, parue en dernier lieu (25 octobre), était complétement finie en février 1870, époque à laquelle reparurent ses règles supprimées. Elle allait donc très-bien quant à la syphilis.

Le 25 mars, la malade fut prise de vomissements répétés ainsi que de maux de tête violents, siégeant surtout au front et à la région pariétale droite. Les douleurs n'étaient pas continues, mais présentaient des exacerbations et des rémissions, qui se succédaient d'ailleurs très-vite, à quelques minutes d'intervalle. La douleur ne semble pas disposée suivant les branches nerveuses de la peau. En appuyant sur la région douloureuse, on n'exaspère pas la douleur. C'est une douleur profonde, contusive, présentant des périodes d'exacerbation qui arrachent des plaintes à la malade, dans l'intervalle desquelles la douleur obtuse, sourde, quoique persistant, devient un peu plus tolérable.

En dehors de ces symptômes, la malade a eu dans la nuit du 2 avril un peu de délire, de la loquacité; son délire était général et portait sur toutes sortes de choses indifféremment.

En présence de ces phénomènes qui existaient seuls et ne s'accompagnaient ni de fièvre, ni de constipation, ni d'aucun symptôme du côté de la vision, strabisme, resserrement ou dilatation des pupilles, M. Desprès pensa tout d'abord à un kyste cérébral ancien, autour duquel se produisait maintenant de l'inflammation.

L'examen des autres organes en général et des poumons en particulier ne nous révéla rien d'anormal.

Les préparations opiacées qu'on lui a administrées depuis le commencement des accidents, n'ont pas beaucoup amendé la douleur de tête qui persiste opiniâtrement.

2 avril. Une potion avec *un* gramme de chloral lui procure du sommeil pendant cette nuit.

Les vomissements furent combattus par de la glace à l'intérieur. Ils sont plus rares, mais n'ont pas cessé complétement.

3 avril. On lui applique un vésicatoire sur la partie antérieure de la tête, préalablement rasée.

4 avril. On trouve aujourd'hui la malade tranquille, elle ne se plaint plus de sa céphalalgie. Les douleurs ont complétement cessé. Elle a vomi une fois ce matin.

Le soir, la malade se plaint de nouveau de douleur à la tête. Celle-ci n'occupe plus le front, c'est la région pariétale qui en est le siége. 2 pilules de *cinq* centigrammes d'extrait thébaïque; potion au chloral. Elle dort un peu cette nuit.

5 avril. La céphalalgie a changé de place, elle siége actuellement au sinciput. La malade compare la douleur à un étau qui lui comprimerait violemment la tête.

6 et 7 avril. Même état. On lui applique un grand vésicatoire sur la partie postérieure de la tête. Potion au chloral.

La malade ne vomit plus depuis quelques jours. Les maux de tête sont plus tolérables.

L'existence depuis quelques jours de ce seul phénomène la douleur, en l'absence de tout autre symptôme encéphalique, fait supposer à M. Desprès qu'elle pourrait tenir à une céphalée rebelle, de nature syphilitique, d'autant plus que la douleur étant diffuse et n'ayant pas de siége nettement limité, la pensée de faire la trépanation admise un instant fut alors abandonnée, car ses indications manquaient absolument.

8 avril. La céphalalgie continue. Les vomissements recommencent. Nouveau vésicatoire.

9 avril. La malade a passée une meilleure nuit. Mais le lendemain, elle recommença à éprouver des fortes douleurs dans la tête qui s'étendent surtout vers l'occiput. Pas de fièvre, on ne trouve que des résultats négatifs du côté de l'encéphale comme les jours précédents.

Vers les quatre heures et demie du soir, la malade fut prise subitement d'une dyspnée, qui prit tout d'un coup une intensité formidable, de cyanose et de refroidissement généralisé du corps. Etat comateux profond survenu en même temps que les phénomènes dyspnéiques.

Malgré les fortes révulsions et les moyens employés, ces accidents s'aggravèrent de plus en plus en quelques instants. La malade mourait une demi-heure après leur commencement, au milieu des phénomènes d'asphyxie et de coma.

Cette mort subite survenue dans ces conditions, fit revenir M. Desprès à sa première opinion : kyste du cerveau avec encéphalite du voisinage, peut-être suppurée.

Autopsie.— Pas de traces de cicatrices et de traumatismes anciens sur le cuir chevelu.

A l'ouverture du crâne, on ne trouva sur la face convexe des hémisphères du cerveau qu'une injection considérable des vaisseaux de la première, gorgés par du sang noir, attestant la mort par asphyxie. On constate en dehors de cela un état poisseux des méninges, premier degré, commencement d'un travail phlegmasique. Pas d'exsudation ni de sérosité louche au-dessous de l'arachnoïde, dans les mailles de la pie-mère. Rien dans les sinus veineux.

En enlevant avec précaution la masse encéphalique, on découvre, au moment où l'on dégageait de la boîte cranienne le lobe occipital droit du cerveau, qu'il y a du pus qui suinte de cette portion du cerveau. On s'aperçoit aussitôt que ce pus s'écoulait d'un foyer purulent, d'un abcès du cerveau, présentant sur sa paroi superficielle un petit pertuis, qui avait déjà commencé à laissé sourdre un peu de pus dans la cavité arachnoïdienne. Commencement de méningite; les méninges pariétales étaient vivement injectées et un peu verdâtres à l'endroit qui correspondait au foyer de l'abcès. Mais il n'y avait pas d'exsudation plastique.

Pas de lésions osseuses dans aucune partie du crâne. Le siége exact de l'abcès est à la partie latérale externe de la corne occipitale de l'hémisphère droit. Le doigt introduit constate un foyer circonscrit de toutes parts, rempli de pus et contenant un peu de détritus cérébral. Les parois de cet abcès sont déchiquetées, anfractueuses, et la substance cérébrale avoisinante présente déjà un certain degré de ramollissement inflammatoire.

Ce qui est remarquable dans cette pièce pathologique, c'est que, immédiatement au-dessus de ce foyer de suppuration, on constate une tumeur faisant saillie à la surface du cerveau, tumeur ayant au premier aspect l'apparence kystique, et dont la paroi superficielle externe est constituée par la pie-mère et le feuillet viscéral de l'arachnoïde réunis, et par une membrane délimitante qui en augmente un peu l'épaisseur; de sorte qu'en voulant juger rien que d'après les apparences extérieures, on aurait pu considérer l'ensemble des lésions qu'on avait sous les yeux comme étant un kyste du cerveau avec abcès de voisinage.

Mais en ouvrant ce second foyer et en prenant toutes les précautions pour recueillir le liquide qui y était contenu, on vit tout de

suite s'écouler du pus très-consistant, filant, crémeux, d'une couleur verdâtre, ayant une odeur caractéristique comme celle de la gangrène. Ce second foyer de suppuration, de date évidemment ancienne, est de la grosseur d'une pomme d'apis; il est complétement séparé du premier que nous avons décrit, et circonscrit par une membrane délimitante qui l'a enkysté et qui tend à se séparer de la substance cérébrale.

Examinée au microscope, on trouve que cette membrane est formée de tissu conjonctif infiltré de globules purulents, qu'elle est organisée et qu'elle contient des vaisseaux; qu'en un mot c'est une membrane de nouvelle formation, comme celles qui enkystent les anciens abcès du cerveau, et ressemblant aussi aux parois membraneuses des productions kystiques.

Quant à l'examen microscopique du pus contenu dans cette poche purulente, il ne nous montre rien autre chose que des globules de pus en grand nombre. Un certain nombre de leucocytes ont subi cette altération régressive qui leur a fait donner le nom de corpuscules granuleux. Des granulations graisseuses et quelques cellules nerveuses dégénérées se trouvent mêlées aux éléments du pus, ainsi que quelques cristaux d'hématoïdine.

Tous les autres viscères ne présentent rien d'anormal; le lobe supérieur du poumon droit, ainsi que le poumon gauche, présentent quelques adhérences aux parois thoraciques. Presque tous les organes offrent une vive congestion vasculaire généralisée, résultat de la mort par asphyxie.

Sur la face convexe du foie, on aperçoit une petite plaque blanchâtre, superficielle. Des coupes très-fines de substance hépatique à ce niveau, examinées au microscope, ne nous montrent rien d'anormal, rien d'altéré dans sa structure.

Il n'y a aucune lésion se rapportant à une syphilis vésicale.

On peut faire, à propos de cette observation, plusieurs réflexions, et mettre en évidence quelques-unes de ses particularités les plus importantes.

Ainsi, au point de vue pathogénique, cet ancien abcès du cerveau ne peut être rattaché à aucune influence pathologique générale qui aurait pu lui donner naissance. L'absence de toute lésion de syphilis viscérale, la courte durée de la syphilis, chez cette malade, qui ne datait que depuis huit mois, et ensuite les caractères anatomiques des lésions découvertes à la nécropsie, ne permettaient en aucune façon de prendre ce foyer de suppuration pour une gourme; toutes ces considérations sont contraires à l'idée de mettre cette lésion sur le compte de la syphilis.

La non existence d'aucune lésion tuberculeuse dans les poumons, dans les autres parenchymes ou dans les séreuses, ne nous permet pas non plus d'envisager la lésion en question comme un tubercule cérébral ramolli; d'autant plus qu'une pareille localisation dans la substance grise des hémisphères, sans coexistence d'aucune autre granulation tuberculeuse dans les méninges ou ailleurs, est chose infiniment rare. Enfin, on ne pourrait pas prendre cet abcès pour un kyste hydatique suppuré, car on n'a pas trouvé de crochets d'échinocoques, ni la moindre trace de cholestérine.

Nous nous trouvons, par suite de ces éliminations successives, et par le fait des commémoratifs où nous avons noté les coups et violences à la tête, en face d'une seule hypothèse admissible, c'est de considérer cet abcès du cerveau comme le résultat secondaire de quelque petite contusion du cerveau, très-localisée, ayant succédé à un traumatisme. Dans ce cas, une inflammation chronique et latente a pu s'emparer de la petite portion du cerveau contusionnée, inflammation qui a eu pour dernière terminaison une collection purulente enkystée. C'est là l'idée à laquelle s'arrête M. Desprès, et qu'il admet comme seule possible pour expliquer le fait en question.

Au point de vue clinique et pratique, ce fait nous montre comment, par suite de la position qu'il occupait, et par son développement lent et progressif, l'abcès du cerveau a pu se produire sans provoquer aucun accident du côté de l'encéphale, et démontre encore une fois de plus la justesse de cette loi posée déjà par Desault, qui veut que dans les cas de tumeur comprimant le cerveau, les accidents n'apparaissent qu'alors qu'il y a irritation ou inflammation autour de la lésion primitive. Dans le cas qui nous occupe, c'est l'encéphalite de voisinage avec suppuration récente qui a trahi l'existence de la lésion cérébrale. Mais parmi les symptômes observés, vomissements et céphalalgie continue et opiniâtre, cette dernière n'avait pas de siége limité, il n'y avait même pas un point où la douleur présentât un maximum d'intensité; de sorte que M. Desprès, décidé d'abord à faire la trépanation, rejeta cette idée, n'ayant pas d'indication précise ni même probable d'appliquer le trépan dans la région où l'on devait s'attendre à tomber sur le point malade.

Nous pouvons maintenant tirer, comme enseignement du fait que nous discutons, que si, en présence de phénomènes pareils à ceux que l'on a observés, et après une analyse minutieuse de tous les troubles fonctionnels, on s'arrête dans le diagnostic, avec quelques probabilités à l'existence d'une tumeur cérébrale kystique ou d'un abcès, et surtout dans les cas où la diffusion des symptômes sur une moitié de la tête ne permet pas de localiser avec précision la lésion, on pourrait, suivant M. Desprès, faire la trépanation, et pour tomber sur l'endroit malade, on peut conseiller l'application de plusieurs petites couronnes de trépan exploratives. On aurait, de cette manière, plus de chances d'arriver sur le foyer, et de donner issue au pus, qui, s'il reste dans le cerveau, entraîne fatalement la mort.

DES TENTATIVES DE CONSERVATION
DANS LES
CAS DE SÉPARATION PRESQUE COMPLÈTE DE LA LANGUE (1)

Par le Dr BÉRENGER-FÉRAUD
Médecin principal de la marine impériale.

Obs. XXXIV. — *Fait de Larrey* (*Mémoire de chirurgie militaire*, t. IV, p. 20).

Colonel russe ayant reçu un coup de sabre qui lui avait coupé le nez à sa base dans toute sa longueur; l'instrument porté obliquement, avait étendu la division sur les deux régions canines et les deux latérales de la lèvre supérieure, dans l'épaisseur des deux os maxillaires, au niveau des fosses nasales. Cette division était bornée à la voûte palatine qui faisait partie du lambeau renversé sur le menton, lequel ne tenait plus au reste des parties vivantes de la face que par les deux petites languettes de la lèvre supérieure, qui servent à former les commissures de la bouche. On voyait d'une part, toute l'étendue des fosses nasales et la cavité de la bouche sous l'arcade alvéolaire. De l'autre, le lambeau de la totalité du nez, de la lèvre supérieure et de la voûte palatine renversée sur le menton.

Un élève de Larrey, trouvant le lambeau froid, allait compléter l'excision quand le grand chirurgien tenta la réunion après l'enlèvement des os. Dix points de suture. Guérison.

Obs. XXXV. — *Fait Moulinié* (*Bulletin médical de Bordeaux*, 1833; — Velpeau, *Médecine opératoire*, t. Ier, p. 611).

Nez mâché et en grande partie arraché, remis en place et réuni par suture. Guérison.

Obs. XXXVI. — *Fait de Monro* (*Essais et observations de la Société d'Édimbourg*, t. VI, p. 27).

Un cuisinier se prend de querelle avec une servante et reçoit un coup de couteau, qui lui coupe une grande partie de l'aile droite, et de la cloison du nez qui pendait sur les lèvres. Réunion par suture. Guérison.

Obs. XXXVII. — *Fait Pétrequin* (*Gazette médicale*, 1841).

M. Pétrequin a rapporté le fait suivant : Un portefaix a la face rudement frappée contre un étai, ce qui produit une plaie contuse, divisant l'aile gauche du nez et une portion du lobule. Ces parties pendaient, n'étant plus retenues que par un lambeau étroit. Trois points de suture comprenant les parties molles et le cartilage. Guérison parfaite.

Obs. XXXVIII. — *Fait de Percy* (*Bulletin de la Société anatomique*, t. V, p. 95).

Percy dit qu'un jeune docteur lui a affirmé, par serment qu'un étudiant d'Heidelberg, ayant eut le bout du nez coupé d'un revers de sabre dans un duel, le bout du nez fut remis, assujetti, et qu'il reprit parfaitement.

Obs. XXXIX. — *Fait de Percy* (article ENTE ANIMALE. — Dictionnaire en 60 volumes).

Moujat, cuirassier au 1er régiment. Nez détaché de haut en bas par un coup de sabre, écrasement des os propres.

Réunion. Quinze jours après, extraction des esquilles qui ne pouvaient reprendre. Guérison.

Obs. XL. — *Fait de Percy* (Dictionnaire en 60 volumes, t. XII. — article ENTE ANIMALE).

Hussard prussien, dont le nez abattu d'un coup de sabre ne tenait que par un très-petit pédicule, compris entre le septum nasale et la lèvre supérieure.

Réunion. Guérison en douze jours.

Obs. XLI. — *Fait de Pibrac* (*Mémoire de l'Académie de chirurgie*, t. III, p. 426).

M. le chevalier de... brigadier, aux armées du roi, reçut un coup de sabre qui lui coupait le nez dans sa partie cartilagineuse, et la joue transversalement jusqu'à l'oreille. Le nez tenait encore à la cloison des narines, tout auprès de la lèvre supérieure. Le coup avait pénétré dans l'os de la mâchoire. Points de suture qu'on est obligé de couper. Guérison prompte néanmoins.

Obs. XLII, XLIII, XLIV. — Ravaton (*Chirurgie d'armée*, Paris, 1750; p. 158).

Un cuisinier du commandant d'Andlau, reçut un coup de sabre qui lui coupa le nez, de façon qu'une portion des os carrés et des cartilages étaient séparés, et le lambeau ne tenait que par une portion des téguments du côté droit. Le nez était gonflé, gorgé de sang, et paraissait violet; je le ramassai de mon mieux, je le tins en place par le secours d'un emplâtre d'André de la Croix, figuré de telle façon que les narines n'étaient pas couvertes, je posai par dessus une compresse trempée dans le baume du commandeur, le malade imbiba le pansement toutes les heures avec de l'esprit de vin. Le dixième jour, le bout du nez reprit sa couleur naturelle. Les os s'étant un peu dérangés furent remis en place, et le trentième jour, le blessé fut guéri presque sans difformité. J'ai réussi dans deux autres cas à peu près semblables.

Obs. XLV. — Royere (*Mémoires de médecine et chirurgie militaires*, t. XXIII, 1827; p. 354).

R..., sergent au 17e de ligne, 45 ans, tempérament musculo-sanguin, stature moyenne, reçut le 5 juin 1824, un coup de sabre qui divisa obliquement les parties molles qui couvrent l'arcade sourcilière droite. La paupière supérieure du même côté, le nez, la lèvre supérieure et une partie des téguments du menton. La section presque totale du nez fera seul le sujet de cette observation.

Le nez abattu, renversé sur la commissure droite de la bouche et déjà noirâtre, ne tenait plus que par une très-faible portion des téguments de son aile droite. Le blessé veut en achever la division. Le pansement n'est effectué qu'une heure après l'accident : les parties sont lavées, mises en rapport et maintenues par des bandelettes. Les cavités antérieures des fosses nasales sont mollement remplies de charpie. Bandage convenable. Le troisième jour la réunion peut être espérée. Couleur naturelle, pas de gonflement ni de suppuration. Pansement renouvelé tous les deux jours jusqu'au 15 juin, époque où la guérison est parfaite. Cicatrice à peine apparente.

Obs. XLVI. — *Fait de Saviard* (*Recueil d'observations chirurgicales*, 1784, p. 346).

Le 12 mars 1692, un jeune homme vint à l'Hôtel-Dieu pour se faire panser d'une plaie au nez, accompagnée d'une fracture et enfonçure des deux os qui soutiennent cette partie, de manière que les parties latérales du nez où les os se trouvent articulés avec ceux de la mâchoire supérieure étaient plus élevées que l'antérieure, et ces os tellement détachés de côté et d'autre que j'aurais pu les tirer avec facilité en me servant du bec de corbin.

Je n'eus pourtant pas la pensée d'y procéder de cette façon, ayant égard à la difformité qui s'en serait ensuivie; mais je relevai les os enfoncés par le moyen d'un dilatoire, que j'introduisis dans chaque narine, puis appuyant par dehors avec mes doigts sur ces os, je les réduisis dans leur état naturel.

Je soutins cet édifice par le dedans des narines en y mettant des tentes cannelées, garnies d'un linge délié enduit de baume d'Arcous, et je pansai les plaies extérieures avec des plumasseaux chargés du même médicament qui étaient maintenus par un emplâtre fort, pas d'un grand secours en cette partie. Les os furent affermis en quinze jours, et le blessé se trouva guéri parfaitement dans un mois de temps, sans qu'il lui soit resté la moindre difformité.

Ce fait peut apprendre aux jeunes chirurgiens qu'il ne faut pas toujours regarder les pièces d'os détachées de leur tout comme des corps étrangers et mutilés.

Obs. XLVII. — *Fait de Thomson* (Velpeau, *Médecine opératoire*, t. Ier, p. 611).

Nez ne tenant plus que par la peau d'une des ailes. Réunion.

Obs. XLVIII. — 2e *fait de Thomson* (Velpeau, *Médecine opératoire*, t. Ier, p. 611).

Nez ne tenant plus que par la sous-cloison et réuni avec succès.

Obs. XLIX. — *Fait de Velpeau* (*Médecine opératoire*, t. Ier, p. 611).

Chez un jeune homme, dont le lobule du nez ne tenait plus que par un pédicule de la cloison, je pus réunir les parties à l'aide de simples bandelettes.

Obs. L. — *Fait de Velpeau* (*Médecine opératoire*, t. Ier, p. 611).

Je compte pour un seul fait, afin de ne pas être exposé à faire des doubles emplois, ce que dit Velpeau (*loc. cit.*) : « J'ai vu de mon côté plusieurs cas semblables (celui du docteur Moulinié). »

(A suivre.)

(1) Voir les numéros des 7 et 14 mai 1870.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 27 avril 1870. — Présidence de M. ALP. GUÉRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine. — Le *Sud médical*.

— Le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 3e série, t. III, numéro 12 et t. IV, numéros 1 et 2.

— De la part du professeur Francesco Cortese : 1° *Sui progressi della chirurgia conservativa nelle ferite articolari per arma da fuoco*, in-4°, Venise, 1869. 2° *Di una ferita di palla al cervello con permanenza del proiettile per 19 anni et mezzo*, in-8° avec une planche lithographiée.

— M. Forget communique, de la part du docteur Brachet, une observation intitulée : *Myôme des voies génitales chez une femme à terme. — Expulsion de la tumeur au moment de l'accouchement. — Opération. — Guérison.*

Deux jours avant l'accouchement, la tumeur, ignorée de la malade jusque-là, du volume d'une tête de fœtus de 6 mois, sortit hors les voies génitales dans un effort de miction. Réduite par le chirurgien, elle ressort dès les premières douleurs du travail, qui s'effectue normalement. Un nouvel examen permet de constater que la tumeur provient de la paroi antérieure du vagin, dont la muqueuse recouvre celle-ci. Une simple incision permet l'énucléation de la tumeur sans hémorrhagie.

Tamponnement et réduction de la paroi vaginale. — Guérison rapide.

La masse enlevée, de forme ovoïde, pèse *cent quatre-vingt-cinq* grammes. Elle offre à la coupe des sinus veineux vides, et à la surface comme le point d'implantation d'un pédicule atrophié. L'examen histologique fait par MM. Masse et Jacquemet, professeurs agrégés à Montpellier, a démontré qu'il s'agissait d'un myôme sans trace de fibrôme.

— A l'occasion d'une demande faite par l'auteur d'un des mémoires non couronnés dans le dernier concours Laborie (année 1869), M. le président consulte la Société au sujet de savoir si, en règle,

elle entend autoriser la prise de copie et la publication des travaux en question par les auteurs. La Société approuve, mais en se réservant le droit de publier seule, les mémoires couronnés.

LECTURE

M. Dubreuil lit, à l'appui de sa candidature, un travail relatif à une observation de tétanos, guérie par le chloral et les courants continus. — Renvoyé à la commission déjà nommée pour examiner les titres de M. Dubreuil.

COMMUNICATION

Soudure par cartilage vrai (hyalin) des deux cartilages diarthrodiaux opposés du tibia et de l'astragale chez une jeune fille de onze ans affectée de tumeur blanche du pied,— M. PANAS. Une jeune fille de onze ans étant entrée dans mes salles, à l'hôpital Laint-Louis, pour une tumeur blanche avec carie des os du pied arrivée à la période de fistulisation avec marasme général, je dus pratiquer l'amputation sus-malléolaire. La cicatrisation presque immédiate du moignon fut obtenue en cinq jours, et aujourd'hui la santé de l'enfant ne laisse plus rien à désirer.

La dissection du pied nous permit de constater, outre la destruction complète des articulations sous-astragalienne et médio-tarsienne remplies de pus et de fongosités, une carie avec nécrose centrale du calcanéum, et chose plus curieuse, une *soudure cartilagineuse* de l'astringale avec le tibia et le malléole péronéale. C'est de ce dernier fait anatomo-pathologique, unique dans son genre, que je désire entretenir la Société.

Examiné à l'œil nu, le cartilage intermédiaire aux deux os, désormais continu, semble formé de trois couches. Les couches supérieure et inférieure offrent l'aspect du cartilage diarthradial le plus pur, et il en est de même de la couche moyenne, avec cette seule différence que celle-ci est tant soit peu plus demi-transparente que les deux autres. En résumé, les trois zones, partout identiques, ne diffèrent entre elles que par une teinte plus claire de celle du milieu.

L'examen microscopique fait par deux internes de l'hôpital, très-versés en pareille matière, MM. Troisier et Renault, fut confirmé par M. le professeur Vulpian, et sur la préparation microscopique que voici, j'ai pu constater et vous pouvez constater vous-mêmes, la parfaite exactitude de la description histologique suivante.

Les surfaces osseuses contiguës sont saines, à l'exception de la malléole interne, qui est détruite en partie et remplacée par du tissu fibreux.

Partout ailleurs, le tissu osseux se présente avec sa consistance sa coloration et ses attributs histologiques de l'état normal.

La *substance fondamentale* du cartilage est transparente, hyaline et offre sur *tous les points* des propriétés caractérisant le vrai cartilage.

La seule démarcation qui semble exister entre les cartilages anciens et le nouveau qui les relie, consiste dans une fine *striation*, ou si l'on aime mieux, *fissuration* en travers de la substance fondamentale de celui-ci.

La limite striée en question se compose de quatre à six couches de 15 à 18 millièmes de millimètres chacune, de sorte que son épaisseur totale est de 6 à 9 centièmes de millimètres.

Les *cellules de cartilage* existent dans toute l'étendue de la préparation, et sont mêmes très-nombreuses.

Au voisinage de la striction (du côté du centre du cartilage), les cellules s'allongent suivant l'axe du membre; se multiplient et se juxtaposent, au point de ne laisser voir que très-peu de substance fondamentale intermédiaire.

Partout, ces cellules offrent les caractères *histologiques* des cellules cartilagineuses normales, et l'acide pycrique en colore fortement le noyau.

Nulle part, elles n'affectent cette disposition allongée en travers qu'elles présentent dans la couche corticale des cartilages diarthardiaux à l'état normal, de sorte qu'on est obligé d'admettre que cette couche a dû disparaître pendant que s'opérait la soudure des deux cartilages opposés.

Si nous ne nous trompons, la signification histologique et anatomo-pathologique de cette pièce est des plus importantes et des moins connues.

Dans l'étude des ankyloses résultant de tumeurs blanches, on avait admis jusqu'ici que le cartilage préexistant *devait se résorber ou s'exfolier*, et que ce n'était qu'après cela que les fongosités astéophytiques, subissant l'organisation soit celluleuse, soit osseuse, constituaient l'ankylose dite *fibreuse* dans le premier cas et *osseuse* dans le second.

Cette pièce démontre qu'il peut y avoir un autre genre de soudure, celui de deux cartilages entre eux, et cela, par du *cartilage véritable*.

Il y a peu de temps encore qu'on admettait que les fractures ou les sections intéressant le cartilage diartbradial ne se réunissaient jamais par cartilage, mais bien par du tissu fibreux, et l'on se fondait pour cela sur le résultat d'expériences faites sur des chiens.

Depuis, il a été prouvé que la réunion cartilagineuse peut s'effectuer réellement entre deux portions d'un même cartilage divisé; mais ce qui restait inconnu jusqu'ici, aussi bien en France qu'à l'étranger, c'est que deux cartilages diarthradiaux opposés comme ceux du tibia et du péronée, d'une part, et de l'astragale de l'autre, puissent se confondre dans une masse cartilagineuse commune.

C'est là le principal mérite de notre communication à la Société, qui, en appelant l'attention sur ce sujet, suscitera, nous voulons l'espérer, de nouvelles recherches anatomo-pathologiques et expérimentales.

M. MARJOLIN se demande si l'on ne pourrait admettre qu'il s'agit là d'une ankylose fibreuse à la période cartilagineuse, et qui, plus tard, deviendrait osseuse. Il se fonde sur ce que, ayant eu l'occasion de soigner antérieurement la petite fille, il avait constaté chez elle une grande mobilité de l'articulation du cou-de-pied. Du reste, c'était une astéopériostite aiguë suppurée du pied.

MM. SÉE et DESPRÈS veulent croire qu'il s'agit là d'une soudure fibro-cartilagineuse preuve, disent-ils, d'une certaine mobilité qu'on peut encore rapporter à l'astragale.

M. PANAS. La supposition de M. Marjolin tombe devant ce fait que le cartilage ancien existe de chaque côté avec le tissu spongoïde intermédiaire et les autres caractères propres au tissu osseux et cartilagineux à l'état normal.

Quant à l'objection de MM. Sée et Després, elle est absolument insoutenable après l'inspection de la pièce microscopique et les recherches histologiques minutieuses d'un homme aussi compétent que M. Vulpian.

Chloral en lavement. — M. MARJOLIN, en vue de calmer les douleurs vives et les vomissements qui accompagnent les brûlures, a pris l'habitude d'administrer, chez les enfants, des lavements contenant *cinquante* centigrammes de chloral, et il dit s'en être très-bien trouvé.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION.

Séance du 13 décembre 1869 (1). — Présidence de M. BARTHEZ.

RÉFLEXIONS. — Dans cette observation, il s'agit d'une forme de métrite particulière donnant lieu à la dysménorrhée membraneuse. L'existence de la métrite nous est révélée par les phénomènes douloureux qui sont ceux d'une inflammation utérine (douleurs hypogastriques, lombaires, sus-pubiennes, rétro-coccygiennes, tiraillements dans les aînes, etc.) et aussi par l'expulsion de produits membraneux sur la nature purement inflammatoire desquels l'examen microcopique ne permet pas de doute. Ces fausses membranes ne renferment que quelques cellules épithéliales qui ont été entraînées mécaniquement; on n'a pu y découvrir de glandes; elles ne sont pas dues à l'exfoliation pure et simple de la muqueuse. Les douleurs se réveillent quelques jours avant chaque époque menstruelle; pendant celle-ci, elle prennent un caractère d'acuité remarquable; elles deviennent expulsives et sont alors l'indice de l'effort que doit faire l'utérus pour chasser un corps étranger. Celui-ci est-il expulsé? L'écoulement sanguin qui, par son laborieux passage à travers l'orifice utérin rétréci, donnait lieu à toutes les douleurs d'une véritable strangurie utérine, cesse aussitôt. Tout paraît rentrer dans l'ordre pendant la période intercalaire qui n'est plus marquée que par une légère sensation de pesanteur périnéale, de rares douleurs hypogastriques jusqu'à la prochaine apparition des des règles, qui renouvelle les mêmes accidents, les mêmes symptômes douloureux.

Or, une maladie qui depuis si longtemps (dix années), affecte des rapports si intimes avec la menstruation, doit trouver sa cause dans une modification de la fonction cataméniale.

L'éruption des règles, on le sait, est due, non-seulement à la maturation de l'ovule, mais aussi à une congestion érectile qui se produit sur l'ovaire et la muqueuse utérine. Cette congestion menstruelle donne lieu à différents symptômes chez les différentes femmes. Chez les unes, elle a lieu sans douleurs et ne se manifeste que par l'écoulement d'une faible quantité de sang; chez d'autres, l'hémorrhagie cataméniale est plus abondante sans être douloureuse. Souvent, enfin, l'apparition des règles est annoncée par des douleurs assez vives, et l'écoulement sanguin est plus abondant. Dans ce dernier cas, le molimen menstruel étant plus prononcé que chez les premières femmes, on est en droit de dire que les congestions ovarienne et utérine sont aussi plus complètes. De cette congestion exagérée à l'inflammation, il n'y a pas loin, et, de même qu'il existe une fluxion menstruelle, physiologique, qui peut varier d'intensité chez les différents sujets, de même on peut observer, rarement, il est vrai, chez certaines femmes, une inflammation utérine menstruelle qui, par sa persistance, son apparition régulièrement mensuelle, peut devenir, à la suite d'une véritable habitude physiologique, la principale cause qui préside à la menstruation.

Celle-ci, en un mot, dans la plupart des cas, s'accomplit sous l'influence d'une congestion qui s'opère dans les ovaires et la matrice. Dans l'observation que j'ai rapportée, elle se produit sous l'influence d'une violente congestion qu'accompagne toujours l'inflammation. La disparition presque complète des accidents douloureux et inflammatoires dans la période intercalaire, leur apparition régulière pendant l'époque cataméniale avec l'expulsion de produits inflammatoires, justifient et confirment la nouvelle dénomination de *métrite menstruelle*, que j'attribue à cette nouvelle forme de dysménorrhée membraneuse.

Au lieu de désigner cette affection sous le nom d'un symptôme commun à plusieurs maladies, il est préférable de l'appeler du nom de la lésion qui la produit.

Si l'on consulte les auteurs qui se sont occupés spécialement de cette question, on voit que cette forme de métrite est peu indiquée.

Churchill, à l'article *Dysménorrhée névralgique*, s'exprime ainsi : « Dans quelques cas de dysménorrhée, on trouve une membrane spéciale de nouvelle formation. Elle est formée en apparence par de la lymphe plastique et ressemble à celle qu'on trouve dans le croup. »

Oldham pense que, par suite d'une influence exercée par l'ovaire sur l'utérus, les fausses membranes sont des produits de sécrétion de glandes utérines.

Raciborski, dans son *Traité sur la menstruation*, ne parle que de la dysménorrhée membraneuse due, comme l'a démontré Simpson, à l'exfoliation de la muqueuse.

Aran parle de l'expulsion de sacs membraneux, et il ajoute : « Il y a grandement lieu de douter que des accidents de ce genre puissent se lier à un simple trouble de la menstruation, indépendamment d'une altération matérielle du système utérin. »

Pour M. Bernutz, la dysménorrhée membraneuse comprend deux éléments distincts : « 1° l'exagération de l'hypertrophie menstruelle de la muqueuse utérine; 2° l'accouchement plus ou moins difficile de la membrane dysménorrhéale produite par cette exagération de l'hypertrophie. »

De plus, si des phénomènes inflammatoires se manifestent, ils ne doivent pas être imputés, selon le même auteur, à la dysménorrhée qui les aurait produits; car, dans leur ordre d'apparition et d'importance, ils sont primitifs et deviennent la cause des accidents dysménorrhéiques.

Niemeyer ne parle que de l'exfoliation de la muqueuse quand il dit (*Pathologie interne*, annotée par V. Cornil) : « Il peut arriver que, par des congestions très-vives vers la matrice, un exsudat soit déposé entre la muqueuse et le parenchyme utérin, et que la membrane muqueuse soit détachée par lambeaux plus ou moins grands, et expulsée de la cavité. »

Un autre auteur allemand, le docteur Veit (*Handbuch der speciellen pathologie und therapie herausgegeben von Rud. Virchow*, 1867) résume ainsi la question :

« La dysménorrhée membraneuse est très-fréquente dans ses formes légères; d'après Scanzoni, elle existerait dans les deux tiers des cas de règles douloureuses. Ce fait s'explique par la fréquence de la métrite chronique qui présente si souvent des troubles dysménorrhéiques. L'hypérémie chronique, et le ramollissement de la muqueuse, dus à cette dernière affection, produisent une infiltration plus considérable de plasma dans cette membrane au moment de la congestion menstruelle. Par suite, les couches superficielles de la muqueuse se détachent peu à peu des couches profondes, et bientôt les contractions utérines en complètent la séparation. Chez une de nos malades, cette expulsion d'un sac membraneux représentant la forme de la cavité utérine s'est reproduite huit années durant, à chaque époque menstruelle. »

Bennet se borne à dire que « l'on peut considérer les pseudo-membranes de la dysménorrhée comme l'exagération d'une condition physiologique survenant en général sous l'influence d'une affection inflammatoire. »

Enfin, Courty, dans son *Traité des maladies utérines*, ne fait mention que de la forme de dysménorrhée membraneuse indiquée par Simpson sous le nom d'*exfoliation pathologique de la muqueuse*. Mais dans le *Montpellier médical*, 1869, il distingue la dysménorrhée exfoliante de la dysménorrhée exsudative due, selon lui, à de simples coagulations de mucus, et de la dysménorrhée diphthéritique due à une endométrite.

Telles sont les diverses opinions des auteurs qui se sont occupés de cette question si controversée de la dysménorrhée membraneuse. Cette divergence s'explique par la confusion qui a été faite entre les cas de dysménorrhée membraneuse due à une exfoliation de la muqueuse et ceux, bien différents, qui sont liés à une inflammation périodiquement mensuelle de la muqueuse utérine.

Or, la nature de ces derniers troubles dysménorrhéiques étant bien connue, quelles sont les indications à remplir pour le traitement?

La métrite menstruelle donne lieu à la formation de produits phlegmasiques et aussi à leur expulsion. Si l'on ne peut éteindre l'inflammation, on peut avec succès instituer un traitement palliatif et calmer les douleurs dysménorrhéiques dues, pour une bonne part, à l'obstacle mécanique (*Obstructive dysmenorrhœa* de Simpson) qui résulte d'un rétrécissement. Mais il est difficile de modifier l'état de la muqueuse par des injections intra-utérines ou des moyens antiphlogistiques. Cette première indication serait même dangereuse à remplir contre une métrite qui se lie si intimement à la fonction cataméniale.

Du reste, en supposant que l'on puisse modifier l'état de la muqueuse pendant une époque menstruelle, peut-on croire que l'inflammation ne se renouvellerait pas à l'époque suivante? La réponse à cette question est tout au moins douteuse; car, si dans ce cas, la lésion existe dans la matrice, il est permis de croire que la cause et l'origine de leur maladie résident dans l'ovaire qui, primitivement affecté, peut imprimer à l'affection utérine une marche particulière. — Or, certains auteurs ont admis une ovarite menstruelle sous les noms de *vésiculite cataméniale* ou d'*ovarite folliculeuse* (Négrier, Raciborski, Aran) et Tilt, Oldam admettent sans doute avec raison une *ovarian influence* qui peut expliquer certaines modalités de la menstruation. Pour ces raisons donc, la maladie est difficile à guérir, et la première indication ne pourra jamais être qu'incomplètement remplie.

Il faut s'attacher surtout à combattre le symptôme dysménorrhée ou douleur.

La cause de celle-ci est due le plus souvent à un rétrécissement soit inflammatoire ou spasmodique du canal cervico-utérin qui ne permet pas la sortie facile des produits de la phlegmasie.

L'hystéralgie cataméniale à laquelle cette expulsion donne lieu doit donc surtout préoccuper le médecin parce qu'elle fait le principal tourment des malades. Dilatez le col, ouvrez une voie plus large à la sortie de la membrane dysménorrhéale, et vous aurez rempli la seconde indication, Tyler-Smith, dans un cas à peu près semblable, s'inspirant de cette idée, avait introduit pendant l'époque menstruelle, une canule dans le canal utérin, et avait ainsi beaucoup calmé les douleurs de la dysménorrhée. Mais, pour que celles-ci n'apparaissent pas de nouveau, il faut que le col soit dilaté d'une manière permanente. L'introduction d'une éponge préparée ne suffirait pas, parce qu'après sa sortie, les tissus du col utérin reviendraient sur eux-mêmes. Il faut y joindre la section presque complète des fibres musculaires du col, en ayant soin d'introduire, après cette section, un corps dilatant dans l'orifice cervical de la matrice, afin que la rétraction cicatricielle ne puisse remplacer la dilatation qui aurait été opérée à l'aide du bistouri ou de l'hystérotome. On n'aura sans doute pas détruit les douleurs qui accompagnent la métrite menstruelle, mais on aura délivré déjà la malade des souffrances très-vives qui sont dues à la seule expulsion du corps membraneux. De plus, dans la dysménorrhée mécanique, le surcroît d'action musculaire que la matrice est obligée de faire pour vaincre un obstacle devient souvent, par suite d'une arrivée plus considérable de sang, une nouvelle cause de congestion qui peut suffire à augmenter les accidents et à prolonger la maladie. La dilatation du col peut donc, secondairement diminuer les phénomèmes inflammatoires.

En résumé, je crois que l'on peut poser les conclusions suivantes :

(1) Fin. — Voir les numéros des 23 et 30 avril 1870.

1° Il existe deux espèces de dysménorrhée membraneuse : l'une, due à une desquamation de la muqueuse utérine ; l'autre, due à *une métrite menstruelle a forme croupale ou dipthéritique* qui s'accompagne de la formation et de l'expulsion d'un corps membraneux inflammatoire.

2° Dans ce dernier cas, la thérapeutique pose deux indications : *A* il faut éteindre l'inflammation qui produit tous les accidents, et je crois que cette première indication est difficile et même dangereuse à remplir ; *B* il faut s'attaquer au symptôme dysménorrhée, et je pense que les accidents douloureux seront avantageusement combattus par la dilatation du canal cervico-utérin, précédée ou suivie de la section des fibres musculaires du col.

DISCUSSION

M. BARTHEZ. Les fausses membranes décrites par M. Huchard dans son intéressante observation présentaient deux portions bien distinctes : une correspondant au corps de l'utérus, l'autre au col. Une cautérisation a été pratiquée sur la muqueuse du col ; quelle a été son influence sur la reproduction des fausses membranes et sur leur forme ?

M. HUCHARD. Lorsque la fausse membrane s'est reproduite, la portion qui correspond au col avait disparu.

M. BARTHEZ. Ce résultat important me semble démontrer l'utilité qu'aurait présentée la cautérisation du corps de l'utérus.

M. HUCHARD. Les accidents dont souffrait la malade éclataient toujours pendant l'époque menstruelle ; peut-être n'eût-il pas été prudent de cautériser le corps de l'utérus à un pareil moment ? D'ailleurs, le col n'était pas suffisamment dilaté pour permettre une cautérisation profonde.

M. BLACHE. Il existe des porte-caustique, notamment celui de M. Siredey, qui permettent de cautériser la surface intra-utérine, bien que le col soit très-peu dilaté.

M. RIGAL. Il serait peut-être imprudent de cautériser la muqueuse utérine pendant la période menstruelle, mais pourquoi ne pas pratiquer la cautérisation entre les époques ? Il est difficile qu'une inflammation qui se produit à chaque époque ne laisse pas de traces sur la muqueuse pendant la période intercalaire. Une cautérisation faite à ce moment pourrait modifier utilement la muqueuse et prévenir le retour des accidents qui accompagnent l'éruption des règles.

M. BOTTENTUIT a vu pratiquer bien souvent les cautérisations du col sans qu'il en résultât d'inconvénient. On aurait pu, sans doute, les employer avec plus de hardiesse dans le cas actuel.

M. HUCHARD. Nous n'avons pas été encouragés dans cette voie ; la cautérisation que nous avons pratiquée ayant été suivie d'une violente inflammation du vagin.

M. MONOD. N'y a-t-il pas contradiction entre l'emploi de la cautérisation du col et la nécessité de dilater ce conduit ? On peut craindre que des cautérisations répétées ne rétrécissent le col et n'augmentent la violence d'accidents causés par l'écoulement difficile des produits contenus dans l'utérus.

M. BARTHEZ. Je ne suis pas convaincu des dangers de la cautérisation intra-utérine. Il y a eu, il est vrai, chez la malade de M. Huchard, inflammation du vagin à la suite de cautérisation du col ; mais, en prenant les précautions convenables, on peut cautériser le corps de l'utérus, de même que le nez, la gorge, les conjonctives, sans amener d'accidents graves. On pourrait, sans danger peut-être, essayer la cautérisation du col pendant les règles.

M. THIERRY. M. Damaschino, dans l'examen histologique de la tumeur, a trouvé, entre autres produits, des débris de cellules épithéliales. Ce fait semble indiquer qu'il y a eu exfoliation de la muqueuse.

M. RIGAL. La présence des cellules épithéliales est un fait général dans les affections pseudo-membraneuses ; on la rencontre, en particulier, dans le croup et dans la diphthérie, bien que la muqueuse soit parfaitement saine dans les points qu'occupe la fausse membrane. Il n'y a pas d'altération de la muqueuse, mais simple entraînement mécanique d'un certain nombre de cellules épithéliales, lorsque se détache la fausse membrane.

Le secrétaire : A. SANNÉ.

CORRESPONDANCE

Paris, le 15 mai 1870.

Monsieur le directeur et très-honoré confrère,

J'ai l'honneur de répondre à la demande de la Société de médecine de Louvain, insérée hier dans la *Gazette des hôpitaux*, que l'auteur du mémoire auquel cette Société a décerné une médaille en vermeil et le titre de membre correspondant ayant pour titre : *De la myosite en général ; de celles du carré des lombes et du psoas en particulier*, et portant cette épigraphe : « Une observation se multiplie par sa propre valeur et par celle qu'elle donne à d'autres observations qui n'en ont pas par elles-mêmes, ou en auraient une infiniment moindre », est le docteur Faliu, médecin à Paris.

Agréez, monsieur le directeur, l'assurance de ma parfaite considération.

Dr FALIU.

— L'Angleterre et la science viennent de faire une perte considérable dans la personne de sir James Young Simpson. Le célèbre professeur d'accouchement de l'université d'Édimbourg, né à Bathgate en 1811, vient de succomber à une angine de poitrine.

Nous aurons à revenir sur cette grande figure.

— Clientèle à vendre aux environs de Paris. — Produit moyen : 12,000 fr. — Écrire à M. Duchêne, 32, avenue de la Mothe-Piquet, Paris. (*Affranchir.*)

— L'établissement d'hydrothérapie d'Auxerre est à vendre, par suite de la mort du docteur Fontaine, directeur de cet établissement. S'adresser à Mme veuve Fontaine, à Auxerre.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :

Trois mois..	8 fr. 50 c.	
Six mois. . .	16	—
Un an.	30	—

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 18 mai 1870.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie a entendu dans cette séance deux rapports : l'un de M. Vigla sur un mémoire lu par M. le docteur Burdel (de Vierzon), dans la séance du 6 avril de l'année dernière, et relatif à la génération du tubercule par le cancer, question de pathogénie que M. le rapporteur considère, avec raison, comme non encore complétement résolue par les intéressantes observations de M. Burdel, mais comme très-digne de provoquer des observations nouvelles ; le deuxième de M. Béhier, sur l'appareil vaporifère de M. le docteur Lefebvre, dont l'application dans les hôpitaux à des malades atteints de rhumatisme articulaire, soit à l'état aigu, soit à l'état chronique, a donné les résultats avantageux qu'un premier rapport avait déjà fait présumer.

M. Davaine a occupé ensuite la tribune pour la lecture d'un travail très-étendu sur la genèse et la propagation du charbon.

On connaît les doutes qui ont été émis dans ces derniers temps sur la contagion du charbon ou sur son mode de propagation.

Par quels moyens se fait la contagion ?

Quelle est l'origine des cas inexplicables par la contagion ?

Telles sont les deux questions que comprend le problème soulevé par la pathogénie du charbon.

De ces deux questions, la première a déjà fait le sujet d'un mémoire que M. Davaine a lu à l'Académie dans la séance du 1er mai dernier. On n'a pas oublié que la solution d'une partie de ce problème donnée par M. Davaine dans ce mémoire, a été l'objet d'assez nombreuses objections. C'est pour répondre à ces objections que M. Davaine s'est proposé dans ce nouveau travail, de rechercher l'origine des cas de charbon prétendus spontanés. L'importance et l'étendue de ces nouvelles recherches ne nous permettent pas de les examiner en ce moment. Nous nous bornons à en exposer dans le compte rendu un résumé analytique.

A l'ouverture de la séance, M. Larrey, en faisant hommage à l'Académie d'un grand tableau représentant un épisode de la peste d'Espagne en 1804, a lu une notice extrêmement intéressante sur le sujet de ce tableau, dont nos lecteurs trouverons quelques extraits dans le compte rendu de la séance.

Dr B...

Nous venons de recevoir la lettre suivante. Le corps médical gardera un bon souvenir de la gracieuseté avec laquelle M. Paz s'empresse de se mettre à notre disposition. Que M. Paz reçoive nos remercîments.

Grand Gymnase Paz, 16 mai 1870.

Monsieur,

Permettez-moi d'avoir recours à la publicité de votre estimable journal pour faire savoir à MM. les membres du corps médical que je mets gracieusement à leur disposition la grande salle de mon établissement pour les réunions sur la vaccine, proposées par M. le docteur Lanoix et appuyées par la *Gazette des Hôpitaux*.

Cette salle, qui peut contenir aisément 3 à 4,000 personnes, sera libre, à partir du 20 mai, les mercredi, samedi et dimanche soir.

Agréez, monsieur, mes respectueuses civilités,

EUGÈNE PAZ.

Nous convions donc tous les confrères qui désirent prendre part à la discussion *de la vaccine*, à vouloir bien se réunir à nous mercredi prochain, 25 mai, au Gymnase Paz, rue des Martyrs, 34. La séance s'ouvrira à huit heures et demie très-précises. Samedi, nous publierons un programme indicatif, mais non limitatif, des questions sur lesquelles doit porter le débat.

Dr E. L.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE STRASBOURG.

M. RIGAUD.

Brûlures étendues. — Altération du sang. — Embolies capillaires des organes respiratoires. — Infarctus hémorrhagiques des poumons.

Par le docteur FELTZ,

Lauréat de l'Institut, professeur agrégé, directeur des autopsies de la Faculté de médecine de Strasbourg.

En 1867 (1), nous avons démontré expérimentalement que, sous l'influence de fortes brûlures, il se présentait des modifications profondes dans les vaisseaux atteints. Le sang se coagule en partie dans les points lésés, les globules rouges sont ratatinés et ressemblent à des éléments desséchés; la fibrine est coagulée sous forme de plaques irrégulières plus ou moins granuleuses ; l'état fibrillaire habituel n'existe plus. Ces lésions du sang se retrouvent dans les vaisseaux veineux éloignés (cœur droit et artère pulmonaire), mais il est aisé de constater que c'est simplement par transport que s'opère cette modification, car le sang contenu dans les vaisseaux dont il s'agit ne présente d'altération que par points.

Sous l'influence de ces transports emboliques, il se développe dans les poumons des infarctus hémorrhagiques plus ou moins nombreux, et il n'est pas douteux pour nous que c'est à des concrétions venues de la périphérie que doivent être attribués les accidents pulmonaires si fréquents dans les grandes brûlures.

Dès 1861, le docteur Wilks (2) a décrit les lésions pulmonaires suites des brûlures que je viens de signaler. Dans de nombreuses autopsies d'enfants morts d'accidents de brûlures, Wilks a presque toujours montré que la mort est la conséquence de phénomènes pulmonaires. S'il admet que les malades meurent quelquefois par suite du choc subi par le système nerveux, ou par production de tétanos, il n'en conclut pas moins que, la plupart du temps, la mort peut s'expliquer par des lésions de l'appareil respiratoire. Il signale ici des accidents analogues à ceux que l'on constate dans les empoisonnements du sang et dans la résorption purulente. Dans les vaisseaux, il indique des dépôts fibrineux plus ou moins décolorés, dans les organes, la fréquence de taches purpurines et hémorrhagiques. Wilks toutefois ne signale pas le rapport de causalité entre les phénomènes morbides de la périphérie et les lésions des organes centraux. Le facteur, inconnu pour lui, consiste pour nous dans les embolies capillaires.

Cette manière de mourir par les brûlures est vraie aussi pour les congélations. M. le professeur Michel, de Strasbourg (3) a démontré, par une autopsie faite avec MM. Morel, Jœssel et nous que la circulation capillaire du poumon peut être entravée d'une manière très-profonde par des embolies constituées par du sang très-altéré dans sa constitution, venues des points congelés de la périphérie.

En 1868, M. Gustave Wertheim (4) a publié un travail très-intéressant sur le sujet que nous traitons. Il conclut comme nous à ce que les gelures et les brûlures déterminent dans les vaisseaux atteints des altérations manifestes des globules et de la fibrine. Il parle même de formation de cristaux dans le sang. D'après ses observations, les lésions éloignées que l'on observe en cas de congélation et de brûlure, tels que les ulcères duodénaux, les infarctus pulmonaires hépatiques, rénaux et même les lésions cérébrales reconnaissent pour cause des embolies parties des points primitivement lésés par le froid et le feu.

Quant à la nature hémorrhagique des infarctus, Wertheim leur assigne la même cause que nous.

Nous pouvons donner aujourd'hui une observation de brûlure, avec autopsie, des plus concluantes touchant le mécanisme de la mort ou des accidents pulmonaires dans les brûlures étendues.

Le nommé W..., âgé de 22 ans, garçon brasseur, d'apparence très-robuste, entre à la clinique chirurgicale de Strasbourg (service de M. le professeur Rigaud), le 15 février 1870, vers 11 heures du matin.

(1) *Études des embolies capillaires*, par V. Feltz, 1re édition. Strasbourg 1867.

(2) Wilks, *Guy's Hospital Reports*, 3e série, t. VI, et *Archives de médecine*, mai, 1861.

(3) *Gazette médicale de Strasbourg*, 1867.

(4) Wertheim, *Med. Jahresb des Kœn-Kais. Gesellsch.* Wienn, 1868.

Il est tombé, il y a une demi heure environ, dans une cuve contenant de l'eau bouillante. Grâce à des efforts considérables et l'aide de quelques-uns de ses collègues, il parvint à sortir de la cuve. Il est immédiatement transporté à l'hôpital.

Etat actuel. — Aux membres supérieurs et inférieurs, se constatent de vastes brûlures. L'épiderme est en majeure partie enlevé ou soulevé par d'énormes phlyctènes. Le derme, à nu, est fortement hyperémié. La poitrine est intacte ou à peu près. Le dos est fortement endommagé. A la tête, on n'aperçoit que quelques petites phlyctènes vers la région mastoïdienne et l'oreille gauche. Le cuir chevelu n'a pas souffert. Le malade est en proie à des douleurs atroces; il jette des cris horribles, éprouve des frissons qui lui font claquer des dents. Il demande à être couvert, disant qu'il gèle. Soif intense.

Des applications de chlorate de potasse et une potion avec *quinze* centigrammes d'extrait gommeux d'opium parviennent à calmer les douleurs. A 4 heures du soir, il est relativement bien et raconte les différentes péripéties de son accident.

Dans la nuit, le malade vomit plusieurs fois. Les matières rendues sont aqueuses, non alimentaires, et dues sans doute à la grande quantité de liquides ingérés pendant la journée. Le sommeil est agité, pénible; le malade se lève à plusieurs reprises pour respirer, se dirige même vers la fenêtre. Après quelques minutes d'agitation, un calme relatif s'établit.

Le 16 février au matin, le délire de la nuit ne se présente plus, le patient reconnaît son père et répond avec une parfaite lucidité aux questions qu'on lui fait.

Dans l'après-midi, l'agitation renaît; le délire est à son comble; plusieurs hommes sont nécessaires pour empêcher les mouvements désordonnés. Par moment, le malade revient à lui, fait de larges inspirations, reste tranquille quelques minutes pour retomber ensuite dans le délire. Vers le soir, le coma s'établit, la respiration s'embarrasse, devient irrégulière, de moins en moins profonde. La mort survient vers minuit.

Autopsie, 24 heures après la mort.

L'opération est commencée par l'examen des surfaces lésées et l'étude de la peau. Les deux membres inférieurs sont presque complétement dépouillés de leur épiderme. La couche muqueuse de Malpighi est infiltrée de noyaux paraissant des globules purulents. Les réseaux capillaires du derme se marquent par des traînées noires; dans leur voisinage, la présence de noyaux purulents ne laisse pas de doute; mais rien n'indique de modifications de leurs parois, et malgré toute notre attention, il nous a été impossible de surprendre, dans ces mêmes parois, des éléments figurés.

La dissection des veines, poursuivie aussi loin que possible, ne nous montre, dans le tissu cellulaire sous-cutané, qu'un exsudat séreux très-transparent. Le microscope ne révèle pas de lésions dans les couches sous-dermiques. Les vésicules sont remplies de caillots noirs, composés en grande partie d'éléments qui nous frappent par l'irrégularité de leurs formes. On reconnaît encore le globule sanguin, mais à sa couleur seulement. Les éléments trouvés dans le voisinage des brûlures surtout, ressemblent à de petits blocs de poussière de cinabre, c'est-à-dire qu'on ne trouve dans le sang, dans le point lésé, que des débris de globules, semblables à ce que l'on obtient quand on laisse du sang frais se dessécher sur une plaque de verre. A côté de ces éléments, on voit une quantité considérable de granulations fibrineuses et des produits paraissant de la graisse, car ils disparaissent quand on les traite par l'éther.

Dans les grosses veines, le sang est fluide, mais mélangé de débris analogues à ceux que nous avons signalés dans les vésicules du voisinage des brûlures.

Les brûlures des membres supérieurs et du dos sont aussi avancées que celles des membres inférieurs, et les mêmes constatations y ont pu être faites.

L'ouverture du thorax donne comme résultat une quantité énorme de petits foyers apoplectiques dans les poumons. Le parenchyme de ces organes est littéralement farci de noyaux hémorrhagiques. L'examen attentif du sang composant ces foyers nous a révélé la présence de modifications analogues à celles que nous avons signalées dans le système veineux périphérique. Le sang du cœur droit et des artères pulmonaires nous donnant les mêmes caractères, nous n'hésitons pas à admettre que les hémorrhagies pulmonaires n'aient été le résultat de difficulté de circulation capillaire pour cause de mélange du sang avec les débris organiques amenés de la périphérie. Les infarctus sont, pour nous, l'effet de déchirures de capillaires plus ou moins oblitérés par des corps étrangers venus des points brûlés.

Si la mort n'était survenue si rapidement, nous aurions eu dans le poumon des suppurations.

L'examen du cerveau, des méninges, ne nous a rien donné. Les organes splanchniques autres que les poumons ne sont nullement lésés. L'examen du sang, dans différents points du corps, notamment dans la rate, le foie et les reins, ne nous a pas, de loin, révélé des lésions analogues à celles signalées dans le système veineux des membres. Nous sommes donc autorisés à croire que c'est l'influence directe du calorique qui a été cause des altérations du sang.

DES TENTATIVES DE CONSERVATION

DANS LES

CAS DE SÉPARATION PRESQUE COMPLÈTE DE LA LANGUE (1)

Par le Dr Bérenger-Féraud
Médecin principal de la marine impériale.

B. — Cas où la division était complète.

Obs. I. — *Fait de Bridenback* (Velpeau, *Médecine opératoire*, t. Ier, p. 616).

Bridenback a raconté qu'un individu eut le nez coupé par un chien, et que lorsqu'on eut arraché cet organe de la gueule de l'animal, on put le réappliquer avec succès.

Obs. II. — *Fait de Blegny* (Zodiac, *Méd. gall., mars* 1680; et Velpeau, *Médecine opératoire*, t. Ier, p. 614).

Nez coupé d'un coup de sabre. Un chirurgien militaire nommé Winseult, fait la réunion qui s'opéra parfaitement par le moyen d'emplâtres et de bandelettes agglutinatives.

Obs. III. — 1er *Fait de Chélius* (Velpeau, *Médecine opératoire*, t. Ier, p. 616; et Sédillot, *Traité de médecine opératoire*, 2e édition, t. II, p. 220).

Un étudiant reçoit dans un duel un coup de sabre qui lui enlève l'extrémité du nez. Le fragment est abandonné pendant plus d'une heure. Réunion. Guérison.

Obs. IV. — *Fait de Dionis* (*Bulletin de la Société anatomique*, t. V, p. 95).

Dionis nous a transmis l'histoire de plusieurs restaurations très-curieuses du nez entièrement séparé.

Des voleurs ayant attaqué de nuit des passants, l'un d'eux eut le nez coupé net. Il courut chez un chirurgien qui lui demanda le nez pour le lui remettre; aussitôt ses camarades sortirent, et ayant rencontré un individu, ils lui coupèrent le sien qu'ils portèrent tout chaud au chirurgien, lequel le recolla et le recousit très-heureusement.

Obs. V. — *Fait de Fioraventi* (*Secrets de chirurgie*, livre II. — *Bulletin de la Société anatomique*, t. V, p. 95; Velpeau, *Médecine opératoire*, t. Ier, p. 614).

Fioraventi rapporte que dans une rixe, un soldat abattit le nez d'un gentilhomme espagnol, appelé Andréas, c'était sur le sol d'Afrique. L'organe tomba sur le sable. Fioraventi ne vit d'autre moyen que de le laver avec son urine; après quoi il le frotta de son baume et le réappliqua. Guérison parfaite.

Obs. VI. — Garengeot (*Traité des opérations de chirurgie*, t. III, p. 555).

Un soldat du régiment de Conti eut, dans une rixe, presque toute la partie cartilagineuse du nez arraché d'un coup de dent; le morceau tombe dans le ruisseau; le blessé jette son nez dans la boutique de Galin, qui le lave et le met dans dans du vin tiède. Quand le malade revient on le nettoie. Galin remet le bout du nez en place et le maintient à l'aide d'un emplâtre agglutinatif et de la fronde. Garengeot le vit quatre jours après; la réunion se fit très-bien.

Obs. VII à XI. — *Faits de Hoffacker* (*Annales cliniques de Heidelberg*; Sédillot, *Traité de médecine opératoire*, 2e édition, t. II, p. 220).

M. Hoffacker, nommé officiellement chirurgien des duels à Heidelberg, a donné, dans les Annales cliniques de cette université, 16 observations de parties de nez enlevées et réunies avec succès.

Voici les détails que j'ai trouvés dans les diverses publications françaises sur ces observations.

4 faits du docteur Hoffacker (*Archives générales de médecine*, 3e série, t. II, p. 91).

M. N..., a une portion du nez (15 lignes de long sur 11 de large) enlevée par un instrument tranchant. Le morceau, ramassé par un assistant et remis au chirurgien, fut lavé et fixé au visage par treize points de suture placés avec soin et intéressant toute l'épaisseur de la paroi (cartilage compris). Bandelettes agglutinatives. On avait lié un artère qui donnait trop abondamment.

Deux jours après. les fils menacent de couper les tissus gonflés. On les enlève, lotions vinaigrées tièdes. Petite escarre à la pointe de l'organe. Huit jours après, guérison complète.

2° Nez séparé pendant une ou deux heures. Guérison.

3° Nez séparé pendant trois quarts d'heure. Guérison.

4° Nez séparé pendant trois quarts d'heure. Guérison.

En rapportant les quatre observations précitées (16, 17, 18, 19), le docteur Offacher dit que les parties séparées du corps perdent leur vitalité beaucoup moins vite qu'on ne le croit communément; qu'elles la conservent peut-être même pendant plusieurs heures, et que la cicatrisation n'en est que plus facile au bout d'un certain temps. En effet, dans les premiers moments, la surface saignante de ces parties est grippée, contractée, ce qui empêche leur parfaite juxtaposition et l'affluence des liquides dans leurs vaisseaux. D'un autre côté, le sang qui mouille la plaie agit également d'une manière désavantageuse; si au contraire, on attend le moment favorable, où le suintement sanguin s'arrête et où celui de la lymphe coagulable commence, la guérison est beaucoup plus facile. (*Archives générales de médecine*, t. II, p. 92.)

Fait d'Hoffacker (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1830, t. Ier, p. 372).

Un jeune homme de 20 ans reçut un coup de sabre qui lui enleva le bout du nez dans l'étendue d'un demi pouce de long et d'autant de large; un morceau de la lèvre supérieure et un morceau de la lèvre inférieure et de l'apophyse du menton forment un éclat de trois quarts de pouce. Ces trois morceaux étaient tombés à terre, on ne put retrouver le morceau de la lèvre supérieure; celui de la lèvre inférieure fut ramassé de suite et fixé par plusieurs points de suture. Celui du nez ne fut retrouvé qu'au bout de dix minutes; il reprit environ aux deux tiers, et les plaies des lèvres se cicatrisèrent avec peu de perte de substance.

Obs. XII. — *Fait de Molinelli* (*Bulletin de la Société anatomique*, t. V, p. 95. — Velpeau, *Médecine opératoire*, t. Ier, p. 615).

Molinelli a parlé d'un individu qui ayant été condamné à avoir le nez coupé fut guéri par la réapplication de l'organe entièrement séparé dans un pain chaud.

Obs. XIII. — *Fait de Leyseri* (Zodias, *Médic. gall.*, 1680, *Bulletin de la Société anatomique*, t. V, p. 95).

Fait analogue à celui de Molinelli.

Obs. XIV. — *Fait du docteur Renzi* (*Bulletin de thérapeutique*, t. X, p. 246).

Fille publique.
Nez divisé par une morsure.
Réunion tentée trois heures après.
Réunion complète.

On avait présenté le morceau, enveloppé dans du papier, chez le commissaire de police.

Obs. XV. — *Fait de Regnault* (*Gazette salutaire*, 1714, n° 26, p. 4. Velpeau, *Médecine opératoire*, t. Ier, p. 615).

Le nommé Loudun eut le nez emporté en entier par les dents d'un contrebandier. Le malade l'avait ramassé dans son mouchoir, où le chirurgien appelé le trouva froid et noir. « Je mis cette partie dans l'esprit de vin camphrée et je lavai bien la partie; je l'appliquai ensuite le mieux qu'il me fut possible, et je tins le tout en place par un bandage contentif. Trois fois le jour j'arrosai le nez par dessus avec le même esprit de vin camphré. Au bout de huit jours, je levais l'appareil et je vis que cette partie reprenait; comme il y avait de grandes déchirures, il survint une suppuration qui dura un mois; il n'en résulta à la fin que deux petites cicatrices, un peu enfoncées à la partie supérieure de l'organe. »

Il est probable que c'est de ce fait qu'il est question dans la *Médecine opératoire* de Velpeau (t. Ier, p. 616) et dans la *Chirurgie plastique* de Jobert de Lamballe, et alors, il faut ajouter que ce nez était resté cinq heures séparé du corps.

Ces faits, dont je viens de donner l'énumération sommaire, sont assurément très-curieux; ils sont si nombreux. viennent de sources si diverses, qu'on ne saurait leur opposer une dénégation absolue désormais et, malgré soi, on est porté en fin de compte à une crédulité qu'on n'avait pas au début; essayons, en les reprenant maintenant d'une manière synthétique, d'en tirer les enseignements qui en découlent naturellement.

Un point frappe d'abord dans cette étude, c'est qu'il y a deux catégories de faits bien distincts dans les deux séries d'observations que nous venons de voir. La première catégorie, c'est-à-dire le cas où la continuité était encore assurée par l'existence d'un pédicule plus ou moins mince, est infiniment plus nombreuse, plus probante que l'autre. Pour cette première catégorie, il n'y paraît avoir donc aucune discussion, et je crois que désormais tout praticien se piquant de faire de la bonne chirurgie, n'hésitera pas à tenter la réunion dans le cas où le moindre tractus organique reliera la portion séparée avec le restant du corps.

Mais pouvons-nous formuler la même prescription pour les cas où la division est complète? Les observations, infiniment moins nombreuses, sont aussi moins concluantes par leur moindre variété et leur authenticité plus restreinte. Cependant, je n'hésite pas pour ma part à les admettre comme déjà suffisamment probantes pour faire tenter désormais la conservation dans tous les cas. En effet, que nous ne prêtions pas une foi aveugle dans des faits aussi vaguement formulés que ceux de Bridenbac, de Blegny, de Dionis, de Fioraventi, la chose est naturelle; mais pouvons-nous écarter sans discussion ce fait si contesté et toujours représenté de Garengeot? L'autorité de Chélius peut-elle être laissée de côté sans appel? Le fait de Regnault, si simplement raconté avec les moindres détails, n'est-il pas de nature à faire réfléchir? Enfin, j'avoue que la dénégation me semble impossible pour les faits de Renzi (de Naples) et de Hoffacker, qui se sont passés de nos jours, et tout en reconnaissant que la réunion est infiniment plus rare et plus difficile dans le cas de division complète, je déclare qu'elle me paraît encore assez possible pour justifier toute tentative de conservation.

D'ailleurs, qu'opposer aux observations incontestables que je viens de citer? Les expériences de Percy sur les nez des chiens. « Je n'ai jamais vu ces mêmes os (nez) se réunir dans ces sortes de blessures, mais on ne doit pas moins en tenter la réunion, sauf si elle ne s'effectue pas, à les retirer lorsque la suppuration qui se rétablit autour d'eux les aura mêlés. » (Percy, *loc. cit.*, 1815, t. XII, p. 344.)

Mais on remarquera d'abord que Percy n'avait fait qu'un nombre assez restreint d'expérimentations de cette nature, et ses faits négatifs ne pourraient faire rejeter absolument ceux que nous voyons avancés par plusieurs hommes dignes de confiance.

Il me semble, en revanche, qu'on pourrait trouver un appui en faveur de la possibilité de réunion d'une partie du nez totalement séparée dans la pratique de Dieffenback, touchant la rhinoplastie.

« Nous avons vu disent les auteurs du *Compendium de chirurgie*, le professeur Dieffenbach, pendant son séjour à Paris, opérer plusieurs fois et ne manquer jamais de couper au niveau du pédicule les gros vaisseaux qui pouvaient s'y trouver, dans la crainte qu'en apportant trop de sang dans le lambeau, ils n'y occasionnent une congestion nuisible à la circulation et favorable au développement de la gangrène. Le danger de cette pléthore du lambeau était l'objet d'une préoccupation constante, et c'était un point sur lequel il revenait sans cesse. »

Lorsqu'on tente la conservation dans les cas qui nous occupent, il y a quelques précautions à prendre pour assurer la réunion. Je me propose d'étudier en détail ce point quand j'aurai présenté toutes les observations que j'ai recueillies touchant la conservation des parties séparées accidentellement du corps. Pour aujourd'hui, je dirai seulement, en quelques mots, qu'il faut attendre que tout écoulement de sang ait cessé avant de tenter la réunion; que les parties de même nature doivent être mises en contact, que l'immobilité de la coaptation doit être parfaite, et que le mode de pansement doit être dirigé de manière à éviter le plus possible la suppuration, cause puissante d'insuccès. J'espère montrer ultérieurement que dans ces points est le secret de bien des succès, et qu'en remplissant certaines indications avec soin, on peut obtenir des résultats que beaucoup appelleraient volontiers merveilleux.

(*A suivre.*)

(1) Voir les numéros des 7, 14 et 17 mai 1870.

DE L'APHASIE

OU DYSPHASIE TRAUMATIQUE

Par M. le docteur Antonin Martin, médecin-major.

Ce travail, extrait d'un mémoire encore inédit sur les paralysies traumatiques, est presque exclusivement basé sur des faits empruntés à la clinique du docteur Larrey et aux œuvres de son fils, M. le baron H. Larrey.

De l'étude consciencieuse et de la comparaison attentive que nous avons faites de tous les faits exposés dans ce travail, nous croyons pouvoir déduire les conclusions suivantes :

I. L'aphasie traumatique est très-fréquente, pour ne pas dire habituelle, à la suite des plaies de la région antérieure et latérale *gauche* de la tête.

II. Elle ne se montre que très-exceptionnellement, à la suite des lésions du lobe cérébral antérieur droit.

III. L'aphasie traumatique est le plus habituellement la conséquence de l'amnésie traumatique (perte de la mémoire des mots, des nombres et de certaines combinaisons nécessaires à l'expression mimique ou écrite des signes du langage, de la musique).

IV. La deuxième espèce d'aphasie traumatique admise par Van der Kolk, Jaccoud et par nous est excessivement rare, attendu qu'une lésion subite des corps striés, des corps olivaires, etc., s'accompagne de symptômes complexes graves et rapidement mortels.

V. La plus grande fréquence de la première espèce d'aphasie s'explique encore par la plus grande fréquence de lésions de ces lobes comparativement aux autres parties du cerveau, les parties antérieures et antéro-latérales du crâne étant plus exposées par leur situation même aux violences extérieures et aux agents vulnérants, surtout à la guerre.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 17 mai 1870. — Présidence de M. Denonvilliers.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

Elle comprend : 1° Une lettre de M. le docteur Danet, qui rapporte l'observation d'un cas de variole chez un homme de 49 ans, déjà atteint, à l'âge de 13 ans, d'une variole confluente dont il porte les traces; — 2° Une note de M. le docteur Baillet, sur la conservation et la durée du fluide vaccinal.

L'auteur conclut que le vaccin, bien recueilli et conservé avec tout le soin désirable, jouit encore de la plénitude de son action au bout d'un an et même de deux ans, et qu'il y aurait dès lors tout intérêt pour le médecin de ne négliger aucune occasion d'en recueillir et d'en conserver.

PRÉSENTATIONS

M. Legouest présente, au nom de M. le docteur Perrin, médecin principal d'armée, un volume, accompagné d'un atlas, intitulé : *Traité pratique d'ophthalmoscopie et d'optométrie*.

M. Larrey offre à l'Académie, au nom de l'une de ses proches parentes (Mme la vicomtesse de Manneville) et de son mari, un tableau provenant de la succession de leur famille. Ce tableau, signé de José Aparicio, peintre espagnol devenu, en France, élève de David, peint en 1804, représente une scène de la peste de Valence, en Espagne. M. Larrey s'est livré, au sujet de ce tableau, à quelques recherches qu'il a consignées dans une note, dont il a donné lecture à l'Académie et dont nous extrayons quelques passages propres à jeter du jour sur une épidémie qui a ravagé une partie de l'Europe à cette époque.

Voici d'abord une explication qui donne l'idée de la composition : En 1804 et 1805, toute l'Europe fut menacée de l'affreuse épidémie qui dépeupla une partie de l'Espagne.

La nation espagnole fit briller, en cette triste circonstance, ce noble et généreux caractère qui de tout temps l'a distinguée.

Le gouvernement multiplia les précautions, prodigua les soins et les secours, secondant la vigilante activité et la sagesse du Prince de la Paix ; les gouverneurs des provinces, les magistrats des villes, établirent des lazarets, tous les ordres des citoyens concoururent, avec une louable émulation, au soulagement des malheureux.

Les ecclésiastiques, tant séculiers que réguliers, se firent surtout remarquer par ce zèle infatigable qui, non content de compatir aux maux qu'il a sous les yeux, court, avec une sorte d'avidité, à la recherche des misérables pour les soigner et les consoler.

On s'est borné, dans ce tableau, à quelques scènes de ce genre. Il représente un lazaret établi dans un couvent, où l'on portait toutes les personnes qui dans le voisinage étaient attaquées de la maladie. Les religieux de cette maison périrent presque tous, victimes de leur dévouement, qui ne se démentit jamais. Au milieu d'eux mourut l'évêque du lieu, homme d'une rare piété, d'une vertu et d'une bonté exemplaires.

Le père de l'auteur, atteint du mal commun, finissait sa vie dans ce pieux asile, lorsqu'il reçut de son fils, pensionnaire du roi d'Espagne à Paris, le portrait de cet artiste et celui de son frère, avec une lettre d'envoi annonçant quelques succès propres à flatter la tendresse d'un père. Le vieillard, à qui le fils présentait cet hommage de la piété filiale, en ressentit un peu de consolation.

Le saint évêque s'approche : « Bénissez vos enfants, lui dit-il, et rendez grâce à Dieu du moment de bonheur dont il vous a fait jouir à votre dernière heure. »

C'est là le sujet de l'épisode principal de ce tableau, où l'auteur aurait voulu immortaliser le souvenir de sa propre douleur en même temps que celui de la désolation de son pays et de la touchante humanité de ses concitoyens.

Mais cette explication du tableau et de la pensée du peintre ne spécifie point la nature de l'épidémie d'Espagne.

J'ai cru, ajoute M. Larrey, devoir m'en enquérir auprès du directeur de l'Académie des beaux-arts de Saint-Ferdinand, à Madrid, M. de Madrijo, correspondant de l'Institut. Il s'est empressé de me répondre que ce tableau représentait la *Peste de Valence*, en m'indiquant la description qui en a été faite dans les *Annales du musée* (t. XIV, 1807), par Landon, avec une planche gravée au trait.

Il nous est permis d'émettre un doute sur la qualification de peste donnée à cette scène d'épidémie. Ne serait-ce pas plutôt la fièvre jaune, si on en juge tout d'abord par quelques teintes morbides ou cadavériques, et si on consulte ensuite les relations publiées sur les épidémies de cette époque. On y retrouve en effet la lividité des paupières et du nez sans trace d'exanthème.

Je me suis adressé particulièrement à mon ancien collègue du service de santé militaire, M. Guyon, qui ayant vu et décrit la fièvre jaune, a bien voulu me fournir des documents assez précis sur la question.

L'épidémie d'Espagne, et par conséquent l'épidémie dite peste de Valence, en 1804, se rapporterait, suivant M. Guyon, à la fièvre jaune qui entraîna une mortalité considérable dans toute la Péninsule :

« La peste, m'écrit-il, aurait pu arriver à Valence par le Maroc, où elle était de 1799 à 1800 (consul Chenier); elle y était encore de 1818 à 1819 (voyageur Cochelet). Toutefois, je ne vois nulle part que, bien qu'elle se soit assez souvent montrée dans la Péninsule durant le siècle dernier, on l'ait encore vue depuis le commencement de celui-ci.

« D'un autre côté, ajoute M. Guyon, en Espagne comme ailleurs, le peuple baptise généralement du nom de peste toute épidémie meurtrière. »

Il en cite plusieurs exemples dans une note qu'il a bien voulu m'adresser.

J'ai demandé aussi des renseignements à l'un de mes honorables collègues du conseil de santé, M. Laveran, qui a professé pendant longtemps le cours d'épidémiologie à l'École de médecine militaire du Val-de-Grâce.

Son avis est que l'épidémie d'Espagne appartient certainement à la fièvre jaune, et il en démontre l'origine, le développement et la propagation dans la Péninsule avec la statistique de sa désastreuse mortalité.

J'ai fait voir enfin le tableau à M. le docteur Fuzier, celui de nos médecins militaires qui a le plus longtemps observé la fièvre jaune au Mexique, puisqu'il est resté pendant près de quatre ans, chef du service de santé à Vera-Cruz.

D'accord avec MM. Guyon et Laveran, il reconnaît aussi dans l'aspect et dans la coloration de quelques-unes des figures du tableau, des indices non équivoques de la fièvre jaune.

Quoi qu'il en soit des appréciations de l'épidémie d'Espagne et des critiques du tableau que l'on pourrait intituler : *Episode de la fièvre jaune à Valence*, par Aparicio, j'ai cru devoir joindre ces renseignements à l'œuvre capitale du peintre espagnol, espérant qu'elle sera favorablement accueillie par mes très-honorés collègues et jugée digne de figurer au sein de l'Académie.

Cette communication est accueillie par les applaudissements unanimes de l'assemblée.

M. LE PRÉSIDENT remercie M. Larrey au nom de l'Académie, et annonce que, d'après une décision du conseil, le nom du généreux donateur et la date de la donation seront inscrits sur le cadre du tableau qui est apposé au fond de la salle des séances, au-dessus du bureau.

M. MARROTTE donne à l'Académie des nouvelles de la santé de M. Leblanc qui est en voie d'amélioration.

RAPPORTS

Relation héréditaire du cancer et du tubercule. — M. VIGLA, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Pidoux et Colin, lit un rapport sur un mémoire de M. Burdel (de Vierzon), ayant pour titre : *Le tubercule issu du cancer, ou relation héréditaire du cancer et du tubercule.*

Selon M. Burdel, le cancer transmet presque aussi souvent la phthisie que la phthisie se transmet par elle-même. La différence qu'il a pu constater est de 60 à 80 pour 100. Les affections chroniques autres que le cancer peuvent bien aussi produire la phthisie dans la génération qui succède ; mais, tandis que sur 100 parents cancéreux il a vu 75 fois le tubercule atteindre les enfants, il n'a vu que 15 fois sur 100 le tubercule naître d'autres affections.

Le cancer vient donc immédiatement après la phthisie, si ce n'est sur la même ligne, par sa puissance à produire le tubercule sur les générations suivantes. C'est ainsi que sur 100 familles qui ont fourni les observations du mémoire, 79, affectées de cancer, ont produit, par hérédité directe ou secondaire, 237 tuberculeux.

Comme spécimen du travail statistique qui a servi de base à ces propositions, M. Burdel cite l'histoire pathologique de 20 familles, que M. le rapporteur n'hésite pas à proclamer comme un modèle du genre.

Cette parenté, dit M. Vigla, ressort-elle bien des faits ? Ces deux maladies étant également communes dans le pays, on est porté naturellement à se demander si ces deux affections ne se sont pas développées parallèlement, en vertu de conditions propres à chacune, plutôt qu'elles ne se seraient succédé par voie de génération ou de transformation.

M. le rapporteur objecte à la présomption d'influence invoquée par M. Burdel, que toute dégénérescence suppose un affaiblissement ou une déviation de la nutrition dont le principe remonte quelquefois à plusieurs générations, que la résistance organique une fois attaquée dans une famille, des dégénérescences diverses, suivant les aptitudes individuelles, viendront à se produire ; ici le cancer, là le tubercule, etc.

Mais, revenant au mémoire de M. Burdel, M. Vigla reconnaît la proposition nouvelle que la phthisie des enfants procède du cancer à venir, latent, occulte des parents, repose sur des observations nombreuses et qui méritent d'être prises en sérieuse considération. M. Burdel a établi en outre, d'une manière suffisante, que la phthisie n'existait pas concurremment chez les ascendants. Enfin, le diagnostic porté sur les malades ne peut laisser aucun doute. Il resterait pour consacrer l'exactitude de la coïncidence signalée par l'auteur, que ces mêmes faits soient reconnus exacts par d'autres observateurs et dans d'autres pays. C'est là précisément ce que demande M. Burdel, son travail n'étant autre chose qu'un appel fait à de nouvelles recherches.

« Ce que nous pouvons déclarer dès aujourd'hui, dit en terminant M. le rapporteur, c'est que les idées de M. Burdel ne sont pas de celles que l'on doit rejeter sans examen ; que ce mémoire est conçu dans un excellent esprit d'observation, qu'il est difficile de pousser plus loin la recherche d'une influence héréditaire ; que la méthode adoptée par l'auteur peut être proposée comme un excellent guide dans les investigations de ce genre. »

La commission propose : 1° d'adresser des remercîments à l'auteur et de l'inviter à continuer ses recherches; 2° d'adresser le travail au comité de publication, et d'inscrire M. Burdel sur la liste des candidats au titre de membre correspondant de l'Académie.

(Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.)

Appareil vaporifère. — M. BÉHIER, au nom d'une commission dont il fait partie avec M. Larrey, présente un rapport sur l'appareil vaporifère de M. le docteur Lefebvre, perfectionné et mis à la portée de tout le monde par la modicité de son prix.

M. le rapporteur reconnaît à cet appareil les avantages que lui avait déjà trouvés M. Poggiale, dans un rapport favorable lu à la séance du 5 mars 1867.

En outre, six malades ont été soumis dans son service à l'usage de l'appareil; huit autres ont subi le même traitement dans le service de M. le docteur Ollivier, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. Neuf de ces quatorze malades étaient atteints de rhumatismes articulaires, six à l'état aigu et trois à l'état chronique. Chez les premiers, le soulagement a été très-rapide après sept à huit jours de traitement. L'un de ces malades, qui présentait les signes d'une endocardite assez marquée, n'a pas vu l'état de son cœur aggravé par l'emploi de l'appareil. On eut soin de lui faire respirer toujours de l'air frais et de maintenir un peu plus basse pour lui la température à laquelle le corps était soumis. Trois malades atteints de rhumatismes articulaires peu anciens furent entièrement remis après cinq à sept bains.

L'appareil a été également employé avec succès dans un cas de tremblement mercuriel, dans un cas de diabète sucré, chez un malade atteint de fièvres intermittentes et chez trois malades affectés d'ictère.

« Vous le voyez, messieurs, dit en terminant M. le rapporteur, l'appareil de M. Lefebvre rend certainement l'emploi de la vapeur plus facile, plus régulier, plus modéré et mieux gradué. Il est maintenant d'un prix plus modique par les modifications que l'auteur lui a fait subir en le conformant aux critiques de M. Poggiale.

« L'appareil, selon nous, est donc très-utile, et nous vous proposons d'adresser des remercîments à son inventeur.

« Nous ajoutons que M. le docteur Lefebvre a présenté, en outre, un petit appareil à vapeur réduit au plus petit volume qu'il soit possible, et qui est véritablement utile dans certaines formes d'ophthalmie ou dans certaines affections cutanées, c'est là une bonne modification qui, par son prix et son peu de volume, permet l'emploi à domicile de cet appareil très-simplifié. »

La conclusion du rapport est mise aux voix et adoptée.

LECTURE

Genèse et propagation du charbon. — M. DAVAINE donne lecture d'un mémoire sur la genèse et la propagation du charbon.

La maladie charbonneuse, considérée quant à ses causes ou à ses conditions déterminantes, est aujourd'hui regardée comme un problème insoluble. Telle n'est pas l'opinion de M. Davaine ; il croit qu'on peut arriver à une solution satisfaisante en répondant à deux questions distinctes : 1° Quelle est l'origine des cas inexplicables par la contagion? 2° Par quel moyen se fait la contagion?

M. Davaine rappelle qu'il s'est occupé de cette seconde question dans sa communication du 1er mars dernier, il a fait voir alors par les résultats de ses expériences et par des inductions tirées de l'analogie, que la contagion se propage principalement par les mouches, les mouches inermes portant sur les plaies le sang des débris cadavériques, les mouches piquantes portant à un animal sain le sang recueilli sur un animal malade.

M. Davaine avait espéré que cette solution d'une partie du problème serait accueillie avec empressement. Elle a donné lieu, au contraire, à de nombreuses objections. Les plus importantes de ces objections trouvent leur valeur principale dans l'obscurité qui règne encore sur l'origine des cas que la contagion n'explique pas, et que l'on pouvait croire spontanés. Il lui a donc semblé nécessaire de rechercher l'origine de ces cas prétendus spontanés, d'autant plus qu'ils forment des foyers de contagion et que, devenant le point de départ des épizooties charbonneuses, la connaissance de leur mode de génération donnera le moyen d'atteindre ces épizooties dans leurs sources. M. Davaine n'admet pas la génération spontanée des bactéridies, ces germes vivants de la maladie charbonneuse ; il n'admet pas davantage la spontanéité du charbon, qui, d'après lui trouve toujours dans les bactéridies, la cause de son développement et de sa propagation.

Nulle difficulté pour la transmission de la maladie par du sang charbonneux encore liquide ; ici le transport s'explique et se comprend aisément par le contact du liquide virulent, par son insertion sur une plaie, par son inoculation ou même par l'ingestion dans l'estomac d'aliments ou de boissons contaminées.

Mais ce n'est pas par ce moyen que se produit l'apparition, après plusieurs mois ou plusieurs années, d'une épizootie nouvelle ou de cas isolés. Ici une autre explication est nécessaire, et M. Davaine en trouve une très-satisfaisante dans la longue conservation du virus charbonneux par la dessiccation, et dans les propriétés incontestables que conserve le sang charbonneux rapidement desséché de régénérer le charbon.

« Que devient, dit-il, toute la quantité de sang provenant des chevaux et des bœufs, par la saignée, par l'incision de leurs tumeurs, par l'ouverture des cadavres ; celui de dix, vingt, soixante moutons écorchés ou dépecés dans le cours d'une saison?

Une partie se dessèche, or rien ne se réduit plus facilement en poussière que le sang desséché. Au premier coup de vent, à la moindre agitation, cette poussière soulevée retombe sur toutes les saillies des murs, sur les toiles d'araignée et les brins de foin du plafond, elle y séjourne et avec elle le virus, non un virus volatil comme le croyait Delafond, mais celui que recèlent des parcelles de sang desséché... Combien se trouve-t-il de parcelles semblables sur la litière qu'on n'enlève que deux fois par an, sur les abris d'une bergerie ou d'une étable qui a été pendant toute une saison le théâtre d'une épizootie charbonneuse ! Il suffit que le vent, que le passage d'une hirondelle, d'une chauve-souris en rejette quelque peu dans l'atmosphère pour que, rencontrant une plaie, le virus se ravive et détermine la maladie charbonneuse. Cette poussière ne peut-elle aussi, dans quelques cas exceptionnels sans doute, se revivifier dans les bouches et devenir l'origine du charbon intérieur. Ainsi dans une étable, dans une bergerie très-sèche (c'est là une condition essentielle), la conservation de la poussière charbonneuse est une menace constante du retour d'une épizootie pendant une année, deux années et plus ; car le sang que je garde depuis le mois d'août 1868 pourrait déterminer aujourd'hui encore, en 1870, une épizootie charbonneuse.

Dans un local humide, et par conséquent dans un pays marécageux, le virus ne se conserve pas pendant un espace de temps suffisant pour qu'il propage le charbon d'une année à l'autre. Par là s'explique la rareté ou l'absence de cette maladie dans les contrées humides, où règne la cachexie aqueuse, et non par un prétendu antagonisme.

En résumé, à moins de dire que le sang charbonneux jouit, dans un laboratoire, de propriétés particulières qu'il n'a pas dans une étable ou dans une bergerie, nous concevons comment le sang conservé sec sous un abri pendant un an, deux ans et peut-être plus longtemps, engendrera le charbon, s'il rencontre accidentellement la plaie d'un bœuf ou d'un mouton.

Nous concevons comment cet animal malade ou mort restera un cas isolé de la maladie ou bien deviendra le point de départ d'une épizootie meurtrière, suivant qu'il n'y aura pas ou qu'il y aura autour de lui des agents, c'est-à-dire des mouches qui iront reporter son sang à d'autres animaux.

Nous concevrons, sans invoquer le régime problématique de M. Leblanc, que des soins de propreté, les précautions prises aujourd'hui par quelques agriculteurs contre la contagion, préservent leur ferme du charbon.

Ces manières de voir s'accordent avec les résultats de l'expérimentation, avec les connaissances actuelles sur la nature des ferments organisés et sur la genèse des êtres qui les constituent, soit au dehors, soit au dedans de l'économie vivante.

J'ose espérer, dit en terminant M. Davaine, que bientôt le charbon deviendra aux yeux de tous une maladie non moins simple que la gale et la teigne, une maladie que la science expliquera, que l'hygiène rendra de plus en plus rare, si même elle ne l'a fait disparaître des contrées qui sont dévastées depuis le commencement de ce siècle.

M. CHAUFFARD demande à M. Davaine pourquoi il n'a fait aucune mention dans son travail des idées exposées récemment à l'Académie par M. le professeur Béchamp (de Montpellier), dans un mémoire des plus remarquables, et qui a été écouté par l'Académie avec un vif intérêt.

M. DAVAINE répond que la base du mémoire de M. Béchamp est encore, à son avis, une simple hypothèse. Rien ne prouve la transformation des granulations élémentaires en bactéridies.

M. CHAUFFARD fait remarquer que M. Béchamp a apporté, à l'appui de ses idées, un certain nombre de preuves qui tendent à infirmer la théorie parasitaire soutenue par M. Davaine.

M. COLIN rappelle des observations qui démontrent, suivant lui, l'origine spontanée du charbon. Cette maladie se développe parmi des troupeaux qui sont restés plusieurs mois parqués dans des pâturages, loin de tout foyer charbonneux. Elle se manifeste également dans des fermes isolées, sans communication aucune avec des foyers d'infection, et où pendant des années on n'avait observé aucun cas de maladie.

Il demande à M. Davaine comment il explique le développement de la maladie dans ces cas.

M. DAVAINE répond que ce sont là des allégations vagues qui auraient besoin d'être appuyées sur des faits précis et très-exactement observés.

M. MAGNE dit que le développement du charbon n'est nullement influencé par les conditions hygrométriques de l'air, mais plutôt par la nature des terrains et la culture de certaines plantes, telles que le sainfoin et le trèfle, dans certains pays où, le charbon n'existant pas, on l'a vu se manifester dès que la culture des plantes légumineuses a été introduite. Suivant M. Magne, la nature tertiaire des terrains et l'établissement des prairies artificielles sont les principales conditions du développement des épizooties charbonneuses.

M. DAVAINE répond que la nature des terrains et la culture du sol n'exercent aucune influence sur le développement du charbon. Les épizooties se sont manifestées dans certains pays où elles n'existaient pas, lorsqu'on a cessé de prendre des précautions contre la contagion.

M. COLIN pense que la culture des légumineuses favorise le développement du charbon, en favorisant chez les troupeaux le développement de l'état pléthorique.

M. HUZARD rappelle que des troupeaux de bœufs conduits à pied des départements du nord à Paris, où ils arrivent exténués de fatigue, ont été décimés par le charbon quelque temps après leur arrivée; il demande à M. Davaine quelle pourrait être, dans ce cas, l'origine de la maladie, qui n'existe pas à Paris.

M. DAVAINE répond que ces troupeaux avaient très-bien pu contracter la maladie dans le trajet, par exemple, d'Orléans à Paris, en passant par Étampes.

PRÉSENTATION.

M. ABBOUXI met sous les yeux de l'Académie un petit berceau manuel de son invention, que la mère ou nourrice peut tenir à la main en laissant à l'enfant, étendu tout au long, la liberté de son corps, sans aucune fatigue.

La séance est levée à cinq heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 15 mai 1870, M. du Mesnil, chef de la division de l'enseignement supérieur au ministère de l'instruction publique, a été nommé directeur de l'enseignement supérieur.

— *Décorations universitaires*. — Par divers arrêtés sont nommés officiers d'Académie :

MM. Micé, professeur à l'Ecole de médecine de Bordeaux; Schæuffele (A.), docteur en médecine, pharmacien aide-major de 1re classe des hôpitaux militaires à Paris; docteur Gannal, pharmacien de 1re classe.

— *Faculté de médecine de Paris*. — M. Daremberg (Charles-Victor), docteur en médecine, associé libre de l'Académie impériale de médecine, est nommé professeur titulaire de la chaire d'histoire de la médecine et de la chirurgie à la Faculté de médecine de Paris.

— *Muséum d'histoire naturelle*. — MM. Gilland et Liénard sont nommés préparateurs pour le matériel, le premier au laboratoire de géologie, et le second au laboratoire de zoologie (mammifères et oiseaux) du Muséum d'histoire naturelle, en remplacement de MM. Degravier et Drevon.

— *Ecole de médecine et pharmacie de Rouen*. — M. Clouet (Pierre), pharmacien de 1re classe, licencié ès sciences naturelles, est nommé professeur de pharmacie et toxicologie à ladite école, en remplacement de M. Morin, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite.

— *Faculté des sciences de Paris*.— M. Lemire, bachelier ès lettres et bachelier ès sciences, licencié en droit, est nommé préparateur de zoologie à la Faculté des sciences de Paris, en remplacement de M. Provost, décédé.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance à l'Hôtel-de-Ville, le vendredi 20 mai, à trois heures et demie très-précises.

Ordre du jour : Continuation de la discussion sur la vaccine. — Discussion sur la variole.

— M. le professeur Gubler reprendra son cours de thérapeutique le samedi 21 mai, à cinq heures.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 8 au 14 mai 1870, donne les chiffres suivants :

Variole, 179.—Scarlatine, 14.—Rougeole, 25.—Fièvre typhoïde, 14. Érysipèle, 5. — Bronchite, 84. — Pneumonie, 114. — Diarrhée, 6. — Dysenterie, 1. — Choléra, ». — Angine couenneuse, 6. — Croup, 9. — Affections puerpérales, ».— Autres causes, 753.— Total : 1,240.

Celui de Londres donne les chiffres suivants, du 1er au 7 mai 1870 :

Variole, 9.—Scarlatine, 74. — Rougeole, 49.— Fièvre typhoïde, 11. — Typhus, 8. — Érysipèle, 6. — Bronchite, 123. — Pneumonie, 67. — Diarrhée, 14. — Dysenterie, 1. — Choléra, ». — Angine couenneuse, 1. — Croup, 8. — Affections puerpérales, 13. — Autres causes, 930. — Total : 1,314.

Traité des maladies de l'estomac, de W. BRINTON, traduit de l'anglais par le docteur RIANT, avec une introduction du professeur LASÈGUE. 1 vol. in-8° de 470 pages avec figures dans le texe. Avec joli cartonnage toile, prix : 7 francs.

Du libre arbitre, par le docteur Paul Dupuy, professeur à l'École de médecine de Bordeaux. Brochure in-8°. Prix : 2 francs.

Recueil de questions posées aux 5 examens de médecine et aux accouchements. 1 fr. 50 le volume. — Chez A. Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 59. — SAMEDI 21 MAI 1870. 43e ANNÉE. SAMEDI 21 MAI 1870. — N° 59.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 20 mai 1870.

Question de la vaccine.

Nous plaçons sous les yeux de nos lecteurs le programme des questions soumises, dès à présent, à l'étude de nos confrères.

La première assemblée acceptera ou modifiera à son gré ce programme.

Puisse d'une discussion loyale sortir quelques enseignements pour la science et la pratique.

PROGRAMME

Vaccin humain et vaccin animal. Leur valeur comparée. Leurs dangers (syphilis vaccinale).

Opportunité de la revaccination en temps ordinaire et en temps d'épidémie.

Différence dans les résultats de la revaccination suivant l'âge, le tempérament, l'état de santé ou de maladie du sujet, et suivant le milieu.

Considérations de la réceptivité pour la variole dans la ligne, au point de vue de la nécessité de la revaccination.

La réceptivité pour la variole est-elle adéquate à la réceptivité pour la vaccine?

La vaccine peut-elle donner la petite vérole? cette question comprend celle de la vaccine secondaire.

Depuis une première revaccination inefficace si le sujet a séjourné dans un milieu variolique, peut-il avoir contracté la réceptivité pour le vaccin, qu'il n'avait pas manifestée d'abord.

La vaccinoïde est-elle la preuve que le vaccin a donné tout ce qu'il pouvait donner sur le sujet, et celui-ci peut-il être considéré comme étant à l'abri de la petite vérole?

A quelle époque de l'évolution le vaccin (humain ou animal), possède-t-il son maximum de virulence ?

Valeur du vaccin recueilli sur les revaccinés. — De la culture du vaccin. — Enfants vaccinifères. — Génisses vaccinifères.

Est-il nécessaire que le vaccin inoculé à la génisse soit de cow-pox spontané?

Des divers modes de conservation du vaccin.

Instruments et procédés d'inoculation vaccinale. Soins à prendre après l'inoculation.

Organisation d'un service public de la vaccine.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Variole.

TRAITEMENT DE LA VARIOLE PAR L'ACIDE PHÉNIQUE.

L'épidémie de variole, loin de diminuer, semble au contraire, croître encore, comme on peut en juger d'après le dernier bulletin. Nous croyons utile, dans cette grave circonstance, de rappeler l'attention de nos lecteurs sur cette médication, dont les premiers essais nous ont paru devoir être pris en très-sérieuse considération.

Nos lecteurs n'ont pas oublié sans doute la communication faite par M. Chauffard à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 11 mai dernier, sur le traitement des varioles confluentes par l'emploi de l'acide phénique cristallisé à haute dose (*un* gramme d'acide phénique cristallisé dans une potion de *cent vingt-cinq* à *cent cinquante* grammes, continué pendant huit à dix jours, et lotions externes avec de l'eau phéniquée au 100e ou au 50e). On se souvient que dans les faits cités par M. Chauffard, sous l'influence de cette médication administrée dès le début de l'éruption, il a vu les phénomènes fébriles graves et les accidents de suppuration s'éteindre avec rapidité. C'est surtout sur la fièvre secondaire de la variole confluente grave que son efficacité lui a paru le plus manifeste.

Depuis cette communication, deux médecins ont vérifié par eux-mêmes et confirmé les excellents effets de cette médication. Dans une note insérée dans *l'Union médicale*, M. le docteur Douillard, qui avait déjà été témoin des faits de M. Chauffard, annonce avoir employé ce traitement chez deux malades atteintes de variole confluente très-intense.

Dans le premier de ces deux cas, où les pustules s'étaient rejointes, de manière à transformer le visage en une seule et vaste pustule, la dessication s'est parfaitement opérée, sans suppuration, sans fièvre, et il n'existe sur le visage aucune trace d'ulcération, pas la plus légère cicatrice.

Dans le second cas, le résultat n'a pas été aussi heureux, le traitement ayant été interrompu par des circonstances majeures, indépendantes de sa volonté; mais sans produire tout l'effet qu'on en aurait pu attendre, au cas où il aurait été continué plus longtemps, il n'en a pas moins contribué, dans sa pensée, à la guérison.

Un troisième cas, dans lequel M. Douillard a encore employé l'acide phénique, paraîtrait démontrer, suivant lui, que le traitement doit être employé dès le début de l'éruption. Dans ce cas, en effet, où il n'a commencé à en faire usage qu'au troisième jour, à partir de l'apparition des premières papules, la terminaison a été mortelle. Il s'agissait, il est vrai, d'une variole confluente hémorrhagique.

L'Union médicale a reçu, depuis, une nouvelle communication sur le même sujet, de M. le docteur Martinelli, qui déclare avoir obtenu de l'emploi de cette médication des résultats qu'il n'hésite pas à qualifier de merveilleux. Il s'agissait d'un cas de variole des plus confluentes; la marche de l'affection qui paraissait devoir être à coup sûr extrêmement grave, a été si promptement et si profondément modifiée sous l'influence de la médication, qu'il paraît impossible à notre confrère de ne pas attribuer la facile et heureuse terminaison à l'intervention du traitement.

Sans nous étonner autant que notre confrère que ce moyen n'ait pas été immédiatement mis en pratique par l'universalité des praticiens, et sans partager non plus tout à fait sa confiance sur l'extinction probable de l'épidémie sous l'influence de l'application plus générale de cette médication, nous ne nous joignons pas moins à lui, ainsi qu'à M. Douillard, pour engager nos confrères à multiplier des essais qui ont donné déjà des résultats encourageants. Nous insistons d'autant plus sur ce conseil que, au cas même où cette médication ne réaliseraient pas toutes ses promesses, nous ne voyons pas trop qu'il y eût beaucoup à regretter dans les médications auxquelles on la substituerait.

Vaccine.

La persistance de l'épidémie variolique maintient au premier rang l'intérêt de la question des deux vaccins.

Sans attendre ni préjuger les résultats des délibérations auxquelles ont été convoqués les praticiens de Paris, nous croyons devoir continuer à résumer ici les communications qui nous sont adressées de divers points, sur cette importante question de pratique prophylactique.

Voici ce que nous écrit un de nos confrères sous un pseudonyme qui engage beaucoup :

« J'avais depuis longtemps, comme beaucoup de médecins, voulu expérimenter le nouveau vaccin et le comparer avec le vaccin humain, mais comme les résultats des vaccinations de ce dernier vaccin ont toujours été supérieurs à ceux obtenus avec le vaccin de génisse, j'ai résolu d'étendre mes observations sur un nombre beaucoup plus considérable de sujets, afin de savoir si les insuccès provenaient du mode d'inoculation, comme le prétendent les auteurs de cette méthode, ou de la qualité du virus employé.

« On ne peut se prononcer qu'après avoir observé un grand nombre d'individus. Comme il est difficile de se procurer assez de sujets pour ce genre d'étude, je n'ai trouvé qu'un moyen pour compléter mes observations, c'était d'assister à toutes les vaccinations de la rue des Saints-Pères, qui se font sur un bras avec le vaccin de génisse et sur l'autre bras avec du vaccin d'enfant. Ce moyen seul pouvait me faire connaître la vérité, car les vaccinations y sont pratiquées avec beaucoup de soin.

« Le vaccin de génisse employé est toujours pris sur l'animal, du quatrième au cinquième jour, c'est-à-dire dans les meilleures conditions, et le vaccin d'enfant est recueilli le huitième jour.

« Vu le nombre considérable de revaccinations pratiquées à l'Académie en février, mars et mi-avril, le service de cette administration a été très-difficile à faire, aussi on ne peut éta-

FEUILLETON

BOUTADES ET ZIGZAGS BIBLIOGRAPHIQUES

VII

Lorsqu'on s'occupe de la Faculté de médecine au 17e siècle et des médecins de cette époque, il est bien difficile de ne pas songer à Molière et à ses comédies; cela est bien plus difficile encore lorsqu'on fait l'analyse du livre de M. Maurice Raynaud. Comme vous tous, chers lecteurs, j'aime..., ce n'est pas dire assez, j'adore Molière et, comme vous tous, je lis et je relis son œuvre aussi souvent que mes travaux variés me le permettent; jamais assez souvent selon mes goûts.

Vous voyez d'ici la nouvelle voie sur laquelle allait galopper mon goût pour les livres. Je devais étudier les médecins de Molière dans Molière, et par conséquent acquérir, non pas seulement les différentes éditions de ses œuvres, mais encore et surtout les diverses biographies du sublime comédien et les ouvrages récents qui ont été publiés sur lui, sur sa famille et sur sa troupe. Tout esprit impartial conviendra avec moi que je ne pouvais faire moins. J'ai eu cependant le courage d'abandonner une partie du programme et je me suis contenté des cinq ou six éditions de Molière, médiocres ou excellentes, qui se trouvaient depuis longtemps dans ma bibliothèque. Croyez bien que pour un acte pareil je ne mérite pas peu de compliments et qu'il faut m'en savoir quelque gré. Il est vrai que l'exiguïté de ma bourse a été pour beaucoup dans cette courageuse détermination; plusieurs éditions des œuvres de Molière valent 300, 500, 1,000 francs et même davantage. La première édition de certaines pièces isolées a même dépassé ces prix. Or tout le monde n'a pas à sa disposition, comme le duc d'Aumale, la fortune des princes de Condé; il est vrai que beaucoup qui l'auraient n'en sauraient point user comme lui; ce qui n'empêche pas que le duc d'Aumale ne soit un compétiteur bien terrible dans les ventes publiques. Je ne lui en veux certes pas, bien au contraire, mais je ne peux pas m'empêcher de lui dire que j'aimerais mieux le voir sur un trône que dans une salle de vente.

Je pouvais bien renoncer aux diverses éditions de Molière, il ne m'était pas possible de ne pas me procurer les ouvrages publiés sur lui, car chacun d'eux contient de précieux renseignements touchant ses démêlés avec les médecins de son époque, et nous fait plus ou moins connaître ces personnages qu'il a si durement menés. Je me procurai donc, et non pas sans quelque peine :

La vie de M. de Molière, par Grimarest, avec la *Lettre critique* attribuée à de Visé, et l'*addition*, contenant une réponse à la *critique*.

La vie de Molière, par Voltaire, qui n'est qu'un résumé assez mal fait de l'ouvrage précédent.

L'histoire de la vie et des ouvrages de Molière, par M. Taschereau; ouvrage très-complet, mais qu'il faut rectifier sur un certain nombre de points.

La dissertation sur Molière, sur ses ancêtres, etc., par Beffara.

Le supplément aux diverses éditions de Molière, ou *lettres sur la femme de Molière*, etc., par M. Fortia-d'Urban.

Les *Notes historiques sur la vie de Molière*, par M. Bazin; petit volume très-remarquable et très-précieux d'un homme trop tôt enlevé à la science.

Molière et sa troupe, par H. Soleirol.

Le lexique de la langue de Molière, par M. Genin.

Molière musicien, par M. Castil-Blaze.

Les *Recherches sur Molière et sur sa famille*, par M. Soulié; notes précieuses qui font, de ce livre, la biographie intime la plus intéressante de Pocquelin.

Les contemporains de Molière, par M. Fournel.

Le Roman de Molière, par M. Fournier.

Ainsi armé, je pouvais me flatter de connaître celui qui avait si durement traité mes pauvres ancêtres, et à qui, le dirai-je sans rougir? je n'en voulais en aucune façon. Je vous avoue même que je ne serais nullement fâché de rencontrer un nouveau Molière, dût-il prendre à partie certaine Faculté, les docteurs Tam-Tam, les célébrités menteuses et surfaites, les homœopathes, les magnétiseurs, et aussi les niais et les gens d'esprit qui se laissent duper avec une bonhommie que j'admire tous les jours davantage. Il me manquait cependant deux ouvrages contemporains de Molière, que je désirais posséder à tout prix; deux pamphlets, horribles et calomnieux tous les deux, mais qui fournissent quelques renseignements utiles. Le premier, la *Célèbre comédienne*, attribué à la veuve de Molière, ou écrit sur ses notes, est devenu tellement rare que j'ai dû y renoncer pour le moment; l'autre est l'*Elomyre hypochondre*. Quoique moins rare que le précédent, je n'ai réussi qu'avec peine à me le procurer.

Un jour, j'appris que M. Claudin en avait un exemplaire fatigué, mouillé, rogné... N'importe. J'accours, je m'informe; le livre avait

blir aucune comparaison d'une manière sérieuse qu'à partir du 16 avril, époque à laquelle les revaccinations sont descendues au chiffre ordinaire.

« Afin qu'il n'y ait pas de contradictions dans les données suivantes, j'ai eu soin de laisser de côté les revaccinations et de ne mentionner que les résultats des deux vaccines, constatés sur des enfants; résultats qui pourront être controlés à l'administration, car les adresses de ces enfants sont consignées dans les registres.

« Voilà les résultats que j'expose après une rigoureuse observation :

Dates.	Enfants visités.	Nombre de piqûres faites avec le vaccin d'enfant.	Nombre de pustules obtenues.	Nombre de piqûres faites avec le vaccin de Jenner.	Nombre de pustules obtenues.
—	—	—	—	—	—
16 avril.	5	15	10	15	7
19 —	7	21	17	21	6
23 —	19	57	28	57	12
26 —	13	39	34	39	1
30 —	4	12	10	12	1
Totaux..	48	144	102	144	27

« Sur 48 enfants qui ont eu 144 piqûres à un bras avec le vaccin d'enfant, le résultat a été 102 pustules, tandis que les 144 piqûres faites sur l'autre bras avec le vaccin de génisse n'ont donné que 27 boutons. »

Notre confrère nous promet de continuer ses observations et de nous en adresser un résumé mensuel. Nous prenons acte de cette promesse.

— Dans une très-courte lettre, M. le docteur Boucher, professeur à l'École de médecine de Dijon, nous adresse une question très-juste au sujet des vaccinations, et à laquelle nous essayerons de répondre dans la limite au moins du possible. « Il serait très-important, nous écrit notre confrère, de se procurer, si cela était possible, du moins approximativement, le rapport entre les petites véroles après vaccination primitive et après revaccination. En d'autres termes, les revaccinations, même bien réussies, sont-elles, dans cette épidémie, une garantie bien sérieuse? Je vois, dans le rapport de M. Besnier, que les enfants fournissent un large contingent aux cas, surtout mortels; or, tous ces enfants me paraissent avoir dû être vaccinés depuis peu de temps.

« Ces perfectionnements de statistique, ajoute M. Boucher, sont peut-être un peu difficiles à demander; mais ils seraient très-utiles à obtenir dans votre journal. »

Nous commençons par convenir, avec notre savant confrère de Dijon, que les statistiques laissent beaucoup à désirer à cet égard, et que c'est là, au point de vue de l'appréciation rigoureuse des effets prophylactiques de la vaccine, une lacune regrettable, et nous appuyons de toute notre conviction le vœu qu'il exprime de voir les praticiens, dans les observations qu'ils recueillent et dans les relevés statistiques qu'ils dressent, s'efforcer de tenir le compte le plus exact possible de ce renseignement.

Cela dit, nous en serons d'autant plus libre pour faire remarquer que la lacune n'est pourtant pas tout à fait aussi grande que paraît le croire notre confrère et que les cas de varioles mortelles qu'il relève d'après le rapport de M. Besnier n'ont pas tout à fait la signification qu'il croit leur voir relativement à l'action prophylactique de la vaccine (du moins de la bonne). Hâtons-nous de dire que M. Boucher a pu s'y méprendre peut-être, et il serait en cela très-excusable, vu l'impossibilité où nous nous sommes trouvé, en présence de l'étendue considérable du rapport de M. Besnier, d'en reproduire intégralement tous les détails. Mais puisque la lettre de notre correspondant rappelle naturellement notre attention sur ce point, nous saisirons volontiers l'occasion, au risque de nous répéter peut-être, de compléter des renseignements qui ont d'ailleurs en ce moment un très-grand intérêt.

Voici ce qu'on lit, en effet, dans le rapport de M. Besnier sur les rapports de la variole avec la vaccine : « Il n'est pas nécessaire, à l'occasion de cette épidémie, d'insister ici pour rappeler ce qu'il faut penser au juste de l'influence d'une vaccine antérieure : nous savons tous, et la chose n'est pas nouvelle, que dans un certain nombre de cas, le bénéfice en disparaît à ce point que des sujets porteurs de belles cicatrices vaccinales succombent à des varioles confluentes, ou, plus souvent encore, à des varioles malignes de forme hémorrhagique surtout. Nous savons qu'un plus grand nombre de vaccinés est atteint de varioles discrètes qui présentent parfois encore une grande gravité et qui peuvent se terminer aussi d'une manière funeste ; mais nous savons aussi que ces faits n'en constituent pas moins une « exception », que le nombre des vaccinés variolés est atteint légèrement, et nous n'ignorons pas, au contraire, que, s'il arrive de voir des variolés non vaccinés légèrement atteints, cela est une exception bien plus grande, et que, pour les vaccinés non variolés, la gravité, la confluence et la malignité de la maladie constituent la règle et non l'exception. «

Cette proposition de M. Besnier qui n'est que l'expression abstraite des faits observés sur une grande échelle et par la presque généralité des praticiens, nous paraît parfaitement fondée. Cela ressort, en effet, comme il le fait remarquer très-justement, de l'étude de toutes les épidémies varioliques ; et l'épidémie actuelle, à elle seule, en a déjà fourni plus d'une preuve éclatante; telle est, entre autres, celle qui ressort de la statistique recueillie à Bordeaux par M. le docteur H. Gintrac, et dont nous avons donné le résultat sommaire dans l'exposé que nous avons présenté du rapport de la commission des maladies régnantes, ainsi que des notes fournies pour ce même rapport par MM. les docteurs Bucquoy, pour l'hôpital Cochin, et par M. Archambault pour l'hôpital des Enfants-Malades.

Voici sommairement ces résultats, que nous croyons devoir rappeler ici : à l'hôpital Saint-André (de Bordeaux), sur 98 cas de variole traités, il y a eu 71 variolés vaccinés qui ont donné 9 décès, soit 12 p. 100, tandis que 28 variolés non vaccinés ont donné 18 décès, soit 66 p. 100. A l'hôpital Cochin, M. Bucquoy a signalé 10 malades non vaccinés, tous morts de variole confluente hémorrhagique. A l'hôpital des Enfants-Malades, M. Archambault n'a constaté que des varioloïdes chez tous les enfants vaccinés, tandis que les non vaccinés ont eu presque tous des varioles confluentes.

Nous n'en insistons pas moins, d'ailleurs, avec M. Boucher, nous le répétons, pour engager nos confrères à tenir compte à l'avenir plus exactement qu'on ne l'a fait jusqu'ici, non-seulement de la déclaration des malades sur le point de savoir s'ils ont été ou non vaccinés ou revaccinés, mais sur la nécessité de s'en assurer eux-mêmes par l'examen des cicatrices vaccinales, beaucoup de personnes se croyant vaccinés alors qu'elles ne l'ont pas été réellement.

Expériences relatives à la question de l'absorption cutanée dans le bain.

Il n'y a jamais de prescription pour les questions scientifiques L'enquête qui a été ouverte sur ce sujet dans nos colonnes, il y a déjà deux ans au moins, reste ouverte encore. Nous donnons aujourd'hui la parole à M. le docteur Bloch, médecin à Plombières, qui nous prie de porter à la connaissance de nos lecteurs les expériences qu'il a entreprises en vue de la solution de cette question.

« J'ai fait, il y a un an, nous écrit notre confrère, des expériences qui tendent à m'expliquer les raisons des insuccès que les expérimentateurs ont eu jusqu'à présent.

« La première question est celle-ci : la peau est-elle perméable aux liquides? Toutes ou presque toutes les expériences faites avant les miennes ont eu pour but l'absorption définitive et non l'imbibition.

« En effet, on a analysé les sécrétions pour y chercher les éléments du bain, on a tâché de produire des effets physiologiques généraux au moyen de substances actives dissoutes; on n'a jamais examiné comment était la peau avant le bain, comment elle est après.

« C'était s'occuper du dernier terme du problème. Le premier est celui-ci : la peau s'imbibe-t-elle?

« Pour le résoudre, il faut agir directement sur l'enveloppe cutanée et, si on prend un bain partiel, étudier l'effet sur cette partie de la peau qu'on a baignée.

« On dit : la peau est grasse et ne se mouille pas. On admet pourtant, mais sans raison directe ni concluante que la paume des mains et la plante des pieds se macèrent.

« Nous allons voir que l'imbibition se fait partout, mais avec une facilité plus ou moins grande, suivant les points.

« On plonge, pendant une heure, le bras dans une éprouvette remplie de vin de Bordeaux : puis on lave avec soin le bras baigné, on l'essuie et on le plonge dans une seconde éprouvette, contenant du perchlorure de fer très-étendu.

« Toutes les parties primitivement baignées dans le vin brunissent fortement.

« Voilà une expérience facile à répéter.

« Le vin de Bordeaux n'est pas caustique que je sache, il n'attaque pas la peau et pourtant, il pénètre dans son épaisseur.

« C'est là une double imbibition. Une partie du vin est entrée assez profondément, pour que le lavage, le frottement ne l'enlève pas.

« Le perchlorure pénètre aussi, puisqu'il va retrouver le tannin resté sous la peau et produit un tannate noir qui colore le bras.

« Attendez plusieurs heures entre les deux bains, le bras brunira encore.

« La teinte n'est pas uniforme : les ongles, les phalanges, les éminences thenar et hypothenar sont plus colorées que le bras.

« Les crevasses, les égratignures marquent fortement, mais tout se teint et, au bras, une ligne de démarcation nette marque le niveau qu'atteignait le premier liquide.

« Si avec l'autre bras on fait l'expérience inverse, si on le baigne d'abord dans le perchlorure puis, après lavages, dans le vin, la peau se colore comme la première fois.

« Prenez un bain d'une demi-heure, la coloration sera moindre ; restez deux heures elle sera plus intense.

« Toutes les expériences que j'ai faites sont établies sur le même procédé, la coloration de la peau par deux bains successifs. »

LYMPHATIQUES UTÉRINS ET LYMPHANGITE UTÉRINE (1)

DU ROLE QUE JOUE LA LYMPHANGITE DANS LES COMPLICATIONS PUERPÉRALES ET LES MALADIES UTÉRINES

Par M. le Dr Justin-Lucas Championnière

Nous plaçons sous les yeux de nos lecteurs les conclusions de la thèse si remarquable soutenue à la Faculté par notre honoré confrère le docteur Lucas Championnière.

Le système lymphatique de l'utérus, modifié par la grossesse, prend des proportions considérables et présente des dispositions remarquables. Il est fréquemment malade chez les femmes en couches et joue un rôle important dans la pathologie des organes génitaux.

Les lymphangites utérines ont été vues dans la pratique hospitalière, en proportions très-variables suivant l'état sanitaire.

(1) Grand in 8° avec planches. — Prix 2 fr. 50.

été expédié la veille à un amateur de province. Je demande à tous les libraires du quai : pas d'*Elomyre*; j'en avais besoin, je le fais copier sur l'exemplaire de la Bibliothèque nationale. Je continue mes recherches toutefois, et un beau jour je tombe dans la boutique de M. X...

Tout le monde connaît cette boutique fameuse, où s'étalent de beaux manuscrits du 14e siècle, des éditions rares et très-bien conservées, des reliures magnifiques. Je ne doutais pas que M. X... ne fût un très-savant libraire; il suffisait que l'étiquette eut été faite pour le sac; j'entre.— N'auriez-vous point, par hasard, *Élomyre hypochondre?* — Qu'est-ce que cela? — Une pièce de théâtre sur Molière, laquelle, je crois, n'a jamais été représentée.— Si c'est une pièce de théâtre, me fut-il répondu avec le plus grand sérieux, adressez-vous chez Barba, vous y trouverez votre affaire. — Je regardai gravement mon libraire, qui lui-même était fort grave, et je sortis sans mot dire et fort heureux de ne point éclater de rire à son nez (1).

Certain soir je reçus le catalogue des livres de Favart....

Ami lecteur, avez-vous jamais reçu un volume portant ce titre : Catalogue de livres *rares et précieux, anciens et modernes... dont la vente aura lieu...?* Si non, bénissez les dieux qui vous ont été propices; si oui, et que vous le lisiez, vous êtes un homme perdu, et vous auriez beau sacrifier un commissaire-priseur à Apollon, vous êtes perdu, vous dis-je, irrévocablement perdu. Il n'est pas de démon tentateur qui se puisse comparer à celui-là; il se présente cauteleusement, sans avoir l'air d'y toucher; il vous tente par l'attrait de l'érudition; il fait miroiter à vos yeux tous les plaisirs que donne une saine lecture. Vous avez parcouru cent numéros, ils vous conviendraient tous sans doute, mais cependant il ne vous en coûte pas d'y renoncer; le cent unième, c'est bien différent, il vous est absolument nécessaire et vous ne sauriez vous en passer. Vous irez à la vente pour acquérir ce seul numéro; et, vous ne savez comment cela se fait, votre intention était d'acheter un volume, et vous en avez acheté quarante; vous vouliez dépenser dix francs, et vous avez laissé cent écus dans cette salle maudite, que je comparerais à un tripot si on n'y rencontrait, au lieu de grecs, les hommes les plus honorables et les Auvergnats les plus honnêtes et les plus rusés des quatre parties du monde. Ami lecteur, méfiez-vous de la salle Sylvestre presque autant que de la Bourse de Paris, et si vous recevez un *Catalogue*, faites-en ce que vous voudrez, tout absolument, mais ne le lisez pas.

Le catalogue Favart indiquait un *Élomyre hypochondre;* je me jurai que celui-là ne m'échapperait pas, et je l'obtins à un prix fort raisonnable. C'est un charmant volume in-12 de 112 pages, parfaitement conservé, avec une reliure moderne de bon goût et qui prouve que le pauvre Favart, ce collaborateur forcé du maréchal de Saxe, avait moins de difficultés à conserver ses livres que sa jolie femme. Il est vrai que les livres se gardent tout seuls, tandis que les femmes.... témoin le malheureux Elomyre lui-même, c'est-à-dire Molière.

Voici le titre exact de cette pièce : Elomyre hypochondre *ou les médecins vengez. Comédie par monsieur le Boulanger de Chalussay.* Paris, 1670. Je n'ai point à en parler en ce moment, mais sa lecture me donna la connaissance de quelques charlatans et de quelques empiriques d'alors, ce qui ne manqua pas de faire naître chez moi certaines réflexions.

VIII

Il serait intéressant, me dis-je, après avoir étudié les vrais docteurs de la Faculté, d'étudier à leur tour ces innombrables charlatans, quelques-uns célèbres, qui exerçaient leur profession sur les tréteaux des places publiques et des carrefours; de savoir au juste de quelles drogues ils faisaient usage; quelles étaient la composition et la propriété de celles-ci; si elles étaient utiles, nuisibles ou simplement indifférentes. Je devais donc, et au plus vite, me procurer les ouvrages, rares d'ailleurs, qui traitent des charlatans et de leurs pratiques.

Nous avons déjà vu dans le *Recueil factice* de Puylon, un chapitre intitulé : *Arrest et sentences contre les empiriques;* mais il ne s'agit point ici des charlatans proprement dits. Ces empiriques ne sont pas autre chose que des médecins exerçant sans diplôme ou des docteurs du dehors, c'est-à-dire de Montpellier et autres Facultés provinciales. — J. Bernier, dans ses *Essais*, a un long chapitre sur les charlatans; il est curieux et on y trouve des anecdotes intéressantes, mais il est très-incomplet, et il eut été facile à l'auteur, à la date où il écrivait, de nous donner des renseignements bien plus précis.

Les ouvrages *ex-professo* ne sont pas nombreux et ils sont assez rares. C'est d'abord la Satyre contre les charlatans *et pseudo-médecins empyriques, en laquelle sont amplement descouvertes les ruses et tromperies de tous* thériacleurs, alchimistes, chimistes, paracelsistes, distillateurs, extracteurs de quintescences, fondeurs d'or potable, maistres de l'élixir, *et telle pernicieuse engeance, etc., par* Me Thomas Sonnet, *sieur de Courval, docteur en médecine, gentil-*

(1) Le lecteur n'ignore pas que Barba était un éditeur de pièces de théâtre sous la Restauration.

Elles peuvent, par elles-mêmes, avoir des conséquences graves. Il est probable qu'elle sont l'origine d'un certain nombre de maladies utérines consécutives à l'accouchement.

En outre, grâce au voisinage immédiat des lymphatiques et du péritoine, il peut survenir une péritonite lorsque ces vaisseaux s'enflamment ou charrient des matières septiques. Les péritonites puerpérales à divers états de gravité peuvent avoir cette origine.

La lymphangite peut donc expliquer le retentissement de la lésion utérine des diverses plaies du col et du corps sur le péritoine. Du reste, on conçoit aisément, d'après la nature même de la maladie, que la lymphangite puisse se présenter dans des conditions d'épidémicité et de gravité exceptionnelles.

La lymphangite joue un rôle considérable dans l'histoire de la fièvre puerpérale. Elle explique certains faits difficiles à interpréter.

La rétention du placenta peut amener la péritonite par l'intermédiaire du système lymphatique.

Il faut rapprocher des faits précédents les péritonites locales peu graves après l'accouchement; puis, en dehors de l'état puerpéral, des pelvi-péritonites qui prennent leur origine dans une lésion utérine (blennorrhagie, chancre du col, blessures, opérations, cautérisation). Dans ces cas, le rôle joué par le tissu cellulaire ou petit bassin a une certaine importance.

La lymphangite utérine paraît pouvoir se produire sans péritonite chez les accouchées et sans doute chez les femmes atteintes de blennorrhagie.

Le travail prolongé paraît favoriser le développement de la lymphangite. Il y aurait là, surtout en cas d'épidémie, une indication d'appliquer plus fréquemment le forceps lors des périodes d'expulsion prolongées.

Dès que les accidents douloureux sur les parties latérales de l'utérus et les annexes se présentent, il est nécessaire d'intervenir activement. Les révulsifs cutanés et les évacuants sont indiqués.

Dans le cas de fièvres puerpérales, puisque l'état local joue un grand rôle, il convient de lui opposer un traitement en même temps que l'on traite l'état général. J'ai vu réussir une médication à la fois par les grands vésicatoires, les ventouses, les frictions mercurielles, les évacuants employés énergiquement dès le début, et par une médication générale dont le sulfate de quinine à haute dose et fréquemment administré faisait la base.

Une médication énergique employée dès le début est doublement avantageuse, au point de vue des conséquences immédiates et des accidents ultérieurs.

Cette connaissance de la lymphangite doit rendre plus circonspect encore dans le traitement des maladies utérines pour lesquelles on abuse souvent de la cautérisation.

Outre les nombreuses précautions dont il convient d'environner la cautérisation, surtout au fer rouge, il paraît bien indiqué d'éviter de la pratiquer à une époque rapprochée de l'accouchement.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 18 mars 1870. — Présidence de M. SIMONOT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance écrite comprend :

1° Une lettre du chef de la première section du secrétariat général, qui a l'honneur de prier MM. les membres de la commission médicale de vouloir bien examiner cinq employés et de constater sur les certificats joints aux dossiers si ces employés sont capables ou non de continuer leurs fonctions.

2° M. Géry fils s'excuse de ne pouvoir assister à la séance, à cause d'une indisposition de M. Géry père.

PRÉSENTATIONS

M. DELASIAUVE présente : 1° *Journal de médecine mentale*, par M. Delasiauve, septembre 1866, affaire Aubanel; — 2° *Journal de médecine mentale*, janvier et février 1866. Les médecins et les asiles d'aliénés, double lettre à M. Peyrat, rédacteur en chef de *l'Avenir national*, par M. Delasiauve; — 3° *Journal de médecine mentale*, octobre et novembre 1869. Réquisitoire Sandon; lettre à M. A. Guéroult, rédacteur en chef de *l'Opinion nationale*, par M. Delasiauve.

M. COLLINEAU présente un rapport sur les maternités, lu à la Société médico-pratique de Paris dans la séance du 25 janvier 1870.

La Société médico-pratique émet le vœu :

1° Que toutes les maternités soient irrévocablement supprimées;

2° Que dans chaque arrondissement il soit créé un service d'assistance publique pour les accouchements à domicile;

3° Que dans chaque arrondissement il soit attribué un certain nombre de chambres isolées aux accouchements qui ne pourraient être effectués à domicile.

LECTURE

M. MOTET lit un travail sur la loi de 1838, dont il demande le maintien intégral. (Voir la *Gazette des Hôpitaux*, numéro du 22 mars 1870.)

La Société renvoie le travail au comité de publication, et demande qu'on lui donne la publicité la plus grande possible.

DISCUSSION

M. LUNIER. J'ai écouté avec beaucoup d'attention la très-intéressante communication de mon honorable confrère et ami M. Motet. Je ne puis que m'associer aux principes qu'il vient d'émettre, aux affirmations catégoriques qu'il vient d'exprimer. La loi de 1838 est excellente, et il est parfaitement exact qu'on n'a pas encore pu démontrer un seul cas de séquestration illégale. Mais si je partage la manière de voir de M. Motet sur tous ces points, je ne suis pas aussi affirmatif que lui sur la conduite que nous devons tenir en présence de l'opposition que rencontrent, en dehors du monde médical, et même il faut le dire, chez quelques-uns des nôtres, certains articles de cette loi. Cette opposition n'est pas née d'hier, elle remonte à plusieurs années; mais depuis quelque temps, elle s'affirme avec une telle énergie, que je doute que sur cette question, surtout avec la tendance générale des esprits, l'opinion publique remonte le courant qu'elle a suivi lentement, mais aussi sans jamais s'arrêter. Il est donc au moins probable qu'en ce qui concerne les placements volontaires, on sera forcé d'apporter quelques modifications à la loi de 1838.

Quelle doit être notre conduite dans une pareille situation? Devons-nous nous contenter de protester et attendre que ces changements soient opérés, qu'on ait introduit dans la loi de telles modifications, que notre rôle soit complétement effacé et l'intérêt des malades compromis? Ne vaudrait-il pas mieux chercher à obtenir que ces changements soient opérés nous plus contre nous mais avec nous? C'est en me plaçant à ce point de vue que je vous demanderai la permission de m'entretenir un instant de cette question si controversée des placements volontaires.

Sur la question de compétence, je serai aussi affirmatif que M. Motet. La folie est une maladie, c'est donc au médecin qu'il appartient d'en nier ou d'en affirmer l'existence. Mais cette affirmation doit-elle suffire pour qu'un parent ou un ami armé de cette déclaration puisse, de sa propre autorité, placer le malade dans une maison de santé? Là est toute la question. Les choses se sont ainsi passées depuis 1838, et, je le répète, sans qu'on ait encore pu démontrer l'existence d'une seule séquestration illégale. Mais l'opinion publique, et je crois pouvoir ajouter, la grande majorité des magistrats, des sénateurs et des députés, ne trouvent plus aujourd'hui ces garanties suffisantes et demandent quelque chose de plus.

Examinons donc ce qu'il serait possible de faire sans compromettre l'intérêt des malades, c'est-à dire sans retarder en rien les placements qui présentent le caractère d'urgence.

Je ne crois pas, messieurs, que l'on puisse évaluer à plus d'un dixième le nombre des placements volontaires qui présentent ce caractère. Pour ces cas, messieurs, je voudrais que l'on donnât toutes les facilités possibles, et que les maires — je ne m'occupe pas ici des détails d'exécution — pussent être mis en demeure, sur la production d'un certificat de médecin, d'agir directement et sans délai. Pour tous les autres cas, de beaucoup les plus nombreux, voici ce qu'il me paraîtrait possible de faire sans inconvénient sérieux pour les malades, et sans que l'autorité de la déclaration du médecin en soit aucunement atteinte.

Le certificat du médecin délivré en vue du placement d'un aliéné dans un asile serait soumis, comme cela se pratique dans les cantons de Vaud et de Neufchâtel, au visa d'un magistrat de la circonscription, juge de paix, président du tribunal ou procureur impérial. Le plus souvent, surtout en province, le magistrat connaîtra suffisamment le médecin signataire du certificat, la famille ou le malade lui-même pour apposer son visa sans opposition aucune, et tout sera dit. S'il restait un doute dans son esprit sur la légitimité de la mesure, il serait tenu, avant de prendre une détermination, de faire examiner le malade par un médecin expert, comme on le fait aujourd'hui, dans certains cas, après l'admission; ou mieux encore, comme cela se pratique dans les Pays-Bas et en Belgique, ce ne serait plus le certificat médical qui serait visé par un magistrat, mais la demande d'admission, ce qui paraît constituer une garantie parfaitement suffisante. Voilà, messieurs, la disposition additionnelle fort simple, non pas que je propose comme nécessaire, mais que j'indique comme me paraissant devoir donner satisfaction à ceux qui trouvent insuffisantes les garanties résultant des dispositions inscrites dans la loi de 1838.

M. BRIERRE DE BOISMONT s'élève avec énergie contre la facilité avec laquelle l'on s'incline devant les attaques de la presse. Mais qu'on cite donc un cas de détention arbitraire ! On accuse toujours; mais y a-t-il un seul jugement? Il n'y en a pas un seul. La loi de 1838, qui présente toutes les garanties, a été votée par 216 membres contre 16. On avait appelé les hommes compétents : pourquoi ne le fait on pas aujourd'hui?

Puis, n'y a-t-il pas avantage à ébruiter le moins possible de si grandes misères?

Un négociant a le délire de persécution. On l'enferme, sa maison est perdue. Au bout de quinze jours, il peut reparaître à la tête de ses affaires, et personne n'a eu le moindre soupçon.

On transige; il vaut mieux périr. Rien, ou la loi de 1838.

M. GALLARD. M. Motet, avec un sentiment de modestie louable, a dit que l'insertion de son article n'était pas urgente. Je ne suis pas de son avis. Je demande en outre que M. Motet veuille bien lire son travail devant la Société de médecine légale, composée de magistrats, d'avocats et de médecins. Une commission a été nommée ayant pour président M. Béhier, dont la compétence est connue de tous, et pour membres trois jurisconsultes : MM. Hémard, Chaudé et Chopin, et trois médecins.

M. LUNIER. Je ne voudrais pas que l'on me considérât comme un adversaire de la loi de 1838. A plusieurs reprises, dans diverses publications, je l'ai défendue assez énergiquement pour que mon opinion à cet égard ne puisse pas être mise en doute. Je n'ai pas non plus, comme semble le croire M. Brierre, proposé de substituer le magistrat au médecin, pour juger de l'état mental des personnes que l'on désire placer dans un asile. J'ai déclaré très-nettement, au contraire, qu'il n'appartenait qu'au médecin de décider si un individu est ou non aliéné. J'ai seulement ajouté que pour donner satisfaction à l'opinion publique, on pourrait peut-être demander que ce certificat fût visé par un magistrat, qui assumerait ainsi sur lui la responsabilité qui incombe au médecin. Il n'est aucunement dans ma pensée de subordonner la déclaration du médecin à celle du magistrat; elle serait seulement considérée, ainsi qu'elle l'est dans tous les cas d'expertise, comme un avis dont on tient généralement grand compte, mais devant lequel on n'est point obligé de s'incliner.

Et pourquoi, messieurs, suis-je jusqu'à un certain point disposé à faire ce que M. Brierre appelle une concession? C'est que je me place à une autre point de vue que lui. Il veut quand même s'attacher à des principes qu'il considère comme immuables et leur tout sacrifier. Je raisonne autrement : je me préoccupe de l'intérêt des malades, qu'il m'importe de ne point voir compromis; je cherche à éviter qu'on ne prenne des déterminations fâcheuses au sujet des placements volontaires, et pour prévenir quelque chose de plus grave, je propose ou plutôt j'indique une disposition additionnelle qui ne me paraît avoir aucun des inconvénients que semble redouter mon honorable collègue.

Je sais bien qu'à Paris l'application de cette mesure sera plus

---

homme VIROIS. — Paris, 1610, in-12, de 335 pages. Le tout précédé d'une DÉDICACE *à très-noble et puissant seigneur* NICOLAS DE PELVÉ, *comte de Flers etc.*, et enrichi de vers à l'honneur et louange du sieur de Courval. Celui-ci, en digne petit-fils d'Apollon, cultivait les muses et ne s'en tirait pas trop mal.

Malheureusement son livre ne tient pas tout ce qu'il promet; il démasque assez mal *les ruses et tromperies* des charlatans et accepte, avec trop de bonne volonté, toutes les explications qu'on lui donne ou qui lui passent par la tête. Ainsi voici ce qu'il raconte à propos du célèbre *Hyéronimo*, un maître thériacleur du temps : — « Et pour expérimenter les vertus divines et admirables d'un onguent qu'il se vantait avoir pour les brûlures, il se brûlait publiquement les mains avec un flambeau allumé, jusqu'à se les rendre toutes ampoulées, puis se faisait appliquer son onguent, qui les guérissait en deux heures; chose qui semblait miraculeuse aux assistants qui n'avaient sondé et descouvert l'artifice et la ruse dont il se servait: car avant que de monter sur son théâtre, il se lavait secrètement les mains de certaine eau artificielle, laquelle était douée de cette vertu particulière que le feu ne peut brusler (si ce n'était par un long temps) la partie qui en a été fraîchement lavée, de façon que l'on endure superficiellement la flamme sans sentir que peu ou point de douleur. » — Mais les ampoules, maître Sonnet?

Le chapitre sur le charlatan *Hyéronimo* nous le montre à l'œuvre sur son théâtre, en superbe équipage, avec chaîne d'or au col, décochant *les mieux empennées flèches qu'il eût en la trousse de ses artifices*, avec quatre excellents joueurs de violons, *lesquels faisaient merveille, assistés d'un insigne bouffon ou plaisant de l'hostel de Bourgogne nommé* GALINETTE LA GALINA, *qui de sa part faisait mille singeries, tours de souplesse et bouffonneries pour attirer et amuser le peuple...* Cette description, que nous compléterons plus loin, est prise sur nature et a été copiée par tous les auteurs modernes qui ont traité de la matière; on n'en connaît pas une autre plus complète et plus vraie. Comme on le voit, ce petit livre est vraiment précieux. Saurel, dans LE FRANÇION, a également mis en scène un autre charlatan, mais d'une façon beaucoup moins heureuse.

La satyre du sieur de Courval a beaucoup servi à la composition de deux autres ouvrages : 1° *Les Tromperies des charlatans découvertes*, publié en 1619 et que nous ne possédons pas, et 2° le DISCOURS *de l'Origine des mœurs, fraudes et impostures des ciarlatans, avec leur découverte, dédié à* TABARIN *et* DESIDERIO DE COMBES, *par* J. D. P. M. O. D. R. Paris, 1622, in 12 de 51 pages très-compactes. On trouve encore, dans ce petit livre, des renseignements utiles, mais rarement amusants. L'auteur, en bon chrétien, croit devoir mêler beaucoup de sacré au profane, et démontrer *que par le témoignage de saint Thomas, on ne peut écouter les ciarlatans sans scrupule de péché mortel.* Que de damnés dans Paris seulement, juste ciel! car nos pères se plaisaient beaucoup à ces parades, dont quelques-unes, au gros sel toujours, étaient fort amusantes, et d'où ils revenaient souvent les poches vides, soit qu'ils les eussent volontairement vidées dans l'escarcelle du charlatan, soit, ce qui n'était pas rare, que leur argent fût tout bonnement passé sans bruit dans la poche d'un tire-bourse. Il était dans l'ordre que ce dernier fut l'ami le plus intime du vendeur d'orviétan.

Deux autres ouvrages, assez peu connus, se rapportant par quelques côtés au sujet que nous traitons, sont L'OPÉRATEUR INGÉNU, *par le sieur* DE LA MARTINIÈRE, *médecin et opérateur ordinaire du Roi.* Paris, 1668, in-12 de 60 pages; et le *Traité des compositions du mithridat, du thériaque, de l'orviétan, etc.*, par le même DE LA MARTINIÈRE, *médecin chimique et opérateur du Roi et de plusieurs princes.* Paris, 1665, in-12 de 77 pages. — On trouve, dans ce singulier petit bouquin, l'histoire la plus mirobolante de l'orviétan. Nous y reviendrons quelque jour.

Nous ne connaissons, dans les temps actuels, qu'un seul livre ayant trait aux charlatans (nous ne parlons pas de ceux qui, à propos d'autre chose, traitent la matière en passant, tels que l'*Histoire du Pont-Neuf*, de M. Fournier; le *Tableau du vieux Paris*, de M. Fournel, etc); ce livre est celui de Gouriet : LES CHARLATANS CÉLÈBRES. Paris, 1819, 2 vol. in-8°. Après s'être vendu longtemps sur les quais, où on pouvait l'acheter pour quelques sous, ce livre est devenu d'une rareté extrême, et j'ai eu bien de la peine à me le procurer. Il est assez mal fait d'ailleurs, mais il donne un grand nombre de renseignements qu'on chercherait vainement ailleurs, ainsi groupés tout au moins.

Quoi qu'il en soit, tous ces ouvrages ne m'apprenaient pas grand'chose sur le point particulier que je voulais élucider; je cherchai vainement d'autres documents, et, sollicité par de nouveaux soucis, je renonçai, pour quelque temps, à la réalisation définitive de mon projet. Toutefois, la lecture d'*Elomire hypochondre* m'avait mis en rapport avec quelques-uns des charlatans illustres du 17e siècle, ceux-là même qui avaient, au dire de l'auteur, été consultés par Molière : Barry, Tabarin, l'Orviétan, le médecin aux urines, Mondor, etc, et je m'amusai à recueillir quelques notes sur ces personnages connus ou inconnus. Bien qu'elles soient fort incomplètes, le lecteur me saura peut-être quelque gré de les lui communiquer. D'ailleurs, ce sont, pour la plupart, des notes biographiques. Des notes biographiques! elles prouveront, mieux que tous les discours, que je ne m'écarte pas de mon sujet primitif.

Dr H. MONTANIER.

difficile qu'en province; mais il ne faut pas oublier que nous ne parlons ici que des placements volontaires, c'est-à-dire 6 à 700 malades par an.

Comme M. Brierre, d'ailleurs, je déplore que depuis cinq à six ans l'on n'ait pas répondu à toutes les attaques insérées dans les journaux politiques, et qu'on ait laissé se produire, sans protestation, contre les aliénistes et les asiles, les plus indignes calomnies; mais aujourd'hui, je le répète, le mal est fait, et je crains bien qu'on ne puisse le réparer.

Mon honorable collègue m'a objecté que l'on faisait après l'admission ce que je propose de faire avant. Je ne l'ignore pas; mais il sait aussi bien que moi que ce n'est pas là ce que demandent nos adversaires : c'est avant l'admission, et non après, que l'on veut accumuler les garanties.

Un dernier mot, messieurs. Si je montre tant d'énergie à défendre mon opinion, c'est que je sais ce qui se passe à ce sujet à Paris et en province, et ce qu'il est advenu en d'autres pays. Le fait si regrettable que nous a cité M. Motet vient, sous ce rapport, à l'appui de la thèse que je soutiens : cinq médecins ont refusé de délivrer un certificat pour faire admettre dans une maison de santé un malheureux confrère qui n'a été arrêté qu'après avoir commis un homicide. Un pareil résultat ne vous frappe-t-il pas? Voulez-vous donc attendre qu'aucun célèbre praticien honorable, comme cela se passe aujourd'hui à Londres, ne consente à délivrer un certificat d'admission? Veuillez y réfléchir, messieurs, et vous verrez que le moyen terme que j'ai indiqué plus haut est plus rationnel que ne paraissent le croire mes honorables contradicteurs.

M. DELASIAUVE. Je partage l'opinion de M. Brierre de Boismont. Nous avons assez de complications; nous ne voulons pas de compromis. Depuis 1838, il n'y a pas une seule séquestration abusive et illégale. La loi de 1838 empêchait les abus, et depuis cette époque les accidents, auparavant quotidiens, avaient presque disparu.

Mon journal a dix ans d'existence, et je n'ai pas cessé de discuter la question et de montrer que la loi de 1838 est parfaite. M. Pinel a fait un travail complet sur cette loi, qu'il a déclarée irréprochable.

M. BRIERRE DE BOISMONT. Un fonctionnaire m'a rapporté qu'il résultait de toutes ces attaques de la presse, que tous ces fous sont maintenant internés dans des maisons religieuses.

M. A. VOISIN. La fille d'un de nos anciens professeurs est hystérique et commet des actes lubriques. Son père et son frère n'osent plus la placer.

Un aliéné en liberté ne se soigne jamais. Tous les aliénés deviendront incurables.

M. LUNIER. Il faut répondre dans les journaux politiques, article contre article. Nos journaux spéciaux ne suffisent pas. Le visa que je propose n'amènera qu'un retard de six heures dans le placement.

M. BRIERRE DE BOISMONT. Ma conviction intime est que cette modification du visa donnera des résultats déplorables.

M. LUNIER. Je demande encore une fois qu'un magistrat ne puisse pas agir sans un médecin à côté de lui, médecin de la famille ou médecin expert.

M. BRIERRE DE BOISMONT. Je reproche à la commission de n'avoir pas appelé dans son sein des hommes du métier, des hommes compétents.

M. LUNIER. Je suis tout à fait de cet avis.

M. FORGET. M. Lunier affirme que la loi de 1838 est condamnée sans retour. Si c'est une affaire jugée, il faut le dire, nous n'avons plus qu'à nous incliner; mais si le jugement n'est pas porté, il faut prendre la parole immédiatement. Ce ne sont pas les autorités d'en haut qui attaquent la loi de 1838, c'est le journalisme.

Je demande que le travail de M. Motet soit publié d'urgence. Je voudrais qu'il fût inséré au *Journal officiel*. Les journalistes réfléchiraient. M. Brierre de Boismont m'a convaincu.

M. LUNIER. M. Forget outrepasse ma pensée; je n'ai pas dit que la loi de 1838 était condamnée sans retour, j'ai dit qu'elle serait modifiée.

M. GALLARD. En France, il serait utile de séquestrer un plus grand nombre d'individus qu'on ne le fait. Il faut rendre les familles responsables des accidents. Les médecins doivent faire l'éducation du public. Les magistrats eux-mêmes ne savent pas assez qu'un individu, calme en apparence, peut tuer. N'est-il pas déplorable de voir condamner à 20 ans de travaux forcés cet individu de Pont-à-Mousson, qui met le feu au séminaire et donne un coup de couteau à son meilleur ami? La folie n'était-elle pas évidente?

Par ce temps de liberté, les médecins doivent relever la tête. Qu'ils se mettent en grève, qu'ils n'aident plus la magistrature ni l'administration, et alors on avisera.

La Société vote l'insertion d'urgence du travail de M. Motet.

La séance est levée à cinq heures et quart.

Le secrétaire annuel : Le Dr DUROZIEZ.

Par décret en date du 18 mai 1870, M. le docteur Chauffard a été nommé professeur de thérapeutique et pathologie générales à la Faculté de médecine de Paris.

— La prochaine séance de la Société médicale d'observation aura lieu lundi prochain 23 mai, à la Faculté de médecine, cabinet du doyen, à huit heures du soir.

Ordre du jour : Lecture d'une observation, par M. Huchard. — Élections à une place de membre titulaire.

— M. le docteur Charcot commencera son cours sur les maladies des vieillards, le mardi 24 mai, à 9 heures du matin, à la Salpêtrière, et le continuera les mardi et samedi suivants, à la même heure.

— Clientèle à vendre aux environs de Paris. — Produit moyen : 12,000 fr. — Écrire à M. Duchêne, 32, avenue de la Mothe-Piquet, Paris. (*Affranchir.*)

— L'association médicale de vaccinations, 18, rue Belzunce, tient à la disposition des médecins des génisses inoculées avec le cow-pox spontané, et des tubes de vaccin, au prix de 2 fr.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Les bureaux et Ateliers étant fermés à cause de la fête de L'ASCENSION, le Journal ne paraîtra pas jeudi.

SOMMAIRE. — Premier Paris. — HÔPITAL DE TOURS (M. Courbon). Abcès des lombes, produit par un empyème simulant un anévrysme. — Incrustations calcaires de la paroi vésicale et pierre volumineuse immobile et non adhérente (M. Reliquet). — Appareil vaporifère de M. le docteur Lefebvre. — SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE. — Thèses. — Avis. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 23 mai 1870.

Nous clôturons aujourd'hui — comme nous l'avions annoncé, — le scrutin ouvert en faveur de notre très-honoré confrère, M. le docteur de Robert de Latour.

Ce premier essai d'un appel au jugement de ses pairs, a été déjà pour notre confrère une source d'émotion douce et profonde. La récompense demandée pour lui par l'élite du corps médical, prend aux yeux de M. de Robert de Latour la forme la plus honorable.

On nous rendra cette justice que nous avons ouvert le scrutin sans pression, que durant le temps du vote, nous avons enregistré discrètement le nom des adhérents, et aujourd'hui encore nous fermons nos listes sans bruit.

Les représentants les plus autorisés de la presse médicale ont voulu que leurs noms fussent inscrits sur les listes d'adhésion. Pourquoi faut-il qu'une petite divergence sur le mode de récompense à donner, nous ait privé du concours de deux ou trois rédacteurs que nous tenons en si haute estime ?

Nous avons dû, faute de place, nous abstenir de publier les lettres que nous avons reçues en faveur de M. de Robert de Latour, et nous borner à donner les signatures. Il est cependant une de ces lettres que nous ne pouvons pas ne pas insérer, parce qu'elle est d'un maître illustre et vénéré, dont le témoignage suffirait à assurer le succès de notre entreprise.

Voici la lettre de M. le professeur Andral.

Monsieur,

M. le docteur de Robert de Latour mérite à tous égards la croix de la Légion d'honneur, et je m'étonne qu'il ne l'ait pas obtenue depuis longtemps. Il a beaucoup travaillé et il travaille toujours : on lui doit plusieurs mémoires d'un haut intérêt sur divers points de physiologie et de médecine, qui ont contribué aux progrès de ces deux branches de nos connaissances ; j'ai moi-même rendu, de quelques-uns d'entre eux, un compte rendu très-favorable, à l'Académie des sciences ; et pour ma part, je tiens les travaux de cet honorable médecin, ainsi que sa personne, dans la plus parfaite estime.

Veuillez agréer, etc.

ANDRAL.

SCRUTIN

(3e liste)

245. Barthez, médecin du Prince Impérial ; Foucher (de Saint-Mandé), Bonvallet, Esparbès (de Lévignac), de Lonjon (de Tours), Autellet (de Civray).

251. Bulard, médecin en chef de Maréville ; Costilhes, médecin de Saint-Lazare ; Bérenguier, chirurgien de l'hôpital de Rabastens ; Dugenet (de Tours), A. Michel, Barthe, médecin-major ; Fauchey (de Saint-Vivien-Médoc), Van Peteghem (de Wazemmes-Lille), G. Pillon, Lœwenberg.

261. E. Duplouy, professeur à l'École de médecine de Rochefort ; A. Bertron (de Vaiges), E. Gallois, Santa-Maria (d'Oletta), E. Fournié, médecin de l'Institut impérial des sourds-muets ; Conturier (de Mérinchal), Sébastian (de Béziers), Ed. Carrère (de Froshdorf), Houssard (d'Avranches), Fauconneau-Dufresne (de Châteauroux).

271. Billard ; Louis Penard ; Mongeal ; Antoine Coizeau ; Benjamin Coizeau ; Foata, trésorier de la Société locale de la Corse ; Gaube du Gas ; Charles Desfossez (de Saint-Cloud) ; Fayolle (de Guéret) ; Louis Caradec, ancien chirurgien des armées.

280. Dauvergne, médecin de l'hôpital de Manosque ; Haas ; Salamon (de Toulouse) ; Gillebert d'Hercourt (d'Enghien) ; V. Legros (d'Aubusson) ; E. Dionis du Séjour ; Duchesse de Chassaigne, Dechambre, rédacteur en chef de la *Gazette hebdomadaire*.

Nous serons heureux de remettre à M. de Robert de Latour les lettres qui nous ont apporté les adhésions à la proposition de M. Marchal (de Calvi).

Ce sera pour lui et les siens le *livre d'or* le plus honorable qu'un médecin puisse ambitionner.

Dr E. LE SOURD.

HOPITAL DE TOURS. — M. COURBON.

Abcès des lombes, produit par un empyème simulant un anévrysme.

(Observation recueillie par M. Anatole LE DOUBLE, interne en chirurgie).

Le 20 février 1870, est entrée à la salle 14, la nommée Alphonsine L..., cuisinière, âgée de 24 ans, pour une tumeur de la région lombaire gauche. Cette tumeur est exactement située en dehors du carré des lombes, immédiatement au-dessous de la dernière côte, et à deux travers de doigt au-dessus de la crête iliaque. Elle est molle, allongée, fluctuante, légèrement mobile, non douloureuse, presque entièrement réductible, sans changement de coloration à la peau. Sa forme est elliptique, le grand axe de l'ellipse qu'elle représente est très-oblique de haut en bas et de dedans en dehors, presque transversal et mesure 14 centimètres, tandis que le petit axe, qui se rapproche de la ligne verticale, a 11 centimètres.

Mais ce qu'il y a de plus remarquable dans la tumeur, ce sont les battements dont elle est le siége. Ces battements sont forts, expansifs, tout à fait isochrones au pouls. Il existe dans toute la tumeur un double mouvement alternatif de dilatation et de retrait qui est perceptible non seulement au toucher, mais aussi à la vue. La palpation ne fournit aucun frémissement, et l'auscultation aucun bruit de souffle. Cependant si l'on ausculte attentivement on entend, mais très-éloigné et très-affaibli, le bruit systolaire du cœur. Enfin la tumeur à la percussion est mate et présente une certaine résistance au doigt qui percute.

Alphonsine L... nous apprend qu'elle s'est aperçue de sa grosseur il y a environ deux mois. Mais, bien qu'elle ait presque toujours continué son travail, sa santé laissait beaucoup à désirer depuis quatre ans au moins. A cette époque elle a éprouvé pendant longtemps une douleur très-vive dans l'épine du dos : « Il me semblait, nous dit-elle, que l'on me rongeait les os. » Cette vive douleur qui a aujourd'hui disparu siégeait, d'après les renseignements qui nous sont fournis, au niveau des apophyses épineuses des 5e, 6e, 7e, 8e et 9e *vertèbres dorsales*, et de là irradiait dans tout le côté gauche du thorax.

En même temps, il y avait chez notre malade de la dyspnée, des palpitations, de l'essoufflement et des accès de suffocation quand elle travaillait un peu plus fort qu'à l'habitude ou qu'elle montait un escalier. Ces symptômes ont notablement diminué depuis l'apparition de la tumeur.

Quelques mois après le début de ses souffrances, elle est entrée à l'hôpital de Blois où elle a fait un séjour de près d'un an. Elle porte sur les parties latérales du côté gauche du thorax des cicatrices de vésicatoires, de cautères et de sétons, traces du traitement qu'elle y a subi.

Après l'examen de la tumeur et les commémoratifs, passons rapidement en revue les symptômes fournis par les différents organes et les modifications apportées dans leurs fonctions.

Le cœur est refoulé à droite et sa pointe vient battre faiblement au niveau de l'appendice diphoïde. On entend à sa base un léger bruit de souffle au premier temps.

Le côté gauche de la cage thoracique semble, au premier abord, être un peu rétréci. Mais une mensuration exacte démontre qu'il a subi au contraire une légère ampliation, un peu moins d'un centimètre. La matité est absolue dans tout ce côté gauche ; le murmure respiratoire y a presque complétement disparu. La respiration est puérile à droite.

Aucune douleur abdominale ni lombaire. Quelques fourmillements dans les membres, principalement dans les inférieurs.

Suppression des menstrues depuis plus de trois ans.

Urine normale.

État général satisfaisant. Pas d'amaigrissement.

Abordons maintenant le diagnostic. Quelle est la nature de la tumeur que nous avons sous les yeux? Après avoir passé successivement en revue toutes les tumeurs qui peuvent se former dans la région lombaire et en avoir comparé les symptômes avec ceux que nous observions, M. le docteur Courbon arrive, par voie d'élimination, à ne plus hésiter qu'entre deux affections : 1° un abcès dont le pus provenant de la plèvre aurait détruit les adhérences du diaphragme en arrière pour venir proéminer dans la région lombaire ; 2° un anévrysme de l'aorte thoracique descendante qui, longtemps caché dans la poitrine, aurait fini par apparaître dans la région occupée par la tumeur.

Les signes de l'empyème du côté gauche de la poitrine, l'observation assez fréquente des abcès lombaires produits par l'épanchement purulent des plèvres, la réductibilité de la tumeur, l'absence de frémissement cataire et de bruit de souffle étaient autant de raisons qui militaient en faveur de la première opinion. Mais restaient les battements qui n'étaient pas sans causer quelque embarras. On pouvait admettre, il est vrai, qu'ils étaient transmis par le cœur ou l'aorte. La chose n'était pas impossible.

Pelletan mentionne, en effet, dans sa *Clinique chirurgicale*, un abcès symptomatique d'une carie des côtes offrant des battements qui l'avait fait prendre pour un anévrysme de l'aorte à sa sortie du cœur. Aug. Bérard, d'une autre part, a vu un empyème former sur le côté gauche du sternum une tumeur, qui était agitée de battements tels, que tout le monde sans exception avait cru, jusqu'à sa rupture, à un anévrysme de l'aorte. Mais dans ces deux cas où les battements furent reconnus plus tard comme ayant été produits par les affections cardiaques, la tumeur siégeait sur le thorax et se trouvait dans le voisinage du cœur. Dans celui que nous avions sous les yeux, elle était au contraire en dehors de la cage thoracique, loin du cœur et des gros vaisseaux, et l'on s'expliquait moins facilement une impulsion transmise par ces organes. D'ailleurs, les pulsations énergiques de la tumeur contrastaient avec les battements faibles de la pointe du cœur, et les mouvements d'expansion qui les accompagnaient étaient tellement accentués que l'on ne pouvait guère, encore pour cette raison, admettre une transmission aortique ou cardiaque.

C'est ce caractère expansif des battements et leur force qui, en dernière analyse, portèrent le chef du service à adopter la seconde opinion. Il se prononça pour un anévrysme qui ne pouvait être que celui de l'aorte thoracique descendante, vu l'absence complète de douleur et d'autres signes du côté de l'abdomen.

Les différents symptômes présentés par la malade depuis le début de ses souffrances étaient loin d'être en désaccord avec cette opinion. Les palpitations, la dyspnée, les accès de suffocation, le bruit de souffle au cœur, sont des symptômes d'un anévrysme de l'aorte pectorale. Les rapports du vaisseau dilatés avec le grand sympathique et les nerfs rachidiens gauches rendaient bien compte des vives douleurs qui avaient été surtout ressenties sur le trajet de l'épine dorsale.

La malade avait éprouvé une amélioration notable depuis l'apparition de la tumeur, comme cela arrive dans les anévrysmes de l'aorte quand ils se montrent à l'extérieur. Enfin la matité et les modifications du murmure respiratoire dans le côté gauche de la poitrine s'expliquaient par l'existence d'une vaste poche anévrysmale ou par un épanchement pleural, qui devenait alors un phénomène concomitant ou de voisinage.

On pourrait objecter que les anévrysmes de l'aorte thoracique descendante viennent faire saillie en arrière du thorax, sur les côtés de la colonne vertébrale, et c'est là en effet que se montra à l'extérieur le premier anévrysme de l'aorte diagnostiqué sur le vivant, et qui le fut par Vésale. Mais les migrations des tumeurs anévrysmales peuvent elles être soumises à des règles invariables ? Les anévrysmes de l'aorte abdominale qui se dirigent généralement en avant, vers la paroi abdominale antérieure, ne se portent-ils pas quelquefois en arrière, sur les côtés de la colonne lombaire, où ils forment des tumeurs fluctuantes, qui simulent à s'y méprendre des abcès par congestion ? D'ailleurs, on trouve dans le *Bulletin de la Société anatomique*, l'observation curieuse d'un vaste anévrysme de l'aorte pectorale qui vint proéminer dans la fosse iliaque droite, et qui fut pris pour un abcès par congestion soulevé par les battements des artères iliaques. Un anévrysme de l'aorte thoracique allant faire saillie dans la région lombaire gauche était un fait moins extraordinaire que le précédent, et qui pouvait lui être comparé sous le rapport de son extrême rareté.

Croyant à un anévrysme aortique, on s'en tint, pour le traitement, à l'expectation à peu près complète. La tumeur augmenta chaque jour de volume, et chaque jour aussi les battements devenaient plus marqués ; ils furent bientôt tellement prononcés que ceux qui, dans le principe, avaient hésité à admettre un anévryme, se rallièrent à cette opinion. En même temps que la grosseur s'accroissait, la peau qui la recouvrait s'amincissait de plus en plus et menaçait de se rompre. Enfin, elle se rompit le 14 avril au matin. Mais au lieu de sang, il s'échappa par l'ouverture une grande quantité de pus séreux. Puis la tumeur s'affaissa et les battements disparurent. Dès lors, il n'y avait plus de doute à avoir : ce n'était pas un anévrysme qu'avait notre malade, mais bien un abcès produit par un empyème. La diminution de la matité dans le côté gauche de la poitrine et le retour du murmure respiratoire qui se fit de ce côté les jours suivants ne laissèrent plus aucun doute à ce sujet.

Quelle a été la cause des pulsations si bien caractérisées que présentait la tumeur qui fait le sujet de cette observation ? On peut les attribuer aux contractions du cœur transmises à la tumeur par l'épanchement pleural qui enveloppait à moitié l'organe central de la circulation. On pourrait de la même manière les expliquer par les battements de l'aorte thoracique, et nous avons entendu autour de nous quelqu'un émettre l'hypothèse

que cette artère pourrait présenter une déviation ou une flexuosité anormale, qui permettrait à ses pulsations de se transmettre plus directement. Toutes ces suppositions et d'autres qu'on pourrait faire encore, sont possibles. Cependant la première opinion, les impulsions cardiaques, est pour nous de beaucoup la plus probable. Dans tous les cas, ce qui reste acquis, indiscutable, c'est qu'une tumeur liquide du tronc, située loin du cœur et du trajet habituel des gros vaisseaux peut présenter, dans certaines circonstances, des battements forts, expansifs, tout à fait isochrones au pouls, de manière à simuler l'anévrysme d'un gros tronc artériel. C'est ce fait intéressant qui nous a engagé à publier cette observation.

INCRUSTATIONS CALCAIRES DE LA PAROI VÉSICALE

ET PIERRE VOLUMINEUSE IMMOBILE ET NON ADHÉRENTE

Par le Dr Reliquet.

Observation. — *Pierre volumineuse enchatonnée. — Plaques calcaires, adhérentes à la paroi vésicale; décollées par une dilatation brusque de la vessie due aux courants électriques continus, puis évacuées spontanément. — Extraction de la pierre par la taille. — Guérison.*

M. X... vient me consulter le 12 mars 1869. Il est âgé de 32 ans, d'une constitution robuste avec obésité. La première douleur en urinant remonte à l'enfance, vers l'âge de cinq ans. Depuis cette époque, à des moments plus ou moins éloignés, selon les fatigues éprouvées, il souffre dans l'urètre, surtout à la fin de la miction. Alors il ressentait une cuisson dans le gland et sous la verge, telle, qu'il était obligé de porter la main au gland, de le frotter et même de le pétrir. Les envies d'uriner toujours fréquentes et souvent impérieuses, arrivaient toutes les demi-heures quand il y avait douleur.

De temps en temps, il y avait des filets de sang dans l'urine, rarement elles ont été très-chargées. Toujours dans les périodes de douleurs il y a eu des mucosités filantes striées de sang.

Vers l'âge de 20 ans, plusieurs fois étant à danser, il fut pris brusquement de souffrances très-vives, avec envies pressantes et répétées d'uriner. Constamment ce fut le début d'une période douloureuse de quelques jours. De même la marche ou une course en voiture provoquèrent tous ces symptômes.

Sans consulter, M. X... se bornait à prendre de grands bains très-longs, à boire des tisanes délayantes, ainsi il parvenait à se remettre dans un état tolérable.

Le 12 mars 1869, il me dit que les douleurs sont continuelles depuis plus de deux mois. Les envies d'uriner impérieuses arrivent toutes les demi-heures, et même plus souvent quand il marche. Elles sont telles que, souvent malgré tout, les urines s'écoulent dans le pantalon.

A la fin de chaque miction, il y a une épreinte douloureuse dans l'urètre et l'anus. Pour la calmer, le malade étant debout serre le plus possible les cuisses l'une contre l'autre, en croisant les jambes; ainsi il comprime le périnée. Quand il vient, involontairement, de lâcher quelques gouttes d'urine dans le pantalon, malgré lui, il porte la main à la verge, la tiraille, et frotte énergiquement sur le gland; tout cela pour calmer la douleur et le chatouillement agaçant de l'extrémité de la verge.

La nuit, la fréquence des mictions et la douleur qui les suit rend le sommeil impossible. En examinant, je trouve la chemise complètement mouillée et tachée de quelques stries de sang. Malgré toutes ces excitations anciennes et ces tiraillements de la verge, cet organe est relativement petit.

M. X... me dit que souvent après le coït il a ressenti tous les phénomènes douloureux, qu'il éprouve constamment après chaque miction.

Ce malade n'a jamais été cathétérisé. L'urètre est très-sensible, je cherche à y conduire une bougie en gomme d'un calibre moyen, mais arrivé dans la région profonde, la douleur augmente, et je sens la bougie serrée, comme si elle était engagée dans un rétrécissement. Alors je passe une bougie fine, de 2 millimètres. En arrivant dans la vessie, je perçois un frottement rugueux très-caractérisé et très-net.

Le 18 mars, je revois le malade chez lui. Les urines de la nuit sont abondantes. Sur les parois du vase sont accolés des filaments muqueux, striés de sang. Je me borne à passer une bougie de 2 millimètres 1/2, elle n'est supportée que quatre minutes environ. Pendant son introduction, j'ai très-bien perçu le frottement rugueux du premier cathétérisme. Je conseille un grand bain et des boissons délayantes.

Les jours suivants, la bougie introduite est de plus en plus grosse, j'arrive ainsi jusqu'au nº 19, 6 millimètres 1/3. Alors, par la sonde en gomme, je cherche à injecter du liquide dans la vessie. A peine ai-je poussé *dix* grammes d'eau tiède, et cela avec toute la lenteur possible, que la vessie se contracte et chasse l'eau pardessus la sonde. Aussitôt cette évacuation brusque, les douleurs de la fin de la miction se produisent dans toute leur acuité. La sonde surexcite à tel point qu'on est obligé de la retirer de suite, puis le malade d'une main frotte et malaxe le gland, et avec l'autre comprime énergiquement le périnée. Mon attention est attiré sur des cristaux blancs assez gros, qui se trouvent sur le linge dans lequel le malade urine.

Le 21 mars, après une tentative d'injection, faite avec une sonde coudée, ayant l'œil sur la face latérale du bec, afin d'avoir une aussi petite saillie que possible de la sonde dans la vessie, le malade éprouve des douleurs plus vives que jamais; il y a un tremblement nerveux, qui dure plus d'une demi-heure. Pendant tout ce temps, il se frotte le gland et se comprime le périnée. Au moment où la sonde coudée arrive dans la vessie, je sens toujours le frottement rugueux, et de plus le bec heurte franchement contre un corps dur.

Dans la journée, le malade rend une petite plaque calcaire, large comme une lentille; une de ses faces a l'aspect calcaire, ce sont des cristaux brillants agglomérés et très-unis; l'autre offre une couche notable de tissu mou très-adhérent au calcaire.

Devant cette sensibilité extrême, qui ne permet pas l'examen complet absolument nécessaire, je prie mon ami, le docteur Onimus, de venir rappliquer le courant électrique continu, dans le but d'agir sur la sensibilité et de diminuer les spasmes. Le 25 mars, une sonde coudée en gomme est conduite dans la vessie, j'injecte avec la plus grande lenteur de l'eau tiède, il en pénètre à peine *dix* grammes. Puis je pousse dans la sonde, tout en maintenant le doigt sur l'orifice du pavillon (1), un mandrin en laiton, et je bouche la sonde avec un fausset. Le pôle positif est uni au mandrin, et le négatif, une large plaque humide, est appliqué sur l'abdomen. Au début du courant il y a une légère douleur. Puis peu à peu il se produit un bien-être. La présence de la sonde dans la vessie et l'urètre ne détermine plus de gêne. Après quatre minutes de ce courant électrique constant, j'enlève les électrodes et le mandrin, je débouche la sonde, et je pousse du liquide dans la vessie. La tolérance est telle que j'injecte *cent cinquante* grammes d'eau tiède avant de provoquer le moindre besoin d'uriner.

La vessie ainsi dilatée, j'introduis le lithotribe explorateur. En entrant dans la vessie, je sens le frottement rugueux très-net, et aussitôt le talon du bec tombe sur un corps dur. Le choc du métal contre la pierre est très-franc. J'incline le bec horizontalement et il frotte sur une surface calcaire dure; la sensation laisse croire à une surface lisse. Je cherche à saisir la pierre sur place, mais quelle que soit la manœuvre (2) de préhension faite, je ne puis y arriver.

L'état douloureux reparaissant (déjà le liquide est chassé pardessus l'instrument) je retire le lithotribe. La vessie se vide spontanément, et le cortége des douleurs qui succèdent habituellement à la miction apparaît. Immédiatement nous faisons une nouvelle application, et de la même façon, des courants continus; nous voyons de suite l'état douloureux cesser et le calme complet s'établir.

Dès ce moment je propose la taille. Dans la journée, à deux heures, le malade me fait demander. Il se plaint de ne pas pouvoir uriner. Arrivé près de lui je le trouve calme; il venait de rendre une large plaque calcaire qui enroulée sur elle-même avait franchi l'urètre. L'organisation de cette plaque est exactement la même que celle rendue hier. Les urines sont teintes de sang.

Le 26 mars, les mictions sont toujours fréquentes et douloureuses. Le chatouillement du gland oblige le malade à se le frotter constamment. Il sort plusieurs plaques calcaires.

L'application du courant continu avant et après l'injection vésicale, produit exactement les mêmes effets que la veille.

En retirant la sonde en gomme, je trouve engagée dans son œil une large plaque.

Le 27 mars. Après l'application du courant continu, la vessie vidée, il s'écoule du sang pur, alors j'injecte de l'eau phéniquée (*soixante-quinze* centigrammes pour *mille* grammes d'eau). Il ne sort plus de plaques calcaires.

Les jours suivants, je continue l'électricité; les urines deviennent claires, les mictions n'ont lieu que toutes les heures, mais elles sont toujours suivies des mêmes douleurs. Il y a un peu de repos.

Le 3 avril, par la sonde introduite dans la vessie, il s'écoule environ *cent* grammes d'urine, jamais ça n'était arrivé. — J'applique le courant continu; et la vessie distendue par *cent cinquante* grammes d'eau tiède, je fais une nouvelle exploration, qui confirme en tout point la première. Choc net du talon de l'instrument sur la pierre en arrivant dans la vessie. Frottement du bec sur une surface calcaire longue de plusieurs centimètres. Impossibilité de prendre la pierre. Je conclus à l'existence d'une pierre immobilisée sur le plancher de la vessie en arrière du col.

J'insiste sur la nécessité de faire la taille.

Le malade demande à réfléchir. Il cherche à reprendre ses occupations, mais ses douleurs deviennent bien vite continuelles.

A partir du 11 avril, il est obligé de rester tout à fait au lit. Les mictions sont tellement fréquentes, que pendant l'intervalle qui les sépare, les douleurs, les spasmes de l'urètre et de la vessie n'ont pas le temps de cesser. Le malade a constamment une main sur la verge, pour frotter le gland et comprimer le périnée. L'urine qui s'écoule à chaque instant se répand sur la main, qui est toujours humide, et sur les parties. Le malade est couché dans un lit mouillé d'urine. Presque toujours les garderobes sont involontaires.

Quand une main a tenu un certain temps la verge, elle est comme macérée. L'épiderme des doigts, blanc et ridé, s'enlève par lambeaux. Il se forme à la pulpe des doigts de petits maux blancs qui décollent l'épiderme.

J'insiste, plus que jamais, pour décider le malade à se laisser faire la taille. Mais il me confie qu'on lui a promis de dissoudre sa pierre, et qu'il veut essayer.

Le 20 avril, M. X... me prie de revenir le voir. Il est couché dans un lit complétement humide. Ses deux mains sont dans l'état de macération dont nous venons de parler. Il a un point de côté très-violent à droite. Il tousse et les crachats sont broncho-pneumoniques.

Je prie mon confrère et ami le docteur Collineau de vouloir bien se joindre à moi. Sous l'influence de plusieurs vésicatoires, de potions au kermès et de boissons chaudes, le 29 avril le point de côté a disparu; les crachats sont devenus blancs et spumeux.

(A suivre.)

(1) Depuis j'ai fait construire, par MM. Robert et Collin, une sonde coudée, qui, contenant un conducteur métallique très-souple, rend très-simple ce temps de la manœuvre.

(2) Voir *Traité des opérations des voies urinaires*, page 465, par Reliquet.

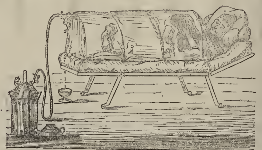
APPAREIL VAPORIFÈRE

De M. le docteur Lefebvre (du Nord).

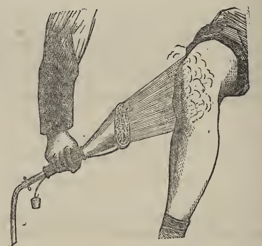
Dans le compte rendu de la dernière séance de l'Académie de médecine, nous avons publié le résumé d'un rapport favorable, fait par M. Béhier, sur l'appareil vaporifère de M. le docteur Lefebvre (du Nord).

Cet appareil a été expérimenté dans le service de M. le professeur Béhier, et dans le service de M. Ollivier, à Lariboisière.

Nous mettons aujourd'hui sous les yeux de nos lecteurs la reproduction graphique de cet appareil :



Appareil vaporifère portatif pour administrer des bains de vapeur de tout genre, des demi-bains, des douches au malade dans le lit, et favoriser l'absorption des médicaments par la peau.



Appareil pour grandes douches qu'on peut administrer dans le lit sans le mouiller; annexe de la planche ci-dessus.



Appareil vaporifère dit de poche, destiné à faire des inhalations de vapeur dans les affections des voies respiratoires, et à doucher les parties délicates ou douloureuses, telles que les yeux, la bouche, le nez, les oreilles, la surface des plaies, etc.

Cet appareil distribue la chaleur et la vapeur, avec une égalité et une régularité constante autour du malade, pour qui toute sensation de brûlure est impossible.

Il fait fonction d'étuve, la vapeur qu'il produit y étant à l'état d'une sorte de gaz, dont la température peut être portée jusqu'à 80° Réaumur.



Inhalation de vapeur.

Il permet, sur tous les points du corps, les applications, frictions, lotions, douches, etc., sans diminuer l'action du bain.

Le malade peut lui même régler à son gré la chaleur et la vapeur qu'il reçoit.

Malgré la prolongation indéfinie du bain, les draps du lit ne sont pas mouillés par la vapeur d'eau.

En aucun temps de l'opération le malade n'est exposé au refroidissement.

Lorsqu'on veut agir sur les voies respiratoires, on présente l'appareil tamiscur devant la bouche, puis, on fait de fortes inspirations de vapeur, que l'on sent pénétrer profondément avec l'air atmosphérique.

Pour les affections du larynx et du pharynx, on dirige la douche alternativement sur la peau de la région cervicale, qui rougit fortement, et dans la cavité buccale.

Dans les névralgies, il faut diriger la douche sur le trajet du nerf et la serrer le plus possible.

Lorsqu'on désire provoquer une sudation locale vers la tête, par exemple dans le cas de coryza aigu, ou même pour favoriser l'inhalation, on concentre la vapeur en enveloppant la tête au moyen d'une large capeline ou d'une serviette.

Nous ferons remarquer que ce petit appareil génère suffisamment de vapeur pour produire ce que nous appelons la caléfaction des tissus. Cette élévation locale de la température des tissus morbides est, sans contredit, le modificateur le plus sûr de la nutrition, et devient ainsi un très-bon résolutif.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 4 mai 1870. — Présidence de M. Alph. Guérin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine : — Les *Archives générales de médecine*. — *Le Bulletin général de thérapeutique*. — *La Gazette médicale de Strasbourg*. — Le *Marseille médical*. — Le *Bulletin médical du nord de la France*.

M. Larrey offre au nom de M. Cabasse, médecin militaire : *Du traitement de l'entorse grave par le massage;*

Sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques du chloral, par le docteur Willième (extrait du bulletin de l'Académie de médecine de Belgique.)

Docteur Facien : *Mémoire explicatif et critique sur l'affaire Facien-Calmettes*.

Mémoire sur le traitement médical des affections cancéreuses, par le docteur L. Massey.

L'Indipendente de Turin, 1re année, n° 2.

Traité de médecine opératoire, de bandages et appareils, 3e édition, par MM. Sédillot et Legouest. 2 volumes in-8° avec figures.

La Société remercie ses collègues.

M. Desprès demande la parole, à l'occasion du procès-verbal, pour soumettre une pièce microscopique prise sur la pièce présentée dans la dernière séance par M. Panas et destinée à démontrer que la couche fissurée du cartilage de conjugaison contient réellement du tissu cellulo-fibreux.

Ainsi, ajoute M. Desprès, il n'y a, dans la pièce qui nous a été présentée, rien qu'on n'observe d'ordinaire dans les ankyloses fibreuses en voie d'ossification, dans les tendons qui s'ossifient et dans certains cas d'arthrite sèche.

M. Panas appuie sa proposition en faisant observer :

Que les cartilages préexistants de l'astragale et du tibia existent sur la pièce, sans altération aucune.

Que le cartilage nouveau de conjugaison se présente avec tous les caractères types du cartilage hyalin. Les cellules de cartilage, rendues surtout évidentes depuis qu'on a fait agir sur la préparation l'acide picrique, ne peuvent laisser le moindre doute sur la nature du tissu.

Tout le débat porte donc sur la *couche légèrement striée* dans laquelle M. Desprès veut voir du tissu fibro-cartilagineux, alors que MM. Renault, Troisier et Vulpian, après examen minutieux et l'action des réactifs, déclarent celle-ci entièrement et exclusivement formée du tissu cartlagineux le plus pur.

En résumé, on est ici en présence d'un fait d'anatomie pathologique entièrement nouveau, consistant dans *la sudure par du cartilage vrai de deux cartilages diarthradiaux préexistants*.

COMMUNICATIONS.

Tétanos traumatique à marche lente. — Traitement par le chloral. — Mort. — M F. Guyon. B... Jeanne, âgée de 29 ans, ouvrière en tabac, a eu le pouce de la main gauche saisi dans une mécanique. Une plaie contuse de l'extrémité antérieure du pouce en est résultée, intéressant surtout la face palmaire jusqu'à l'os.

Dix jours après l'accident, lundi 4 avril, elle commença à ressentir un peu de gêne pour ouvrir ses mâchoires, et en même temps une douleur assez intense dans ces mêmes parties. Pendant toute la période qui avait précédé, il n'y avait eu aucun spasme, aucune contracture dans le membre correspondant à la plaie. La roideur des mâchoires a donc été le premier signe initial. D'abord légère, elle est allée augmentant le 1er, le 2e et le 3e jour. Ce n'est qu'à la fin du 3e jour, ou au commencement du 4e, qu'apparurent des contractures des muscles de la nuque et du dos. Ces contractures étaient persistantes et s'accompagnaient de temps à autre d'accès qui lui occasionnaient les plus vives douleurs.

Elle entra dès lors à l'hôpital Necker, salle Sainte-Pauline, n° 13. M. Hubert-Valleroux la vit à ce moment, et constata des accès de contracture revenant à de très-courts intervalles, deux à trois par cinq minutes. La malade se trouvait dans un opisthotonos complet, la tête fortement renversée en arrière et le dos légèrement excavé. Une injection de *quinze* gouttes d'une solution de chlorhydrate de morphine au 1/100 fut faite à l'instant. Il parut se faire une amélioration dans l'intensité et le nombre des accès, qui ne reparaissaient plus que toutes les cinq minutes environ.

La nuit se passa sans sommeil, comme toutes les précédentes, depuis l'apparition du trismus.

A la visite du matin, au cinquième jour de la maladie, les symptômes étaient les suivants :

La face était rouge, violacée, les mâchoires fortement rapprochées l'une de l'autre : impossibilité absolue de les séparer. En appliquant ses doigts sur les masseters, on les sentait très-fortement contracturés. Elle pouvait entr'ouvrir un peu ses lèvres et articuler quelques mots, de façon à pouvoir donner les renseignements qu'on lui demandait.

La tête était renversée très-en arrière, et tous les muscles du cou en forte contraction; de sorte qu'il semblait que la tête fût rentrée entre les épaules. Les muscles sterno-mastoïdiens formaient en effet, deux cordes dures, sensibles à la vue et au toucher. Tout le plan cervical postérieur offrait aussi une grande dureté et une grande résistance. La tête restait immobile, quelque effort que l'on fit pour la porter en avant.

Le dos se trouvait soulevé un peu du lit, et les muscles des gouttières vertébrales, dorsales et lombaires, paraissaien très-contracturés.

L'abdomen formait un plan résistant qu'il était impossible de déprimer. Le thorax se dilatait facilement, et la respiration était surtout abdominale. C'est à peine si la partie supérieure de la cage thoracique se soulevait.

Pendant cet examen, elle eut des accès à plusieurs reprises.

Les membres supérieurs et inférieurs étaient complétement indemnes,

M. Guyon institua immédiatement la médication suivante :

1° Faire de chaque côté des joues une injection de *douze* gouttes d'une solution de chlorydrate de morphine au 1/100;

2° Lui faire prendre une potion renfermant *quatre* grammes de chloral;

3° L'envelopper dans une couverture de laine;

4° Mettre sur sa plaie du pouce un cataplasme fortement laudanisé. Voici l'état de la plaie : L'ongle était séparé en partie des chairs, de sorte qu'on l'enleva complétement. Au-dessous se trouvaient des bourgeons charnus qui avaient un assez bon aspect et qui donnaient une suppuration peu abondante. La plaie intéressait tout le pourtour du pouce, dans les 2/3 de la phalangette.

Après avoir fait cette double injection de chlorhydrate de morphine, on lui fait avaler la moitié de la potion au chloral, soit *deux* grammes. A dix heures, pour la lui faire prendre, on fut obligé de la donner goutte par goutte à l'aide d'un biberon, ce qui dura une dizaine de minutes. Déjà l'on constata une diminution notable de la contracture. Elle entr'ouvrit un peu la bouche. Une demi-heure plus tard elle se trouvait dans un état de somnolence, et le relâchement des muscles était indiscutable. Les muscles sterno-mastoïdiens n'étaient plus contracturés; le trismus était bien moindre, car elle pouvait écarter suffisamment les mâchoires pour qu'on pût y enfoncer la pulpe de son index. Toutefois l'opisthotonos persistait encore. Trois heures plus tard, à une heure, cette amélioration existait, mais pas aussi nette; de sorte que les *deux* autres grammes de chloral lui furent administrés.

Quelques minutes après elle s'endormit pleinement, sans éprouver le moindre accès, et vers cinq heures elle se trouvait dans un relâchement musculaire presque absolu. Elle était encore sous l'influence du chloral, et c'est à peine si, en l'appelant énergiquement, on lui faisait ouvrir ses yeux, qui se refermaient aussitôt.

A six heures, elle eut un ou deux accès, mais dans l'intervalle les muscles restaient dans le relâchement. La tête pouvait être soulevée et portée en avant, l'abdomen était redevenu souple. Elle se plaignait d'une lassitude extrême, d'une sorte de brisure générale, et aussi d'un grand mal de tête.

On lui donna *deux* grammes de chloral.

Elle rentra dès lors dans son état de somnolence.

Vers onze heures, comme elle se trouvait assez bien réveillée, et qu'on provoquait de très-légers accès en la touchant brusquement au niveau du cou, on lui donna *deux* autres grammes de chloral, ce qui fit *huit* grammes dans l'espace de treize heures.

Toute la nuit fut calme, sans soubresauts, et elle dormit pleinement.

Le lendemain matin, 9 avril, à la visite, elle se trouve dans ce même état de bien-être, sans contracture. Elle peut écarter facilement ses mâchoires de 1 centimètre 1/2 environ. Sa tête peut être portée en avant, et son menton se rapprocher très-près du sternum.

On lui donne *deux* grammes de chloral.

A une heure, on lui donne les *deux* grammes restants de la potion.

Vers trois heures, elle se trouve prise subitement d'étouffement; l'air lui manque, dit-elle; en même temps sa face devient bleuâtre, ses lèvres sont noirâtres, elle se remue fortement dans son lit, et se trouve reprise d'un accès. M. Marie lui fait appliquer 30 ventouses sèches sur le devant de la poitrine, ce qui paraît la soulager momentanément.

Mais la face reste toujour congestionnée, et elle est dans une somnolence presque complète. De temps à autre elle se remue et pousse quelques gémissements. Elle respire avec une certaine difficulté, et l'on entend des râles produits dans son arrière-gorge par des mucosités. Elle essaye à diverses reprises de les expectorer mais elle n'y peut réussir.

Vers onze heures, elle se trouve dans un état d'asphyxie menaçant; la face est bouffie, presque noirâtre; sa respiration se produit avec facilité, mais de gros râles s'entendent à chaque acte respiratoire. La peau est chaude, le pouls très-accéléré, 150. Elle ne répond à aucune des questions qu'on lui adresse.

Quarante ventouses sèches lui sont appliquées sur la poitrine, en avant et arrière. Plusieurs sinapismes sont appliqués sur les jambes.

A minuit et demi, elle se trouve presque transformée.

Les râles ne s'entendent plus. Cet état d'asphyxie presque menaçant a disparu, témoin son visage qui offre encore un peu de congestion, mais à un degré bien moindre. Elle se trouve ellemême très-soulagée, dit-elle.

La nuit est bonne, et vers les six heures du matin on la trouve dans un sommeil calme.

Le 10 avril, à la visite du matin, la contracture du cou a reparu; de sorte qu'on ne peut fléchir sa tête en avant.

Les autres muscles se tiennent dans le relâchement : on lui donne *un* gramme de chloral.

Un quart d'heure après elle était assoupie, et ses muscles sont détachés.

Vers trois heures, elle se sent beaucoup mieux, et a grande envie de dormir.

Le soir à six heures, elle se trouve un peu assoupie. On lui donne *deux* grammes de chloral.

A une heure du matin, elle offre un peu d'excitation; elle se plaint de la tête, et présente un peu de roideur dans les muscles du cou. On lui donne *deux* grammes de chloral.

11 avril. Jusqu'à six heures du matin, elle s'est parfaitement trouvée; depuis ce moment elle est excitée, et a de temps à autre quelques accès de contracture. Elle prend *deux* grammes de chloral.

Toute cette roideur cesse presque aussitôt, et elle s'endort.

Le soir, on lui donne *deux* grammes de chloral, et à minuit, *deux* autres grammes lui sont administrés.

Toute la nuit est calme.

12 avril. A la visite, son visage se trouve congestionné, bleuâtre. De temps en temps elle est prise d'accès de contracture. *Deux* grammes de chloral.

Comme elle n'était pas allée à la garde-robe depuis son entrée, on lui donne trois lavements purgatifs énergiques. A peine étaient-ils donnés qu'elle les rendait, sans qu'il y ait le moindre effet produit.

Le soir, on lui donne un lavement qu'elle garde, mais qui est sans effet,

Deux grammes de chloral lui sont donnés.

Sauf quelques accès de loin en loin, toute la nuit se passe bien.

13 avril. Les lavements n'ayant rien produit, on lui donne un purgatif drastique, qui est lui-même sans effet.

Deux grammes de chloral.

Elle s'endort et se trouve calme aussitôt après.

A une heure, elle est un peu dans la contracture. *Un* gramme de chloral.

Dans la soirée, elle a eu plusieurs accès de contracture.

A six heures, on lui donne *un* gramme de chloral.

A huit heures, elle est prise d'un violent accès. M. Desplats qui la voit à ce moment, lui fait placer immédiatement des sinapismes sur les membres inférieurs.

Son visage se décongestionne, et quelques instants plus tard elle est encore prise de plusieurs autres accès.

A une heure du matin, on lui donne *un* gramme de chloral, avec recommandation de lui en donner *un* gramme si elle a des accès.

Elle meurt subitement à trois heures du matin

La veilleuse raconte sa mort de la façon suivante : depuis quelques instants elle se plaignait de la tête, parlait et s'agitait. Elle ne se trouvait nullement congestionnée. Puis tout à coup elle ne dit plus rien : elle était morte.

Cette observation a été recueillie avec le plus grand soin par M. Muron, qui d'ailleurs n'a cessé de surveiller avec sollicitude le traitement et toutes les phases de la maladie.

A plusieurs reprises, nous avons pu espérer que le chloral nous permettrait d'arriver à la guérison. L'action du médicament était en effet très-remarquable et presque instantanée.

L'amélioration, ainsi qu'on le voit dans l'observation, se soutint assez longtemps à deux ou trois reprises. Mais il est juste d'observer que les crises violentes survinrent inopinément, alors même que le chloral était continué. Le médicament a-t-il été donné à assez hautes doses? La mort, survenue pendant un accès, aurait-elle pu être conjurée par des soins semblables à ceux qui avaient réussi trois jours auparavant? A-t-elle été aussi subite que l'indique le rapport de l'infirmière?

Il est nécessaire de se poser toutes ces questions; il faut aussi se demander si dans le traitement du tétanos par le chloral, cet agent, évidemment utile, ne doit pas avoir pour adjuvant les injections sous-cutanées de morphine, ou tout autre moyen ayant déjà fait ses preuves dans d'autres cas. En d'autres termes, le chloral est-il un nouveau moyen susceptible d'aider à la guérison du tétanos dans les cas favorables, ou cet agent est-il réellement de ceux qui peuvent servir de base à une médication?

Il est évident que ce n'est que par l'observation rigoureuse et répétée que des notions suffisantes seront fournies à la pratique. Mais nous le déclarons, malgré l'insuccès dans un cas en apparence favorable, nous croyons être en droit d'affirmer que le chloral est certainement un agent des plus utiles dans le traitement du tétanos.

M. Verneuil donne lecture, au nom de M. Le Fort, l'observation suivante :

(*A suivre.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1870.

64. Dop (Gustave). De la variole hémorrhagique.
65. Prompt (Pierre). Des accidents encéphaliques qui sont occasionnés par l'otite.
66. Visca (P.F.). Du vaginisme.
67. Andrieux (Alphonse). De l'anthrax, de ses complications et de son traitement.
68. Terrier (Félix). De l'œsophagotomie externe.
69. Poiret (Jean). Causes et lésions de l'hépatite suppurative; indications et déductions.
70. Mhich'el. Réduction en masse des hernies étranglées.
71. Pethiot (Auguste). Des plaies de l'abdomen en général et des plaies pénétrantes suites de coup de feu en particulier.
72. Sézary (M.). De l'ostéite aiguë chez les enfants et les adolescents.
73. Olivier (Charles). Thrombose et embolie cérébrales dans la phthisie pulmonaire.

74. Haemers (Édouard). De l'œdème dans la grossesse.
75. De Souza Uchôa. Des abcès de la cuisse.
76. Vernejoul (P.). Cause et traitement de l'avortement.
77. Pronowski Ludovik. Des affections de la région trochantérienne.
78. Bonnet (Paul). Étude sur le choléra, épidémies 1865, 1866, 1867, observées à Alger.
79. Piédallu (Pascal). Fractures en V du tibia; complications; traitement.

La variole continue sa marche ascendante. Cette semaine, le nombre des décès s'est élevé au chiffre énorme de 195.

Le bulletin des décès est accompagné des deux avis suivants :

1° MM. les médecins traitants sont priés de vouloir bien faire connaître aux familles qu'elles pourront, jusqu'à nouvel ordre, déclarer à la mairie les décès varioleux, depuis sept heures du matin jusqu'à huit heures du soir, et qu'elles y trouveront une solution désinfectante qui leur sera remise gratuitement.

2° *Recommandations aux familles.* — A partir du décès, la personne préposée à la garde du corps doit lotionner, avec la solution désinfectante, la face du décédé d'heure en heure, et le reste du corps de 2 heures en 2 heures.

Cette lotion se fait à l'aide d'une éponge ordinaire que l'on exprime doucement sur toutes les parties que l'on veut lotionner.

Indépendamment de ces lotions, on mettra dans la chambre mortuaire deux ou trois assiettes remplies de la même solution.

En présence de cette épidémie, nous n'avons pas besoin d'insister pour prier de nos confrères de venir prendre part à la réunion qui aura lieu mercredi 25 mai, à huit heures et demie très-précises, au Gymnase Paz, rue des Martyrs, 34.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur E. Tachard, aide-major au 87e de ligne, vient, à la suite du concours ouvert au Val-de-Grâce, d'être nommé répétiteur en chirurgie à l'École militaire de santé de Strasbourg.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 15 au 21 mai 1870, donne les chiffres suivants :

Variole, 195.—Scarlatine, 18.—Rougeole, 27.—Fièvre typhoïde, 25. Érysipèle, 10. — Bronchite, 84. — Pneumonie, 91. — Diarrhée, 5.— Dysenterie, 3. — Choléra, 1. — Angine couenneuse, 6. — Croup, 13. — Affections puerpérales, 6.— Autres causes, 755.— Total : 1,239.

Celui de Londres donne les chiffres suivants, du 8 au 14 mai 1870 :

Variole, 6.—Scarlatine, 76. — Rougeole, 42.— Fièvre typhoïde, 15. — Typhus, 7. — Érysipèle, 2. — Bronchite, 136. — Pneumonie, 59. — Diarrhée, 14. — Dysenterie, ». — Choléra, ». — Angine couenneuse, 3. — Croup, 13.—Affections puerpérales, 12.— Autres causes, 1,041. — Total : 1,426.

— Clientèle à vendre aux environs de Paris. — Produit moyen : 12,000 fr. — Écrire à M. Duchêne, 32, avenue de la Mothe-Piquet, Paris. (*Affranchir.*)

— L'établissement d'hydrothérapie d'Auxerre est à vendre, par suite de la mort du docteur Fontaine, directeur de cet établissement. S'adresser à Mme veuve Fontaine, à Auxerre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Essai sur quelques tumeurs pulsatiles de l'orbite par la dilatation veineuse, par M. le docteur A. Dumée. In-8°. — Prix : 2 fr. 50.

I. **Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique**, illustré de figures intercalées dans le texte.

Les principaux articles du tome XII sont : Dysmenorrhée, par F. Siredey; Dyspepsie, par Luton; Dystocie, par Stolz; Eau (usages économiques, effets sur l'organisme, Eaux médicinales, par Buignet); Eaux minérales, par Buignet, Verjon et Tardieu; Eclampsie, par M. E. Bailly; Ecthyma, Eczema, par Hardy; Effort, par Le Dentu; Electricité, par Buignet, Jaccoud et Saint-Germain; Eléphantiasis, par Barrallier; Embolie, par Hirtz et Straus; Embryotomie, par Tarnier; Emménagogues, par Siredey; Emphysème traumatique, par Jacquemet (de Montpellier); Emplâtres, par Heraud (de Toulon); Empoisonnement, par Tardieu et Roussin.

II. **Annuaire pharmaceutique**, fondé par O. Réveil et L. Parisel; Exposé analytique des travaux de pharmacie, physique, histoire naturelle médicale, thérapeutique, hygiène, toxicologie, pharmacie et chimie légales, eaux minérales, intérêts professionnels, par L. Parisel, pharmacien de 1re classe. Huitième année (1870), formant la neuvième année pharmaceutique. 1 vol. in-18 de 344 pages. — Prix : 1 fr. 50.

Recueil de questions posées aux 5 examens de médecine et aux accouchements. 1 fr. 50 le volume. — Chez A. Delayaye, place de l'École-de-médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MEDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois.. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Une personne qui, sur la foi de l'inscription gravée sur le fronton, serait entrée mardi dernier à l'Académie de médecine, eût pu croire aisément s'être trompée et se trouver égarée dans l'enceinte d'une société d'agriculture ou d'économie, en entendant parler du nombre d'hectares du sol de la France plantés en vignes, du rendement annuel de cette étendue du sol, de production, d'exportation, de consommation et des opérations de coupage et de vinage des vins, etc. Et cependant elle ne se serait pas trompée en réalité, et elle aurait bien réellement assisté à une séance de l'Académie de médecine accomplissant un de ses devoirs vis-à-vis de l'administration, en répondant à une demande d'avis du ministre de l'agriculture et du commerce, et, ce faisant, traitant en réalité une des questions d'hygiène publique du plus haut intérêt. Nous avons signalé dans le compte rendu de la séance précédente le rapport lu par M. Bergeron sur cette importante question de l'alcoolisation des vins livrés à la consommation, ou en termes plus usuels, du vinage. M. Poggiale, dans la dernière séance, a engagé la discussion sur ce sujet par une longue et savante dissertation, dans laquelle il a pris point à point toutes les propositions du rapport. Nous aurions désiré pouvoir donner au moins un résumé des points principaux de ce rapport, qui paraît devoir donner lieu à une discussion importante. Mais, à défaut du texte qui n'a pas encore été imprimé, et qui n'a point passé sous nos yeux, nous donnons les conclusions, ainsi que les propositions qui résument l'argumentation de M. Poggiale, de manière à ce que nos lecteurs aient ainsi devers eux les éléments principaux de la question et du débat qui va s'engager.

La grande question de l'empoisonnement alcoolique, qui est le point de départ et qui sera à coup sûr l'aboutissement de cet examen de l'opération du vinage, n'est pas seule, en ce moment, en puissance de l'intérêt et de l'attention des médecins. On connaît aussi la croisade ouverte contre le tabac. Dans l'une de nos dernières revues du samedi, nous avons exposé les résultats de quelques recherches physiologiques et cliniques intéressantes sur les effets de la nicotine ; dans la séance de mardi dernier, M. Vernois a déposé, sur le bureau de l'Académie, le premier volume des *Mémoires de l'Association française contre les abus du tabac*. Ce volume renferme un discours prononcé à la séance annuelle par le président de l'association, notre éminent confrère M. Jules Guérin, qui formule de la manière la plus complète et la plus conforme aux véritables principes scientifiques le programme que l'association se propose de poursuivre. Nous reviendrons sur ce non moins intéressant sujet.

Dr BROCHIN.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. BOUCHUT.

Cyanose cardiaque. — Méningites guéries et méningites tuberculeuses, avec tubercules de la choroïde. — Cérébroscopie.

Je vais vous entretenir aujourd'hui de deux cas de cyanose cardiaque : l'un suivi de mort, dont vous avez le cœur sous les yeux, l'autre encore vivant dans les salles et de trois cas de méningite, dont deux sont guéris et l'autre va mourir, après nous avoir donné un bel exemple de tubercules de la choroïde. Ce sera, pour moi, une occasion de vous montrer les avantages de la cérébroscopie, soit dans les maladies du cœur, soit dans les maladies des méninges et du cerveau.

Le premier cas de cyanose cardiaque, dont je veuille vous parler, est celui d'une petite fille de 2 ans, que vous avez pu examiner et qui vient de mourir il y a quelques jours. Cela me permet de vous montrer une variété des lésions productrices de la maladie.

L'enfant était depuis sa naissance, affectée de maladie bleue ou cyanose occupant le visage, les lèvres, les mains et les pieds avec exacerbations fréquentes au moment des pleurs ou des cris, avec dyspnée continuelle, et depuis quelque temps avec œdème généralisé. Son cœur offrait une matité de 5 centimètres, et à la base un fort bruit de souffle couvrant le premier temps et plus violent sous le sternum, près de la clavicule, que partout ailleurs. Il s'entendait de même à la pointe et dans le dos, malgré les râles muqueux fins qui couvraient le bruit respiratoire.

Avec l'œdème général existait une albuminurie très-prononcée, une inappétence presque absolue et un affaiblissement qui, joint à la gêne respiratoire, ne tarda pas à entraîner la mort.

L'autopsie a été faite, et elle me permet de vous présenter la pièce anatomique que voici :

Hypertrophie du ventricule droit et de l'oreillette droite dont les parois sont épaissies et circonscrivent des cavités plus larges que de coutume. L'orifice tricuspide est dilaté et le bord valvulaire épaissi, rougeâtre, garni de petites aspérités très-nombreuses, rouges et récentes. On ne trouve pas trace de l'artère pulmonaire, qui est remplacée par l'aorte d'où naissent les vaisseaux du cou et l'aorte descendante, ainsi que des traces pulmonaires.

L'oreillette droite est épaissie, charnue, revêtue de colonnes musculaires saillantes.

Dans le cœur gauche, l'oreillette est atrophiée et moitié moins spacieuse que celle du côté droit ; le ventricule gauche est également plus petit que le droit, et les valvules ne sont pas malades.

Ce qu'il y a de curieux, c'est la perforation de la cloison interventriculaire et la communication possible des deux sangs par une ouverture arrondie, lisse, ayant 1 centimètre 1/2 de diamètre tandis que le trou de Botal est fermé.

De la sorte, c'était une maladie du cœur droit, avec communication des ventricules, et le sang veineux, affluant de toute part à l'oreillette gauche, passait dans le ventricule droit ; de là il passait dans l'aorte implantée sur ce ventricule pour se distribuer dans les tissus et dans le poumon. C'est comme si l'artère pulmonaire sortait de l'aorte.

De pareilles lésions étaient incompatibles avec la vie, et c'est déjà beaucoup qu'elle se soit prolongée pendant deux ans.

L'autre cas de cyanose que vous pouvez observer s'éclaire par le fait précédent. Les lésions cardiaques que vous venez de voir vous montrent le mécanisme par lequel s'effectue le mélange du sang artériel et veineux, et comme il est probable que nous avons affaire à une lésion analogue, sinon semblable, c'est un cas à étudier.

Louise J.... à Gans. Il y a trois ans qu'elle est à l'hôpital. Sa croissance et son développement sont en quelque sorte arrêtés par le défaut d'oxygénation du sang distribué aux différentes parties du corps. Elle est petite sans être maigre, et peu après sa naissance on vit qu'à la moindre contrariété elle devenait bleue de la tête aux pieds. La maladie est donc congéniale. La coloration n'a fait qu'augmenter, elle est devenue permanente aux lèvres, au nez, sur les conjonctives et sur les doigts. De temps à autre il y a des accès de suffocation, et la couleur bleue s'étend à tout le corps, où elle reste pendant plusieurs heures, en même temps que la vie est menacée.

Le cœur est gravement altéré. Son volume se mesure par une matité de 5 centimètres, et ses bruits sont modifiés par un souffle sous l'oreille, sans frémissement vibratoire à la main. Ce souffle, sec et rude, occupe la base du cœur en dedans du mamelon ; il occupe le premier temps et masque le second ; mais à la pointe, le claquement valvulaire du deuxième temps est distinct. Il s'étend de la base du cœur sous le sternum, un peu à droite, dans la direction de l'artère pulmonaire. On l'entend également en arrière, surtout dans le côté gauche de la poitrine.

En dehors des accès, la respiration est facile, et le pouls est régulier à 80.

La température axillaire normale se mesure par + 38°.

La lésion la plus curieuse est celle de la rétine et de la choroïde. Les papilles sont très-rouges, fortement congestionnés, mais distinctes. Les veines de la rétine sont très-nombreuses, très-flexueuses, également très-dilatées, très-noires, et forment sur le fond rouge vasculaire cyanosé de la choroïde de nombreuses irradiations flexueuses, comme les serpents qui entourent la tête de Chimère antique.

Ici, comme vous avez pu le voir par l'étude des symptômes, le volume du cœur est normal, et il n'y a que la cyanose, les accès de suffocation et le bruit de souffle qui indiquent la nature du mal.

C'est une lésion congéniale du cœur, à en juger par la date d'apparition de la cyanose. Quelle est cette lésion ? C'est une persistance du trou de Botal ou une communication interventriculaire amenant le mélange des deux sangs, ou c'est un rétrécissement de l'artère pulmonaire.

Je ne mets pas en doute qu'il y ait là mélange des deux sangs et qu'il y ait communication entre les oreillettes ou entre les ventricules. C'est une lésion analogue à celle qui existe sur le cœur de l'enfant qui vient de succomber. A laquelle des deux lésions avons-nous affaire ? Personne ne pourrait le dire, mais la cyanose et les accès de suffocation indiquent assurément le mélange des deux sangs. C'est tout ce que je veux établir.

N'y a-t-il que cette lésion ? Je ne le pense pas, et en raison du souffle de la base du cœur, étendu sous le sternum et se dirigeant un peu à droite, je crois qu'il y a là, comme dans certains faits semblables publiés par Deguise, un rétrécissement de l'artère pulmonaire. Si vous recherchez, en effet, les observations de rétrécissement de l'artère pulmonaire connus, vous trouverez comme symptôme constant le souffle du premier temps à la base du cœur, s'irradiant d'une façon transversale à droite du sternum.

On peut se demander si dans ce cas il y a deux lésions ou s'il n'y en a qu'une, s'il y a communication des cavités du cœur avec rétrécissement de l'artère pulmonaire, ou s'il n'y a, au contraire, que ce rétrécissement, sans communication des cavités cardiaques. Je crois que s'il n'y avait qu'une simple communication des cavités produisant la cyanose, il n'y aurait pas de souffle sous le sternum irradié à droite, et que le souffle resterait avec son maximum d'intensité à la base du cœur. D'une autre part, s'il n'y avait que rétrécissement de l'artère pulmonaire, il n'y aurait pas d'intermittence des phénomènes de cyanose, et on aurait tous les symptômes généraux de dyspnée et d'œdème produits par l'obstacle à la circulation. Les deux lésions existent, et il est même probable que c'est à la possibilité du passage du sang des cavités droites dans les cavités gauches du cœur que le rétrécissement de l'artère pulmonaire reste compatible avec la vie et ne produit pas de symptômes d'hydropisie.

(*A suivre.*)

HISTOIRE

D'une petite vérole confluente,

AVEC DES REMARQUES SUR LA SUPPURATION, LA FIÈVRE PUTRIDE SECONDAIRE ET L'EMPLOI DE L'ACIDE PHÉNIQUE DANS LES VARIOLES ;

Par le docteur V. AUDHOUI,
Chef de clinique de la Faculté de médecine.

Une jeune femme, demeurant proche l'église de Saint-Sulpice, fut saisie le 30 avril 1870, en se levant, d'un malaise indéfinissable, de mal de tête, de faiblesse et d'un grand dégoût.

Elle se trouvait au troisième mois de sa première grossesse.

Dans l'après-midi elle sortit ; et quoique la température fût douce, elle frissonna. Il y eut ensuite des bouffées de chaleur et de petites sueurs fatiguantes. Les lombes et l'épigastre étaient douloureux. La nuit fut très-agitée.

Le lendemain, de bonne heure, elle se rendit à la halle, et rentra fort abattue.

Alternatives de froid et de chaud ; bouche amère ; nausées ; perte d'appétit ; vagues inquiétudes. La nuit, il n'y eut pas de sommeil.

Au commencement du troisième jour, tout se calma.

De temps à autre, la face devenait subitement rouge et pâlissait aussitôt.

Vers le soir, survinrent des frissons et de la chaleur. La nuit fut mauvaise. Elle vomit.

Je vis la malade le quatrième jour.

Elle était assise sur le lit, et se plaignait seulement des douleurs lombaires et abdominales, de la perte d'appétit, du mauvais goût de la bouche, des nausées et du mal de tête. Le visage était naturel. Il n'y avait pas de fièvre.

Soupçonnant une petite vérole, je cherchai, mais en vain, quelque trace d'éruption. Pas de fièvre, pas d'éruption, cela me fit commettre une erreur. Je crus qu'elle était atteinte d'un simple *état gastrique* : je prescrivis un *vomitif*, et je rassurai les assistants.

Les vomissements furent faciles ; les matières vomies abondantes. Une douce sueur couvrit la peau, ce qui soulagea la malade. Elle reposa une partie de la soirée. Les douleurs lombaires et abdominales cédèrent.

La nuit fut meilleure que les précédentes ; mais vers le matin, il y eut du malaise et de l'agitation. Alors apparurent sur la face et les membres de petits points rouges très-discrets.

C'était le cinquième jour.

Je trouvai la malade suffoquée sous un édredon et d'épaisses couvertures.

Peau chaude, animée, sudorale; œil vif; face turgescente; tête lourde; pouls accéléré, fort et plein; soif vive; respiration fréquente; urines rares.

Régime pour la durée de la maladie : Supprimer l'édredon et ne laisser qu'une couverture. Aérer fréquemment la chambre. Boire en abondance d'une tisane rafraîchissante (elle voulut de la limonade au citron faite à froid). Bouillon de poulet et biscuits trempés dans du vin rouge sucré. Deux lavements émollients, un le matin, l'autre le soir. Pour la nuit, une cuillerée à bouche de sirop de codéine, à prendre dans une tasse d'infusion de violette.

Pendant le jour elle se leva. La nuit fut bonne; il n'y eut que de très-petites sueurs.

Le sixième jour, les boutons se montrèrent plus nombreux, distincts cependant et largement espacés.

Tête lourde; gorge douloureuse; toux sèche et fréquente; fièvre modérée.

Fomentations chaudes aux pieds.

Le soir, la fièvre redoubla. La nuit, il y eut des rêves pénibles, et de très-légères sueurs.

Le septième jour au matin, l'éruption était complète.

Face couverte d'une large plaque érysipélateuse, occupant le front, les joues et le nez, saillante, tendue, douloureuse, chagrinée par d'innombrables et fines granulations. De petites saillies arrondies et vésiculeuses se pressaient aux mains et à la face dorsale des pieds. Fièvre aiguë; peau à peine moite.

Malgré le bon état des forces et la bénignité apparente de la maladie, il me parut évident que la malade était en péril. Qu'allait il advenir, en effet, d'une suppuration si abondante? Et la fièvre secondaire! Je ne cachai pas mes inquiétudes aux assistants, et combien la grossesse aggravait la position.

Cependant je résolus d'employer *l'acide phénique* suivant la méthode de M. Chauffard. Mais, avant de m'en servir, je voulus percevoir clairement la nature des indications posées par le maître; afin que, sachant ce que j'allais faire et ce que je devais obtenir, je ne fusse pris au dépourvu, ni par un phénomène insolite survenant inopinément, ni par quelque aberration dans la marche naturelle de la maladie.

La variole se compose de deux éléments essentiels qui se développent successivement :

1° La fièvre d'invasion, cessant, dans les varioles discrètes et bénignes, alors que se montre l'exanthème; persistant, au contraire, dans les confluentes et les malignes;

2° L'éruption d'un nombre variable de boutons.

Or, dans la formation de ce second élément morbide, apparaît une influence bien remarquable de l'organisme réagissant.

Tantôt les boutons remplis de sérosité se dessèchent, et la maladie est jugée : organisme modifié par une première impression variolique ou par le virus vaccinal. N'existe-il pas d'autres conditions?

Tantôt les boutons suppurent : organisme vierge encore, ou qui ne se souvient plus des impressions varioliques et vaccinales antécédentes. Eh bien! cette suppuration, qui n'est pas nécessaire à l'évolution de la maladie (et la varioloïde le prouve), va devenir la source de graves dangers.

Sydenham, dans sa lettre à Guillaume Coles, a parlé admirablement de ces suppurations et de leurs conséquences. Écoutons-le :

« J'ai fait voir, dit-il, que le grand danger de la petite vérole confluente, les jours dont j'ai parlé (c'est-à-dire le 11e, le 14e, le 17e), vient de l'abondance extraordinaire du pus et des vapeurs putrides que fournissent alors une infinité de pustules devenues, par la suppuration, autant de petits abcès dont tout le corps est chargé. Ce pus et ces vapeurs putrides, rentrant dans le sang, l'infectent et le corrompent, allument la fièvre et accablent la nature; au lieu que, dans la petite vérole discrètes, les pustules étant en petit nombre, il rentre peu de pus dans le sang, la nature s'en débarrasse aisément, et l'on n'a pas à craindre une fièvre violente. »

Et, après avoir fait connaître sa méthode pour empêcher la trop grande quantité de pustules ou pour leur procurer, quand elles sont sorties, une juste grosseur et une suppuration convenable; il ajoute :

« Malgré tout cela, néanmoins, et malgré tout ce qu'on peut faire d'ailleurs, il survient très-souvent, le onzième jour, ou le quatorzième, ou le dix-septième, que j'ai dit être les plus dangereux dans la petite vérole confluente, et surtout le onzième, il survient, dis-je, une fièvre violente, avec une oppression et une agitation extraordinaires; le malade étouffe, et il meurt tout d'un coup, au grand étonnement des assistants, qui jusqu'alors avaient bien auguré de sa maladie.

« Dans une circonstance si délicate, le médecin doit redoubler ses efforts. Pour cela, il doit bien faire attention que la nouvelle fièvre qui survient le onzième jour de la petite vérole confluente est une maladie entièrement différente de la petite vérole même, de la fièvre qui précède l'éruption, ou de celle qui produit quelquefois l'inflammation des pustules.

« Cette nouvelle fièvre n'est autre chose qu'une *fièvre putride* proprement dite. Elle doit son origine aux particules de pus que fournissent les pustules alors en suppuration, et qui, pénétrant dans le sang, l'infectent par leur qualité virulente et nuisible. Cette fièvre est extrêmement dangereuse, et l'on doit travailler uniquement à la dompter. »

Combattre la fièvre secondaire quand elle est développée, n'est pas chose facile; le malade succombe presque toujours. S'il était possible de la prévenir? Sydenham s'arrête avec complaisance à cette indication. Il s'efforce d'empêcher le développement d'un trop grand nombre de pustules; son idéal, ce serait de faire de toute variole une variole discrète. Les médecins du dix-huitième siècle le tentèrent, en soumettant à l'inoculation l'organisme convenablement préparé, et placé dans les conditions les meilleures.

La méthode de Jenner est plus radicale. Mais la vaccine, pour des raisons que je ne puis rechercher, ne met pas toujours à l'abri du virus varioleux. Remarquons ce qui arrive, si l'impression vaccinale n'est pas tout à fait effacée : les boutons s'emplissent de sérosité, se dessèchent, ne suppurent pas. Ainsi se trouve supprimée la fièvre secondaire si redoutée.

Il y a de grandes analogies entre cette dernière action du virus vaccinal et la manière dont agit l'acide phénique : il prévient la fièvre putride secondaire, en supprimant la suppuration des pustules. Pour arriver à ce résultat heureux, il faut en imprégner l'organisme.

Sous son influence, de notables modifications apparaissent dans l'évolution exanthématique. Les boutons se remplissent de sérosité, mais alors, si quelques-uns suppurent, d'autres, et en grand nombre, s'arrêtent, se dessèchent; et le malade entre en convalescence, échappant à toutes les traverses de la suppuration abondante, et de l'infection qui l'accompagne et la suit.

La médication par l'acide phénique n'est pas dirigée contre la variole elle-même; elle passe, en quelque sorte, par-dessus la variole, pour atteindre, dans son origine, une maladie secondaire. L'acide phénique est, avant tout, un agent prophylactique; et, à ce titre, il fait partie du régime. N'oublions pas ces rapports de la médication nouvelle et de la variole; nous nous épargnerons de fâcheux mécomptes. En administrant l'acide phénique, le traitement de la maladie reste tout entier à exécuter. Il est évidemment inutile de le donner, lorsque l'affection, de nature maligne, doit faire périr le malade avant la période de suppuration.

Le huitième jour, j'instituai la médication.

Dans une potion gommeuse : sirop de quinquina au vin, trente *grammes; acide phenique,* soixante quinze *centigrammes, puis* un *gramme. Une cuillerée à bouche chaque deux heures.*

Je m'assurai que cette potion n'était pas désagréable. La malade la trouvait à son goût.

Continuation du régime suivi jusqu'alors.

Les petits grains rouges de la face étaient devenus vésiculeux, et sauf les paupières supérieures, les ailes du nez et le menton, tout le reste paraissait comme recouvert d'une fine poussière d'acier.

Le neuvième jour, la face s'enfla prodigieusement; les yeux restèrent fermés.

Salivation peu abondante; gorge douloureuse; fièvre vive.

Gargarisme légèrement astringent. Lotions sur le bord libre des paupières.

La nuit fut mauvaise.

Le dixième jour, la tuméfaction de la face était moindre; les paupières se soulevaient difficilement.

Au front et sur le nez : vaste plaque grise.

Aux joues : un grand nombre de boutons avaient disparu; ceux qui persistaient, très-cohérents, étaient déjà volumineux, de couleur jaune grisâtre. Quelques boutons des ailes du nez laissaient suinter une matière jaune semblable à du miel.

Aux mains : belles vésicules étroitement agglomérées, et produisant un pénible sentiment de chaleur.

Aux pieds : éruption moins avancée, mais très-confluente. Douleurs vives.

Sur le reste du corps : boutons de divers volumes, discrets ou légèrement cohérents.

Salivation nulle; gorge moins douloureuse; nez obstrué, ce qui inquiétait la malade.

Aspirations d'eau tiède par les narines.

Le soir et pendant la nuit, douleurs très-vives aux pieds et aux mains; pas de sommeil.

Le onzième jour, l'enflure de la face avait disparu. Les boutons des joues s'étaient arrêtés dans leur évolution, et beaucoup s'étaient desséchés.

Gonflement des mains; douleurs violentes aux pieds : les orteils étaient violacés et la plante tachée d'une multitude de points rouges, indice d'une suffusion sanguine dans les pustules.

Fièvre modérée.

Plusieurs fois dans le jour, fomentations émollientes aux mains et aux pieds.

La malade fut soulagée.

Le douzième jour, j'ouvris en plusieurs endroits la plaque qui couvrait le front, il s'en écoula un liquide sanieux, grisjaune, teinté de rouge, sans mauvaise odeur.

J'ouvris aussi quelques pustules des mains; elles contenaient de la sérosité.

Face en très-bon état; dessiccation presque achevée. Un grand nombre de pustules du corps se desséchaient.

Pouls encore dur; un peu de chaleur.

La première partie de la nuit fut bonne.

Vers le matin, il survint des pincements d'entrailles; des borborygmes. Bouche mauvaise; langue épaisse; dégoût. Bientôt elle évacua par le bas, et rendit, en quelques heures, environ deux litres d'un liquide séreux répandant l'odeur horrible des matières putréfiées. Cette évacuation se continua dans la matinée, et je pus moi-même en reconnaître la nature toute spéciale.

Pas de fatigue; face légèrement grippée; très-légères douleurs abdominales; pouls petit et rapide; température à peu près normale.

La plupart des pustules des mains étaient ridées et flétries. La dessiccation marchait rapidement.

Le dégoût était tel, que la malade ne voulut plus prendre la potion; je suspendis donc l'administration de l'acide phénique, car rien ne me paraissait en nécessiter encore l'emploi.

Eau d'orge édulcorée avec le sirop de coing. Deux lavements amidonnés. Pour la nuit, un quart de lavement avec dix *gouttes de laudanum de Sydenham.*

Dans la journée, la diarrhée cessa. Il y eut un grand soulagement et un sentiment marqué de bien-être.

C'était le treizième jour.

Le quatorzième jour, il n'y avait plus de fièvre; les forces étaient revenues; la maladie était jugée.

Afin que les derniers vestiges de l'éruption disparussent plus vite, j'ouvris au front deux ou trois vésicules dans lesquelles le pus s'était reproduit. Je fendis aussi l'épiderme de tous les orteils, et il s'écoula un liquide épais, bien lié, jaune et rouge lie de vin, sans odeur spéciale.

Lotions à l'eau tiède sur toutes les parties du corps. Bains de pieds.

Trois jours après, il ne restait plus que quelques croûtes çà et là disséminées. Le rétablissement était complet.

Durant tout le cours de la maladie : respiration bonne; esprit libre; nuits laborieuses, mais sans délire; voix naturelle; langue humide; urines abondantes et peu chargées; pas la moindre mauvaise odeur.

La malade n'avait pas été revaccinée.

L'avortement, qui est de règle dans les varioles confluentes, n'a pas eu lieu : la grossesse a suivi son cours.

L'acide phénique, administré plutôt, eût certainement empêché la suppuration au front et aux orteils. Ce résultat eût été obtenu, peut-être, en lotionnant plusieurs fois par jour le visage et les pieds, avec une solution au centième, ou plus forte, du même acide, comme le recommande M. Chauffard.

Cette variole appartient à l'ordre des confluentes bénignes, quoiqu'elle ait été irrégulière au debut.

INCRUSTATIONS CALCAIRES DE LA PAROI VÉSICALE

ET PIERRE VOLUMINEUSE IMMOBILE ET NON ADHÉRENTE (1)

Par le Dr Reliquet.

Le malade, avant de se décider à l'opération, veut une consultation. M. Mercier le voit et conclut à la nécessité de faire la taille le plus tôt possible.

L'opération est faite le 3 mai. Je suis assisté par MM. les docteurs Collineau, Zulaica (de Bilbao), Sémerie et Paul Dubois.

Le malade chloroformisé, je procède ainsi : le doigt indicateur gauche dans le rectum, la pulpe contre le bec prostatique et le cathéter, je fais l'incision cutanée bilatérale. La ponction de l'urètre faite, j'introduis le lithotome simple et la lame saillante de 2 centimètres, je me borne à couper le col vésical en bas, comme dans la taille médiane.

Avec la tenette droite, je cherche à saisir la pierre; dans un de ces essais, je crois la tenir solidement, mais elle échappe et se déplace, car je ne la retrouve plus en bas, en arrière du col; elle est logée en haut au-dessus du col. Alors j'introduis des tenettes courbes, je les ouvre en faisant suivre aux valves la surface de la pierre; à plusieurs reprises, croyant la tenir solidement, je serre énergiquement pour la fixer et l'entraîner, mais les valves de la tenette glissent en entraînant les couches superficielles du calcul. Mais je finis par le tenir solidement et je l'extrais.

En explorant la vessie avec le doigt, je reconnais qu'elle présente deux larges dépressions, une en bas immédiatement en arrière du col, l'autre en haut et un peu à gauche. Mes confrères constatent cette disposition de la vessie.

Par une grosse sonde, je fais plusieurs injections à grande eau pour bien laver complétement la vessie. Je laisse la sonde dans la plaie. Il ne s'écoule pas du tout de sang.

Le malade, dans son lit, est couché sur le dos, le siége sur un coussin à air en caoutchouc, ayant la forme d'un croissant. Les jambes, écartées et fléchies, reposent chacune sur un coussin en balle d'avoine placé sous les jarrets.

Le pavillon de la sonde, qui occupe la plaie, est mis au milieu d'une éponge très-molle, qui absorbe les liquides à mesure qu'ils sortent.

Je fais de suite une injection d'eau phéniquée au millième. Je prescris de faire matin et soir cette injection phéniquée, et toutes les deux heures une injection avec de l'eau tiède.

Je nourris le malade avec des bouillons, des jus de viande et du vin.

Le soir, le malade jouit du calme le plus complet, s'étonne de n'avoir plus éprouvé, depuis l'opération, le plus léger chatouillement dans la verge, et passe une excellente nuit.

Les jours suivants se passent sans le moindre accident.

Tous les matins on donne un lavement, ce qui suffit pour rendre faciles les garde-robes.

Le 6 mai, je retire la sonde de la plaie et je laisse près du périnée l'éponge molle qui absorbe le liquide.

(1) Fin. — Voir le numéro du 24 mai 1875.

Le 11 mai, le malade rend un peu d'urine par l'urètre, et la miction normale et complète s'établi graduellement.

Le 16 mai, il ne passe que fort peu d'urine par la plaie. Mais le malade dit qu'il rend des gaz par la plaie. J'explore attentivement avec un stylet, et je trouve une communication entre le rectum et la plaie, immédiatement au-dessus du sphincter anal. Le doigt, introduit dans l'anus pour l'exploration, est fortement serré par le sphincter. Le lendemain, je passe dans le trajet fistuleux un fil de fer et je fais l'opération de la fistule à l'anus avec le serre-nœud de M. Maisonneuve.

J'attribue cette perforation de la paroi rectale à la façon dont le lavement quotidien était donné : au lieu de diriger la canule obliquement en arrière, on la conduisait en avant vers le périnée. C'est le 16 mai, après le lavement, que les premiers gaz passent par la plaie. De plus, chez ce malade, l'état de contracture du sphincter anal, constaté par le doigt dans l'anus, a dû favoriser la formation du trajet fistuleux, en écartant énergiquement les lèvres de la plaie.

Les jours suivants, les gardes-robes qui étaient très-difficiles, deviennent involontaires. Mais ces troubles de la défécation durent peu.

Le 24 mai, les garde-robes sont involontaires, et la miction se fait complétement par le méat. Les envies d'uriner s'éloignent et n'arrivent guère que toutes les trois heures.

Le malade se lève. La marche provoque des envies fréquentes d'uriner. La toux ou un effort détermine la sortie involontaire d'un peu d'urine par le méat. Cet inconvénient, qui oblige à porter un urinal en caoutchouc, diminue peu à peu pendant le séjour à la campagne.

Je revois M. X... le 18 août, qui est tout à fait rétabli.

Chez ce malade, le cortége des symptômes rationnels de la pierre était au grand complet. Je crois qu'il est rare de voir un état douloureux aussi pénible. Cependant le diagnostic exact des conditions de la pierre et ce ui de l'altération vésicale concomitante ont offert de sérieuses difficultés.

Au début, lorsque nous faisions du cathétérisme et des injections vésicales pour calmer les spasmes, et cela sans y réussir, nous avons remarqué plusieurs fois, sur les linges dans lesquels urinait le malade, des cristaux d'un blanc gris ; leur similitude avec ceux qui constituent les plaques et ceux qui recouvrent une grande partie de la surface de la pierre, est frappante. Évidemment ils provenaient de là. Dans un fait semblable, l'existence de ces cristaux pourra certainement mettre sur la voie du diagnostic.

Une seule petite plaque calcaire est évacuée avant l'application du courant électrique continu. Au contraire, sitôt que la vessie a été dilatée, sitôt que nous avons pu injecter dans sa cavité *cent cinquante* grammes d'eau tiède, sous l'influence du courant électrique continu, nous voyons les plaques calcaires sortir. Évidemment, les parois vésicales, en se distendant, ont fait craqueler les incrustations, puis les ont décollées d'elles-mêmes. Devenues libres sous forme de plaques, toutes ces incrustations ont été immédiatement évacuées, puisque, en faisant la taille, nous n'en avons plus trouvé sur les parois vésicales.

L'action si efficace des courants électriques continus sur la sensibilité et les spasmes de la vessie a été ici des plus utiles. Dans notre livre (*Traité des opérations des voies urinaires*, page 411), nous insistons sur les indications nombreuses de ce genre d'application de l'électricité.

Toutes ces plaques calcaires ont le même aspect : Une face cal-



Fig. 1. — 1. Plaque vue par sa face muqueuse, concave, grâce à la dessication. — 2, 3, 4, 5. Plaques vues par leurs faces calcaires.

caire, rugueuse, formée de cristaux agglomérés. L'autre face est tapissée de tissus mous, très-adhérents au calcaire. Ces tissus mous sont des lambeaux de la muqueuse vésicale.

La portion calcaire de ces plaques est formée, d'après M. Robin : « d'un mélange de phosphate ammoniaco-magnésien qui prédomine, accompagné d'urate de soude et d'ammoniaque, formant environ le quart de la masse approximative. Il y a aussi des traces bien manifestes de carbonate de chaux. » (1).

Comment ces cristaux se sont-ils fixés à la paroi vésicale ? A l'origine de la plaque, pour que la première couche puisse adhérer et fasse corps avec les tissus mous, il faut forcément une irritation locale préexistante et continue, capable de détruire l'épithélium et d'en empêcher d'une façon constante la reformation. Or la muqueuse, ainsi dénudée, laisse forcément transuder des liquides organiques chlorurés. Ces liquides, en raison de leur composition chimique, ont une action telle sur l'urine qu'ils en provoquent l'alcalinité; ainsi ils déterminent la formation de cristaux de phosphate ammoniaco-magnésiens. Ici le mélange des liquides organiques avec l'urine n'a lieu qu'à la surface de la dénudation épithéliale ; ainsi la décomposition de l'urine capable de produire les cristaux ne se fait que sur les points de la muqueuse vésicale dénudée; bien plus, un des agents de décomposition de l'urine et de production des cristaux fait corps avec la paroi vésicale. De cette façon seulement s'explique la présence de cristaux dans la trame des tissus mous adhérents aux plaques calcaires, comme il m'a été facile de le reconnaître au microscope, et comme M. Legros l'a vérifié. Ainsi s'explique aussi cette adhérence si intime et si complète de ces plaques calcaires avec la paroi vésicale.

La pierre, qui a la forme et presque le volume d'un œuf de poule, présente les traces du contact immédiat et longtemps prolongé de la paroi vésicale qui l'immobilisait en arrière du col, sur le plancher de la vessie. En effet, les deux tiers de sa sur-



Fig. 2.

face, rugueuse, formée d'agglomérations de cristaux, comme les plaques, est mamelonnée, ce qui indique bien que la vessie était immédiatement appliquée sur toute cette portion du calcul. Le dernier tiers de la surface, lisse, est limité par un bourrelet circulaire qui le sépare très-nettement de la partie mamelonnée. Ainsi la pierre n'avait qu'un tiers de sa surface libre dans la cavité vésicale. C'est sur lui que les instruments explorateurs portaient. De là la sensation de corps durs et lisses perçue dans les explorations; de là aussi l'impossibilité de saisir la pierre et de faire la lithotritie.

Nous nous sommes décidé à pratiquer la taille comme nous l'avons décrite dans l'observation, en raison de doutes spéciaux que les examens n'avaient pu faire cesser. Nous ne savions pas, même approximativement, quel était le volume de la pierre ; nous ne savions pas si la pierre était adhérente ou non à la paroi vésicale, si ce que nous présumions être une pierre n'était pas une plaque calcaire d'une épaisseur assez considérable pour donner à l'exploration le choc sec et franc que nous percevions. Nous avons fait l'incision bilatérale à la peau pour nous donner au besoin tout l'espace nécessaire. Au col de la vessie nous avons fait une incision médiane très-petite, nous réservant d'inciser latéralement si nous éprouvions la moindre difficulté pour extraire la pierre ou pour chercher et décoller les plaques calcaires qui auraient pu exister. En raison de l'âge du sujet et du peu de développement de la prostate, la petite incision médiane du col vésical a été suffisante pour extraire la pierre et explorer les parois de la cavité vésicale.

(1) M. Robin m'a remis cette note.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 24 mai 1870. — Présidence de M. Denonvilliers.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret rendu sur sa proposition, le 17 mai courant, par lequel l'élection que l'Académie de médecine a faite de M. Caventou (Eugène) pour remplir la place de membre titulaire devenue vacante, dans la section de pharmacie, par suite du décès de M. Boullay, est approuvée.

(M. le président invite M. Caventou à signer la feuille de présence et à prendre place parmi ses collègues).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° Une lettre de M. le docteur Brochin qui se présente comme candidat à la place déclarée vacante dans la section des associés libres. — 2° Une lettre de M. le docteur Vicherat (de Nemours) accompagnant un deuxième envoi de cow-pox spontané. Ce serait le troisième exemple qui se montrerait dans sa clientèle dans l'espace de quelques semaines seulement. (Commission de vaccine.) — 3° Une lettre de M. le docteur Pagès (de Castelsarrazin), ancien interne des hôpitaux, contenant la description d'un instrument analogue, mais non identique, à celui qui a été présenté à l'Académie dans la séance du 12 avril sous le nom de divulseur, par M. le docteur Moreau-Wolf, instrument auquel M. Pagès doit un certain nombre de succès qu'il aurait en vain espéré par les autres moyens de la dilatation ordinaire. — 4° Un travail manuscrit de M. Verrier, vétérinaire à Pruvins, intitulé : *Quelques renseignements statistiques et autres sur le sang de rate des ruminants domestiques, et la fièvre charbonneuse des chevaux en 1869 dans l'arrondissement de Provins (Seine-et-Marne)*. (Comm. MM. Magne, Bouley et Reynal.) — 5° Une note de M. Latour, pharmacien principal, sur les bromhydrates basiques et neutres de quinine et de cinchonine. (Comm. MM. Gubler et Poggiale.)

PRÉSENTATIONS.

Les ouvrages suivants sont présentés à l'Académie :

Par M. Larrey : 1° au nom de M. de Trœltsch, professeur à la Faculté de Wurtzbourg, un volume ayant pour titre : *Traité pratique des maladies de l'oreille*. — 2° Au nom de M. le docteur Molard, médecin major de 1re classe à l'hôpital de Metz, un mémoire sur la constitution médicale exanthématique qui a régné sur la garnison de Metz en 1868 et 1869, et sur les épidémies de fièvres éruptives qui ont été observées pendant cette période. (Comm. des épidémies.) — 3° De la part de M. Widal, médecin major de 1re classe à Maubeuge, un travail manuscrit sur les épidémies de fièvre typhoïde dans cette ville en 1869.

Par M. Denonvilliers, une thèse de M. le docteur Lucas Championnière, sur les lymphatiques utérins et la lymphangite utérine.

Par M. Hérard, une brochure de M. le docteur Levieux (de Bordeaux), intitulée : *Variole-Vaccine*.

Par M. Vernoix, le 1er volume des *Mémoires de l'association française contre les abus du tabac*.

M. Gavarret met sous les yeux de l'Académie un nouvel ophthalmoscope construit par le chef de clinique M. Wecker.

M. le Président informe l'Académie que la santé de M. Leblanc s'améliore de jour en jour.

L'ordre du jour appelle la discussion sur le vinage des vins.

La parole est à M. Poggiale.

Avant de reproduire les conclusions qui résument l'argumentation de M. Poggiale, nous mettons sous les yeux de nos lecteurs les conclusions du rapport de M. Bergeron.

Vinage des vins. — 1° L'alcoolisation des vins, plus généralement connue sous le nom de *vinage* est une opération que le mauvais choix des cépages et l'imperfection des procédés de culture et de vinification, ont rendu jusqu'ici et rendront longtemps encore nécessaire dans plusieurs contrées viticoles de la France.

2° Le vinage présente, en effet, dans les conditions actuelles de récolte et de fabrication du vin, plusieurs avantages qu'on ne peut méconnaître; il permet de relever, pour le transport, les vins dont la force spiritueuse est inférieure à 10 p. 100, titre qui paraît être le plus convenable pour les vins de consommation générale; il peut atténuer dans les années mauvaises, l'acidité de certains crûs; enfin, il met à l'abri des fermentations secondaires, les vins dans lesquels le travail de fermentation n'a pas développé une proportion d'alcool en rapport avec leur richesse saccharine.

3° Par contre, le vinage offre de sérieux inconvénients, parfois même des dangers. Il introduit en effet dans les vins, en leur faisant perdre tout droit à être vendus comme produits naturels, une proportion d'alcool qui n'ayant pas été associé intimement aux autres principes des moûts par le travail de fermentation, s'y trouve en quelque sorte à l'état libre et agit sur l'organisme avec la même rapidité et la même énergie que l'alcool en nature; il enlève donc ainsi aux vins leur qualité de boisson tonique et salutaire pour les transformer en un breuvage excitant d'abord, puis stupéfiant, dont l'emploi prolongé est évidemment nuisible. Mais le plus grand danger du vinage, au point de vue de l'hygiène publique vient de ce qu'il fournit à la fraude un moyen facile de livrer à la consommation des liquides qui n'ont du vin que le nom et qui n'étant, en réalité, que de l'alcool dilué, sont d'un usage funeste.

4° Ces inconvénients et ces dangers pourraient être en partie conjurés par la mise en pratique des mesures qui suivent, savoir :

A. Le vinage à la cuve, ou au moins au tonneau, immédiatement après le soutirage, afin d'associer l'alcool versé sur les jus, au travail de fermentation, et d'assurer ainsi sa combinaison intime avec les autres principes constituants du vin.

B. L'emploi pour le vinage d'eau-de-vie naturelle qui, par sa composition, se rapproche beaucoup plus que les 3/6 de celle du vin.

C. L'interdiction absolue des vinages dépassant 4 p. 100 d'eau-de-vie (2 p. 100 d'alcool absolu), proportion qui paraît répondre à toutes les nécessités de conservation des vins, même en vue des transports lointains.

D. Le maintien du droit commun relativement aux taxes à acquitter pour les eaux-de-vie employés au vinage.

F. La suppression des droits de circulation, d'entrée et d'octroi sur les vins, et l'élévation de toutes les taxes sur les eaux-de-vie et les 3/6.

5° Tant que les procédés de culture et de vinification n'auront pas été assez améliorés pour que le vinage devienne inutile, la loyauté voudrait que viticulteurs et négociants fussent tenus de déclarer si le vin qu'ils livrent a été alcoolisé, dans quelle proportion et à quel moment de la vinification il a été viné.

6° Les dangers du vinage s'accroissent lorsqu'il est pratiqué avec les esprits rectifiés de grain et de betterave, car la substitution de ces alcools à l'esprit de vin proprement dite et à l'eau-de-vie présente ce double péril de nuire à la santé des consommateurs et de menacer le pays d'une véritable déchéance morale, parce que la production de ces alcools est, pour ainsi dire, sans limites et qu'ils peuvent être livrés, sous forme d'eaux-de-vie et de liqueurs, à des prix assez bas pour que les plus pauvres y puissent atteindre.

7° En présence d'une pareille situation, l'interdiction absolue de l'emploi des esprits rectifiés de grain et de betterave, paraît être le seul moyen d'arrêter les progrès du mal.

8° Que si le régime économique appliqué aujourd'hui à l'industrie et au commerce s'oppose absolument à cette interdiction, et ne permet pas davantage d'élever les droits qu'acquittent ces alcools à un taux qui les rende inabordables pour le commerce des spiritueux, il ne reste plus à la France, en attendant que les progrès de l'instruction aient modifié les mœurs, il ne reste plus d'autre moyen d'enrayer les progrès de l'alcoolisme, que l'organisation d'urgence des sociétés de tempérance, sur le modèle de celles qui, au même flot montant, ont opposé et opposent encore aujourd'hui, en Suède, en Angleterre et aux États-Unis, une digue assez puissante pour atténuer les effets désastreux de l'abus des alcools de grain.

M. Poggiale lit un discours très-étendu, qu'il résume par les conclusions suivantes :

1° Le vinage exagéré présente de graves inconvénients au point de vue de la santé publique. Il favorise la fraude et fournit aux producteurs et aux négociants de mauvaise foi un moyen facile de modifier profondément la composition du vin naturel. Le vin altère les propriétés hygiéniques de cette boisson salutaire et la transforme en un excitant dangereux;

2° Il faut reconnaître cependant que, dans l'état actuel de la viticulture et des procédés de vinification et de conservation, l'alcoolisation de certains vins est nécessaire;

3° L'addition de l'alcool n'est réellement utile que lorsqu'on veut donner plus de force aux vins faibles, plats et acides, et en assurer la conservation. Mais, dans ce cas, la quantité d'alcool ajoutée ne

doit pas dépasser 3 p. 100, et la richesse alcoolique du vin doit être inférieure à 12 p. 100.

Il importe de n'employer pour le vinage que de l'eau-de-vie de vin de bonne qualité, ou de l'alcool rectifié, si l'interdiction des alcools du commerce est impossible.

5° J'exprime enfin le vœu que pour le vin riche en alcool, comme ceux de l'Hérault, au lieu de favoriser le vinage, le gouvernement, l'Académie impériale de médecine, les conseils d'hygiène publique, les sociétés d'agriculture, les producteurs et les consommateurs encouragent, au contraire, l'emploi des bons cépages, les meilleures méthodes de culture de la vigne et les procédés perfectionnés de vinification, qui permettent de conserver et de transporter les vins naturels sans addition de substances étrangères.

LECTURE

M. Prat donne lecture d'un travail ayant pour titre : *De l'action anatomique, physiologique et thérapeutique des irrigations d'eau chaude sur la membrane du tympan.*

Voici les conclusions de ce travail :

Le tympan est une membrane vivante dont toute la vitalité est accumulée à la surface externe. C'est là que s'étale la richesse de ses vaisseaux et de ses nerfs : c'est là qu'est la sensibilité.

En même temps qu'il est un appareil de physique collecteur du son et le renforçant, et permettant le transport des ondes vibratoires d'un milieu gazeux dans un milieu solide.

L'appareil de physique a besoin d'une certaine recherche. La membrane vivante doit être hydratée pour pouvoir se nourrir. De là antagonisme entre l'entretien de l'organe et sa fonction.

Plus la membrane est hydratée, mieux elle se nourrit, moins elle résonne; mais comme la plupart des cas de maladie sont des troubles dans la nutrition, c'est de ce côté qu'il faut porter les efforts pour modifier la puissance nutritive, soit en l'amoindrissant, soit en l'augmentant.

Le moyen que je propose est simple et facile. Connaissant les propriétés des membranes, j'emploie l'eau pure ou médicamenteuse à une certaine température, sous une certaine pression, animée d'une certaine vitesse qui permet à ses particules de changer continuellement et longtemps avant d'avoir épuisé leur pouvoir dissolvant.

L'eau, sous l'influence d'une pression modérée, d'une température égale ou peu supérieure à celle du sang, d'une agitation perpétuelle, adhère, mouille, imprègne, traverse la membrane, avec les liquides de laquelle elle fait des échanges, suivant des lois que Dutrochet a marquées.

On peut donc modifier, dans un but thérapeutique, et avec tous les médicaments qu'on voudra, à l'aide de mon instrument, l'arrangement anatomique et les propriétés physiologiques de la membrane du tympan, de tout le conduit auditif et souvent même de la caisse.

J'ai donné pour exemples les blessures du tympan ; j'ai parlé de ses plaies simples, de ses plaies contuses, de ses plaies ulcéreuses. J'ai montré quelles étaient celles qui se cicatrisent par première intention, quelles étaient celles pour lesquelles il fallait intervenir, et j'ai dit comment il fallait intervenir.

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission.

La séance est levée à cinq heures.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

A PARIS

Un concours pour la nomination à trois places de médecin au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris s'ouvrira le mercredi 15 juin 1870, à quatre heures précises, à l'hôpital de la Charité.

MM. les docteurs qui voudront concourir devront se présenter au secrétariat de l'administration de l'Assistance publique, pour obtenir leur inscription et signer au registre ouvert à cet effet.

Les candidats absents de Paris ou empêchés devront demander leur inscription par lettre chargée.

Le registre d'inscription sera ouvert le samedi 28 mai 1870, et clos le mardi 7 juin, à trois heures précises.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur F. Guyon, suppléant M. le professeur Dolbeau, continuera le cours de pathologie externe à partir du lundi 30 mai. Les leçons auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, à trois heures. Elles auront pour sujet les maladies chirurgicales de l'abdomen.

— *Bureau central.* — Le concours pour deux places de médecin du Bureau central des hôpitaux de Paris vient de se terminer par la nomination de MM. Chalvet et Cornil.

AVIS

Les collections remises dans nos bureaux du 1er janvier au 17 mai, pour être reliées, sont prêtes. On peut donc les faire retirer. — Le prix de la reliure est de 3 francs.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois... 8 fr. 50 c. Six mois... 16 — Un an..... 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 30 mai 1870.

Mercredi dernier s'est ouvert, dans la salle Paz, la *Conférence médicale de Paris* pour l'examen de la question de la vaccine.

Cette première séance, qui ne devait être que provisoire, a donné plus qu'on ne s'y attendait, tant a été grande la préoccupation de l'honorable président, de ménager le temps si précieux surtout pour des médecins.

L'assemblée — beaucoup plus nombreuse que ne pouvait le faire espérer la rapidité avec laquelle la convocation avait dû être faite — a d'abord établi son bureau de la manière suivante :

Président : M. Caffe.

Vice-présidents : MM. Gallard et Marchal (de Calvi).

Secrétaires : MM. Le Sourd, Révillout et Dailly.

Nous ne voulons pas analyser cette première séance, car notre intention est de publier les procès-verbaux officiels de la Conférence. A cet effet, nous demanderons que tous les journaux de médecine puissent prendre communication de ces procès-verbaux pour les reproduire en tout ou en partie.

Mais sans vouloir toucher au fond des communications, nous croyons pouvoir constater le succès obtenu par une communication très-originale et très-bien exposée de M. le docteur Amédée Tardieu; les renseignements si intéressants produits par MM. Créquy, Marchal (de Calvi) et Révillout.

M. Lanoix devait porter la parole; il aura beaucoup à répondre dans ces discussions; nous sommes heureux de constater la forme toute académique avec laquelle il a ouvert le débat sur la première question. Sa lutte sera probablement pénible, mais il aura du moins le mérite d'avoir demandé la discussion.

La séance s'est terminée par la communication très-convaincue d'un médecin de province, M. le docteur Duffin, sur l'action du sulfate de quinine dans le traitement de la variole.

Et ici, nous remercions nos confrères de province et des environs de Paris, qui ont compris, avec leur loyauté et leur désir du bien, qu'une conférence publique sur une question de médecine était leur champ de bataille, et que leur titre de médecin leur ouvrait, sans invitation personnelle, les portes de la *Conférence*. Nous avons pu serrer la main de plusieurs de ces confrères, et nous espérons que si les devoirs de leur clientèle leur permettent une courte absence, ils viendront encore participer aux travaux de la Conférence.

Quant aux confrères qui ne peuvent se déplacer, qu'ils adressent leurs communications à l'un des secrétaires de la Conférence, M. Dailly, et notre savant confrère résumera dans un rapport toutes les idées théoriques ou pratiques qui lui auront été soumises.

Mercredi 1er juin, à 8 heures et demie du soir, aura lieu la seconde séance de la *Conférence médicale de Paris*.

Voici l'ordre du jour de cette séance :

ORDRE DU JOUR

1° Procès-verbal de la dernière séance.

2° Statistique comparée des résultats de la vaccination humaine et de la vaccination animale. Vote, s'il y a lieu, sur la question de la valeur relative des deux méthodes.

3° A quelle époque de leur évolution les deux vaccines possèdent-elles leur maximum d'efficacité prophylactique?

4° Des divers modes de conservation et d'inoculation du vaccin.

5° Géographie médicale de la variole; marche et propagation des épidémies varioliques; mesures sanitaires de préservation publique.

6° Communications afférentes à la question.

Plus de deux cents personnes assistaient à la réunion du 25 mai. La discussion est ouverte; le nombre des orateurs déjà inscrits nous permet d'espérer que la réunion du 1er juin ne le cédera pas en intérêt à la première.

La *Conférence médicale de Paris* est un grand pas que le corps médical aura fait. Le *meeting* scientifique entrera dans nos mœurs, et lorsqu'une grave question touchera notre pratique, on trouvera, dans la réunion des praticiens des départements et de Paris, un concours des plus heureux pour les progrès de la science.

Dr E. LE SOURD.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. BOUCHUT.

Cyanose cardiaque. — Méningites guéries et méningites tuberculeuses, avec tubercules de la choroïde. — Cérébroscopie (1).

On a beaucoup disserté sur la cause de la cyanose cardiaque, les uns, avec Corvisart et Gintrac, l'attribuant au mélange du sang veineux avec le sang artériel; les autres (Morgagni, Louis), la rapportant à la gêne de la circulation veineuse; Baumès, enfin, l'expliquant par un défaut d'oxygénation du sang.

Toutes ces théories, si elles sont exclusives, sont mauvaises, et de leur association découle la véritable manière de comprendre la production de la cyanose cardiaque. En effet, il est certain qu'un obstacle à la circulation veineuse produit la teinte noirâtre des parties où se distribue la veine comprimée; mais sans qu'il y ait d'obstacle circulatoire, on a vu le seul mélange des deux sangs par communication des ventricules amener la cyanose. Il en est de même du défaut d'oxygénation du sang qui, dans le croup et ailleurs, produit la teinte bleuâtre de la peau et des muqueuses. Donc, les trois différentes causes dont je viens de parler peuvent concourir à la production de la cyanose cardiaque, et ce serait une faute que d'admettre l'influence d'une seule au détriment des autres.

(1) Fin. — Voir le numéro du 26-28 mai 1870.

Que deviendra cette enfant? On ne peut évidemment pas compter sur sa guérison. La lésion du cœur qui produit chez elle la cyanose est certainement incurable, mais la question est de savoir si cette lésion est compatible avec la vie pendant plusieurs années. Eh bien, à moins de mort subite, il est plus que probable que cette malade pourra vivre quelques années, car il n'y a pas eu, depuis trois ans qu'elle est à l'hôpital, de trouble fonctionnel grave de la circulation. Bien que le développement et la croissance soient un peu arrêtés, il n'y a jamais eu d'œdème ni d'abaissement de la température, et la nutrition se fait bien. Elle est donc dans des conditions de santé relativement satisfaisantes, avec une maladie latente du cœur.

Au reste, j'ai déjà vu bien des cas de cyanose cardiaque, et j'en ai actuellement plusieurs en traitement, soit en province, soit à Paris, et ce que j'ai vu confirme ce que la plupart des médecins instruits connaissent parfaitement. Quand un enfant a ainsi affecté passé les deux premières années de sa vie sans accidents graves, il peut vivre de nombreuses années. J'en ai suivi qui ont vécu jusqu'à 10 et 15 ans, et on cite des cas où la vie s'est prolongée jusqu'à 57 ans (J. Franck). Tout cela dépend de de la nature de la lésion cardiaque, et s'il n'y a que communication des oreillettes ou des ventricules, l'altération est parfaitement compatible avec l'existence. Au contraire, dès qu'il y a eu un rétrécissement de l'artère pulmonaire, le cas est plus grave et la vie problématique, car avec l'âge qui produit l'accroissement de volume des poumons, l'obstacle à la circulation de ces organes se fait plus vivement sentir.

Ce n'est pas tout de savoir que dans la cyanose cardiaque il y des lésions de cœur compatibles avec la vie, il faut encore apprendre les moyens de faciliter la tolérance de ces lésions.

Le régime est la partie la plus importante du traitement. Dans ces cas de lésion congénitale du cœur, il faut que les enfants soient élevés avec le lait pendant plusieurs années, d'abord au sein ou au biberon, et ensuite aux potages de lait. Je proscris de leur alimentation le bouillon et la viande autant que je le puis faire à cause des résistances qu'on éprouve de la part des familles. Moins l'alimentation est stimulante et meilleure elle est. Il faut se borner à entretenir la vie sans prétendre donner, par les aliments communs ordinaires, la force qu'on y cherche après la fin de la vie à la mamelle, c'est-à-dire après le sevrage. J'ai astreint plusieurs enfants à ce régime pendant quelques années, ils l'ont bien supporté; et sans attribuer à cette manière de faire la prolongation de leur existence, je suis convaincu que cela a été très-utile.

Après le régime, la thérapeutique, non dans l'espérance de guérir une lésion incurable, mais dans le but d'amoindrir les symptômes de dyspnée ou d'accès de suffocation et pour obvier aux complications éventuelles.

Il faut surtout essayer d'affaiblir l'irritabilité musculaire normale du cœur afin de modérer et de ralentir les contractions.

FEUILLETON

BOUTADES
ET
ZIGZAGS BIBLIOGRAPHIQUES

IX

Élomire hypochondre, nous l'avons déjà dit, est un pamphlet, souvent odieux, dirigé contre Molière; ce n'est en aucune façon une comédie. Une idée comique cependant traverse cette méchante pièce. Molière, on le sait, ne croit pas ou se vante de ne pas croire à la médecine, car le fait n'est rien moins que prouvé.

Le Boulanger de Chalussay le représente, au contraire, dans sa satyre, demandant des conseils à tout le monde; non pas seulement à de vrais médecins, qui sont justement ceux que Molière a mis en scène dans *l'Amour médecin*, mais encore à tous les empiriques ou charlatans en renom.

Pour notre compte, nous pensons avoir démontré que Molière croyait à la médecine et avait très-souvent recours à cette science (voir dans la *Revue de Paris* de 1869, nos de janvier), et nous ne sommes nullement éloigné de dire avec Chalussay qu'il s'adressa plus d'une fois à des empiriques.

Les premiers de ceux-ci introduits sur la scène sont le grand Barry et l'illustre Orviétan.

BARRY, très-célèbre charlatan du 17e siècle, jouit à Paris, et dans maints autres lieux, d'une réputation immense; et cependant son histoire n'est point sans offrir quelques obscurités; nous ne nous attacherons pas à les éclaircir; nous nous contenterons de résumer en quelques mots les faits et gestes de l'illustre opérateur, tels qu'on les trouve racontés dans un livre ou plutôt à la suite d'un livre curieux, *le Voyage de Guibray* (1704).

Barry était grand, bien fait; il portait la barbe longue, et les cheveux, au contraire, fort courts; il était vêtu d'une sorte de soutane de satin noir, garnie de boutons d'or et d'un manteau également de satin. Barry voyageait beaucoup; si l'on en croit son histoire, il aurait sauvé Rome de la peste, et le pape Innocent X aurait fait frapper une médaille en son honneur. A Rome, comme à Paris, comme à Guibray, il était accompagné d'une troupe de comédiens et aussi d'un danseur de corde des plus célèbres de l'époque.

Barry eut l'existence la plus accidentée; un jour il faillit être empoisonné par une de ses anciennes maîtresses, car notre bel empirique était de complexion fort amoureuse, et les belles Parisiennes se montraient très-prévenues en sa faveur; un autre jour, il fut dévalisé par son danseur de corde; pareil accident lui arriva plus tard en Hollande. Ce fut son coup de mort : complétement ruiné et trop vieux pour recommencer sa fortune, il dépérit rapidement et s'en alla mourir dans un hôpital, où il eut, hâtons-nous de le dire, la fin la plus édifiante. Que voulez-vous, un charlatan qui se respecte ne doit-il pas être charlatan jusqu'au bout?

Le Boulanger de Chalussay en mettant l'Orviétan sur la scène, a su lui prêter le langage qui réellement lui convient, l'emphase, la prétention, la vantardise; qu'on en juge par les vers suivants, où l'on ne comprend guère ce mélange d'accents italien et allemand.

Ma foussiez-vous larté d'aspics et de vipères,
Lio forte et l'arsenic proulast il fos fiscères;
Déjà fos intestins en fonssent-ils ronchés;
Et foussiez-fous mordou de cent chians enrachez,
Ne craindé pu la mort, ny que le mal empire,
Foicy-moi, l'Orfietan, et cela c'est tout dire.

Quelques mots maintenant sur la célèbre drogue et sur ceux qui l'ont vendue.

L'ORVIÉTAN est plutôt un terme générique qu'un nom s'appliquant à un seul individu; il est probable que, pendant le 17e siècle, Paris a vu, sur leurs tréteaux, plusieurs personnages ayant porté ce nom. Le premier qui se montra aux regards étonnés des badauds de la place Dauphine, est un certain *Hyéronimo Ferranti*, natif d'Orviéto, dont Courval nous a laissé le portrait dans la *Satyre contre les charlatans*. Comme il est facile de le voir, le nom de la ville qui eut le bonheur de donner le jour au sieur Hyéronimo eut également l'honneur de désigner la drogue qu'il débitait; un peu plus tard, le nom de la drogue passa à l'homme lui-même, et enfin tout cela devint un terme générique qui voulut dire charlatan et marchand de panacée. Dès 1654, nous voyons déjà Guy Patin se servir de cette expression : — *un marchand d'orviétan* — qui est restée dans la langue jusqu'à ce jour, et qui n'en sortira pas, car les marchands d'orviétan ne feront jamais défaut ni en médecine, ni en religion, ni en politique.

Les drogues de la plupart de ces empiriques possédaient à peu

Seulement, il convient de ne pas dépasser le but et de ne pas agir trop fortement.

La digitale en sirop, *cinq* à *dix* grammes par jour ; la bryone en extrait *cinq* centigrammes dans *vingt* grammes de sirop et les frictions de vératrine (axonge *trente* grammes ; vératrine *deux* grammes) sur la région du cœur peuvent efficacement concourir à ce but. Ce sont trois médicaments de même ordre qui diminuent sensiblement la tension artérielle et qui ont la propriété de ralentir les mouvements cardiaques.

Au moment des accès de suffocation et de cyanose, vous ferez, comme chez cette petite malade, la prescription de faire respirer du vinaigre de l'ammoniaque affaiblie ou de l'éther.

Avec cela, vous prescrirez des bains antispasmodiques fréquents, avec addition de décoction de fleurs de tilleul (une poignée par litre d'eau bouillante) ou avec addition d'une faible décoction de racine de valériane.

Voici maintenant ce qui est relatif aux divers cas de méningite que vous avez dans la salle, et dont deux se terminent par guérison, grâce à la précision du diagnostic fait en temps utile par l'ophthalmoscope. Comme vous n'aurez peut-être jamais l'occasion de voir ainsi coup sur coup deux guérisons de méningite, je vous engage à les regarder avec la plus grande attention.

L'une est relative à une petite fille de 3 ans couchée au n° 40 de la salle Sainte-Catherine, entrée le 11 avril 1870 et nommée Eugénie H...

Entrée au moment de la visite, au moment de la leçon, je l'ai examinée devant vous pour la première fois. On vous a dit qu'elle vomissait depuis trois jours et qu'elle avait, depuis cette époque, de la constipation, de la céphalalgie, de la somnolence, des soupirs, des rougeurs passagères de la face, quelques mouvements convulsifs des doigts, et elle avait alors le pouls inégal, ralenti, intermittent et irrégulier à 76. Sa température était normale. Il ne m'en fallait pas davantage pour pressentir une méningite, mais je n'eusse pas osé l'affirmer. C'est alors que la cérébroscopie me permit, en constatant l'œdème et l'hyperémie de la papille optique, la flexuosité de quelques veines et quelques thromboses, de dire avec certitude : oui, il y a méningite. C'est aussi en conséquence de ce diagnostic que je mis deux sangsues aux oreilles; je n'eusse pas osé le faire sans le résultat de l'examen ophthalmoscopique. Le lendemain je fis réappliquer deux sangsues, et autant le surlendemain.

Au quatrième jour, tous les symptômes avaient disparu, elle commença à manger et la guérison s'est maintenue. Maintenant elle se promène dans la salle (1).

L'autre cas de guérison est celui d'Alexandrine G..., âgée de 5 ans, entrée le 16 avril 1870. Ici le cas est plus extraordinaire, car en raison de la longueur des prodromes, il est permis de croire à une méningite tuberculeuse.

Cette enfant, triste, abattue, indifférente à tout depuis six semaines, a été prise de vomissements alimentaires très-fréquents depuis huit jours. Il y a quatre jours qu'elle dort continuellement et se plaint de la tête, qu'elle soupire à chaque instant, qu'elle a de la constipation, du strabisme convergent de l'œil gauche, et les pupilles contractées. Son pouls est faible, irrégulier, 124. Elle n'a rien dans la poitrine. M. Lordereau constate : dans l'œil gauche, correspondant à la paralysie du moteur oculaire externe, une papille optique complétement cachée par une forte hyperémie très-rouge, et la dilatation des vaisseaux propres du nerf optique, quelques thromboses et des flexuosités des veines de la rétine ; dans l'œil droit une hyperémie moindre de la papille, moins de vaisseaux propres de la papille, quelques flexuosités phlébo-rétiniennes.

A la suite de cet examen, sûr d'avoir affaire à une méningite, il prescrivit deux sangsues aux oreilles, et il fit très-bien.

(1) L'enfant est sortie guérie le 28 avril.

Le lendemain, je constatai les symptômes généraux et les phénomènes intra-oculaires, que je représentai par un dessin que vous avez sous les yeux, et qui a été contrôlé, vérifié par plusieurs d'entre vous habitués à l'ophthalmoscope.

Je réappliquai deux sangsues et fis de même le surlendemain.

A partir de cet instant, les symptômes s'amendèrent, l'appétit revint et toute trace de méningite disparut, sauf le strabisme interne gauche et la névro-rétinite. Aujourd'hui l'enfant est gaie, s'amuse sur son lit, n'a pas de fièvre et semble guérie. On peut croire que cette guérison sera définitive.

Sans l'ophthalmoscope, le diagnostic n'eut pas été posé d'une façon si précise, et nous n'eussions pas agi comme nous l'avons fait, par des émissions sanguines répétées, si la névro-rétinite ne nous eut pas fait voir que les autres symptômes étaient ceux d'une méningo-encéphalite.

Ces deux cas ont une double importance qui ne saurait vous échapper. D'abord la guérison des deux méningites, l'une simple, l'autre granuleuse, et ensuite l'application de la cérébroscopie à la prompte connaissance du mal et à l'institution du traitement.

Les deux autres cas sont également des applications de l'ophthalmsscope au diagnostic de la méningite; mais ici, la mort sera la conséquence inévitable du mal. Dans ces cas, avec les symptômes de de la méningite, l'ophthalmoscope a permis de constater la présence de *tubercules nombreux de la choroïde*. Ce sont des granulations miliaires semblables à celle que je vous montre ici sur ces yeux que je conserve dans l'alcool et dont l'analyse histologique a été faite avec soin.

Chez l'enfant du n° 34, le diagnostic était fort embarrassant. Il n'a même été fait qu'au moment où l'ophthalmoscope a permis de constater les tubercules de la choroïde.

En effet, je croyais à une affection vermineuse. Louise M... avait depuis six jours des vomissements sans constipation et de la fièvre avec plaintes continuelles. En arrivant à l'hôpital, elle rendit un ver lombric par la bouche; le lendemain, à l'aide d'un lavement, elle en rendit par l'anus. De plus, les excréments étaient remplis d'œufs de lombrics et de tricocéphales. En présence de pareils phénomènes, j'attribuai la fièvre, les vomissements et les plaintes à une affection vermineuse que je traitai pendant trois jours par de la *santonine* à *vingt-cinq* centigrammes par jour.

Ce n'est qu'en présence des cris continuels de l'enfant, que soupçonnant quelque chose de cérébral, j'eus recours à l'ophthalmoscope. Quelle ne fut pas ma surprise en découvrant que la choroïde était criblée de granulations tuberculeuses, figurées sur le dessin colorié qui circule parmi vous et que M. Lordereau a fait d'après nature.

Je dus donc changer de diagnostic et voir dans l'affection vermineuse une simple coïncidence, capable de masquer par quelques-uns de ses symptômes l'affection tuberculeuse des méninges, qui va emporter le malade. Ici encore, c'est l'ophthalmoscope qui a permis de faire un diagnostic exact, et de voir dans les tubercules de la choroïde la preuve d'une affection de même nature dans le cerveau. N'est-ce pas là une chose intéressante que de voir sûrement pendant la vie des granulations tuberculeuses d'un organe, et quel autre moyen avons-nous d'arriver à un pareil résultat ?

Ces faits ne sont pas rares, car au n° 47 vous avez un autre fait semblable, c'est-à-dire un autre cas de méningite avec ses symptômes de vomissements, de constipation, de cris aigus fréquents, de soupirs, de céphalalgie et d'intermittence avec ralentissement du pouls. Eh bien, dans ce cas, l'un des yeux renferme également deux granulations de la choroïde, qui ne sont autre chose que des granulations tuberculeuses. C'est là un cas très-grave et dont la marche semble indiquer une mort prochaine.

Examinez tous ces faits avec moi, ils sont à votre disposition. Vérifiez-les, contrôlez mes assertions, et quand vous aurez vu, sûrs de vous-mêmes, vous pourrez, à votre tour tirer, de la cérébroscopie tous les avantages que je vous indique.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 4 mai 1870 (1). — Présidence de M. Alph. Guérin.

Tétanos traumatique à marche rapide. — Traitement par le chloral. — Mort. — M. Le Fort. — J... (François), âgé de 34 ans, exerçant la profession de savetier, entre dans le service de M. le docteur Le Fort, salle Cochin, le 27 mars 1870.

Cet homme, dont la force et la constitution ne laissent rien à désirer, et qui ne présente, dans ses antécédents, ni épilepsie, ni autres maladies nerveuses, entre dans le service pour le traumatisme suivant :

La roue d'une voiture de place passant obliquement sur la face dorsale du pied droit, sectionna les tissus suivant une ligne qui, partant de l'espace qui sépare le gros orteil du second, se dirigeait en haut, en arrière et légèrement en dedans. Puis, le trait de section déviant en dedans, contourne la malléole interne, et vient s'arrêter tout près du bord interne du tendon d'Achille.

La plaie est fortement contuse. Les tissus sont décollés, et le lambeau externe retombe, laissant à découvert tout le bord interne du squelette du pied.

Hémorrhagie en nappe par toute la surface des parties lésées. L'artère pédieuse est écrasée, mais la plantaire externe donne d'une façon inquiétante.

Comme l'hémorrhagie continue, bien qu'on exerce une forte pression, l'interne de garde fait d'abord la ligature de la tibiale postérieure à l'angle supérieur de la plaie, puis il y ajoute celle de la *tibiale antérieure*, un peu au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne.

L'hémorrhagie s'arrête à la suite de ces deux ligatures. On applique le lambeau interne sur le pied et on le maintient par un nombre suffisant de bandelettes.

28 mars. Le gros orteil qui était froid, a repris un peu de chaleur, et les effets de l'hémorrhagie, pouls dicrote, pâleur, commencent à disparaître.

30 mars. Le gros orteil a perdu sa température, il devient noirâtre. Dégagement de gaz assez fétides. Ecoulement de sang. L'épiderme est soulevé par du liquide et est enlevé presque d'une seule pièce. La gangrène des lambeaux est certaine, ainsi que celle du gros orteil.

1, 2 avril. L'état général paraît très-bon. L'appétit très-développé. Les tissus gangréneux se détachent. La plaie se couvre de bourgeons charnus de bonne nature. La suppuration s'établit et la ligne de séparation entre la partie mortifiée et les bourgeons charnus, permet de reconnaître que, sauf le gros orteil et le premier métatarsien on pourra conserver momentanément le reste du pied.

4 avril. Après la visite du matin, vers onze heures, le malade est pris de douleurs vagues du côté de la mâchoire inférieure. Il se plaint d'une certaine gêne pour ouvrir la bouche; et le soir à la visite, les symptômes sont assez prononcés pour qu'il n'y ait plus de doute. Le trismus, très-marqué, donne à la face son cachet spécial, et, par moment, crises de contracture dans les membres.

On lui prescrit : hydrate de chloral, *cinq* grammes.

5 avril. Malgré la dose de chloral, le malade a eu, au commencement de la nuit, plusieurs crises. Puis il est tombé dans un assoupissement dans lequel on le trouve encore ce matin, et avec l'apparition duquel a coïncidé la cessation des crises de contractures.

Le trismus existe toujours. Quoique moins fort que la veille, il amène une gêne notable pour l'écartement des mâchoires, et se caractérise par une contracture toute particulière de l'orbiculaire des paupières, qui rétrécit notablement l'ouverture palpébrale.

On ne constate point de contracture manifeste des muscles des membres; peut-être un peu de raideur des masses lombaires. On ne prescrit que *deux* grammes de chloral.

Temp. a., 39°2; puls., 97; insp., 28.

(1) Fin. — Voir le numéro du 24 mai 1870.

près les mêmes propriétés; elles étaient surtout des contre-poisons, des *alexi-pharmaques*, comme disent nos codex, et des contrefaçons plus ou moins réussies d'une préparation, jadis très-célèbre, la thériaque. L'orviétan, entre autres, passait pour un contre-poison du sublimé, de l'arsenic, du vert-de-gris, etc.; grâce à lui, le venin de la vipère n'avait aucune action nuisible; il guérissait la peste, la petite-vérole et surtout, admirez ceci, il les prévenait.

Pour prouver l'efficacité de son remède, le charlatan se faisait mordre par une vipère, ou avalait une forte dose de poison *coram populo*; puis il prenait son spécifique, et tout était dit; le poison eût-il déjà désorganisé les tissus, le contre-poison guérissait tout. D'autres vendaient des onguents pour cicatriser les blessures, et ils accomplissaient également en public leurs expériences les plus terribles. Ils se perçaient le bras ou la cuisse avec un poignard; ils se faisaient sur le ventre des plaies profondes et appliquaient immédiatement leur baume sur les blessures. Le lendemain, au grand ébahissement du public, ils montraient la plaie cicatrisée, ou en voie de guérison.

Il ne serait pas difficile de fournir l'explication de ces prétendues merveilles; mais cela nous entraînerait trop loin. D'ailleurs, nous en avons vu bien d'autres, avec les jongleurs arabes, à l'exposition universelle de 1867.

Le successeur immédiat du seigneur Hyéronimo Ferranti fut un autre italien du nom de Christophe Contugi, dont le fils devint plus tard docteur de la Faculté.

L'orviétan était une drogue de quelque valeur probablement, car elle fut approuvée en 1647 par douze docteurs de la Faculté (1), et l'approbation fut renouvelée solennellement en 1741. Il se vendait chez un épicier de Paris, *au coin de la rue Dauphine, à côté du café Conti, à la descente du Pont-Neuf,* ET NON AILLEURS, *et toujours à l'enseigne du Soleil d'or. Il n'y a que ce seul bureau en France.* Ainsi s'exprime le prospectus. Celui-ci est trop long pour être cité en entier; toutefois nos lecteurs n'apprendront pas sans plaisir, et Paris sans orgueil, que l'orviétan se vend encore en l'an de grâce 1870, et toujours dans la même boutique de la rue Dauphine. Mais, hélas! ce remède puissant qui eut l'honneur de guérir des princes du sang et peut-être des têtes couronnées, ne guérit plus maintenant que les animaux, et principalement les bêtes à cornes. — Vanité des vanités!

Place maintenant au plus grand, et comme disent ses fanatiques, au plus sublime des charlatans. Vous aurez peut-être quelque peine, ami lecteur, à croire que des hommes de talent ont étudié Tabarin et ses œuvres, comme d'autres ont étudié Rabelais, Montaigne et Lafontaine; cela est vrai cependant.

Mondor et Tabarin. — Il est difficile de séparer ces deux personnages célèbres dont la vie se trouva longtemps confondue. Tabarin ne fut-il dans le principe que le simple valet de Mondor? Peu importe; chacun des deux personnages avait son rôle, et ils se complétaient réciproquement.

Mondor était un grave charlatan qui, après avoir couru le monde, vint s'établir à Paris vers 1618 et y débiter ses merveilleuses drogues; remèdes contre la goutte et le mal de Naples; poudre à vers; liqueurs contre les maux de dents; onguents de toute espèce contre la gale, les douleurs, les cors aux pieds; poudre à fard, etc., etc. Mondor est posé, il vise toujours à la morale et à la morale la plus relevée; il n'aime que ce qui est bien et beau. Il est instruit, il connaît ses poëtes, il philosophe volontiers et se sert des arguments de l'école; il parle toujours sérieusement et avec une merveilleuse naïveté; on ne sent jamais la plaisanterie sous ses doctes paroles.

Tabarin, au contraire, plaisante sans cesse et rit volontiers de tout; c'est le vieux Gaulois graveleux et au gros sel; il est grossier, ordurier, licencieux, obscène, mais il a de l'esprit comme quatre, et de cet esprit qu'aime la foule, un esprit, si je puis m'exprimer ainsi, à intentions vicieuses. Tout le monde rit de ses saillies, les gens de cour, les bourgeois, comme les laquais et les filous; les femmes d'un certain monde regrettent de ne pouvoir aller l'entendre, *tant il est gentil.*

Après les lazzis de Tabarin, si joyeusement écoutés par les spectateurs, venaient ses tours qui ne les enchantaient pas moins. Il les exécutait presque exclusivement avec son chapeau, énorme pièce d'étoffe grossière qu'il pétrissait de mille façons, qu'il retournait en tous sens, lui donnant toutes les formes possibles, à la grande joie d'un auditoire enchanté qui ne séparait pas Tabarin de son chapeau; si bien que celui-ci a grandement contribué à la gloire de celui-là. Ce chapeau prodigieux est signalé, avec tous les éloges dont il est digne, dans une foule de pièces du temps.

Le théâtre de Mondor et de Tabarin s'élevait sur la place Dauphine, en face du cheval de bronze; c'était une simple estrade, terminée dans le fond par un rideau de tapisserie. Cinq personnages composaient la troupe : d'abord le grave Mondor, tout reluisant de clinquant et vêtu comme une sorte de seigneur du temps; à côté de lui, un petit page qui lui passe les fioles et les boîtes d'onguents; puis, de l'autre côté du théâtre, se tient Tabarin dans une posture grotesque, ou dans une ironique méditation; Tabarin avec la barbe en trident de Neptune, son fameux chapeau et portant sur ses épau-

(1) On peut lire dans Guy Patin, lettre à Spon, du 6 janvier 1654, l'histoire complète et amusante de cette première approbation.

Soir. Le trismus est plus prononcé et la contracture a envahi les muscles du cou et de la nuque, surtout ceux du côté gauche, de telle sorte que la tête est un peu inclinée de côté et la face tournée à droite.

On a observé dans la journée quelques crises de contractures dont une entre autres a été accompagnée de phénomènes respiratoires, qui ont fait craindre une asphyxie imminente.

Temp., 39°,2 ; puls., 102 ; resp., 28.

On lui prescrit de nouveau *quatre* grammes de chloral pour la nuit.

6 *avril*. Le malade a sommeillé toute la nuit, bien qu'il ait eu quelques crises très-faibles. — L'inclinaison latérale de la tête et la rotation de la face persistent. — Sueurs profuses chaudes.

Puls., 120 ; temp. rect., 39°, 5 ; insp., 34.

On lui donne *trois* grammes de chloral à prendre dans l'espace de 3 heures. A 1 heure le calme revint. Il est assoupi ; il n'a point présenté depuis le matin de secousses convulsives ; et lorsqu'on le réveille, le relâchement des muscles élévateurs de la mâchoire inférieure est tel que l'on peut introduire très-aisément l'indicateur entre les arcades dentaires.

Vers 3 heures il cesse d'être assoupi, et la contracture des muscles faciaux se prononce de nouveau, surtout pour l'orbiculaire des paupières.

On réitère la dose de chloral.

A 6 heures : Puls., 126 ; insp., 38 ; temp. rect., 40°,2.

La malade a sué abondamment toute l'après-midi. Il se trouve le soir, sous l'influence du chloral, aussi somnolent qu'après la première dose.

Les phénomènes respiratoires accessoires, comme la toux et l'expectoration, paraissent un peu gênés. Cependant la contracture a complétement abandonné les muscles, et il peut ouvrir spontanément la bouche et largement écarter les mâchoires.

A 9 heures du soir, le malade s'est un peu affaibli. La sudation excessive a amené une soif très-marquée. Le pouls a perdu de sa force ; il est devenu petit et très-fréquent. Les phénomènes de contracture ont disparu à peu près complétement.

On prescrit une dose de chloral pour la nuit ; mais le malade succombe à minuit par suite de l'augmentation progressive de la gêne des fonctions respiratoires.

Autopsie faite le vendredi 8, à 9 heures du matin.

Examen du membre lésé. — Les ligatures jetées sur la tibiale antérieure et la tibiale postérieure n'ont étreint que ces vaisseaux ; les cordons nerveux qui les avoisinent sont trouvés intacts et ne présentent rien d'anormal.

On ne les poursuit pas jusque dans les points où se formait le tissu des bourgeons charnus marquant les limites entre les parties saines et les parties gangrenées.

Cœur. — Cet organe présente sur sa face antérieure une plaque laiteuse résidu d'une ancienne péricardite. Il est volumineux, mou et en diastole. Ses cavités contiennent des caillots mous et se déchirent facilement.

Le tissu du cœur est d'une consistance bien marquée.

Poumons. — Le droit présente le long du bord postérieur et à la partie inférieure un point de pneumonie ; une coupe faite dans ce noyau fait écouler de la sérosité ; et, en pressant, on fait sortir de petits caillots. Autour de ce noyau, emphysème par place, on retrouve cette dernière lésion sur tout le bord antérieur.

Dans les bronches, mucus rosé adhérent aux parois. On ne retrouve aucun caillot dans les grosses branches de l'artère pulmonaire.

Pour le gauche, congestion hypostatique en bas et en avant, et emphysème sur le bord antérieur.

Rien dans le larynx.

Le foie est volumineux et congestionné.

La rate est petite et ratatinée.

Reins. — Congestionnés ; les vaisseaux des pyramides sont surtout très-marqués.

Dans *la vessie*, on trouve environ 300 grammes d'une urine claire et ne présentant rien de particulier.

Centres nerveux. — *Cerveau*. La pie-mère cérébrale est injectée à peu près partout avec la même intensité.

La substance grise périphérique présente une teinte hortensia qui permet de différencier, sur cette partie de circonvolution, trois couches très-marquées : une externe violacée, une moyenne de teinte rouillée, et une plus profonde teinte hortensia.

La substance blanche présente un piqueté très-marqué.

Dans la substance grise, des corps striés et des couches optiques, congestion très-appréciable.

Dans *le cervelet*, un peu de congestion des lamelles périphériques.

Rien dans le corps rhumboïdal. On ne trouve rien dans la protubérance ni dans le bulbe. Seulement, la substance grise centrale de ces organes est plus rosée que d'habitude, et cette teinte résiste au lavage.

La moelle ne présente rien d'anormal, si ce n'est un peu de dilatation de ses vaisseaux à la région lombaire et la même teinte rosée de sa substance grise.

M. Verneuil, en terminant cette lecture, insiste sur le peu d'efficacité du chloral pour faire cesser la contraction des muscles respirateurs. Aussi, tout en ayant recours au chloral, il veut qu'on se serve de l'électricité ou de tout autre moyen capable de détendre ces muscles, et de prévenir ainsi l'asphyxie que tue les malades.

Statistique des fractures de la cuisse traitées dans les services de MM. Gosselin et Désormeaux, par l'appareil à extension continue du Dr Hennequin. — M. Désormeaux.

N° 1. Homme de 52 ans, d'une force moyenne. — Fracture au tiers inférieur. — 3 cent. 1/2 de raccourcissement. — Appareil de Scultat remplacé 15 jours après par l'appareil Hennequin. — Le membre est placé en double plan incliné. — La force de traction est d'environ 5 kilog. — Accidents survenus pendant le traitement : douleur modérée, œdème du membre et de la face sans albuminurie quelques pustules d'impétigo sur les membres inférieurs, phlyctène au niveau du condyle interne. — Durée de l'extension, 2 mois 1/2. — La conformation du membre est parfaitement régulière.— Aucun accident consécutif, sinon un peu d'œdème de la jambe et une très-légère roideur du genou et du pied. — Marche facile et sans aucune claudication. — Le membre fracturé mesure un demi centimètre de plus que le membre sain.—Gagné, 4 centim.

N° 2. Homme de 37 ans, d'une force moyenne. — Fracture siégeant un peu au-dessus de la partie moyenne. — 3 cent. de raccourcissement. — Appareil de Scultet remplacé par l'appareil Hennequin. — Position en équerre. — Force de traction, 4 kilog. environ. — Accidents survenus pendant le traitement : douleur modérée, œdème de la jambe. — Durée de l'extension, 32 jours. —Conformation régulière du membre.—Le cal est resté un peu volumineux. — Accidents consécutifs : œdème et roideur articulaire peu marquée. — Claudication peu sensible. — Différence de longueur entre les deux membres, 1 cent. — Gagné, 2 cent.

N° 3. Homme de 25 ans, robuste. — Première fracture au tiers supérieur, traitée un an auparavant, dans mon service, par l'appareil de Scultet, le malade n'ayant pu supporter celui de F. Martin. — Guérison avec un raccourcissement de 3 cent. — Roideur persistante du genou. — Cal volumineux. — Deuxième fracture au-dessus de la première. — 3 cent. de raccourcissement.—Appareil de Scultet remplacé par l'appareil Hennequin. — Le membre est placé en 1re position ou en équerre. — Force de traction, de 5 à 6 kilog. — Accidents : douleur assez vive, œdème de la jambe, légères excoriations au niveau des condyles. — Durée de l'extension, 40 jours. — Conformation régulière du membre. — Col resté volumineux. — Les mouvements du genou sont plus étendus qu'avant la dernière fracture. — Pas de claudication, pas d'œdème. — — Différence de longueur des membres, 1 cent. 1/2. — Gagné sur la fracture précédente, 1 cent. 1/2.

N° 4. Homme de 39 ans, d'une force moyenne. — Fracture sus-condylienne. — 3 cent. de raccourcissement. — Appareil de Scultet remplacé par l'appareil Hennequin. — Force de traction, de 4 à 6 kilog. — Position en équerre. — Accidents : douleur vive, œdème de la jambe, phlyctène à l'ischion. — Durée de l'extension, 49 jours. — Conformation très-régulière du membre. — Accidents consécutifs : persistance de l'œdème de la jambe, hydrarthrose du genou, gonflement momentané du col. — Claudication par roideur articulaire peu accusée. — Différence de longueur du membre, nulle. — Gagné, 3 cent.

N° 5. Homme de 36 ans, petit, mais robuste.—Première fracture au tiers inférieur traitée par l'appareil de Scultet et les appareils inamovibles. — Douze jours après la guérison, seconde fracture au même siége, traitée par les appareils inamovibles. — Guérison avec un raccourcissement de 6 cent. 1/2.—Claudication prononcée malgré une semelle en bois de 4 cent. 1/2 d'épaisseur. — Plusieurs mois après, troisième fracture au-dessous des premières. — Raccourcissement de 6 cent. 1/2. — Appareil de Scultet remplacé par l'appareil Hennequin. — Position en équerre. — Force de traction, de 5 à 7 kilog. — Accidents pendant le traitement : douleur modérée, œdème de la jambe, phlyctène au niveau du condyle externe. — Durée de l'extension, 61 jours. — Conformation très-régulière du membre.—Accidents consécutifs : eczéma aigu de la jambe, œdème de peu de durée. — Liberté des mouvements, marche facile avec une légère claudication.— La différence de longueur des membres n'est plus que de 1 cent. 1/2. — Gagné 5 cent. sur les fractures antérieures.

N° 6. Homme robuste de 52 ans, alcoolique.—Fracture à la partie moyenne. — 7 cent. de raccourcissement. — Appareil de Scultet remplacé par l'appareil Hennequin. — Position en équerre. — Force de traction, de 5 à 6 kilog.—Accidents pendant le traitement : douleur vive, délire alcoolique, œdème, phlyctènes nombreuses sur les membres inférieurs et supérieurs, érosion de l'ischion. — Durée de l'extension, 53 jours. Conformation régulière du membre. — Accidents consécutifs : persistance de l'œdème de la jambe ; faible roideur des articulations, du genou et du pied ; légère claudication. — Différence de longueur des membres inférieurs, 1 cent.— Gagné plus de 6 cent.

N° 7. Homme de 30 ans, robuste. — Fracture au tiers inférieur. — 3 cent. de raccourcissement. — Appareil de Scultet remplacé par l'appareil Hennequin. — Force de traction, 5 kilog. environ. — Position en équerre.—Accidents : œdème de la jambe, douleur vive, phlyctène à l'ischion. — Durée de l'extension, 49 jours. Conformation parfaitement régulière. — Accidents consécutifs : œdème, hydrarthrose du genou de courte durée, roideur articulaire peu prononcée. — Marche facile avec une légère claudication. — La roideur disparaît. — Différence de longueur entre les deux membres, nulle. — Gagné, 3 cent.

N° 8. Homme de 42 ans, d'une force moyenne. — Fracture au tiers inférieur. — 1 cent. de raccourcissement. — Appareil de Scultet remplacé par l'appareil Hennequin. — Position en double plan incliné.— Force de traction, 4 kilog. environ. — Accidents : douleur assez vive, œdème, phlyctène. — Durée de l'extension, 1 mois 1/2. — Conformation très-régulière. — Accidents consécutifs : œdème de peu de durée, faible roideur des articulations du genou et du pied. — Marche facile et presque sans claudication. — Différence de longueur des membres, 1/2 cent. — Gagné, 3 cent. 1/2

N° 9. Femme de 54 ans, maigre, chétive. — Fracture sus-condylienne communiquant avec l'articulation. — 2 cent. de raccourcissement. — Appareil de Scultet remplacé par l'appareil Hennequin 15 jours après. — Consolidation avancée.— Gonflement considérable du genou. — Position en équerre. — Force de traction, de 3 à 4 kilog. 1/2. — Accidents : douleur vive, phlyctène très-large sur l'ischion. — Durée de l'extension, 38 jours. — Conformation parfaitement régulière, cal insensible.—Accidents consécutifs : œdème persistant, roideur articulaire prononcée et persistante.—Marche difficile. — Différence de longueur des membres, nulle. — Gagné, 2 cent.

Les observations qui suivent ont été recueillies dans le service de M. Gosselin, à la Charité.

N° 10. — Homme de 28 ans, d'une force moyenne. — Fracture vers la partie moyenne. — 3 centimètres de raccourcissement. — Appareil de Scultet remplacé par l'appareil Hennequin. — Position en équerre. — Force de traction de 4 à 5 kilog. — Accidents : douleur très-intense, œdème de la jambe, plyctèmes nombreuses et eschares superficielles produites par un bandage compressif trop serré. — Durée de l'extension, 61 jours. — La conformation du membre est très-régulière. — Accidents consécutifs : extension de l'œdème de la jambe et la cuisse, gonflement momentané du cal. — Marche facile. — Disparition de l'œdème. — Liberté absolue des articulations. — Différence de longueur des membres, 1 centimètre. — Gagné 2 centimètres 1/2.

N° 11. — Homme de 45 ans, débile et maigre. — Fracture au tiers supérieur, 5 centimètres de raccourcissement. — Appareil de Scultet remplacé par l'appareil Hennequin. — Le membre est placé en première position (en équerre). — La force de traction oscille entre 5 et 6 kilog. — Accidents pendant le traitement : douleur assez vive, œdème de la jambe, phlyctène à l'ischion. — Sept semaines après le premier accident, seconde fracture au même

---

les une méchante pièce de vieille étoffe, désignée sous le nom de *Tabar*, d'où paraît venir le nom du pitre célèbre. Enfin, dans le fond, un joueur de viole et un joueur de Rebec.

Les charlatans en renom avaient en effet, pour attirer la foule, un petit orchestre sur leurs tréteaux ; et voici comment s'exprime le sieur de Courval, à propos du fameux empirique, *il signor Hyeronimo*, autrement dit l'*Orviétan*. La description convient presque de tous points au Théâtre de Mondor et de Tabarin. — « Et afin qu'il ne manquast rien à sa charlatanerie, et qu'elle fust *omnibus partibus et numeris absoluta*, il avait quatre excellents joueurs de violon qui avaient séance aux quatre coings de son théâtre, lesquels faisoient merveilles, assistez d'un insigne bouffon ou plaisant de l'hostel de Bourgogne nommé *Galinette la Galina*, qui de sa part faisoit mille singeries, tours de souplesse et bouffonneries, pour attirer et amuser le peuple, lequel s'approchoit comme à la foule de son théâtre, tant pour repaistre ses yeux en la contemplation du bouffon que pour contenter ses oreilles en la douce harmonie et harmonieuse douceur des instruments, sans qu'aucun autre dessain les y eust portez. Si est-ce néantmoins qu'ils se trouvoient tellement charmez par le cajol (les flatteries) affecté et babil effronté du charlatan qu'ils estoient contrains de ses drogues, tant la curiosité et la persuasion avoient gagnés sur eux. » (*Satyre contre les charlatans*.) C'était, comme on le comprend bien, par la vente de la panacée que se terminait toujours la parade.

Charlatans et pitres ne faisaient pas de trop mauvaises affaires. Quelques-uns parvinrent à amasser de grosses fortunes. Tabarin, par exemple, se retira vers 1630, assez riche pour acheter une seigneurie aux environs de Paris. Mal lui prit d'ailleurs de vouloir jouer au gentilhomme, car on prétend qu'il fut traitreusement tué à la chasse par quelques hobereaux ses voisins. Ce fut presque bien fait ; Tabarin, qui avait tant d'esprit, en manqua complétement le jour où il quitta ses tréteaux pour entrer dans la gentilhommerie ; non pas qu'il ne fût fort capable de remplir ce nouveau rôle comme tant d'autres et de s'en tirer mieux que pas un ; seulement, il aurait dû savoir ou se rappeler qu'il ne faut jamais plaisanter qu'avec les gens d'esprit. Les sots et les vaniteux font toujours payer cher une plaisanterie.

Tabarin eut de nombreux admirateurs pendant sa vie ; il a eu des fanatiques après sa mort, de notre temps surtout. On a conservé la plus grande partie de ses œuvres, et plusieurs éditeurs se sont disputé la gloire de nous les transmettre. On y trouve beaucoup de choses fort plaisantes ; mais le plus plaisant à coup sûr, c'est l'opposition entre le langage de Mondor et de son compagnon. Le premier discute avec gravité les points que lui soumet Tabarin ; il fait des raisonnements à perte de vue, souvent en très-bons termes et avec une certaine éloquence ; il en extrait d'ordinaire une morale sévère et des conseils comme le pourrait faire un philosphe stoïcien. Quand tout cela est gravement débité, arrive Tabarin, qui prouve à son maître qu'il n'est qu'un âne, et qui résout alors la question à sa manière, c'est-à-dire le plus incongrument qu'il lui soit possible.

Il s'en faut que nous soyions un admirateur de Tabarin, nous reconnaissons toutefois qu'on rencontre quelques perles dans son fumier.

Quand Tabarin eût quitté Mondor, ce fut Padelle ou Padel qui le remplaça. Celui-ci, fort heureusement, n'a laissé aucune œuvre ; c'était cependant un farceur de quelque mérite, mai dont la réputation est complétement effacée par celle de son illustre prédécesseur. Padelle ne réussit qu'à faire regretter Tabarin.

Ce n'est qu'incidemment que Le Boulanger parle de Carmeline ; il mérite cependant quelques mots.

Carmeline fut un des charlatans les plus célèbres du 17e siècle. Il arrachait les dents et opérait en plein vent sur le Pont-Neuf, en face de la statue d'Henri IV. Il avait pris pour devise et pour enseigne, et c'était un vrai trait de génie, ce fragment de vers de Virgile :

Uno avulso non deficit alter.

Carmeline était presque un personnage, et si l'on s'en rapporte à une *Mazarinade* célèbre, il joua un rôle pendant les troubles de la Frondc ; il aurait commandé une barricade ainsi décrite par l'auteur :

De cette belle architecture,
A peu près voici la peinture :
De l'un jusqu'à l'autre pilier,
On mit de dents un râtelier,
Des brayers, des suppositoires,
Des pélicans, des bistoris,
Des boettes de poudres d'Iris,
Des chalets, des portes, des cruches,
Des coquemars, des œufs d'autruches,
Quelques saloirs remplis de lard ;
Et, sur ce solide rempart,
On fit un parapet de grilles,
Par où guignaient deux crocodiles.

(*A suivre*.)

Dr H. Montanier.

point, produite par une manœuvre maladroite des gens de service. — L'appareil n'est point enlevé, la force de traction n'a pas varié. — Accidents pendant le traitement de la seconde fracture : phlyctène au creux poplité, augmentation de l'œdème de la jambe qui s'étend à toute la cuisse, mouvement fébrile, phlébite probable de la veine fémorale. — Durée de l'extension, 3 mois. — Conformation régulière du membre. — Accidents consécutifs : œdème considérable de la jambe et de la cuisse, tenacité de cet œdème. — Roideur considérable du genou et du pied. — Marche longtemps difficile. L'extension de la jambe sur la cuisse ne pouvait se faire complétement, les muscles de la cuisse étant devenus trop courts.

Différence de longueur des deux membres :

Le membre fracturé mesure 2 centimètres de plus que le sain. — Gagné 7 centimètres.

C'est, je crois, le premier fait authentique d'un allongement des os par les tissus élastiques, privilége qu'ils partagent avec certaines tumeurs.

N° 12. — Homme de 48 ans, d'une force moyenne. — L'état mental laisse beaucoup à désirer. — Fracture de la partie moyenne : 5 centimètres et demi de raccourcissement. — Appareil de Scultet, remplacé par l'appareil Hennequin. — Douleur très-intense pendant une douzaine de jours, œdème, excorations au creux poplité. — Durée de l'extension : 45 jours. — La conformation du membre est très-régulière. — Le col est un peu volumineux. — Accidents consécutifs, œdème de la cuisse, hydarthrose passager du genou. — Roideur articulaire. Marche facile, claudication faible, roideur bien moins grande. — Différence entre les deux membres : 1 centimètre. — Gagné 4 centimètres et demi.

En somme, douze fractures de cuisse traitées par l'appareil Hennequin. — Raccourcissement total : 47 centimètres. — Gagné par l'extension continue, 44 centimètres. — Différence : 3 centimètres.

Mais dans ce nombre figurent deux observations de deuxième fracture de la même cuisse et une de troisième ; et si on prend pour terme de comparaison la longueur du fémur après la consolidation de la première ou de la seconde fracture, on arrive à ce résultat surprenant : raccourcissement total des douze fractures avant l'extension continue : 38 centimètres et demi au lieu de 47. — Gagné par l'extension : 44 centimètres. — Allongement absolu obtenu par l'extension continue : 5 centimètres et demi. — L'explication de ce chiffre se trouve dans les observations n° 3, n° 5, n° 11.

De ces faits, on peut donc tirer les conclusions suivantes :

1° Dans les fractures de la cuisse traitées par l'appareil Hennequin, il faut savoir proportionner la force de traction à la puissance musculaire du malade, pour éviter un allongement absolu du fémur fracturé.

2° Les chirurgiens devront plus se préoccuper d'un allongement absolu que d'un raccourcissement sensible, dans les fractures traitées par l'appareil Hennequin.

3° L'allongement absolu de l'os de la cuisse par l'extension continue, faite d'après la méthode du docteur Hennequin, est actuellement un fait acquis à la science et démontré mathématiquement, fait qui, jusqu'ici, je crois, n'a été observé que dans les cas de certaines tumeurs ayant envahi le tissu osseux.

Je ferai remarquer en terminant que toujours la conformation du membre a été régulière.

Je n'aborderai pas aujourd'hui la question des complications qui se montrent pendant et après le traitement des fractures de la cuisse ; les faits ne sont pas encore assez nombreux pour en tirer des conclusions rigoureuses. Je me bornerai à dire que la plupart des complications qui surviennent pendant ou après le traitement des fractures de la cuisse dépendent plus du malade que des appareils employés.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. Panas.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le baron de Beauverger, ancien député, vient d'être nommé rapporteur de la commission chargée d'étudier les questions relatives à la mortalité des enfants.

— On annonce la mort à Paris de MM. Auzias-Turenne et Thillaye.

— Le corps médical des Pyrénées-Orientales vient d'éprouver une perte des plus regrettables en la personne de M. le docteur Pujade, fondateur de l'établissement connu à Amélie-les-Bains sous le nom de *Thermes-Pujade*.

— *Libre-École de chirurgie*, rue des Fossés-Saint-Jacques, 26. — *Policlinique de chirurgie des femmes*. — Le docteur Berrut commencera son cours public de chirurgie des femmes le mercredi 1er juin 1870, à onze heures et demie du matin, et le continuera tous les mercredis.

— Clientèle à vendre aux environs de Paris. — Produit moyen : 12,000 fr. — Écrire à M. Duchène, 32, avenue de la Mothe-Piquet, Paris. (*Affranchir*.)

— L'établissement d'hydrothérapie d'Auxerre est à vendre, par suite de la mort du docteur Fontaine, directeur de cet établissement. S'adresser à Mme veuve Fontaine, à Auxerre.

AVIS

Les collections remises dans nos bureaux du 1er janvier au 17 mai, pour être reliées, sont prêtes. On peut donc les faire retirer. — Le prix de la reliure est de 3 francs.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MEDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 1er juin 1870.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'ordre du jour de la séance d'hier appelait la suite de la discussion sur le vinage des vins. M. Bouley devait prendre la parole sur ce sujet. Mais le bureau avait compté sans la variole et M. Piorry. La question du vinage a sans doute une importance hygiénique que nous sommes loin de méconnaître, mais elle ne périclitera pas pour attendre huit jours. La question de la variole est plus actuelle et plus pressante ; M. Piorry n'a pas été moins pressant de son côté pour obtenir la parole. L'ordre du jour a été vaincu, et M. Piorry est monté triomphalement à la tribune.

On connaît ses idées sur la variole et l'importance qu'il attache à analyser et à poursuivre, sur tous les points de l'économie, ses éléments organo-pathologiques secondaires. Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons eu plusieurs fois déjà l'occasion de dire à ce sujet. Nous allons droit au but de la communication, l'étude des moyens prophylactiques de la variole. Les moyens proposés par M. Piorry sont bons et méritent d'être pris en considération. Mais qui en prendra l'initiative, qui en dirigera ou en surveillera l'exécution?

L'épidémie n'a sans doute pas de proportions telles qu'il y ait lieu de prendre sérieusement l'alarme ; mais ne serait-il pas sage de prévoir son extension possible et de se préoccuper dès à présent des mesures qu'il pourrait être utile d'opposer à ses progrès? Ce ne sont ni les commissions ni les conseils qui manquent : comité consultatif auprès du ministère des travaux publics, conseil de salubrité auprès de la préfecture de police, commission d'hygiène des hôpitaux auprès de l'administration de l'assistance publique, commission d'hygiène d'arrondissement auprès de chaque mairie,... sans compter la commission permanente des épidémies de l'Académie de médecine et le service d'inspection des épidémies.

Que font par parenthèse ces inspecteurs? — La plupart de ces conseils et de ces commissions, il faut le dire, manquent d'initiative ; d'autres n'ont que voix consultative ou simple droit d'avis, sans aucun moyen de sanction. Il est à notre connaissance que plusieurs commissions d'hygiène d'arrondissement, ont émis des avis et formulé des vœux qui n'ont eu jusqu'ici aucun effet. La Société médicale du 7e arrondissement, dans sa réunion de lundi dernier, a adopté à l'unanimité la proposition faite par l'un de ses membres d'appeler directement l'attention de l'autorité sur les dangers de la situation actuelle. Nous ne doutons pas que si toutes les Sociétés médicales d'arrondissement de Paris faisaient une démarche semblable, l'autorité ne s'empressât de leur donner satisfaction en portant la question devant les corps compétents et en provoquant les instructions et les mesures nécessaires.

Nous remercions, pour notre part, M. Piorry d'avoir porté la question de la prophylaxie de la variole devant l'Académie. Puisse son initiative n'être pas frappée de stérilité!

Dr BROCHIN.

CLINIQUE DE STRASBOURG.

D'un mode de mort subite dans les maladies de poitrine aiguës et chroniques,

Par le docteur V. FELTZ,

Lauréat de l'Institut, professeur agrégé, directeur des autopsies à la Faculté de médecine de Strasbourg.

La mort subite dans les affections de poitrine aiguës et chroniques a de tout temps attiré l'attention des cliniciens. Nous n'en voulons pour preuves que les cas que nous trouvons signalés : dans le mémoire de M. Landouzy (de Reims) sur les indications de la thoracentèse (*Archives générales de médecine*, année 1856); dans le chapitre de la paracentèse de la poitrine de Trousseau (*Clinique de l'Hôtel-Dieu*, t. I, p. 675); et les différentes observations éparses dans les feuilles périodiques, celles de Chomel, Oulmont, Pidoux, Blachez, Lasègue, Chauffard, Barth et Bouchut (*Société médicale des hôpitaux*, séance du 12 novembre 1862).

« Comment se produit cette mort si soudaine? se demande M. Landouzy : rien dans l'autopsie ne peut l'expliquer, et l'on est réduit à l'ancienne hypothèse d'une syncope survenue, soit sous l'influence de l'augmentation subite de l'exhalaison séreuse, soit sous l'influence du travail de la digestion, soit même sous l'influence de ces deux causes réunies. » (*Archives générales de médecine*, année 1856, 5e série, t. VIII, p. 520.)

Pour Trousseau, la mort dans ces cas est le résultat d'une syncope, causée par le déplacement violent du cœur sous l'influence de l'accumulation du liquide. « Les gros vaisseaux, dit-il, l'aorte éprouvent une torsion qui entrave singulièrement le cours du sang, et sous l'influence d'une cause occasionnelle, comme un mouvement plus ou moins brusque du corps, la circulation va être complétement arrêtée. Peut-être aussi la mort arrive-t-elle par suite de la gêne apportée à la circulation qui favorise la formation de caillots dans le cœur et dans les gros vaisseaux. »

A ce propos, le grand clinicien de l'Hôtel-Dieu cite un cas observé par M. Blachez, publié dans l'*Union médicale* (février 1862). Il s'agit d'une mort subite où l'autopsie révéla l'existence d'un caillot qui occupait le tronc de l'artère pulmonaire dans toute son étendue, puis bifurquait pour se prolonger jusqu'aux divisions de troisième et de quatrième ordre de la branche gauche de l'artère pulmonaire, du même côté que l'épanchement.

Ayant eu l'occasion de faire quelques autopsies de malades morts subitement dans le décours de pleurésies aiguës avec épanchement, de pneumonies en voie de résolution et de pneumonies où le poumon n'était pas encore ramolli, nous croyons utile de signaler une explication de la mort subite qui nous paraît péremptoire dans le cas que nous allons indiquer. Nous sommes loin de croire que notre explication puisse se rapporter à tous les cas de mort subite observés, nous voulons simplement attirer l'attention des anatomo-pathologistes et des cliniciens sur des faits qui nous ont vivement frappé, convaincu que ce mécanisme est beaucoup plus fréquent que n'importe quel autre.

Dans toute pleurésie, le poumon est comprimé par les produits de nouvelle formation; dans les pneumonies, les territoires atteints sont oblitérés par les néoplasies inflammatoires; dans les tuberculisations, les espaces alvéolaires sont singulièrement rétrécis par les néoplasies interstitielles. Dans tous ces cas, en un mot, le poumon est comme oblitéré, tout aussi bien au point de vue des canaux aériens que des canaux vasculaires : de là, obstacle considérable à la circulation, car pour que le sang circule librement, il faut que les vaisseaux conservent leur calibre. De cette diminution de circulation résulte forcément la tendance du sang à la coagulation, d'autant plus que l'analyse y démontre, dans les inflammations, une plus grande quantité de substances plastiques. La formation de caillots cruoriques dans ces points deviendra le point de départ de thromboses successives, qui envahiront peu à peu les gros troncs et arriveront jusqu'à l'origine de la branche de l'artère pulmonaire qui se rend dans le poumon sain ; l'extrémité du caillot libre se coiffera de couches successives de fibrine, qui lui formeront une sorte de capuchon, sommet du coagulum. Ainsi donc, le poumon peut être rempli de thrombus formés dans l'artère pulmonaire, les plus anciens occupant la périphérie, ce qui sera toujours facile à constater.

Il peut arriver que le sommet du caillot qui proémine dans l'artère pulmonaire, se brise subitement sous l'influence de l'ondée sanguine, et que, poussé par la circulation, il aille oblitérer l'artère du côté sain : l'effet immédiat sera l'arrêt de la circulation derrière cette embolie.

Une autre éventualité peut se produire : la coagulation du sang se continue dans le tronc de l'artère pulmonaire et arrive jusqu'au cœur. En ces cas, la mort sera rapide, mais non subite. C'est principalement dans les cas de bronchite capillaire généralisée que l'on observe de semblables productions cruoriques dans le système circulatoire pulmonaire. Des faits de ce genre ont été constatés par M. le professeur Michel (de Strasbourg) dans une épidémie de bronchite capillaire observée à Saint-Omer en 1840, et rapportée dans un mémoire de M. le docteur Périer, aujourd'hui médecin inspecteur des armées.

FEUILLETON

BOUTADES

ET

ZIGZAGS BIBLIOGRAPHIQUES

IX

(Suite)

Voici maintenant le médecin aux urines.

Il ne faudrait pas croire que ce soit là un personnage imaginaire créé par l'auteur d'*Elomire*. Il y avait, alors dans la capitale, un médecin venu de Seignelay, en Bourgogne, dont le nom véritable était DES BŒUFS, et qui traitait ses malades uniquement par les simples. C'était un homme grossier et brutal, qui, sur sa réputation, fut mandé à Paris par un grand seigneur. Sa spécialité consistait dans le traitement des maladies par la seule inspection des urines. Sans doute accomplit-il quelques cures remarquables, dues surtout au hasard ; dans tous les cas, il jouit bientôt d'une vogue immense, et la rue qu'il habitait se trouvait sans cesse encombrée de gens qui venaient le consulter.

Il est vrai qu'il se faisait très-peu payer, et que la plupart du temps même il ne recevait pas d'honoraires. Notre auteur lui fait dire :

> Si vous étiez Français, vous sauriez mon histoire,
> Et par là vous sauriez que mon but est la gloire;
> Rengainez donc, messieurs, vos milliers de ducats,
> Je n'en feray pas moins pour ne les prendre pas.

Aussi le petit monde accourait-il en foule à ses consultations. Peu à peu cependant on s'aperçut qu'il commettait force bévues. De mauvais plaisants s'amusèrent à le mystifier, et il proclama un jour solennellement que l'urine d'une enfant de sept ans était celle d'une jeune femme sur le point de devenir mère. Aussi cette réputation tomba-t-elle peu à peu, et le médecin de Seignelay fut bientôt oublié et remplacé certainement par quelque plus habile.

De tout temps d'ailleurs, les médecins aux urines ont joui à Paris d'une grande vogue, et durant tout le 17e siècle on les y a vus très-nombreux. Ce fut même, pendant quelques années, une sorte d'industrie exercée non pas seulement par des charlatans, mais par des femmes; et, si l'on en croit un auteur contemporain, des débauchés se faisaient momentanément médecins urinalistes pour gagner un argent qui leur permît de subvenir à leurs débauches, et peut-être pour les accomplir plus commodément. Vers le milieu du siècle dernier, un de ces urinalistes acquit une telle renommée qu'on ne le connaissait que sous le nom du CÉLÈBRE MOCHINE. Sa réputation ayant traversé le détroit, il fut mandé à Londres par le prince de Galles. Les Parisiens, toujours badauds, eurent beaucoup de peine à se consoler du départ de ce *dieu de bienfaisance*, du *vertueux Mochine*, auquel *on doit des autels*, ainsi que chante le poëte qui adressa au charlatan les adieux du peuple de Paris.

Naturellement Mochine répondit, et lui aussi enfourcha Pégase. Nous ne citerons de cette réponse que les trois vers de la fin. Le dernier prouve que Mochine était un homme d'esprit qui maniait bien la plaisanterie :

> Mes frères, mes amis, ô! qui que vous soyez,
> Je n'ai d'autre désir que mon art vous guérisse :
> Je suis bien satisfait, *puisque vous y croyez*.

Il n'est pas possible que ce soit là une simple naïveté.

Ajoutons enfin qu'il ne faudrait pas beaucoup chercher aujourd'hui pour trouver un charlatan, digne émule de Des Bœufs et de Mochine, mais moins célèbre qu'eux. Le Dr *** ne comprend pas son siècle ; pour réussir parmi nous, qui sommes blasés, il ne faut pas rééditer de l'ancien, il faut inventer du nouveau, et certes, la matière ne manque pas, ni les imbéciles non plus.

Ce ne sont pas là les seuls charlatans plus ou moins illustres qui aient pipé la foule parisienne, toujours badaude, bête, malgré tout son esprit, et alors, comme aujourd'hui, aimant avec passion les spectacles en plein vent, s'arrêtant pendant des heures entières devant les tréteaux d'un pitre insensé ou d'un marchand de crayons. L'auteur d'*Elomire* ne pouvait pas nous faire connaître toute la galerie, et nous allons réparer un de ses oublis, tout au moins, en disant quelques mots d'un célèbre opérateur, Desiderio Descombes ou de Combes, celui-là même auquel est dédié, par raillerie, le *Discours sur l'origine des charlatans*.

DESIDERIO DESCOMBES était Italien et prétendait être venu en France à la suite du fameux astrologue Cosme Ruggieri. Il avait un

Laissons de côté cette dernière éventualité; citons les faits qui militent en faveur de notre assertion.

Obs. I. — *Pleurésie aiguë droite. — Épanchement considérable. — Mort subite* (1).

Pendant le mois de septembre 1869, alors que nous remplacions notre cher maître, M. le professeur Schützenberger, un jeune homme de 23 ans entra à notre clinique; sa maladie remontait à 24 heures: il avait eu des frissons nombreux, un point de côté violent; deux jours après, la maladie avait évolué, et les signes physiques ne nous laissaient aucun doute sur l'existence d'un épanchement considérable du côté droit. Le pouls était à 90, la fièvre était modérée, la température ne dépassait guère que d'un degré la normale; en un mot, l'état était relativement satisfaisant, et nous espérions venir à bout de la maladie en excitant fortement les autres sécrétions, en en créant même d'artificielles par des vésicatoires. Le troisième jour, alors que pendant la visite nous faisions asseoir le malade sur son lit, pour nous rendre compte de la situation, il fit une inspiration profonde, jeta un cri et tomba mort.

Dans ce cas, la mort subite nous ne pouvions l'attribuer raisonnablement à l'épanchement qui existait depuis quelque temps; nous n'avions pas non plus d'épanchement double, l'absence de signes morbides du côté du cœur nous empêchait d'y chercher la cause de la mort. Si l'autopsie ne nous avait rien révélé, nous aurions attribué la mort à une action réflexe; mais c'est là une une explication banale, à laquelle on a souvent recours, ne rendant compte de rien, marquant simplement notre ignorance; mais l'autopsie vint nous fournir amplement la cause de la mort : nous trouvâmes un épanchement considérable, 3 litres environ de sérosité mélangée de flocons fibrineux. Le poumon était refoulé vers les racines des bronches; le cœur n'était pas déplacé, le péricarde ne renfermait pas de liquide. La dissection de l'artère pulmonaire, faite avec le plus grand soin par M. Boucher, interne du service, nous la montra, du côté malade, complétement remplie de sang coagulé; les caillots de la périphérie étaient blancs et friables, c'est-à-dire déjà anciens; au niveau du tronc principal de l'artère pulmonaire, le caillot présentait une surface irrégulière; on voyait qu'il y avait eu là arrachement, car le caillot ne se termine jamais ainsi brusquement. En ouvrant l'artère pulmonaire du côté sain, on trouva à la première division un caillot frais, à cheval sur la bifurcation de l'artère, et occupant à peu près tout le calibre de ce rameau. Dans ce cas, nous nous crûmes autorisés à attribuer la mort subite à l'oblitération instantanée de l'artère du côté sain par le sommet du caillot du côté malade.

Obs. II. — *Phthisie à l'état de crudité. — Mort subite* (2).

Un jeune homme de 22 ans, couché à la salle 21, atteint de phthisie parfaitement constatée par les signes physiques et généraux, mourut subitement, alors que rien ne pouvait faire présager une issue aussi prompte.

L'autopsie, faite à la conférence d'anatomie pathologique, nous révéla dans les deux poumons, mais surtout à droite, tous les signes anatomiques d'une tuberculisation; nulle part, nous n'avons constaté de ramollissement, pas d'adhérences pleurales, pas d'épanchement dans les plèvres, ni dans le péricarde. Rien de particulier dans la cavité abdominale. La dissection de l'artère pulmonaire, faite par M. Boucher, nous montra du côté droit un grand nombre de caillots, d'autant plus qu'on se rapprochait davantage de la périphérie. Là ils étaient complétement décolorés, friables, composés de fibrine granuleuse, de globules rouges ratatinés, de quelques leucocythes très-reconnaissables à leur forme. Dans le voisinage du tronc de l'artère pulmonaire, c'est-à-dire dans les grandes divisions droites de ce vaisseau, les caillots étaient frais et élastiques. A l'entrée de la division droite, dans le tronc de l'artère pulmonaire, se voyaient des anfractuosités qui ne nous permirent pas de conclure à une formation régulière de caillots. En effet, l'ouverture de la branche gauche de l'artère nous montra dans celle-ci le sommet du caillot de la branche droite; il avait la grosseur d'une petite noix, et n'était même pas arrivé jusqu'à la première bifurcation. Sa surface, dirigée vers le tronc, était anfractueuse, comme le sommet du caillot de la branche droite.

En présence de cette disposition des caillots, nous n'avons pas hésité à attribuer la mort à l'oblitération subite et instantanée de l'artère pulmonaire gauche.

(1) Extrait du Registre des autopsies de la Faculté de Strasbourg, n° 83.
(2) *Ibid.*, n° 84.

Obs. III. — *Pneumonie en voie de résolution. — Mort subite* (1).

Une femme de 23 ans, atteinte de pneumonie en voie de résolution, mourut subitement il y a quelques jours dans le service de notre savant maître, M. le professeur Hirtz. A l'autopsie, nous trouvâmes le domaine de la circulation pulmonaire du côté malade complétement oblitéré. De plus, nous trouvâmes également dans l'artère pulmonaire du côté sain une embolie considérable occupant, comme dans le premier cas, la bifurcation de l'artère. Là encore, nous avions la clef de la mort subite.

Dans les trois observations que nous venons de citer, il est évident pour nous que la mort subite a été le résultat d'une syncope, et que la syncope elle-même est la conséquence, d'une part de la suppression lente et progressive de la circulation dans de notables territoires du poumon affecté, et d'autre part, dans l'arrêt brusque de la circulation pulmonaire du côté sain par des embolies ayant pour lieu d'origine le sommet de la thrombose du côté malade.

(1) Extrait du Registre des autopsies de la Faculté de Strasbourg, n° 73 *bis*.

DE L'ACIDE PHÉNIQUE

Par le docteur Amédée Tardieu, ancien interne des hôpitaux.

Dernièrement quelques médecins, en tête desquels on doit citer le professeur Chauffard, ont appelé l'attention sur l'acide phénique employé dans le traitement de la variole. Ce mode de traitement paraît même avoir fort bien réussi; il nous semble qu'il ne sera pas sans intérêt de dire quelques mots sur cet agent thérapeutique qui prend chaque jour une nouvelle importance.

L'acide phénique se retire de la distillation de la houille, et nous renvoyons aux traités de chimie pour l'étude des différentes propriétés chimiques et physiques de ce corps. Nous ne l'envisagerons ici que comme médicament. L'acide phénique a été employé à l'extérieur et à l'intérieur.

1° *Emploi à l'extérieur.* L'acide phénique est un des meilleurs désinfectants que l'on connaisse. Il n'a contre lui que son odeur, à laquelle, du reste, on s'habitue fort bien. Il est déjà très-employé pour le pansement des plaies, surtout en Angleterre. En France, M. Maisonneuve l'emploie depuis plusieurs années à l'Hôtel-Dieu de Paris. Si cet habile chirurgien n'est pas le premier qui s'en soit servi, il en est à coup sûr le principal vulgarisateur. Nous avons été témoin, en 1866, pendant notre internat à l'Hôtel-Dieu, des succès vraiment surprenants obtenus par le pansement phénique. Depuis, nous avons pu continuer nous-mêmes des études entreprises sur ce mode de pansement en 1866, et nous sommes arrivés à cette conclusion que le pansement phénique permet au chirurgien d'obtenir la guérison de n'importe quelle opération, en plein Paris, au milieu même des hôpitaux, tout aussi bien qu'à la campagne. Pour démontrer ce que nous avançons, qu'on nous permette les considérations suivantes :

Dans l'état actuel de la science, on peut admettre, qu'au sein des grandes villes, les plaies se compliquent surtout par la présence de miasmes contenus dans l'air. Par le mot miasmes, nous entendons simplement des corpuscules qui se développent sous certaines influences atmosphériques et nuisent aux êtres vivants, soit en se fixant sur les plaies, soit surtout en pénétrant dans les organes respiratoires et de là dans le sang qu'ils altèrent. Il nous semble même que ces miasmes peuvent dès maintenant être rangés en deux grandes classes : les uns, que l'on pourrait appeler miasmes animaux, sont produits par les détritus de matières animales; les autres, miasmes végétaux, viennent au contraire de la décomposition des substances végétales, dans les régions basses, chaudes et humides.

Le premier groupe de miasmes occasionnerait les maladies contagieuses comme : choléra, typhus, peste, variole, scarlatine, etc... En outre, plus spécialement pour les plaies : infection purulente, pourriture d'hôpital, diphtérite des plaies...

Le second groupe de miasmes occasionnerait les fièvres intermittentes, paludéennes, etc., et trouverait souvent un spécifique dans le quinine. Nous ne parlerons point de ce groupe.

Les complications des plaies sont donc produites, d'après nous, par des miasmes venant de détritus animaux. Remarquons en passant que le pus dégénéré d'une plaie peut lui-même produire des miasmes sans que le malade les emprunte à l'air ambiant. Or, le plus puissant destructeur de tous ces miasmes est l'acide phénique.

On n'emploie guère l'acide phénique pur ou même peu étendu, car alors il est caustique. Pour laver les plaies, la solution au millième est recommandée par M. Maisonneuve :

Acide phénique.............. *un* à *deux* grammes.
Eau.............................. *mille* —

Cette solution nous paraît un peu faible. Nous la croyons bonne pour les soins de propreté, lavage de la bouche, injections, etc..; mais, pour le lavage des plaies, nous préférons la solution suivante :

Acide phénique......... *quatre* à *dix* grammes.
Eau....................... *mille* —

Une plaie ordinaire, lavée en moyenne deux fois par jour, doit guérir sans complication. Rien n'est plus simple que de laver une plaie avec de l'eau phéniquée, et nous n'étonnerons cependant personne en disant, qu'à notre époque, les pansements sont presque totalement abandonés par les élèves. On s'amusera à chercher une cellule au microscope; on dissertera une semaine et plus pour savoir si elle est ronde ou carrée, et l'on s'occupera fort peu de savoir cette vulgaire anatomie, qui est de tous les jours, et cette pratique chirurgicale qui fait la gloire de nos ancêtres. Aussi, où en est la chirurgie française au moment où nous parlons? Quels sont les résultats obtenus dans beaucoup de services des hôpitaux? On a été jusqu'à invoquer cette singulière raison, pour justifier les insuccès, que notre race était dégénérée. Pour nous, nous n'en croyons rien. La dégénérescence est dans notre corps chirurgical et pas ailleurs; les opérés meurent parce nous les *pansons mal*. Du reste, il nous semble qu'actuellement les choses en sont arrivés à ce point qu'une réforme ne saurait se faire attendre.

Mais revenons à l'eau phéniquée. La plaie une fois lavée doit être recouverte de charpie bien imbibée de la même eau phéniquée. Il suffit ensuite de mettre une compresse et une bande par dessus, et le pansement est fait.

Du reste, n'exagérons rien, l'eau phéniquée nous paraît surtout fort utile pour prévenir les complications des plaies, notamment l'infection purulente. Mais lorsque certaines complications sont déclarées, la solution dont nous parlons ne peut pas toujours les arrêter complétement. C'est ainsi que, pour la pourriture d'hôpital et la diphtérite des plaies, le pansement au perchlorure de fer plus ou moins étendu doit être préféré.

2° *Emploi à l'intérieur.* En 1868, notre savant maître, le professeur Parrot, essayait, à l'hospice des Enfants-Assistés, l'emploi de l'acide phénique à l'intérieur. Il y avait à ce moment une épidémie de diphtérite mortelle chez presque tous les enfants.

Plusieurs enfants de 3 à 8 ans, atteints de diphtérite généralisée, furent traités par la potion suivante : acide phénique, *quatre* à *huit* gouttes dans un julep de *cent vingt* grammes, à prendre par cuillerées en vingt-quatre heures. Nous notâmes ce qui suit : les enfants prenaient bien la potion, malgré l'odeur phéniquée, et plusieurs parurent avantageusement modifiés par cette médication. Nous remarquâmes en outre que cette potion plongeait les petits malades dans la torpeur, et que chez plusieurs il arrivait une grande pâleur des téguments. En essayant sur nous-mêmes une potion contenant *dix* gouttes d'acide phénique pour *cent vingt* grammes de julep, nous éprouvâmes de la somnolence pendant quatre à cinq heures. Nous avons conclu de nos essais qu'il pouvait y avoir incon-

---

théâtre sur le Pont-Neuf, et était associé à un bateleur fort connu sous le nom de marquis de Grattelard, dont on possède *les Rencontres, fantaisies et coq-à-l'asne facétieux du baron de Grattelard, tenant sa classe ordinaire au bout du Pont-Neuf. Ses gaillardises admirables, ses Conceptions inouies et ses farces joviales.* Paris, de l'imprimerie de Julien Trottolle, 72 pages. — Le nom de l'imprimeur est supposé; Trottolle était un camarade de Grattelard. Quant aux *Rencontres* elles-mêmes, elles ne sont, pour la plupart, qu'un plagiat à peine déguisé des *Rencontres et questions tabariniques.* — Revenons à Desiderio de Combes.

Il était de haute taille, habituellement couvert d'un grand habit écarlate, et portait à son cou une lourde chaîne d'or, à laquelle étaient suspendus les portraits de tous les souverains du monde, ses nobles clients. Il était environné de bouteilles pleines de serpents, et avait pour mission spéciale de vendre des contre-poisons. Il se faisait mordre par ses serpents, ou bien avalait du poison, et en détruisait immédiatement l'effet à l'aide de ses antidotes. L'auteur du *Discours* ne manque pas de donner fort longuement l'explication de ces phénomènes. Selon lui, avant d'avaler le poison, arsenic ou réalgar, il mange deux heures auparavant une grande quantité de laitues avec beaucoup d'huile, ou d'énormes quantités de tripes quand il n'a pas de laitues, de telle façon que le poison avalé ne puisse percer et pénétrer au dedans du corps, et ainsi faire érosion et arriver au foie par les veines mésaraïques. D'autres fois, au lieu d'arsenic, il mange tout simplement du sucre candi, et s'empresse de prendre son contre-poison qui naturellement produit merveille. Et le peuple, ajoute l'auteur, se rompt le col pour avoir de ce médicament, non comme venu ou vendu par des charlatans, mais comme descendu du ciel. Évidemment il est lui-même moins habile et bien plus crédule que les charlatans dont il parle.

Le pauvre Desiderio de Combes, malgré son talent et son accoutrement splendide, ne paraît pas avoir jamais eu un public bien nombreux; le parisien préférait le docte Mondor et le joyeux et spirituel Tabarin. Cette préférence s'expliquerait très-bien si le portrait suivant, que nous trouvons à la dernière page du *Discours*, est ressemblant : « Quant à Mondor, il a de l'esprit et un peu de lettres, et serait capable, s'il voulait, d'une vocation plus honorable. Il est civil et courtois, ottant son chapeau bien honestement et avec un doux soubsris quand il renvoye le mouchoir et le gand. Quant à de Combes, il est grossier et rustaud, il ne sait lire, ny écrire, ny parler, et le peu d'audience qu'on luy donne le fait tenir, comme il est, pour le plus ignorant charlatan et plus effronté menteur qui ayt jamais monté en banc. »

Bien qu'il ne soit pas monté en banc, qu'il ait fréquenté les personnes comme il faut, et même les grands seigneurs, le plus fieffé charlatan d'alors fut certainement Barbereau, qui gagna des sommes considérables et une surprenante renommée à vendre... vous le savez peut-être? à vendre de l'eau de Seine, « dont il avait changé le nom, pour la mettre à un bien plus haut prix que le vin de Champagne. » Cette eau, soigneusement conservée en bouteilles, bien scellée du sceau de *la fontaine perpétuelle*, contenait, paraît-il, un petit cristal d'un beau vert et de la grosseur d'un grain de blé. C'était ce cristal qui lui donnait ses merveilleuses propriétés et en faisait une véritable *eau de Jouvence* « que l'on payait jusqu'à dix et trente louis d'or. »

Barbereau avait établi le bureau de sa panacée au collége des Quatre-Nations, « et pour en faire la distribution d'une manière un peu galante, il la commit à sa femme et à sa fille, deux nymphes qui ne paraissaient pas les plus refroidies de charité, de sorte qu'on croyait toujours boire à juste prix, quelque chère que fut l'eau, quand on la prenait des mains de ces deux précieuses. »

Le commerce alla bien pendant un assez long temps; l'eau merveilleuse faisait merveille; tout le monde était enchanté, qui de l'eau, qui des nymphes; mais le malheur voulut que le laquais d'un grand seigneur, ayant mission d'aller quérir la fameuse eau, eut l'ingénieuse idée de la puiser directement dans la Seine et de garder pour lui les louis d'or. L'eau du laquais fit merveille tout comme celle de Barbereau. L'histoire fut connue; elle se répandit, et l'eau de Jouvence, aussitôt délaissée et oubliée, perdit toutes ses propriétés. Avouez cependant que c'était là un beau trait de génie.

Le pauvre charlatan avait gagné des sommes énormes; mais c'était, paraît-il, un grand ivrogne, changeant l'eau en vin de toutes les façons, coureur de filles, dépensier comme Panurge; aussi, finalement, mourut-il dans un état voisin de la misère. C'était bien la peine d'avoir été un bienfaiteur de l'humanité! Nous en pourrions citer qui, de nos jours, ont amassé à ce métier quelques deux ou trois millions, et qui mourront emportant les bénédictions de la foule idiote et bernée.

A côté de ces empiriques illustres, nous devrions en citer beaucoup d'autres, tels que Lescot l'opérateur; Collot; l'Italien Caretti, illustré plus encore par La Bruyère, sous le nom de *Carro-Carri*, que par son propre talent, et cent autres. Mais nous craindrions, non sans raison, de lasser la patience indulgente du lecteur, et je lui demande seulement la permission de lui présenter un arracheur de dents célèbre du siècle dernier, digne émule du célèbre Carmeline : Thomas, en un mot, le grand Thomas, le gros Thomas, l'homme le plus illustre et le plus connu qui ait jamais opéré sur le Pont-Neuf. Voici le charmant portrait qu'en trace un contempo-

vénient à dépasser *dix* gouttes. Nous avouerons, du reste, que ces essais ne furent pas assez répétés, et que les enfants traités étaient trop malades pour donner des résultats précis.

Nous n'avons donc pas été surpris, en voyant le professeur Chauffard préconiser l'acide phénique dans le traitement de la variole. Il nous paraît naturel d'admettre que la variole, affection contagieuse, doit être produite par des miasmes dont plus tard on connaîtra probablement les propriétés spéciales. Des essais dans ce mode de traitement ne sauraient donc être trop encouragés.

Pour nous, en nous basant toujours sur les considérations que nous avons exposées plus haut, nous ne craignons point d'avouer que si nous avons plus tard des cholériques à soigner, nous les traiterons de la façon suivante :

1° Éméto-cathartique :
Émétique.................. *cinq* centigrammes.
Sulfate de soude............ *trente* grammes.

Et lorsque ce premier remède aura produit son effet. Nous donnerons une seconde potion composée de :

2° Acide phénique........ *quatre* à *huit* gouttes.
Julep.................... *cent vingt* grammes.

On sait, d'une part, en effet, que l'éméto-cathartique réussit souvent dans le choléra. Et, d'autre part, lorsque le tube digestif aura été débarrassé des matières qu'il contient, on ne saurait donner un meilleur désinfectant du sang que l'acide phénique. La suite seule pourra démontrer si nous avons raison. En tout cas, la potion que nous proposons n'offre aucun inconvénient.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 31 mai 1870. — Présidence de M. Denonvilliers.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Une lettre par laquelle il informe l'Académie que, conformément à la demande de son Conseil d'administration, il vient de décider qu'une nouvelle somme de mille francs sera mise à sa disposition pour l'entretien temporaire d'une génisse à cow-pox (Comm. de vaccine.); — 2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département du Nord pendant l'année 1869 (Comm. des épidémies.); — 3° Des rapports de MM. les docteurs Malet, inspecteur des eaux minérales de Castera-Verduzan, et Peironnel, inspecteur des eaux minérales de la Bourboule, sur le service médical de ces établissements pendant l'année 1868. (Comm. des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° Une lettre de M. le docteur Fauchez, médecin à Saint-Vivien-Médoc (Gironde), accompagnant l'envoi de plaques de verre contenant du cow-pox spontané ; — 2° Le rapport du secrétaire du Comité de vaccine de l'arrondissement des Sables d'Olonne (Vendée), sur les vaccinations de 1869, soumis au Conseil d'hygiène et de salubrité public du même arrondissement, le 13 avril 1870 (Comm. de vaccine.) ; — 3° Une lettre de M. le docteur Dauvergne, de Manosque (Basses-Alpes), accompagnant l'envoi d'un rapport sur les maladies qui ont régné dans le canton de Manosque et les environs, pendant l'année 1869 (Comm. des épidémies) ; — 4° Un rapport de M. le docteur Foubert, sur les bains de Villers-sur-Mer, pour la saison de 1868 (Comm. des eaux minérales).

M. J. Guérin, à propos de la lettre du ministre mentionnée dans la correspondance, annonçant l'envoi d'un subside destiné à favoriser les vaccinations de l'Académie, fait remarquer qu'il est probable que ce subside est destiné à favoriser autant la vaccination humaine que la vaccination animale. M. Guérin profite de l'occasion pour faire savoir qu'en effet la vaccination humaine a besoin d'être favorisée à l'Académie, attendu qu'il y a quelque temps, un jour même de séance de vaccination à l'Académie, il a demandé au bureau du vaccin humain en tubes, et qu'on lui a répondu qu'il n'y en avait pas. On lui a offert des tubes de vaccin de génisse dont il n'a pas voulu ; mais on n'a pu lui donner que du vaccin humain en plaques, avec lequel il a pratiqué sept vaccinations qui n'ont pas réussi. Cela tient, selon M. Guérin, à ce que ces plaques n'étaient pas assez adhérentes et que le vaccin ne se trouvait pas à l'abri du contact de l'air. Il signale donc, en terminant, d'une part l'absence de vaccin humain en tubes, et d'autre part l'imperfection des plaques au point de vue de la conservation du vaccin.

M. Blot demande à faire une observation relativement au mode de conservation du vaccin. C'est une erreur, selon lui, de croire qu'il faut chercher à préserver le vaccin recueilli sur des plaques du contact de l'air. M. Blot a pratiqué des vaccinations avec du vaccin recueilli à Bruxelles sur des plaques d'ivoire séchées à l'air et envoyées à Paris, lesquelles vaccinations ont parfaitement réussi. Il suffit donc d'appliquer cette plaque d'ivoire sur le bouton du vaccin et de le laisser sécher à l'air. Il se conserve ainsi parfaitement.

M. Depaul répond à M. Guérin que c'est précisément parce qu'il a demandé du vaccin humain en tubes un jour de séance de vaccination qu'on n'a pas pu lui en donner, il y avait du vaccin animal parce que le même animal en donne 600 tubes. M. Depaul ajoute que depuis trois mois et demi, il a fourni 39,615 lancettes à des médecins. Il ne saurait donc accepter les reproches qui lui sont faits. Quant à ce que M. Guérin a dit sur les plaques, M. Depaul ne saurait non plus accepter ce reproche. Le vaccin en plaques n'adhère que quand il est desséché. Or les plaques qu'on avait données à M. Guérin n'avaient pas eu le temps de sécher.

PRÉSENTATIONS.

Les ouvrages suivants sont présentés à l'Académie :

Par **M. Gubler** : 1° la 10e édition des *Nouveaux éléments de botanique* de M. Achille Richard, augmentée de notes complémentaires par M. Charles Martins, et pour la partie cryptogamique par M. Jules De Seynes, agrégé de la Faculté de médecine. — 2° Au nom de l'auteur, M. le docteur Billod, un volume intitulé : *Traité de la pellagre.*

Par **M. Vulpian**, une brochure de M. le docteur Hayem, intitulée : *Études sur les myosites symptomatiques.*

Par **M. Depaul**, au nom de M. le docteur Villeneuve, un mémoire, extrait du *Marseille médical*, sur le rapport existant entre le volume des enfants et leur résistance vitale dans l'accouchement.

Par **M. Larrey**, de la part de M. le docteur Béranger-Féraud, une brochure ayant pour titre : *Des Diverses méthodes de réunion des plaies intestinales.*

M. le Président rend compte à l'Académie de la visite que le bureau a faite en son nom au nouveau ministre des lettres, sciences et beaux-arts, sous l'administration duquel elle se trouve actuellement placée. L'accueil que le ministre a fait à la députation de l'Académie a été des plus sympathiques.

M. le Président annonce la perte que l'Académie vient de faire dans deux de ses membres : M. Simpson, membre correspondant à Londres et M. Soane, membre associé à Madrid.

L'ordre du jour appelait la suite de la discussion sur le vinage des vins, mais M. Piorry obtient un tour de faveur pour une communication toute d'actualité.

LECTURE

Variole. — M. Piorry se propose de traiter dans ce mémoire des moyens de s'opposer à l'extension des épidémies de variole, et de limiter les progrès de celle qui sévit actuellement.

Les moyens qu'il propose se résument dans les propositions suivantes :

1° Quel que soit le logis, la chambre, la salle où se trouve couché un variolé, et quand même la dimension du local serait proportionnée au besoin de la respiration, alors encore que des appareils de ventilation tels qu'on les construit seraient établis, il faut qu'un courant d'air y soit très-fréquemment établi par l'ouverture diurne et même nocturne des croisées qui doivent être abaissées jusqu'au sol même de la pièce où elles sont placées.

2° Faire prendre, à la suite de la variole, des bains prolongés, et ne permettre jamais aux personnes qui en sont atteintes de sortir de chez elles avant la chute des croûtes varioliques et le nettoyement parfait des cheveux, des poils et des vêtements.

3° Isoler autant que possible les variolés et ne pas les faire communiquer jusqu'à la chute complète des croûtes, et le lavage de la peau, des cheveux, etc., avec les individus qui ont échappé jusqu'alors à l'action du fléau.

Renouveler souvent les draps du lit et purifier ainsi l'air qu'ils recouvrent. Ne confier les variolés qu'à des gens ayant eu la variole ou à des personnes bien vaccinées.

Placer les malades dans un hospice dont les salles soient très-nombreuses, et qu'il soit facile de diviser en chambres de deux lits, claires, chaudes et disposées de façon à ce que l'air y circule librement.

Pansement par balnéation continue. — M. Le Fort, candidat à la place déclarée vacante dans la section de pathologie chirurgicale, lit un travail sur le pansement simple par balnéation continue.

Voici le résumé de ce travail :

La mortalité après les opérations plus élevée dans la pratique nosocomiale que dans la pratique civile, plus forte dans les grands hôpitaux des villes que dans les petits hôpitaux de la campagne, plus considérable dans ceux de Paris que dans ceux de Londres, tient surtout à l'apparition plus ou moins fréquente des deux redoutables complications : l'infection purulente et l'érysipèle.

A certains moments, dans certains de nos établissements, ces maladies prennent un développement tel, se montrent avec un tel degré de fréquence, qu'on caractérise du nom d'épidémie ces états sanitaires assez graves pour qu'on ne puisse plus, pour ainsi dire, faire une incision sans voir survenir un érysipèle, pour qu'on ne puisse plus faire une opération de quelque importance sans avoir à redouter presque à coup sûr l'infection purulente.

Lorsqu'on voit ces maladies se disséminer, s'étendre avec tous les caractères qu'on attribue aux épidémies, et lorsqu'on remarque en même temps que ces épidémies, comme celles des fièvres puerpérales, se concentrent tantôt dans un hôpital, tantôt dans un autre, se limitent à un seul service sans s'étendre sur le service voisin, il est difficile de ne pas admettre qu'il existe pour l'érysipèle et l'infection purulente, aussi bien que pour la fièvre puerpérale, une cause capable d'amener de tels effets, et que cette cause soit autre que le caractère contagieux, ou plutôt infectieux par contagion, de ces graves complications de traumatismes accidentels, chirurgicaux ou puerpéraux.

Pour que de pareilles épidémies se produisent, il faut qu'un cas spontané en soit le point de départ; elles seront donc rares si ces cas isolés sont peu fréquents; elles seront plus rares encore si, lorsque ces cas accidentels se développent, nous avons su diminuer chez les autres malades la réceptivité morbide à l'action du germe infectieux, diminuer la fréquence des cas spontanés d'érysipèle et d'infection purulente, prévenir la dissémination générale de ces maladies, si on n'a pu empêcher leur développement isolé sur un autre malade ; tel est le problème dont il importe de chercher et d'obtenir la réalisation.

Après avoir rappelé les principaux modes de pansement employés, M. Le Fort continue ainsi :

En résumé, si nous recherchons, si nous rapprochons les indications que les chirurgiens ont cherché à réaliser par leurs différentes méthodes de pansement, nous trouvons les indications suivantes :

Mettre la plaie à l'abri du contact de l'air, la modifier quand il y lieu par l'application de substances médicamenteuses.

Entretenir autour d'elle une certaine humidité.

Empêcher la décomposition du pus qui imbibe le pansement.

Maintenir la plaie dans un grand état de propreté.

Prévenir l'adhérence des pièces de pansement.

Détruire les germes qui pourraient être le point de départ d'une infection.

Une très-légère modification aux pansements généralement employés m'a permis, je crois, de remplir ces modifications. Je rejette d'une manière absolue l'usage des corps gras quels qu'ils soient; j'étends la même prescription au diachylon, mais seulement quand il s'agit d'une plaie récente, et dans aucun cas, du moins dans les hôpitaux, je n'emploie la charpie; car, par sa faculté d'ab-

---

rain : Le gros Thomas s'était rendu en visite à Versailles, auprès de LL. MM. le roi et la reine : « Le superbe cheval qui avait l'honneur de porter l'incomparable Thomas était orné d'une prodigieuse quantité de dents enfilées les unes après les autres. Un valet avait soin de le traîner par la bride, de peur que la joie et les acclamations du peuple ne le fissent sortir du sérieux qui convient à une pareille cérémonie. Les ajustements du gros Thomas étaient nouveaux et extraordinaires. Son bonnet d'argent massif avait à son sommet un globe surmonté d'un coq chantant. Le bas de ce couvre-chef était terminé par un retroussi au milieu duquel on voyait les armes de France et de Navarre, et, sur le côté gauche, un soleil et ces mots : *Nec pluribus impar*. Son habit écarlate, fait à la turque, était orné de dents, de mâchoires et de pierreries du Temple.... Son sabre était long de six pieds. Sa suite était composée d'un tambour, d'un trompette et d'un porte-drapeau, qui marchaient devant lui ; à ses côtés, il avait un tisanier et un pâtissier. »

Ah! dame, ce n'était pas un petit personnage que notre arracheur de dents. A certains jours, à la naissance d'un dauphin, par exemple, il arrachait gratis toutes les dents qui voulaient bien l'honorer de leur confiance, soit sur la place publique, soit dans les hôpitaux. Il invitait à des banquets homériques, sur le terre-plein du Pont-Neuf, la population tout entière des affamés de Paris, et leur servait un bœuf, plusieurs veaux, des moutons, des oies, à moins que la police ne jugeât prudent d'intervenir et d'empêcher la ripaille tant désirée par les poëtes *Sibus* du temps. D'ailleurs, il arrachait les dents sans douleur.. . pour lui-même, et voici ce qu'en dit Gouriet: « Le gros Thomas opérait sans effort quand la dent tenait peu ; mais, lorsqu'elle se montrait opiniâtre, il faisait dit-on, agenouiller son homme, et, jusqu'à trois fois, le soulevait de terre avec la vigueur d'un taureau. Voilà pour la mâchoire inférieure. On ne dit pas comment il s'y prenait, en pareil cas, pour la mâchoire supérieure ; peut-être employait-il un cabestan. » En pareil cas, l'infortuné Sibus, martyrisé par Cormier, un autre opérateur, sanglant, pleurant, à demi-mort, s'écriait encore qu'il ne ressentait aucune douleur. Il avait ses dix sous et son dîner à gagner !

Quant à Thomas, il se retira avec douze mille livres de rente ; c'était peu pour un personnage aussi connu ; mais notre dentiste était un vrai bon enfant, un cœur d'or; il donna plus d'une fois d'une main ce qu'il gagnait de l'autre. En outre, c'était un homme vraiment magnifique, ami des beaux costumes, des bons dîners et aussi du beau sexe. Avec de pareils goûts, on fait rarement une bien grosse fortune.

Pardonnez-moi tous ces longs bavardages, cher lecteur, je voudrais être sûr de ne vous avoir pas ennuyé. Pour moi, je le reconnais, et m'en suis déjà confessé, je me complais trop dans ces vieilles histoires et dans ces vieux souvenirs. Hélas! c'est qu'aussi tout cela a disparu pour ne plus revenir ; nous ne reverrons plus ces joyeux compères qui ont tant amusé nos ancêtres; nous n'entendrons plus ces lazzis équivoques, ces mots au gros sel qui nous feraient rougir et qui effaroucheraient nos femmes (nous sommes si honnêtes, Seigneur! allez vous en assurer dans les bals et les spectacles); nous n'avons plus pour nous consoler que quelques grossiers mangeurs d'étoupes, quelques misérables avaleurs de sabres. C'est à peine si on débite clandestinement, et sans mot dire, quelques boîtes d'onguent ou une poudre dentifrice ; on est également volé, cela est sûr, mais on n'a plus la ressource de rire avec le voleur. Ah! nous sommes un peuple grave, sérieux, un vrai peuple de *gentlemen* ; il faut qu'à la surface tout soit propre et rangé, que les rues soient nettes et que les places publiques, les ponts et les quais, ne présentent pas le moindre encombrement. Il n'y a plus place pour les tréteaux en plein air ; tout cela c'est *shocking*. Dans les beaux appartements, c'est autre chose. Il est bien convenu, n'est-il pas vrai, que nous ne nous occupons pas ici de politique? Nous ne devons pas sortir de la médecine. Vous croyez qu'il n'y a plus d'Orviétan, de Barry, de Mondor ? Allez au faubourg Saint-Germain, allez au faubourg Saint-Honoré, frappez à la porte du docteur Tam-Tam, vous y retrouverez ces espèces que vous aviez crues perdues. Ah! par exemple, les successeurs des charlatans du dix-septième siècle n'ont pas autant d'esprit que leurs maîtres, mais ils possèdent, comme eux, avec l'habitude du mensonge, l'âpre amour du gain et de l'argent, et l'absence entière de scrupules. Ceux d'autrefois étaient amusants et cyniques, ceux d'aujourd'hui vous écœurent par leur hypocrisie et leur bêtise!

Pardon, cher lecteur, il vient de passer un orage sur Paris, et je suis nerveux.

(*A suivre.*) Dr H. Montanier.

Topographie médicale de Barèges. — Le sol, le climat, les eaux, par le docteur Armieux, médecin principal d'armée, lauréat de l'Académie de médecine de Paris et de plusieurs autres sociétés savantes. — Paris, 1870. 1 vol. gr. in-8° de 238 pages, avec plan colorié de Baréges et de la vallée du Bastan. — Prix : 3 fr. 50.

Étude sur les Eaux de la Bourboule, par le Dr Chateau. — In-8° de 54 pages. — Prix : 1 fr. 50.

sorption, elle peut être le réceptacle de germes infectieux. Je recouvre la plaie d'une ou plusieurs compresses trempées dans un mélange d'eau et d'un dixième environ d'acool ordinaire ou d'alcool camphré. Si la plaie a besoin d'être excitée, j'ajoute, en diverses proportions, suivant les cas, une solution de sulfate de zinc, au dixième, et j'enveloppe toute la partie correspondante du membre avec un morceau de taffetas ciré maintenu lui-même en place par quelques tours de bandes, et je veille avec soin à ce que l'enveloppement soit compact et hermétique.

L'évaporation du liquide qui a imprégné les compresses ne pouvant avoir lieu, les produits de l'évaporation insensible qui s'opère normalement à la surface de la peau étant retenus, le pansement se trouve transformé en une sorte de bain continu.

Sans les inconvénients d'une macération qui gonfle les tissus et semble diminuer leur vitalité, sans les ennuis amenés par la nécessité d'appareils difficiles à manier et qui ne sauraient être d'un usage général, j'obtiens les avantages du bain de Mayor, de Langenbeck et de Vallette (de Lyon), ou même de l'irrigation continue. L'action sédative de l'eau, tempérée suivant les indications par l'usage de solutions médicamenteuses, modère l'inflammation et la maintient dans les limites nécessaires au travail de cicatrisation.

Le pus, à l'abri du contact permanent de l'air, ne subit aucune modification; il reste, il est vrai, en rapport avec la plaie, mais le pansement par occlusion nous a montré depuis longtemps l'innocuité du pus non altéré.

Les compresses ne pouvant se dessécher, n'adhèrent nulle part, se détachent facilement, et l'on n'a pas à craindre l'excoriation des bourgeons charnus. Quant à la propreté, il est facile de voir qu'on l'obtient d'une manière absolue. Enfin, si l'on admet les idées d'infection, de transports de germes, la plaie arrosée, au moment du pansement, d'eau alcoolisée, recouverte de compresses trempées dans la même solution, enveloppée hermétiquement d'une étoffe imperméable est efficacement protégée contre toute contamination. Cette modification apportée à ce mode de pansement si généralement employé et qui ne consiste guère que dans l'emploi d'un morceau de taffetas ciré plus large qu'on ne le taille d'ordinaire, se présente avec de telles apparences d'insignifiance, et, dans tous les cas, coûte si peu d'efforts d'imagination que je n'aurais pas osé en entretenir l'Académie si elle ne se recommandait par des résultats qui m'ont convaincu de son efficacité. »

Ici l'auteur cite des observations et donne des statistiques à l'appui des considérations qu'il vient de faire valoir, et termine en préconisant aussi l'action de ce mode de pansement sur les phlegmons diffus.

Ce travail est renvoyé à la section de pathologie chirurgicale.

PRÉSENTATION

M. LE DOCTEUR PRAT, comme complément à la communication qu'il a faite dans la dernière séance, présente son appareil pour irrigations abondantes d'eau tiède, simple ou médicamenteuse, dans le conduit auditif externe.

Cet appareil, que M. Prat appelle *Oto-irrigateur*, a subi une modification qui consiste dans l'addition d'une pelote creuse en caoutchouc, servant d'amorceur au siphon et rendant plus commode l'usage de l'instrument.

La séance est levée à cinq heures et quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 3 juin 1870, à l'Hôtel-de-Ville, à trois heures et demie très-précises.

Ordre du jour : 1° Lecture de M. Gillebert d'Hercourt sur le climat des Alpes-Maritimes. — 2° Rapport de M. Briquet sur la candidature de M. le docteur Valéry Meunier au titre de membre correspondant national. — 3° Suite de la discussion sur la pleurésie purulente.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 22 au 28 mai 1870, donne les chiffres suivants :

Variole, 218. — Scarlatine, 19. — Rougeole, 19. — Fièvre typhoïde, 25. — Typhus, 1. — Érysipèle, 7. — Bronchite, 78. — Pneumonie, 105. — Diarrhée, 5. — Dysenterie, 1. — Choléra, 1. — Angine couenneuse, 4. — Croup, 12. — Affections puerpérales, 5. — Autres causes, 754. — Total : 1,254.

Celui de Londres donne les chiffres suivants, du 15 au 21 mai 1870 :

Variole, 19. — Scarlatine, 48. — Rougeole, 36. — Fièvre typhoïde, 11. — Typhus, 7. — Érysipèle, 1. — Bronchite, 116. — Pneumonie, 65. — Diarrhée, 17. — Dysenterie, 2. — Choléra, ». — Angine couenneuse, 5. — Croup, 11. — Affections puerpérales, 9. — Autres causes, 966. — Total : 1,313.

— Clientèle à vendre aux environs de Paris. — Produit moyen : 12,000 fr. — Écrire à M. Duchêne, 32, avenue de la Mothe-Piquet, Paris. (*Affranchir.*) — *Prix : 8,000 fr. et facilités de paiement.*

AVIS

Les collections remises dans nos bureaux du 1er janvier au 17 mai, pour être reliées, sont prêtes. On peut donc les faire retirer. — Le prix de la reliure est de 3 francs.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

CONFÉRENCE MÉDICALE DE PARIS

Séance du 25 mai 1870. — Présidence de M. CAFFE.

La séance est ouverte à huit heures et demie.

MM. Caffe, Gallard, Marchal (de Calvi), Le Sourd et V. Revillout siégent au bureau.

M. CAFFE, président provisoire, remercie les médecins présents d'être venus en si grand nombre. « Je sais, dit-il, par une longue expérience, combien il est difficile de réunir les médecins, appelés et retenus comme ils le sont par les plus impérieux devoirs, et j'avoue que je ne m'attendais pas à une si nombreuse assistance, dont je suis encore plus heureux qu'étonné. L'objet que nous nous proposons est connu de tous. Je ne perdrai pas votre temps à l'exposer. On a fait assez de discours ailleurs. Allons au fait, en praticiens que nous sommes.

« L'épidémie qu'il s'agit d'étudier et de combattre a déjà produit une mortalité considérable. On ne sait pas au juste combien il est mort de personnes dans les hôpitaux, on ne sait pas quelle est la proportion des morts aux malades, mais le chiffre de ces derniers doit être au moins une dizaine de fois plus considérable, et le mal augmente toujours. Avant d'aborder la discussion, vous devez désigner vous-mêmes votre bureau. Personne ne doit ni ne peut s'imposer à votre choix. Je suis, nous sommes ici à titre provisoire. » (Applaudissements prolongés).

ÉLECTIONS

L'ordre du jour appelle l'élection des membres du bureau définitif.

Sont nommés à l'unanimité :

Président : M. Caffe.

Vice-présidents : MM. Gallard et Marchal (de Calvi).

Secrétaires : MM. Le Sourd, V. Revillout, Dally.

PROGRAMME

M. MARCHAL (de Calvi), sur l'invitation du président, lit le programme des questions à examiner.

Après avoir terminé cette lecture, qui ne soulève aucune observation, M. Marchal (de Calvi) insiste sur l'importance de cette réunion. La question à élucider est grave par elle-même, et c'est la première fois que le corps médical est appelé à se prononcer sur une question d'hygiène publique. Jusqu'à présent, ce grand corps, si éclairé, si compétent, avait reçu le mot d'ordre, et n'avait compté pour rien en dehors des Facultés et des Académies. Il y a un grand service à rendre à la population ; c'est l'occasion pour le corps médical de s'affirmer dans son autonomie et dans sa puissance.

On n'a pas craint de laisser le public assister aux séances, parce que c'est le public surtout qu'il s'agit d'éclairer et de convaincre. Il y a de grandes erreurs et de déplorables préjugés à dissiper, et pour ce motif, toute latitude doit être laissée à la discussion.

M. GARNIER, tout en approuvant le but en lui-même, critique les moyens employés pour l'atteindre. Il aurait voulu que les médecins de province et ceux de Paris fussent convoqués plus expressément.

M. LE PRÉSIDENT répond que le nombre de médecins présents est une preuve que les convocations n'ont pas été négligées. Elles ont eu lieu par la voie des journaux de médecine, dont les promoteurs de la réunion pouvaient disposer. Il y avait urgence, et l'on ne pouvait faire mieux. D'ailleurs, la séance d'ouverture est en quelque sorte préparatoire, et le retentissement qu'elle doit avoir servira de nouvelle convocation, sans préjudice des appels itératifs qui seront faits dans les journaux aux médecins des départements et à ceux de Paris.

M. MARCHAL (de Calvi) lit un passage de la *Tribune médicale*, par lequel les médecins de province étaient convoqués.

M. GALLARD rappelle que, dans une lettre publiée par la *Gazette des Hôpitaux*, il a exprimé le désir de voir les médecins de province assister à la Conférence. Il espère que ceux qui pourront y venir n'y manqueront pas, et que les autres feront connaître par écrit les résultats de leur expérience. Les communications écrites devront être centralisées entre les mains de rapporteurs qui en rendront compte à la Conférence.

Bulletin des décès. — M. CHATEAU. M. le président a dit que les décès qui avaient lieu dans les hôpitaux étaient mal connus mais ils sont compris dans la statistique générale, puisque chaque jour un interne de chaque hôpital doit déclarer à la mairie les décès qui se sont produits dans cet hôpital.

M. DALLY. Il est regrettable que les décès de provenance hospitalière soient confondus ainsi avec les autres. La Conférence ferait bien d'exprimer le vœu de consacrer une colonne sur la statistique municipale à ces décès hospitaliers.

M. MARCHAL (de Calvi). J'appuie cette proposition, et je demanderais, en outre, qu'en regard de la mortalité il y eût le nombre des cas, ce qui, du moins pour les hôpitaux, serait facile. Ce n'est pas tout, en effet, de connaître le nombre des morts ; celui des malades est presque aussi intéressant pour le praticien et l'hygiéniste.

M. CRÉQUY. Un de mes confrères, qui habite aux Quatre-Chemins, lieu où la variole a sévi très-violemment, m'a dit que dans sa clientèle la mortalité avait été d'à peu près un sur douze.

M. REVILLOUT. A ce que j'ai vu, dans les hôpitaux elle a certainement été plus forte.

L'ordre du jour appelle la discussion de la première question du programme.

1re QUESTION.

Cette question est ainsi conçue : *Vaccin humain et vaccin animal. — Leur valeur comparée. — Leurs dangers* (*Syphilis vaccinale*).

De la vaccine par rapport à l'épidémie de variole régnante. — M. AMÉDÉE TARDIEU. En face de l'épidémie de variole qui nous afflige, il a été tout naturel de rechercher l'action de la vaccine sur cette maladie.

On vaccine d'une manière régulière et générale, déjà depuis longtemps, et dans ces derniers mois surtout, les deux vaccines animale et jennérienne ont été plus que jamais préconisées. Ne craignons point de l'avouer, malgré tous ces efforts, l'épidémie suit sa marche ascendante ; elle se rit de la médecine ; et nous avons beau dire que la vaccine est un remède souverain, le chiffre des décès de chaque semaine vient avancer le contraire.

Il semble donc que l'on doive chercher ailleurs que dans la vaccine un remède au fléau. L'étude de l'atmosphère nous a plus spécialement préoccupés. Déjà, depuis quelques temps, un de nos plus illustres savants, M. Charles Sainte-Claire Deville, a eu l'honneur de présider à la fondation d'un observatoire météorologique à Montsouris. Dans le programme de cet observatoire, tout un chapitre important a été réservé à la médecine. La médecine, en effet, doit retirer un jour de précieux documents de l'étude de l'air que nous respirons à chaque instant. Aussi n'est-ce pas sans un vif plaisir que nous nous sommes vus appelés à la collaboration d'un bulletin météorologique médical.

C'est grâce aux études qui se font à l'observatoire de Montsouris que nous avons pu faire des recherches comparatives entre l'état de l'air et la marche de l'épidémie. Ce sont ces recherches que nous venons exposer, dans l'espoir qu'elles pourront être utiles aux médecins, et par suite à la santé publique.

Pour mettre de l'ordre dans l'exposé qui va suivre, nous étudierons successivement : 1° la marche de l'épidémie dans la ville de Paris ; 2° l'état atmosphérique pendant la même période ; et enfin, en troisième lieu, nous comparerons ces deux ordres de choses, en tâchant de mettre en évidence les coïncidences. Les déductions pratique, feront un quatrième chapitre tout indiqué.

1° Marche de l'épidémie.

C'est au mois de novembre 1869 que le chiffre des décès varioliques a commencé à attirer l'attention. Ce chiffre, depuis, a augmenté graduellement. Nous ne prendrons l'épidémie qu'à partir du 1er janvier, époque à laquelle le chiffre des décès varioliques était de 40.

Voici, par semaine, le tableau des décès de la ville de Paris, du 1er janvier au 20 mai :

	Décès de toute espèce.	Décès varioliques.
	1,106	40
	998	27
	980	48
29 janvier 1870....	1,044	47
	1,105	42
	1,139	66
	1,292	83
26 février.........	1,362	79
	1,337	97
	1,263	90
	1,189	112
26 mars..........	1,101	81
	1,262	103
	1,201	118
	1,196	102
	1,199	132
30 avril..........	1,263	166
	1,217	133
	1,210	179
20 mai............	1,239	195
Totaux....	23,703	1,900

Ainsi, du 1er janvier au 20 mai, il y a eu 1,900 décès varioliques pour la ville de Paris, et pendant la même époque, 23,703 décès pour toutes causes. Si, de ce dernier chiffre, on retranche les décès varioliques, on trouve que les décès totaux dépassent encore de beaucoup la moyenne des autres années pendant la même période.

La variole n'est donc pas seule dans l'augmentation de la mortalité parisienne. Si l'on recherche les autres maladies qui ont donné un contingent dépassant la moyenne ordinaire, on trouve la pneumonie, la bronchite, et en général les maladies des organes respiratoires. En face d'un pareil état de choses, il est tout naturel d'étudier l'état de l'air, qui a, de l'avis de tous, une influence toute spéciale dans les affections contagieuses, comme la variole, et dans les maladies des organes respiratoires.

Mais avant d'aborder l'étude de l'air, il est un autre point très-important dans la marche de l'épidémie. L'épidémie a-t-elle sévi à la fois dans tous les quartiers, ou bien, au contraire, quels ont été les quartiers d'où l'épidémie s'est étendue sur tout Paris ? Ce sont les quartiers nord et nord-est de Paris qui ont donné le signal : les 9e, 10e, 17e, 18e, 20e arrondissements. Chose singulière, ces quartiers ont donné le signal, non-seulement pour l'épidémie variolique, mais encore pour les épidémies cholériques de 1865 et 1866. En outre, c'est dans ces quartiers que la phthisie pulmonaire donne toujours, et par tous les temps, son contingent le plus élevé. Quant aux stations suburbaines, ce sont les bourgs méridionaux : Sèvres, Chaville, Levallois, qui, les premiers, ont été atteints. M. le docteur Vacher fait justement remarquer que, dans ces bourgs, il y a beaucoup de blanchisseurs, et qu'il ne répugne nullement d'admettre que le transport des linges contaminés a été pour beaucoup dans la propagation de l'épidémie variolique. Du reste, le même fait s'est passé également pour le choléra.

Jusque vers la fin de mars, l'épidémie actuelle avait épargné beaucoup de quartiers. Depuis le commencement d'avril, elle s'est étendue sur tout Paris, et c'est dans ce fait, bien plus que dans la gravité relative de la maladie, que l'on doit chercher l'augmentation de la mortalité.

2° État atmosphérique de Paris du 1er janvier au 20 mai.

Quand il s'agit d'étudier l'influence de l'atmosphère sur l'état sanitaire d'une contrée, d'une ville comme Paris par exemple, il faut bien distinguer les conditions générales et peu variables, de celles au contraire qui sont particulières et changeantes. C'est ainsi, par exemple, que l'étude de la pression atmosphérique, de la température... paraît être bien moins importante pour l'hygiène que celle des vents ou de l'ozone. Nous n'avons pas ici à rechercher la nature de l'ozone ; constatons simplement que les conditions ozonométriques d'un lieu paraissent avoir un rapport singulier avec ses conditions hygiéniques.

Depuis quelques années, des recherches sont entreprises à ce sujet, et c'est de toute justice que de mentionner le nom de notre savant confrère le docteur Bérigny de Versailles, qui, plus que personne, a contribué aux études ozonométriques.

Déjà, au commencement d'avril 1870, et précisément à l'occasion d'une discussion sur la variole à la Société météorologique de France, nous indiquions les résultats suivants :

1° Pour un point donné de Paris, la quantité d'ozone est en raison inverse du trajet que le vent a parcouru sur la ville avant d'arriver à ce point. C'est ainsi qu'à Montmartre la quantité d'ozone sera maximum avec un vent du nord, minimum avec un vent du sud.

2° Paris possède beaucoup plus d'ozone avec les vents du sud et sud-ouest qu'avec les vents du nord et nord-est. Or, quelle que soit la quantité d'ozone contenue dans un courant d'air au moment de son entrée sur Paris, cette quantité est réduite à zéro lorsque le courant d'air a fait sur la ville un trajet suffisamment long. Ainsi, en prenant Montmartre et Montsouris comme termes de comparaison, Montmartre a généralement zéro d'ozone avec un vent du sud, et Montsouris zéro avec un vent du nord. Mais il y a immédiatement cette différence entre les deux stations, que Montsouris aura, par exemple, 15/21 d'ozone avec un vent du sud, tandis que Montmartre n'aura que 2/21 avec un vent du nord. Telle est une des causes de la plus grande salubrité des quartiers méridionaux.

3° Une autre cause de cet avantage résulte de l'inégal développement des miasmes. La fréquence des vents du sud et sud-ouest est en général plus grande que celle des vents nord et nord-est. Or, les vents du sud sont des vents chauds éminemment favorables au développement des miasmes ; les vents du nord, des vents froids peu favorables à ce développement. On peut donc conclure que le vent du midi, arrivant dénué d'ozone, mais chargé de miasmes, sur les quartiers septentrionaux de Paris, sera mauvais pour eux, tandis que le vent du nord, dénué d'ozone, mais également de miasmes, sera relativement moins mauvais pour les quartiers méridionaux.

On voit par ces quelques réflexions que l'ozone et les vents marchent parallèlement dans l'étude de l'atmosphère de Paris. Il faut donc maintenant examiner les vents qui ont soufflé sur Paris du 1er janvier au 20 mai. Déjà, depuis quelques années, les observateurs ont mentionné une fréquence inusitée des vents du nord. Mais cette fréquence a tout à coup atteint, à la fin de 1869, et surtout en 1870, un degré qui ne s'était jamais vu. Les vents du nord et nord-est ont été pour ainsi dire les vents ordinaires. Voici, en effet, les périodes pendant lesquelles nous trouvons les vents du nord et nord-est dans les premiers mois de 1870 :

Janvier : période du 15 au 29.

Février : période du 9 au 19.

Mars : période, pour ainsi dire, de tout le mois; et quand, par hasard, les vents sont venus du sud ou sud-ouest, ils ont été faibles.

Avril : période de mars continuant les cinq premiers jours. — 2e période, du 11 au 19; — 3e période, du 22 au 30.

Mai : période du 2 au 11. — Malgré les orages du 22, une seconde période nord-est a commencé le 23, et nous y sommes actuellement, 27 mai.

Si l'on applique maintenant les principes posés précédemment, on arrivera à cette conclusion : les vents nord et nord-est ayant prédominé, la quantité d'ozone a dû diminuer dans Paris. C'est en effet ce que nous constatons d'une manière bien évidente. Pour avril par exemple, cette quantité pour 10 stations a été en moyenne de 2,7/21 au lieu de 5,5/20 que l'on trouve pour les mois d'avril précédents dans les mêmes stations.

3° Rapport entre l'état atmosphérique et la marche de l'épidémie.

Bien que dans notre esprit il y ait entre les phénomènes météorologiques exposés et l'épidémie actuelle les relations de causes à effets, nous nous contenterons cependant de dire qu'il y a coïncidence entre ces différents ordres de phénomènes. Les études en effet, que l'on a faites comparativement sur l'ozone, les vents et l'état sanitaire, ne sont pas encore assez nombreuses et assez anciennes pour permettre d'être affirmatif dans nos conclusions. Nous appelons donc de tous nos vœux de nouvelles recherches sur ce sujet. En outre, il est probable que, outre l'ozone, la direction du vent, il y a dans l'atmosphère d'autres inconnues qui entreront plus tard dans la solution du problème. Ajoutons encore une nouvelle preuve, ou mieux, si l'on veut, constatons un nouvelle coïncidence. Si ce sont les vents nord et nord-est qui jouent le grand rôle dans l'épidémie actuelle de variole, les villes autres que Paris qui sont dans ce courant atmosphérique doivent présenter un état sanitaire analogue. C'est précisément ce que le bulletin de l'Observatoire nous apprend : Bordeaux, Tarbes, Perpignan, Clermont, les villes du centre, du nord, etc... ont également des épidémies de variole plus ou moins fortes. Par contre, les villes françaises ou étrangères qui n'ont pas ce courant nord ou nord-est ne doivent pas avoir d'épidémie variolique. C'est encore ce que nous constatons. Il faudrait ici, pour étudier à fond la question, entrer dans l'étude même de ces courants aériens Mais cette étude nous entraînerait dans des considérations météorologiques que nous nous réservons de développer plus tard dans un travail plus étendu.

4° Conclusions.

Ainsi l'épidémie a débuté dans les quartiers nord et nord-ouest de Paris qui sont les plus malsains. De là, elle s'est étendue sur toute la capitale. Bien que nous ayons dit précédemment que les vents du nord n'étaient pas chargés de miasmes, il est bon pourtant de noter que la température du vent paraît avoir peu d'influence sur le développement de la variole, et le vent du nord paraît la transporter tout aussi bien que le vent du midi, qui est bien plus chaud. Une étude plus complète des miasmes permettra peut-être un jour de fixer les conditions particulières qui favorisent le développement de chaque miasme. Le choléra est dans le même cas; le froid ne lui fait rien. Chose singulière, il semble que durant ces dernières années nous ayons traversé une courbe épidémique, commençant par les fièvres éruptives, variole, scarlatine, rougeole, continuant par la fièvre typhoïde, les diarrhées et arrivant à son maximum avec le choléra. A partir du moment où le choléra atteint son chiffre le plus élevé, la courbe de mortalité redescend en passant par les diarrhées, les fièvres éruptives, les suettes miliaires, comme dans l'épidémie de 1866 à Amiens. Toutes ces maladies épidémiques ont un lien commun; elles ont donc, jusqu'à un certain point, une origine analogue. C'est ce que nous pensons, et nous croyons fermement que dans toutes ces épidémies l'atmosphère joue le rôle capital.

C'est pour cela que le vaccin, soit jennérien soit animal, nous paraît un moyen insuffisant pour combattre l'épidémie. Nous versons quelques gouttes d'eau dans un vaste incendie. On aura beau avancer des statistiques et des chiffres, nous persistons dans cette conclusion : on doit chercher le remède ailleurs que dans la vaccine. Certes, nous ne voulons point nier que la vaccine ne soit utile en temps ordinaire, mais on sait combien une maladie devient différente d'elle-même en temps épidémique; et puis, du reste, en vaccinant en temps ordinaire, j'admets qu'on prévienne la variole; mais peut-on dire que la vaccine ne soit pas elle-même une maladie ayant des conséquences lointaines et inconnues? Plus tard peut-être on arrivera à quelque précision dans cette question délicate. Il y aurait bien des choses à dire sur ce sujet, et par exemple, pourquoi la phthisie pulmonaire suit elle une marche ascendante, qui promet la destruction de notre espèce?

Pour nous, nous le répétons, la question épidémique est tout entière due à l'atmosphère. Par cela même, si l'on admet l'existence de corpuscules miasmatiques, on devra, pour être logique, chercher à les détruire par les désinfectants, les antiseptiques. Chose singulière, depuis quelque temps déjà le professeur Chauffard a appelé l'attention sur le meilleur désinfectant que nous ayons actuellement, l'acide phénique. Attendons que l'expérience permette de se prononcer sur le nouveau remède, que, pour notre compte, nous admettons complétement *à priori*.

Enfin, nous n'avons pas besoin de dire en terminant que si ce que nous venons d'exposer présente quelques probabilités, l'étude même de l'atmosphère deviendra des plus importantes quand il s'agira de rechercher les causes des grands fléaux qui désolent l'humanité.

DISCUSSION.

M. BONNIÈRE. Il résulterait de ce que vient de dire notre confrère que l'épidémie actuelle dépendrait à peu près exclusivement de causes météorologiques. Mais pour faire naître la variole, il faut autre chose que de l'ozone et des vents froids; il faut un germe. Nous admettons bien l'influence des vents pour les maladies inflammatoires, pour les pneumonies et les bronchites, affections qui n'ont rien d'épidémique ni de contagieux, mais nous nions qu'il soit possible de leur assimiler la petite vérole. On nous dit que cette fois la petite vérole ne sera pas efficacement combattue par le vaccin, parce qu'elle tient à l'insuffisance d'ozone. Il y aurait donc deux petites véroles différentes? Nous ne le croyons pas.

D'ailleurs, a-t-on bien étudié cette question de l'ozone? A-t-on comparé les quantités qui s'en trouvent à Paris et dans les capitales où la variole ne règne pas : à Londres, à Berlin, à Florence?

M. TARDIEU. Certainement.

M. BONNIÈRE. Il faudrait savoir combien il y a eu de vaccinés qui soient morts. Les vaccinations et les revaccinations échouent souvent parce qu'elles ne sont pas faites comme elles devraient l'être. On ne prend pas le contenu des pustules durant sa période d'activité. Pour le cow-pox en particulier, cette période dure du troisième au sixième jour; et j'en suis convaincu, s'il eut été recueilli toujours au moment voulu, le vaccin de génisse aurait produit les mêmes excellents résultats que le vaccin d'enfant.

M. LANOIX. J'ai quelques courtes observations à faire sur ce que viennent de nous dire MM. Tardieu et Bonnière.

Je ne pense pas que l'épidémie actuelle tienne à des caues toutes locales; mais au contraire, je crois qu'elle nous vient de fort loin.

Depuis plusieurs années, la variole se propage sur les côtes du Pacifique. Elle y sévit actuellement sur une longueur de près de dix-huit cents lieues, à partir de Valparaiso. C'est là que nous en avons sans doute puisé le germe. Les vents alisés donnent naissance à des courants aériens supérieurs, qui viennent s'abattre sur nos côtes européennes et dont on ressent l'influence depuis la Hollande jusqu'en Portugal. Ces courants ont dû transporter avec eux les germes morbides, et en fait, c'est précisément sur le littoral que l'épidémie de variole a débuté.

Quant à la durée de la période d'activité du vaccin de génisse, M. Bonnière a prétendu que la virulence était finie le sixième jour et existait dès le troisième. Or, en réalité, elle ne commence qu'après le troisième jour et dure encore pendant le sixième.

M. BONNIÈRE. Je n'ai jamais dit autre chose. Commençant le soir du troisième jour, elle se continue jusqu'au sixième jour inclusivement.

M. MARCHAL (de Calvi). La durée de la virulence doit être discutée plus tard. En ce moment, nous devons nous en tenir à la question posée, et nous demander d'abord quelle est la valeur du vaccin pris sur la génisse ou sur l'homme. M. Tardieu a mis en doute l'efficacité de la vaccine. Il attribue l'épidémie actuelle à des conditions météorologiques dont je suis loin de contester l'influence adjuvante, mais qui par elles-mêmes ne peuvent rien. La variole est une affection essentiellement spécifique; elle se propage par un germe; et c'est une chose merveilleuse que de voir comment se découvrirent les deux grands moyens de la rendre moins redoutable : l'inoculation de la variole elle-même d'abord, puis l'inoculation de la vaccine.

Introduire dans l'économie le germe variolique, alors que la trouvant mal préparée il ne peut pas y prendre un développement complet, cette idée admirable est sortie du peuple, et d'un peuple fort peu instruit. Les Géorgiens tenaient à conserver la beauté de leurs filles pour les harems des riches musulmans, et parfois même pour le sérail du grand seigneur. Ils avaient peur de la variole spontanée qui défigurait; et, le hasard faisant le reste, ils inventèrent l'inoculation telle qu'elle se pratiquait dans le siècle dernier. Plus tard, ce fut une vachère qui découvrit la vaccination par suite d'une observation tout empirique, et le grand Jenner eut le mérite de vulgariser ce que la vachère avait su voir. Ce ne sont donc pas des systèmes de cabinet, des idées théoriques qui ont fait adopter les divers procédés d'inoculation, ce ne sont pas même des savants qui les ont inventés. Ces grandes découvertes, sorties du peuple, sont basées sur la vérité même des choses.

La variole est une maladie sortie d'un germe; c'est un être, et elle se développe autrement que ne l'indique M. Tardieu. Permettez-moi de le dire, on ne fait ni des enfants ni de la petite vérole avec l'ozone et le nord-est.

C'est un être et c'est plus : c'est un être étranger pour nous, un Sarrazin. Avant l'invasion des Sarrazins en Espagne, avant le septième siècle, l'ozone pouvait diminuer, les vents changer, la petite vérole ne paraissait pas. Elle est entrée alors par importation; et cela prouve qu'il est absurde de la considérer comme une exphorèse, comme une sorte de purgation naturelle de nos humeurs.

M. DALLY. Je crois utile de rappeler à M. Marchal (de Calvi) que notre temps est précieux. Il serait bon de ne pas s'écarter de notre programme, et de regarder comme admis ce que personne ne conteste. M. Tardieu n'a pas prétendu que les vents formaient ou faisaient naître la petite vérole, mais seulement qu'ils la propageaient, ce qui est bien différent.

M. AMÉDÉE TARDIEU. Je ne nie pas l'influence du vaccin, soit de génisse, soit d'enfant, contre la variole telle qu'on l'observe en temps ordinaire. Mais la variole épidémique est tout autre chose. Développée sous des influences atmosphériques particulières, elle ne peut être combattue efficacement ni par le vaccin ni par aucun autre moyen semblable, tant que ces influences persistent. Dans les épidémies, variole, fièvre typhoïde, choléra, scarlatine, etc., se succèdent et se transforment l'un dans l'autre. Les germes de toutes les maladies se trouvent dans l'air à tous les temps : pourquoi donc n'a-t-on pas toujours des épidémies? Parce que, pour les créer, il faut autre chose que des germes. Il faut certaines conditions météorologiques en l'absence desquelles les germes auraient avorté. Quand ces conditions se présentent, l'épidémie naît : et, variole ou choléra, ou autre chose, elle se développe malgré tout.

M. REVILLOUT. M. Dally doit être maintenant convaincu que M. Marchal (de Calvi) ne créait pas de toutes pièces des objections pour les combattre. Les nouvelles explications de M. Tardieu ne laissent aucun doute sur la théorie qu'il soutient. Suivant lui, il existe bien deux varioles, et celle à laquelle nous avons affaire aujourd'hui, la petite vérole épidémique, diffère de l'autre par son principe et par ses causes. Le vaccin ne peut rien contre elle; elle est fatale dans sa marche et dans ses ravages : il faut se résigner à la subir, car elle tient à des conditions atmosphériques auxquelles on ne peut rien changer.

Si c'était vrai, il faudrait donc abandonner toute vaccination, comme étant parfaitement inutile. Mais rien ne prouve que ce soit vrai. M. Tardieu se base exclusivement sur des données ozonométriques qui sont, dans une certaine mesure, contredites par mes souvenirs. Je reçois comme lui les bulletins publiés sous la direction de M. Deville, et je n'ai pas vu, comme fait constant, la disparition absolue de l'ozone dans certains quartiers sous l'influence de vents déterminés.

Je sais bien que les réactions ozonométriques se font mieux par les temps humides que par les temps secs. Mais je me rappelle avoir noté, dans les observations relatives à l'ozone, des variations considérables, à très-peu d'heures d'intervalle, pour une même station météorologique, et sans que la direction du vent se fût modifiée le moins du monde. Ces variations brusques, inexpliquées, dans la proportion de cet agent, si mal connu lui-même dans sa nature intime, ôtent, à ce qu'il me semble, beaucoup de leur valeur aux raisonnements de M. Tardieu.

Si maintenant nous abordons le côté réel et pratique de la question, les faits eux-mêmes, nous serons moins disposés encore à nous incliner en nous croisant les bras devant la variole épidémique.

Une bonne partie de la population parisienne s'est fait vacciner ou revacciner dès les premières semaines de l'épidémie; et depuis lors on a établi à l'ancien hospice des Incurables, dans la rue de Sèvres, trois grands services spéciaux où l'on a déjà reçu plusieurs centaines de varioleux.

Si donc la vaccine ne doit avoir aucun effet préservatif, il y aurait eu parmi ces varioleux un certain nombre de malades revaccinés utilement, quelques jours ou quelques semaines avant leur entrée. Il ne faut pas, bien entendu, compter ceux qui, s'étant fait vacciner trop tard, étaient déjà en puissance de variole, et chez lesquels les deux éruptions se sont développées simultanément. Or, le médecin distingué qui dirige l'un de ces grands services spéciaux, M. Brouardel, nous a donné les renseignements suivants.

Pas un de ses malades n'avait été revacciné utilement quelque temps avant d'être pris de la petite vérole.

Un seul, une femme, avait subi une revaccination faite sans résultat : encore était-ce du vaccin en plaques, dont la provenance était inconnue.

Enfin, trois avaient présenté simultanément les deux éruptions, qui, chez deux au moins, n'avaient paru réagir en rien l'une sur l'autre.

Ainsi la question est jugée. La vaccine est aussi puissante contre la variole épidémique que contre la variole ordinaire; ou plutôt il n'existe pas deux varioles. C'est toujours une même maladie spécifique que les moyennes ozonométriques ne tiennent pas sous leur dépendance.

Quant à la valeur comparative des deux vaccins, je serais porté, comme un très-grand nombre de mes confrères, à préférer le vaccin humain, si j'en jugeais par les résultats que l'un et l'autre m'ont donnés dans ces derniers temps. Mais il paraît que M. Chauveau, en opérant différemment qu'on ne le fait d'ordinaire, obtient des succès à peu près constants avec le vaccin de génisse. Choisissant la période de plus grande virulence, il excise la pustule avant de l'ouvrir, et par ce moyen il est sûr d'avoir du liquide vaccinal sans mélange de sérosité. C'est ainsi, du reste, que procédaient les vaccinateurs napolitains, les premiers qui aient adopté la vaccination animale.

La quantité de sérosité qu'on peut tirer d'une seule pustule en la comprimant à l'aide d'une pince est si grande, que M. Chauveau a pu en charger près de deux cents tubes. Or leur contenu, réuni, puis injecté dans le sang d'un animal, selon le procédé de M. Chauveau, n'a produit aucun résultat; tandis qu'un seul tube de vrai vaccin injecté de même donne lieu à l'éruption caractéristique.

M. Brouardel, qui tient ces détails de M. Chauveau, m'a autorisé à les communiquer au congrès en son nom.

M. CAFFE. Ce n'est pas la première fois qu'on veut faire jouer à l'ozone un rôle important dans la production des maladies. Mais les médecins qui s'étaient occupés le plus spécialement de ce genre de recherches, entre autres M. Scoutetten, ont fini par y renoncer à cause des extrêmes variations qu'ils constataient, d'un moment à l'autre, dans la proportion de cet agent mystérieux.

Vaccin animal et vaccin humain. — M. LANOIX. Les motifs qui, à mon point de vue, rendent nécessaires la réforme du service actuel de la vaccine sont :

La rareté du vaccin humain.

La difficulté de le reproduire en temps opportun.

L'amoindrissement de sa virulence.

L'insuffisance du service.

Le danger de transmission de maladies diathésiques humaines, et en particulier la syphilis.

Les avantages résultant de l'emploi du cow-pox seraient :

L'abondance de vaccin produit.

La facilité et la rapidité de sa production.

L'intensité plus grande du virus.

La permanence du service.

L'absence de tout risque d'infection syphilitique.

Mais je ne puis m'arrêter au développement de ces divers points sans entrer dans la discussion générale. Je m'attacherai, dans cette séance, à reproduire sur la question de la syphilis vaccinale des idées que j'avais déjà exposées dans une conférence publique à la Sorbonne.

Selon moi, il y a deux variétés de syphilis vaccinale :

La syphilis vaccinale évoquée;

La syphilis vaccinale inoculée.

Celle-ci est fille de l'autre. Si sur un sujet syphilitique, ayant ou n'ayant pas eu, au moment de sa vaccination, des manifestations syphilitiques, on pratique cette opération, la pustule qui se développe pourra devenir le point d'élection d'un accident syphilitique; c'est-à-dire que cette pustule, vers le onzième, douzième ou quatorzième jour, au lieu de se transformer en une croûte de vaccin qui laisserait bientôt au-dessous d'elle une cicatrice régulière, se transforme en une véritable ulcération syphilitique.

Or, je dis qu'il n'existe, aujourd'hui, aucun signe certain auquel on puisse reconnaître si cette transformation a ou n'a pas lieu, et si elle se fait insidieusement, sourdement, sans rien changer au début à la forme apparente de la pustule; comme il n'est pas possible de préciser à quel moment cette transformation se fait, il en résulte que l'on court le risque de prendre à la fois sur sa lancette, lorsque l'on vient puiser le vaccin à une source impure, un mélange de séro-

sité syphilitique et de sérosité vaccinale, et du même coup inoculer ainsi la syphilis et la vaccine.

C'est là ce qui rend compte, selon moi, et des faits positifs et des faits négatifs de syphilis vaccinale.

Les faits sont négatifs lorsque, prenant du vaccin sur des individus syphilitiques, on n'a pas transmis la syphilis. Cela n'a rien qui doive surprendre; car, pour transmettre la syphilis, il faut que la pustule vaccinale dans laquelle on a puisé le vaccin ait elle-même subi une altération syphilitique, et cette altération n'a pas nécessairement, fatalement lieu.

Voici comment j'établis le diagnostic différentiel des deux variétés de syphilis vaccinale :

Dans la syphilis vaccinale évoquée, *un seul fait* peut se produire au milieu d'un grand nombre de vaccinations pratiquées le même jour. Son premier accident est la transformation sur place, *du douzième au quinzième* jour, de la pustule vaccinale en un pseudo-chancre; puis, coup sur coup, empiétant les uns sur les autres, apparaissent tous les accidents de la syphilis. Si l'on s'enquiert du vaccinifère, *il est sain*; si l'on fait des recherches sur l'état de santé des parents de l'enfant vacciné, on trouve que l'un ou l'autre est ou a été syphilitique; on apprend aussi quelquefois que l'enfant vacciné a eu, à l'époque de sa naissance, des accidents syphilitiques qui depuis lors avaient disparu.

Dans la syphilis vaccinale inoculée, au contraire, si la vaccination est faite le même jour sur plusieurs personnes, toutes ou presque toutes sont atteintes à la fois; chez toutes ou presque toutes la vaccine suit une marche régulière : elle va même jusqu'à la cicatrisation; mais alors, au niveau d'une ou de plusieurs cicatrices apparaît, du vingt-cinquième au trentième jour, une papule, point de départ d'un chancre induré.

Cette ulcération spécifique ne se cicatrise que lentement, s'accompagne d'engorgement ganglionaire indolent, et un mois et demi plus tard, c'est-à-dire, tardivement, deux ou trois mois après la vaccination, apparaissent les accidents secondaires de la syphilis. Si l'on remonte à l'origine de cette opération malheureuse, on trouve que le vaccinifère est syphilitique, tandis que les enfants vaccinés étaient tous parfaitement sains avant leur vaccination, et appartiennent à des parents sains.

Traitement de la variole. — M. Juffin. Je tiens à recommander aux membres du congrès une médication qui m'a toujours réussi contre la variole comme contre toutes les maladies épidémiques. Je regarde ces maladies comme soumises à deux espèces d'influences : les influences atmosphériques et les influences individuelles, et, pour les combattre, je commence par faire prendre à mes malades *un* gramme de sulfate de quinine dans une potion opiacée de *cent vingt* grammes (une cuillerée à bouche toutes les deux heures). Je n'y reviens jamais une seconde fois. Sous l'influence de cette potion, la fièvre tombe; dès lors, la maladie suit le cours le plus normal et le plus simple.

La séance est levée à dix heures et demie.

L'un des secrétaires : V. Revillout.

Le bureau de la *Conférence médicale de Paris* a l'honneur de rappeler que les séances continueront à se tenir régulièrement tous les mercredis, à huit heures et demie du soir, au gymnase Paz, rue des Martyrs, n° 34.

Dans la prochaine séance, mercredi 8 juin, la discussion continuera sur la valeur comparative des deux vaccines.

Les personnes qui désirent prendre la parole sont priées de se faire inscrire d'avance, en indiquant sur quelle question et dans quel sens elles doivent parler.

Le bureau de la Conférence invite instamment les praticiens de la province à faire parvenir à l'un des secrétaires, M. Dally, les renseignements et documents qu'ils peuvent fournir au sujet soit de la vaccine, soit de l'épidémie actuelle de variole.

Les diverses questions du programme ne donneront lieu à aucun vote pendant la durée de l'enquête sur la vaccine et la variole. Mais une fois la discussion close, il sera formulé un certain nombre de propositions sur lesquelles les médecins seuls, convoqués dans ce but, seront appelés à se prononcer dans une séance spéciale.

Pour couvrir les frais généraux, publications, etc., de la *Conférence médicale de Paris*, une souscription est ouverte au lieu des séances et dans les bureaux de plusieurs journaux de médecine.

QUELQUES RÉFLEXIONS

SUR LE DÉBRIDEMENT DE LA TUNIQUE ALBUGINÉE

DANS LE CAS D'ORCHITE PARENCHYMATEUSE

(Par M. Beltz, aide-major de première classe, médecin en chef de l'hôpital de Teniet-el-Haad (Algérie)).

M. le docteur Salleron a publié, dans le numéro de février 1870 des *Archives générales de médecine*, un intéressant mémoire intitulé : *Observations d'orchite blennorrhagique traitée par le débridement du testicule, selon la méthode de Vidal (de Cassis)*.

On sait avec quel enthousiasme Vidal défendait cette opération qui, pratiquée, disait-il, sur plus de 400 malades, n'avait jamais causé le moindre accident. Outre le soulagement certain et immédiat de la douleur, il lui attribuait encore le mérite de conjurer très-souvent les phénomènes inflammatoires, et de s'opposer ainsi aux accidents possibles de suppuration et de gangrène du testicule.

Eh bien! M. Salleron n'a pratiqué qu'une seule fois le débridement de la tunique albuginée dans un cas d'orchite blennorrhagique. C'était en 1846, à l'hôpital d'Orléansville, et cette unique tentative a été suivie d'un résultat funeste, la fonte complète du testicule dont il n'est resté que la coque fibreuse. Plus tard, le hasard lui fit rencontrer un sujet qui, ayant subi la même opération en 1844, à l'hôpital de Saint-Étienne, éprouva un malheur semblable et subit une atrophie totale de la glande mal de.

Voilà, certes, deux exemples peu encourageants; aussi l'auteur du mémoire précité condamne-t-il formellement la pratique de Vidal comme devant causer presque toujours la hernie de la substance testiculaire et comme ne pouvant guère s'opposer aux phénomènes d'étranglement.

Nous n'avons pas la prétention de discuter les considérations d'anatomie et de physiologie qui ont dicté la conclusion du savant chirurgien. Disons seulement que, d'après M. Salleron, un débridement de 1 centimètre et demi (c'était la longueur que donnait Vidal à son incision), serait même dangereux sur un testicule sain, puisque, dit Velpeau : « Détruire dans un pareil espace la résistance naturelle de la tunique albuginée, fait que cette coque fibreuse, entraînée par son élasticité, réagit sur la masse des canaux séminifères et les pousse dans la solution de continuité comme dans une boutonnière. »

Or, cet effet doit se produire, dit M. Salleron, à bien plus forte raison dans l'état pathologique, alors que la membrane d'enveloppe est distendue par l'augmentation de volume de la masse testiculaire. Outre cela, les brides cellulo-fibreuses, qui, dans l'état physiologique, suffisent pour retenir la substance du testicule, se ramollissent sous l'influence du travail inflammatoire, s'allongent, et bientôt n'offrent plus aucune résistance efficace.

Ainsi, ce qui se produirait même à l'état normal avec une incision de 1 centimètre et demi, doit avoir lieu, à bien plus forte raison dans l'état pathologique, grâce à l'augmentation de la substance contenue et au ramollissement des brides cellulo-fibreuses. « Et si l'incision de l'albuginée pratiquée par Vidal dans l'étendue de 1 centimètre et demi, n'a pas été quelquefois au moins suivie de hernie et de fonte du testicule, c'est que ce chirurgien avait une manière d'opérer qu'il n'a pas fait connaître, ou bien qu'il a été servi par un hasard providentiel. »

Certes, on est forcé de reconnaître, avec M. Salleron, qu'une inflammation violente comme celle de l'orchite parenchymateuse, est bien de nature à ramollir les brides fibreuses, mais encore faut-il un temps assez long pour qu'un effet semblable se produise, et nous croyons qu'on n'a pas à le redouter en intervenant en temps opportun. En a-t-il été ainsi chez le malade de M. Salleron? Nous ne le pensons pas, puisque l'orchite ayant débuté le 25 mai, la ponction n'a été pratiquée que le 3 juin au soir, c'est-à-dire au bout de huit jours pendant lesquels ont été épuisées toutes les ressources chirurgicales usitées en pareil cas, entre autres trois applications de trente sangsues chacune. Il est vrai que dans la deuxième observation, le malade dit avoir été opéré le second jour de son entrée à l'hôpital. Mais comment a-t-il été opéré, et trouve-t-on, dans le récit fait par le malade lui-même plus de vingt ans après l'opération, une garantie suffisante de précision scientifique?

On nous accordera volontiers, nous l'espérons, que le ramollissement ne se produit ni le premier ni même le second jour de l'invasion de l'orchite parenchymateuse, et c'est presque toujours dans ces conditions que cette affection se présente au chirurgien, car il est rare que le corps du testicule soit pris d'emblée, et la maladie a ordinairement débuté plusieurs jours auparavant par l'épididyme.

Ainsi, des deux causes de hernie invoquées par M. Salleron, savoir, l'augmentation de volume du contenu et le ramollissement de la substance fibreuse, il n'existe que la première, c'est-à-dire l'augmentation de volume de la masse testiculaire par suite de l'accumulation de la sérosité entre les tubes séminifères. Cette sérosité, accumulée rapidement dans l'intérieur d'une membrane fibreuse, doit nécessairement la distendre, en vertu même de l'élasticité invoquée par Velpeau. Or, si vous pratiquez le débridement, la sérosité, ou mieux, la lymphe plastique s'écoulera, et il vous restera la substance séminale, logée fort à l'aise dans une tunique vaginale dilatée. Conclusion : la hernie du testicule est moins à craindre sur un testicule récemment enflammé que sur un testicule sain. Ajoutons encore que la tunique fibreuse cessant d'être distendue, ne tardera pas à reprendre ses dimensions primitives, et que, par conséquent, la longueur de l'incision se réduira notablement.

Mais dans une question de clinique, la théorie serait de peu de valeur si elle n'était corroborée par les faits. Or, bien que n'ayant qu'une pratique de dix ans dans les régiments et les hôpitaux militaires, nous avons eu l'occasion de pratiquer quatre fois la petite opération de Vidal, et nous nous en sommes toujours bien trouvé.

Une seule fois, en 1864, nous avons observé, chez un colon des environs d'Aumale, une plaie fistuleuse qui avait succédé au débridement, et qui s'est terminée, au bout d'une quinzaine de jours, par une cicatrice déprimée assez semblable à celles qui suivent la fonte des tubercules de la glande séminale. Cette cicatrice était adhérente au testicule, qui avait néanmoins son volume ordinaire et sa consistance normale, ainsi que nous avons pu nous en assurer plus de trois mois après l'opération.

Notre dernière opération de débridement date à peine d'un mois, et nous l'avons pratiquée à l'hôpital militaire de Teniet-el-Haad sur un garçon de ferme nommé V...

Cet individu avait contracté, deux mois auparavant, une urétrite pour laquelle il n'avait suivi aucun traitement, et qui, néanmoins, s'était réduite à un suintement presque insignifiant, lorsque, le 22 décembre 1869, son testicule devint douloureux et augmenta de volume. Il entra à l'hôpital le 25 décembre, et nous constatâmes une orchite du côté gauche. Le testicule et l'épididyme étaient durs et assez difficiles à distinguer l'un de l'autre, et le scrotum était tendu, rouge et luisant. Du reste, les douleurs étaient modérées, et le malade ne présentait ni fièvre ni autres symptômes généraux.

Prescription : un bain de siége, un lavement émollient, douze sangsues sur le trajet du cordon spermatique. Cataplasmes après la chute des sangsues.

Le lendemain, la douleur et le gonflement ont augmenté, et l'on sent un peu de fluctuation dans la vaginale. Nous pratiquons, selon notre coutume en pareil cas, une ponction de la vaginale avec une lancette; elle donne issue à une cuillerée environ de sérosité rougeâtre. Le soir même le malade était beaucoup soulagé et le gonflement était beaucoup moindre. L'amélioration se continua les jours suivants, et le 30 décembre, huitième jour de la maladie, on commençait déjà les applications résolutives lorsque cet homme, s'étant promené dans les salles malgré nos recommandations, fut pris subitement, dans la soirée, de vives souffrances.

A la visite du 31, nous trouvâmes le testicule médiocrement gonflé, mais d'une dureté très-grande et extrêmement douloureux.

Prescription : quinze sangsues sur le trajet du cordon; cataplasmes. Deux quarts de lavement opiacé.

Mais ces moyens n'eurent aucun résultat. Le malade fut pris de souffrances extrêmes; il se déclara de la fièvre, des vomissement, et l'on fit appeler, en notre absence, M. l'aide-major Desprez, qui fit faire des onctions avec l'onguent mercuriel belladonné et prescrivit une potion calmante.

Ce traitement ne réussit pas mieux que le nôtre, et quand nous vîmes le malade, à six heures du soir, sa figure exprimait l'angoisse; il accusait des douleurs atroces qui s'irradiaient jusqu'aux reins et arrachaient à ce malheureux des gémissements incessants. Ajoutons qu'il avait eu dans la journée un violent frisson, et que son pouls était à 112 pulsations. Aussi, nous n'hésitâmes pas à enfoncer un bistouri dans le corps du testicule, à une profondeur de 2 centimètres au moins; nous sommes donc certain d'avoir porté l'instrument sur l'albuginée, et nous avons donné à cette incision une étendue de 1 centimètre et demi à peu près.

Une heure après, le malade était calme et soulagé; il passa une nuit excellente, et, au bout de quelques jours, il sortait de l'hôpital parfaitement guéri. L'opération du débridement, pratiquée à temps, est donc très-efficace et moins dangereuse qu'on pourrait le craindre.

Selon M. Salleron, le débridement n'a aucune influence sur la marche des accidents inflammatoires, et ne peut, en aucune façon, prévenir la suppuration et la gangrène de la glande. Commençons par reconnaître, avec le savant chirurgien, que ces accidents sont beaucoup plus rares que le prétendait Vidal, qui exagérait sans doute pour mieux faire ressortir les avantages de son opération.

C'est, dit M. Salleron, dans leur passage à travers le corps d'Higmore que les canaux séminifères et les veines du testicule sont surtout étranglés. On ne détruit donc pas cet étranglement en débridant l'albuginée, pas plus qu'on ne remédierait aux accidents d'une hernie étranglée si, au lieu de porter le bistouri sur le siége même de l'étranglement on le portait sur un point quelconque du sac herniaire. Mais nous objecterons que le corps d'Higmore n'est en définitive qu'un épaississement albuginée, et qu'en débridant celle-ci, on facilite la circulation de tout le système fibreux du testicule; on diminue donc aussi la congestion du corps d'Higmore, et par suite on remédie à l'étranglement des tubes séminifères.

Du reste, si nous croyons devoir défendre l'utilité du débridement, c'est surtout au point de vue du soulagement de la douleur et de l'apaisement des accidents généraux tels que la fièvre, les vomissements, l'insomnie, etc.

Or, sur ce point, nous croyons que tous les chirurgiens sont à peu près d'accord. M. Salleron lui-même dit, dans son observation : « Une heure après la ponction, le malade est plus calme et visiblement soulagé. Dans la soirée, mieux sensible, fièvre moins forte; les symptômes gastriques paraissent se calmer; les boissons sont un peu mieux supportées. Dans la nuit, à plusieurs reprises, sommeil assez calme, peu de douleurs accusées. » Est-ce donc une opération inutile que celle qui, en une heure de temps et souvent moins, soulage un pauvre malade qui, depuis huit jours, est privé du sommeil et éprouve des souffrances atroces.

Dans la deuxième observation, il est dit : « le chirurgien en chef ponctionna le testicule avec un bistouri, opération qui fut suivie d'un soulagement très-prompt. »

Ainsi, de l'aveu même de M. Salleron, le débridement fait cesser rapidement la douleur et les symptômes généraux. C'est donc une opération utile et qu'il ne faudrait pas répéter sans des raisons sérieuses. Certes, si les accidents que signale M. Salleron arrivaient fréquemment, on pourrait dire que le remède est pire que le mal, mais nous croyons que cette issue malheureuse est tout à fait exceptionnelle. Il est dit dans le mémoire du savant chirurgien : « L'ouvrage de Vidal se trouvant entre les mains d'un grand nombre de chirurgiens, il est presque impos-

sible que quelques-uns, séduits par les brillants résultats annoncés avec toute l'assurance que donne une haute position scientifique, n'aient pas quelquefois au moins employé la méthode qu'il préconise dans son livre. Aucun d'eux n'ayant fait connaître les résultats obtenus, je vais rapporter deux observations, etc. »

Eh bien, nos quatre observations sont des exemples de résulats heureux ; nous en avons vu un autre sur un malade de la clinique de M. le professeur Schützenberger, de Strasbourg, qui fut opéré en 1858 par M. le professeur agrégé Boëckel.

Du reste, nous sommes heureux de pouvoir citer, en terminant, l'opinion d'un excellent chirurgien, M. Adolphe Richard, qui, dans un ouvrage (1) destiné surtout aux médecins praticiens, ne donne que des conseils dictés avec une extrême prudence.

Voici ses propres expressions : «Dans l'orchite parenchymateuse, vous avez le pouvoir de faire cesser en quelques instants l'angoisse du malade, comme aussi la fièvre, les vomissements, le délire qui peuvent parfois l'accompagner. C'est par le débridement de la tunique albuginée. Sur le milieu du testicule couvert d'une peau lisse, plaquée rouge, on enfonce un bistouri aigu, et quand la pointe a pénétré dans la substance de l'organe, on la porte en haut ou en bas pour faire une plaie de 1 centimètre et demi environ de la coque fibreuse. L'opération dure à peine une seconde. Son effet est immédiat et constant. Je l'ai pratiquée à tous les âges et toujours avec succès. Cette excellente opération, outre qu'elle éteint la douleur, a d'autres avantages ; l'orchite parenchymateuse est un accident rare, mais redoutable. Quand on la laisse à elle-même, elle se termine rarement par une résolution franche et légitime, mais de préférence par la suppuration, l'atrophie de la substance testiculaire. Eh bien ! ces suites fâcheuses sont prévenues par le débridement à la condition qu'il soit fait en temps opportun. » Vidal n'a donc pas été servi par un hasard providentiel; d'autres ont été aussi heureux que lui, et nous croyons pouvoir conclure :

1° Que le débridement du testicule, opération d'une utilité incontestable et rarement dangereuse, peut cependant entraîner l'atrophie du testicule, comme le prouve l'intéressant mémoire de M. le docteur Salleron.

2° Que la seule possibilité de cet accident doit rendre le chirurgien très-réservé dans l'emploi du débridement, qu'il ne devra partiquer que dans les cas très-graves.

3° Qu'il faut toujours agir au début de l'affection, et qu'il sera prudent de prévenir le malade de l'atrophie possible du testicule.

(1) *Pratique journalière de la chirurgie*. Paris, 1868.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND

PRIX GUISLAIN

(QUINQUENNAL)

La Société met au concours de 1870-1875 la question suivante :

« Rechercher quels sont, tant au point de vue pratique que théorique, les progrès accomplis en médecine mentale depuis le commencement de ce siècle, et déterminer l'influence que Guislain a pu exercer, par ses travaux, sur la marche de cette partie des connaissances médicales. »

Une médaille d'or de 500 francs, ou cette valeur en espèces, le titre de membre correspondant et 50 exemplaires tirés à part, seront accordés à l'auteur du mémoire couronné.

Les mémoires devront être adressés, francs de port, dans les formes académiques, avant le 1er juin 1875, au docteur Charles Willems, secrétaire de la Société, rue des Epingles, 10, à Gand.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École de médecine et de pharmacie d'Alger. — M. Roy, bachelier ès sciences, est nommé préparateur de chimie et d'histoire naturelle à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger (emploi vacant).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort du docteur Reboulleau, médecin en chef des établissements hospitaliers de Constantine. C'est à lui que l'on doit l'introduction du *Thapsia* dans la thérapeutique.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance le mercredi 8 juin, à huit heures du soir, à la mairie du Louvre, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

Ordre du jour : 1° Rapport de la commission de statistique et des maladies régnantes pour le 1er trimestre de 1870. — 2° Rapport et vote sur une demande d'admission. — 3° Répartition du service médical de nuit.

— Un médecin qui n'aurait pas de position fixe et qui désirerait s'en faire une très avantageuse en famille, peut s'adresser tous les jours, de 9 heures à midi, à M. Brochard, rue de Maubeuge, 44, faubourg Poissonnière. Paris.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — Premier Paris. — HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES (M. Roger). Observation de chorée rhumato-cardiaque. — SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE. — Feuilleton. — Nouvelles.

Paris, le 6 juin 1870.

La *Conférence médicale de Paris* a tenu mercredi 1er juin sa deuxième séance, au milieu d'un concours très-nombreux de praticiens. Près de quatre cents personnes, parmi lesquelles la Faculté, l'Académie et le Corps médical des hôpitaux étaient représentés, avaient répondu à l'appel de la conférence.

L'intérêt de cette deuxième séance ne l'a cédé en rien à la première. Pour les détails, nous renvoyons nos lecteurs au procès-verbal que notre collègue M. Dally doit publier. Nous allons nous borner à esquisser l'aspect général de la réunion.

Les médecins qui habitent la province ne veulent pas rester étrangers au grand mouvement qui se produit en ce moment, et la *Correspondance* a été très-abondante et très-intéressante. MM. Alfred Vy (d'Elbeuf), Cumings, Charpignon (d'Orléans), Catel (de Saint-Dizier), Caradec (de Brest), envoient des notes ou des remarques qui formeront un dossier très-précieux pour l'histoire de la vaccine.

La parole est alors donnée à M. le docteur Desportes.

Nous craignons bien que par le désir de trop bien faire notre confrère n'ait perdu sa cause. Il aborde la tribune avec un manuscrit formidable.

La vue seule de cet énorme paquet de notes imprime à l'assemblée un mouvement d'appréhension; mais quand l'orateur entreprend un *vrai discours*, oh! alors l'impatience gagne, les murmures s'élèvent, et... notre confrère perd la plus belle occasion de dire en peu de mots des choses peut-être excellentes. Cette déconvenue indique bien la physionomie de la Conférence, où les médecins ne veulent pas de discours, mais une exposition simple, nette, de faits bien observés. Une analyse courte de sa communication permettrait à M. Desportes de faire apprécier la valeur de ses recherches.

M. le docteur Burq remplace M. Desportes à la tribune.

Notre confrère et ami a étudié avec soin la vaccine animale, et son examen le porte dans le camp des dissidents. Or, si l'on observe un peu le sentiment qui domine dans la Conférence médicale de Paris, c'est, il faut le reconnaître, un sentiment peu favorable à la vaccine animale. M. Burq n'a donc pas été long à obtenir l'attention, et sa lecture, commencée au milieu du mouvement tumultueux de l'assemblée, s'est terminée, avec l'approbation de la majorité, par la déclaration que le vaccin de génisse conservé en tubes perd toute son action au bout de quelques jours.

Si, directement mis en cause, M. le docteur Lanoix demande à répondre, l'ordre d'inscription des orateurs lui est opposé; le président consulte alors l'assemblée, et à la grande surprise de tous ceux qui ont suivi une assemblée délibérante, M. le docteur Lanoix est prié de réserver pour une réponse *générale* tout ce qu'il croira devoir opposer aux faits exposés dans la discussion.

Nous avons dit que le sentiment qui domine dans la Conférence médicale de Paris était un sentiment peu favorable à la vaccine animale. Après l'incident que nous relevons, nous croyons devoir ajouter que ce sentiment s'accuse quelquefois avec trop d'énergie, et nous pensons qu'il y aurait équité à en modérer l'expression. Il y a huit jours, nous disions que M. Lanoix aurait à soutenir une lutte *vive*; nous serions profondément attristé d'être obligé d'ajouter une lutte *discourtoise*.

Il appartient aux adversaires de la vaccine animale d'exposer avec franchise leur opinion; mais il faut avoir la patience d'écouter la réponse de celui qu'on discute.

M. Lanoix aura donc la parole *plus tard*.

Un ancien chef de clinique de notre maître Trousseau, M. le docteur Chateau reprend la communication faite par M. Amédée Tardieu dans la dernière séance, et montre comment en 1832 on avait étudié avec le plus grand soin l'état atmosphérique. Puis il aborde la question des revaccinations, et déclare que sur 50 personnes, 2 ou 3 succès seulement ont été obtenus avec le vaccin de la génisse, tandis que sur 15 personnes, le vaccin jennérien a donné 8 succès.

M. Mattei monte alors à la tribune. Comment se fait-il que sa communication réveille toutes les susceptibilités de l'assemblée? comment se fait-il que notre confrère, si maître de sa parole, ne se rende pas immédiatement compte de la situation et soulève un orage? Nous ne pouvons le dire. Mais ce qui est certain, c'est que l'orage éclate avec une telle fureur, que M. Mattei cède la place, et qu'un des secrétaires se lève comme mû par une détente électrique, demande la parole et répond avec une vigueur, une justesse d'expression et de pensée et une forme si remarquables, que les applaudissements de l'assemblée finissent par couvrir sa voix et lui prouvent combien il a eu raison de combattre le discours de M. Mattei. Le docteur Revillout a eu dans cette circonstance un succès si légitime, que malgré la réserve que nous impose notre amitié pour lui, nous devons le déclarer hautement.

M. Mattei a eu le bon goût et l'esprit de ne pas prolonger l'incident, et la parole a été donnée à M. le docteur de Vouves sur les effets abortifs du tartre stibié. Le nom de M. Vidal, médecin des hôpitaux, avait été invoqué. Celui-ci monte à la tribune et donne au corps médical une preuve nouvelle de la difficulté qu'il y a très-souvent dans une question de diagnostic.

Mais voici que M. le docteur Lanoix va pouvoir respirer et sortir de la situation poignante que lui font la plupart des orateurs.

M. le docteur Danet aborde la tribune. Comme M. Desportes, il expose à la vue de tous un dossier des plus volumineux. Mais, ô surprise! pas la moindre récrimination, aucune plainte.

M. Danet a déjà pris la parole, et avec une très-grande clarté, un accent des plus convaincus, une forme très-chaleurée, mais sans phrases, et allant droit au but, l'orateur dépouille les faits recueillis dans les prisons, les établissements de l'État et même dans des institutions privées. L'enquête est considérable, riche de faits, — et si M. le docteur Lanoix respire plus facilement, c'est que tous ces faits se produisent au plus grand honneur du vaccin de génisse.

L'assemblée accueille avec la plus grande bienveillance la communication de M. Danet; et l'on sent que si une statistique peut être opposée à une autre statistique, il est impossible de ne pas écouter avec patience un travail consciencieux et bien présenté.

M. Créquy reprend la question des revaccinations et montre avec combien de difficultés le médecin obtient que ses clients se fassent revacciner. Il cite des chiffres excessivement curieux sur les grands établissements auxquels il donne ses soins, et pendant qu'il parle, un de nos confrères, appuyant la thèse de M. Créquy, nous conte comment une des grandes compagnies de Paris n'encourage pas les revaccinations, « *parce qu'il y aurait par chaque homme revacciné quelques jours de travail de perdus!* »

Enfin M. Lanoix a la parole.

Il lit des lettres signées Huet, Bucquoy, Martial Moreau et Guéneau de Mussy : toutes sont — bien entendu — favorables à l'action du vaccin de génisse.

Que des orateurs viennent en lire de *contraires*, rien de mieux. C'est ainsi que le veut une discussion. Mais encore une fois, à la liberté d'attaque, répondons loyalement par la liberté de réponse.

Il était 11 heures du soir, et l'on s'est donné rendez-vous pour mercredi prochain, 8 juin, à 8 heures et demie, dans cette salle de la rue des Martyrs, 34, que M. Paz a si gracieusement mise à notre disposition.

Forcé — quoique bien à regret — de nous absenter de Paris, nous n'assisterons pas mercredi prochain à la réunion; mais nous sommes heureux de voir le corps médical aborder si franchement le droit de réunion : le *meeting* scientifique est né en France; à chacun de nous de l'appuyer, et c'est pour cela que jusqu'à la dernière heure nous avons voulu dire ce que la *Conférence médicale de Paris* — malgré les petites imperfections du début — a déjà accumulé de faits intéressants et d'observations pratiques.

Il y a dans cette *Conférence* tout un ordre nouveau de choses que les vrais amis de la science doivent accueillir avec sympathie et soutenir avec dévouement.

Dr E. LE SOURD.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. ROGER.

Observation de chorée rhumato-cardiaque.

(Lu à la Société médicale d'Observation.)

Depuis le mémoire de M. le professeur Sée, le rapport entre la chorée et le rhumatisme est un fait généralement admis. Notre

FEUILLETON

BOUTADES
ET
ZIGZAGS BIBLIOGRAPHIQUES

X

Il est bien entendu que le but principal, presque unique, de ce travail est une biographie; pour me conformer aux règles strictes de l'art, lesquelles, comme on le sait, ne laissent rien à la fantaisie, je ne dois jamais perdre de vue mon sujet; et le lecteur me rendra cette justice que je lui ai donné maintes et maintes preuves que j'observe scrupuleusement lesdites règles. Je lui en fournirai aujourd'hui une nouvelle et tout à fait probante, je vais écrire très-brièvement la biographie... des vieux bâtiments de l'ancienne Faculté. Cela fait, je veux passer pour un franc Gascon (mais ne suis-je pas quelque peu né en Gascogne?); je veux qu'on me tienne pour un homme aussi peu scrupuleux que mon ami *le docteur Tam-Tam*, si je ne me plonge pas jusqu'au cou dans mon sujet, pour n'en plus sortir. J'en appelle à tout esprit impartial, j'en appelle à vous tous, lecteurs qui me lisez avec tant de plaisir, est-il possible que je ne vous fasse pas visiter ces lieux vénérés où est née, où a vécu, où est presque morte cette vieille Faculté que nous aimons tant? Sans compter que ces bâtiments, qui ont subi de bien singulières transformations, ne peuvent pas manquer de disparaître aussitôt que M. Haussmann sera redevenu préfet de la Seine.

Les vieux historiens de Paris nous apprennent fort peu de chose sur les bâtiments de l'ancienne Faculté, qui, d'ailleurs, jusqu'à l'année 1744, ne présentaient rien de bien remarquable. Ils se sont élevés peu à peu, très-lentement, morceau à morceau, menaçant ruine avant d'être terminés, étayés par ici, démolis par là; et si on veut suivre dans tous leurs détails ces modifications et ces transformations diverses, il est de toute nécessité de consulter les *Commentaires* de la Faculté. C'est ce que nous avons fait; mais déjà Hazon l'avait fait avant nous; et, longtemps avant Hazon, Naudée aurait pu nous servir de guide avec son petit livre *de Antiquitate et Diginitate Scholæ Medicæ Parisiensis, Panegyris*, 1628; joli in-12, orné entre autres de quatre vers latins de notre ami *Guido Patius, Bellovacus*. — Donc il nous sera facile de faire preuve d'érudition à peu de frais; je m'en garderai cependant, car il ne s'agit pas ici d'érudition, mais de description seulement.

Tout médecin devrait faire un pèlerinage sur la rive gauche de la Seine, non loin des bâtiments de l'Hôtel-Dieu, dans ce quartier sombre et déshérité compris entre les rues de la Bûcherie, Galande, du Fouarre et de l'Hôtel-Colbert. Là, à l'angle de cette dernière rue et de celle de la Bûcherie, il trouverait les restes d'un ancien monument qui ne manque, dans certaines de ses parties, ni d'élégance, ni de grandeur, et qui n'est autre chose que l'ancienne Faculté de médecine. Ces constructions sont de date relativement assez récente, et nous allons voir d'abord à quelles époques successives elles se sont élevées et combien elles ont coûté de temps, de sueurs et de peines à nos bons et pauvres ancêtres; et quand je dis pauvres, c'est bien *pauperes* que j'entends dire.

Il paraît démontré que, dans le principe, la Faculté de médecine donnait ses leçons, avec la Faculté des arts et les autres, dans la rue du Fouarre, dont tout le monde connaît l'étymologie. Les écoliers étaient assis sur la paille, ou sur le sol humide; la rue était fermée par des grilles, et dès cinq heures du matin, au son des cloches du voisinage, ces jeunes gens, venus de tous les points de l'Europe, accouraient en foule pour assister aux savantes leçons des maîtres les plus renommés. Plus tard la Faculté de médecine, séparée de celle des arts, s'assembla, dit Hazon : « dans des endroits publics et empruntés, tels que les Mathurins, la cathédrale près le grand portail, Sainte-Geneviève-la-Petite, Saint-Yves, Saint-Éloy, Saint-Julien-le-Pauvre. » Les examens et les thèses étaient soutenus chez le doyen, ou chez le plus vieux des professeurs, afin justement que les vieux docteurs, qui n'auraient pu rester debout un très-long temps, pussent s'asseoir quelque peu commodément.

En 1454, grâce à la générosité de Jacques Desparts, ancien doyen, médecin de Charles VII, qui donna une somme de trois cents écus d'or, la Faculté put acheter une vieille maison, sise dans la rue de la Bûcherie, près des premières Écoles de la rue du Fouarre; mais ce ne fut qu'en 1481, à la suite de bien des tribulations, que ladite maison, après avoir été démolie, fut reconstruite et que la Faculté, sous le décanat de Mathieu Dolet, eut enfin le bonheur de s'installer chez elle. En 1491, elle fit élever un petit bâtiment sur le mur d'entrée des Écoles, probablement, dit Hazon, pour loger les bedeaux; et enfin en 1508, on installa un petit jardin botanique fort bien cultivé, à côté du bâtiment principal. Tel fut le berceau bien humble de la Faculté la plus glorieuse et la plus justement célèbre du monde.

Elle décida bientôt qu'un amphithéâtre anatomique était indispensable, et elle se mit à l'œuvre. « En 1604, on éleva un premier amphithéâtre, sous le décanat de M. François Duport; il fut con-

maître, M le docteur Roger, a contribué pour sa part à soutenir cette opinion, et dans plusieurs travaux successifs il a apporté, à l'appui de cette thèse, un grand nombre d'observations, où l'influence des rhumatismes et des affections cardiaques sur le développement de la chorée nous paraît à l'abri de toute contestation. Nous-même, dans le cours de l'année 1869, attaché à son service de l'hôpital des Enfants en qualité d'interne, il nous a été donné d'observer un grand nombre de chorées, et nous croyons rester au-dessous de la vérité en disant que dans plus du tiers des cas, cette influence était évidente. D'où vient donc que ce rapport étiologique ait si longtemps échappé aux observateurs, et qu'aujourd'hui encore d'excellents cliniciens en nient sinon la réalité, au moins la fréquence? C'est, croyons-nous, que le plus souvent on voit apparaître successivement les différentes manifestations de la diathèse rhumatismale, rhumatisme articulaire, affections du cœur, chorée, sans qu'elles se succèdent dans un ordre déterminé et toujours le même; le plus souvent même, elles sont séparées par un intervalle assez long. On comprend que de tels faits soient impuissants à entraîner la conviction; autrement probants sont les faits où l'observateur peut assister dans un court espace de temps à toute la scène pathologique. Ces faits existent, mais ils sont infiniment plus rares que les premiers, et c'est en raison même de cette rareté que l'observation suivante nous a paru digne d'intérêt :

Rhumatisme poly-articulaire de moyenne intensité. Endocardite. — Chorée forte.

C... (Henri), âgé de 13 ans, entre à l'hôpital des Enfants, dans le service de M. le docteur Roger, le 30 novembre 1869.

Ni le père ni la mère de ce jeune garçon ne sont rhumatisants. Lui-même a toujours joui d'une excellente santé et n'a jamais fait de maladie grave. Jamais il n'avait eu ni rhumatisme, ni chorée; dans ces dernier temps, il n'a pas eu de fièvre éruptive, notamment point de scarlatine.

Il travaille comme apprenti chez un emballeur de la rue Sainte-Anne, dans une boutique située au rez-de-chaussée; néanmoins il n'a pas souvenir, durant les jours qui ont précédé le début de sa maladie, d'avoir été exposé à l'humidité plus que de coutume.

Quoi qu'il en soit, dix jours avant son entrée à l'hôpital, ressentant une légère douleur dans le pied droit, douleur accompagnée d'un peu de gonflement, il a été, sur le conseil de son patron, prendre un bain; au sortir du bain, il a été pris de frisson, avec malaise général; il est rentré chez ses parents, a été forcé de prendre le lit, qu'il n'a pas quitté depuis ce jour. Les différentes articulations des pieds, des genoux, des poignets et des épaules ont été envahies successivement par le rhumatisme. Les articulations étaient enflées et douloureuses. Il y a deux jours, un médecin de la ville fut appelé, et, auscultant pour la première fois la région précordiale, il constata un trouble du côté du cœur, et conseilla l'envoi du malade à l'hôpital.

Voici l'état du malade, constaté le 30 novembre, jour de son entrée à l'hôpital.

Il existe un gonflement très-appréciable au pourtour des malléoles, surtout du côté gauche; le genou du même côté est volumineux, avec douleur et rougeur de la peau; en pressant sur la rotule, on constate la présence d'une petite quantité de liquide épanché dans l'intérieur de l'article. Le poignet gauche présente une forme arrondie, cylindrique; il y a de la rougeur et du gonflement au niveau de la face dorsale de la main gauche, avec effacement des espaces interdigitaux.

Les mouvements spontanés ou communiqués sont très-douloureux. Au niveau du coude et de l'épaule, bien qu'il y ait peu de gonflement, la pression réveille de la douleur.

Il y a un peu de dyspnée, et depuis deux ou trois jours le malade se plaint d'une gêne au niveau du creux épigastrique. Le poumon en ce point est douloureux. La matité de la région précordiale a ses limites normales, mais à l'auscultation, en dehors du mamelon gauche, on entend un bruit de souffle doux, systolique, avec maximum bien marqué à la pointe du cœur (insuffisance mitrale).

Le pouls est à 80, sans grande chaleur de la peau.

En interrogeant cet enfant, on remarque une certaine lenteur, une certaine hésitation dans ses réponses; il a perdu le souvenir de ce qui lui est arrivé les jours précédents, et nous sommes obligés de nous adresser à sa mère pour avoir des renseignements précis. En un mot, l'intelligence paraît déprimée et peu en rapport avec l'âge de ce jeune garçon, qui, d'après les parents, était, avant sa maladie, aussi avancé que les enfants du même âge. Nous sommes de plus frappés par le faciès; il y a une sorte d'hébétude de la physionomie, le regard est fixe; en examinant avec attention les traits du visage, on constate de petites grimaces, qui se répètent d'une façon très-rapide et assez fréquente. Les commissures des lèvres sont tiraillées tantôt d'un côté, tantôt de l'autre; il y a aussi de légers mouvements convulsifs dans les sourcils, qui s'écartent ou se rapprochent, s'élèvent ou s'abaissent alternativement. Ces grimaces, ainsi que nous nous en sommes assurés, ne sont pas sous la dépendance d'un tic habituel au sujet. Les parents ne les ont remarquées que depuis qu'il est malade, et même seulement depuis deux ou trois jours.

On prescrit un vésicatoire au niveau de la région précordiale, une potion avec 15 gouttes de teinture de digitale et 15 gouttes de teinture de colchique. On fait des onctions avec le baume tranquille sur les articulations malades, qui, en outre, sont enveloppées d'ouate.

Le malade est assez calme durant le jour, mais pendant la nuit il est pris d'un accès d'étouffement avec cyanose et menace d'asphyxie, et ce n'est qu'en promenant des sinapismes sur les quatre membres qu'on parvient à le faire revenir à lui.

Le 1er décembre, l'état du malade est assez satisfaisant; le pouls est à 90; le gonflement a notablement diminué; il n'en existe presque plus au membre inférieur; seuls, le poignet et les articulations métacarpo-phalangiennes de la main gauche sont encore malades.

Les phénomènes constatés du côté du cœur restent les mêmes, mais en outre, en arrière de la poitrine, il y a une très-légère submatité et un souffle bronchique peu distinct. Les symptômes pulmonaires furent, du reste, très fugaces, car deux jours plus tard on ne les constatait plus.

Les grimaces deviennent plus fréquentes et plus étendues, et on constate pour la première fois quelques légers mouvements dans les doigts de la main droite.

Le 2 décembre, il reste à peine un peu de gonflement du poignet gauche, le rhumatisme peut être considéré comme presque guéri; cependant la fièvre persiste, le pouls est à 110, et il y a une assez grande chaleur de la peau.

A partir de ce jour, les mouvements choréiques augmentent sans cesse. Ce sont d'abord les courbatures de la face qui deviennent très-rapides et presque continuelles. La parole est saccadée, embarrassée; de la main droite, les mouvements choréiques s'étendent à tout le membre supérieur, puis au membre inférieur du même côté.

A partir du 6, la chorée prend une intensité vraiment extraordinaire; presque tous les muscles du corps sont agités de secousses choréiques se succédant avec une rapidité étonnante. On est obligé, pour préserver le malade de chocs continuels, de le coucher dans un lit matelassé de toutes parts. Il lance les bras et les jambes dans toutes les directions, sans pouvoir exécuter avec la moindre précision les mouvements qu'on lui ordonne; le tronc se courbe dans tous les sens, la tête se renversant tantôt en avant, tantôt en arrière; le malade fait de véritables sauts dans son lit, d'où il tomberait si l'on n'y veillait presque constamment. C'est une véritable jactitation, à peine interrompue par quelques moments où le malade retombe épuisé, et par quelques intervalles de sommeil où les mouvements cessent complétement. La parole, d'abord hésitante devient ensuite presque impossible; quand il veut parler, à peine si le malade parvient à pousser quelques sons inarticulés. L'intelligence est de plus en plus déprimée. La préhension des aliments et la mastication sont impossibles. Le malade refuse toute nourriture; cependant lorsqu'on parvient à lui introduire de force quelques cuillerées de liquide au fond de la bouche, la déglutition se fait assez facilement. Cet état persiste durant plusieurs jours. En présence d'une chorée aussi intense, M. Roger a l'idée de recourir à l'emploi d'un médicament nouvellement préconisé, nous voulons parler du chloral. Le chloral fut administré sous forme de sirop, contenant *huit* grammes de chloral pour *soixante* grammes de sirop.

Le 7 au matin, le malade prend *trois* grammes de chloral sans que l'on observe à la suite de l'administration de ce médicament le moindre soulagement; le malade ne dort pas dans la journée, et la nuit il n'y a pas plus de sommeil que de coutume, et le 8 au matin, la chorée est plus forte que la veille. Quant au souffle, il est encore plus prononcé que les jours précédents et s'entend toujours à la pointe du cœur et très en dehors. Le pouls est à 92. Par suite des mouvements incessants auxquels se livre le malade, la peau est rouge sur certains points, particulièrement à la nuque et aux fesses, où il y a tendance à l'excoriation et à la formation d'escharres. De plus, le malade ne peut retenir ni les urines, ni les matières fécales, d'où une nouvelle cause d'irritation. Pour remédier autant que possible à cet inconvénient, on recouvre les fesses d'une couche de collodion, qui forme en ce point comme un enduit protecteur.

Ce jour-là, le matin, le malade prend encore *trois* grammes de chloral, qu'il accepte assez volontiers dans du sirop; il semble un peu plus calme dans la journée.

Le 9, l'enfant prend *quatre* grammes de chloral le matin; il est somnolent toute la journée et beaucoup plus calme; il dort environ deux heures dans la journée et une partie de la nuit.

Le 10, on donne *quatre* grammes de chloral le matin. Bien qu'il ne dorme point comme la veille, l'enfant reste assez tranquille dans son lit; mais si l'on vient à le remuer ou à attirer son attention d'une manière quelconque, les convulsions reparaissent avec toute leur intensité.

Le 10, on donne *quatre* grammes le matin, et le soir une nouvelle dose d'environ *trois* grammes. Après la première dose, il y a un sommeil de deux heures, et après la seconde dose, pendant la nuit, sommeil de quatre à cinq heures. Pas de mouvements choréiques durant le sommeil, mais lorsque l'enfant est éveillé, ceux-ci reparaissent aussi forts qu'auparavant.

Les mouvements diminuent, il est vrai, d'étendue et d'intensité, mais c'est que les forces du malade diminuent en même temps; lors de son entrée à l'hôpital, ce jeune garçon avait des forces et de l'embonpoint; maintenant il maigrit tous les jours; le teint est pâle, un peu cyanosé; en un mot, il y a un véritable état cachectique provenant, non point exclusivement du fait même de la maladie, mais encore du refus d'alimentation.

Aussi, à partir du 10 décembre, tous les efforts tendent ils à reconforter le malade par tous les moyens possibles. On commence par essayer de lui faire avaler quelques cuillerées de viande crue, mais le malade s'y refuse absolument; on parvient cependant à lui faire prendre un peu de gelée de viande et un peu de vin. Cette médication est suivie d'une prompte amélioration.

A partir du 13 décembre, l'enfant reprend des forces tous les jours; en même temps on constate une diminution de la chorée. Le 16, il commence à prononcer quelques mots, la parole revient ensuite peu à peu. Avec l'embonpoint, reviennent aussi la gaieté et l'intelligence. Bientôt le malade peut s'asseoir sur son séant, et il se lève pour la première fois le 20 décembre.

Aujourd'hui 25 décembre, le malade n'est point complétement guéri, mais la chorée est de nouveau presque exclusivement localisée dans le côté droit, a diminué au moins des deux tiers quant à la fréquence et à l'étendue des mouvements convulsifs. De plus, la physionomie de l'enfant n'a plus cet air d'égarement et d'hébétude qu'il avait au début, et tout fait présager une prompte guérison. On insistera, bien entendu, sur les toniques, car, quoique l'enfant ait déjà repris beaucoup d'embonpoint, il reste encore beaucoup à gagner sous ce rapport.

Le rhumatisme articulaire a depuis longtemps disparu. Quant au souffle cardiaque, on l'entend toujours d'une façon très-distincte à la pointe du cœur, et il a revêtu depuis quelques jours un timbre véritablement musical(1).

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 11 mai 1870. — Présidence de M. ALPH. GUÉRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine : *L'Art dentaire.* — Le premier nu-

(1) Depuis le moment où a été rédigée cette observation, l'état de cet enfant s'est très-rapidement amélioré. Il est sorti de l'hôpital le 23 janvier parfaitement guéri de sa chorée, mais le bruit de souffle cardiaque persiste.

---

struit en quinze jours, mais il ne fut jugé ni assez spacieux, ni assez commode. » En 1617, sous le décanat de M. Georges Cornuti, après force devis, plans et expertises, un nouvel amphithéâtre plus spacieux fut élevé; mais il était également très-peu solide et «construit à jour, c'est-à-dire sans être fermé de vitrage; il y faisait un rude froid en 1730. » Quoique peu solide et fort peu commode, ce second amphithéâtre a duré plus de cent vingt ans, et ce n'est qu'en 1744 que fut construit, sous le décanat de M. Col de Villars, le superbe monument, « bâti en pierres de taille et fermé de vitrages, » que l'on voit aujourd'hui au coin de la rue de l'Hôtel-Colbert. Le premier amphithéâtre avait été inauguré par le célèbre Riolan, le second le fut par l'illustre Winslow.

Pendant ce temps, la Faculté avait apporté quelques changements, fait quelques modifications à son local primitif; elle l'avait réparé, grâce à la générosité de M. Michel Le Masle des Roches, chantre de Notre-Dame, qui lui avait légué, en 1643, une somme de trente mille livres, à la condition expresse de restaurer les écoles qui menaçaient ruine. Hazon vous apprendra qu'en 1505 on prépara une grande chaire pour les professeurs, deux chaires inférieures pour les bacheliers, et que l'on plaça à la porte, en dedans des Écoles, deux hautes pierres, taillées en gradins, pour faciliter aux docteurs de monter sur leurs mules et d'en descendre; qu'en 1670, M. Denis Puylon, doyen, fit faire 105 petites armoires pour serrer les robes, bonnets et rabats; que M. Henri Mahieu, ex-doyen, fit boiser, en 1692, *à ses dépens et proprement,* la salle des assemblées, et Hazon vous donnera encore la liste des portraits que possédait la Faculté, et dont beaucoup, hélas! sont perdus.

Nos pères étaient fort dévots, et les docteurs, nos ancêtres, ne manquaient pas de faire dire, à chaque cérémonie importante, des messes et des offices de toute nature. Dans le principe, ces cérémonies religieuses se célébraient à l'église des Mathurins; à la suite de quelques difficultés d'intérêt, « elle se détermina, en 1511, à faire servir de chapelle le petit bâtiment qu'elle avait fait construire sur le mur d'entrée de la principale porte, » et primitivement destiné aux bedeaux. En 1695, une nouvelle chapelle plus spacieuse et plus décente fut installée, de l'autre côté de la petite cour, au rez-de-chaussée, loin du bruit de la rue.

La Faculté paraissait définitivement et convenablement installée, ce ne fut pas pour une bien longue suite d'années; en 1775, elle dut abandonner ces vieux bâtiments, qui lui avaient servi de berceau et qui ne présentaient plus qu'une très-médiocre solidité, et aller chercher un nouvel asile aux anciennes Écoles de droit, rue Saint-Jean-de-Beauvais.

Et maintenant, ami lecteur, si vous voulez bien me suivre, nous irons visiter avec quelques détails ce qui reste de l'ancienne Faculté et essayer de la reconstruire. Hélas! *quantùm mutata!*

Lorsque descendant du quai de Montebello par la rue de l'Hôtel-Colbert, on arrive vers l'angle que forme celle-ci avec la rue de la Bûcherie, on aperçoit devant soi un ensemble de constructions disparates, vieilles, misérables, surmontées d'une vaste coupole lourde et disgracieuse. Ce sont là les anciens bâtiments de la Faculté de médecine.

Dans la rue de l'Hôtel-Colbert (autrefois rue des Rats) se trouvait l'ancien jardin botanique, remplacé aujourd'hui par des maisons. Dans cette même rue on voit une porte donnant accès dans un café de troisième ordre, où se réunissent le soir des gens de toute espèce, et qui occupe juste l'endroit où le grand Winslow faisait ses cours d'anatomie. Au-dessous, encore une porte, puis un escalier de quelques marches qui descend dans une espèce de cave où un marchand de vins débite des liquides plus ou moins frelatés. Cette pièce, assez obscure, est ronde comme le café qui se trouve au-dessus, et elle offre cela de remarquable que le centre en est occupé par une immense colonne qui rayonne aussitôt comme un vaste champignon et qui sert de support à tout l'édifice, je veux dire à tout le théâtre anatomique et à sa coupole. Cette ingénieuse construction fut fort admirée dans son temps.

La coupole est actuellement divisée en étages séparés par des cloisons; on y a pratiqué un méchant escalier, et tout cela forme des logements où s'abritent, tant bien que mal, de pauvres ménages d'ouvriers.

Si nous quittons la vieille rue des Rats et que nous retournions dans celle de la Bûcherie, notre œil est vivement attiré par une couleur verte qui revêt tous les murs, par des fenêtres dont les stores également verts sont toujours baissés, et enfin par un grand numéro 13, enseigne trop claire d'un lieu de débauche.

Hélas! oui, cette portion des anciens bâtiments de notre Faculté, ceux-là mêmes qui avaient été élevés sur le mur d'entrée des Écoles pour loger les bedeaux, qui pendant quelque temps servirent de chapelle et de bibliothèque, ces lieux sacrés, en quelque sorte, sont aujourd'hui un immonde *lupanar!*

A la fin du quinzième siècle existait également, à côté de la vieille école, une maison de cette nature, et la Faculté, soucieuse de sa propre dignité et des mœurs de ses élèves, l'avait louée uniquement pour en chasser les noc urnes habitantes. Y aurait-il une sorte de prédestination pour certains lieux comme pour certains hommes?

Mais quittons la rue et pénétrons dans la cour des Écoles par une vaste porte cochère; ici encore de nouvelles surprises nous attendent.

Au fond de la petite cour se trouve une façade d'une rare élégance et malheureusement cachée, en quelques points, par des

méro de la *Revue de décentralisation*. — Le *Sud médical*. — Le *Montpellier médical*.

— Le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*. 3e série, t. IV, n° 3.

— Le premier fascicule des *Mémoires couronnés et autres mémoires publiés par l'Académie royale de médecine de Belgique*.

— M. Chassaignac dépose sur le bureau le *Résultat statistique de toutes les opérations pratiquées depuis 24 ans par le docteur Carion, médecin à Commentry*. Renvoi à la commission de statistique.

— M. Depaul communique, de la part de M. d'Ollier (d'Orléans), une observation intitulée : *Dystocie. Large exostose de la face antérieure du sacrum. Diamètre antérieur réduit à 45 millimètres. Opération césarienne. Guérison.* Renvoyé à une commission composée de MM. Depaul, Blot et de Saint-Germain.

M. VERNEUIL communique, de la part de M. le docteur Dufour, médecin adjoint à l'hôpital ophthalmique de Lausanne, une note concernant *trois cas de tétanos traités par le chloral*.

Dans deux de ces cas, dont l'auteur ne fait du reste qu'une simple mention, il s'agissait de tétanos suraigu terminé rapidement par la mort, avant que le chloral ait pu agir efficacement. La troisième observation, donnée en détail, est relative à un tétanos à marche lente, et qui a cédé à l'administration du chloral.

Voici cette observation :

Jeune homme de 26 ans, entré le 16 mars à l'hôpital de Lausanne pour des blessures multiples causées par l'explosion d'une mine survenue le 9 mars. Destruction de l'œil droit. Perforation de l'œil gauche. Légères plaies au bord interne de la main gauche. sans lésion importante. Phlegmon sans gravité du poignet droit. On ne s'occupait plus que des lésions oculaires, lorsque le 24 mai le blessé accuse un peu de difficulté à avaler.

Le lendemain 25, trismus très-prononcé, flexion des doigts de la main gauche. *Douze* grammes de chloral sont administrés. Sommeil. Amélioration évidente, écartement double des mâchoires, doigts plus mobiles ; le soir, le spasme reprend son intensité.

Pendant cinq à six jours, la dose quotidienne de chloral s'élève à *huit* grammes. Contracture du dos et de l'abdomen, irritabilité réflexe faible.

Le 30, la dose de chloral ne produisant plus d'effet hypnotique, on la porte à *seize* grammes.

Le 4, affaiblissement du malade. On prescrit *deux* grammes de morphine, qui agissent favorablement.

Le 7, la morphine n'agit plus. Les crampes tétaniques reviennent plus fortes ; on cesse le médicament.

Du 10 au 13, irritabilité réflexe excessive. Le moindre choc amène une crampe des muscles du dos et des bras. On prescrit de nouveau *douze* grammes de chloral. Le malade s'endort. La roideur diminue progressivement et cesse complétement du 15 au 20, un peu moins d'un mois après le début des accidents tétaniques.

Malgré le développement du tétanos, les plaies de la main s'étaient régulièrement cicatrisées. Elles étaient fermées dès le 30 mars, sauf une, qui ne guérit complétement que le 7 avril. Les cicatrices conservèrent pendant une dizaine de jours une coloration rouge très-foncée.

Le malade regagne son pays le 26 avril.

M. le docteur Rouge a objecté que la guérison aurait peut être été obtenue par la morphine ou tout autre moyen, vu sa chronicité. M. Dufour a répondu que la chronicité peut précisément être due à l'administration du chloral dès les premières heures et à hautes doses ; que sans juguler le tétanos, le chloral semble l'atténuer, et, en résolvant la contraction, diminue la combustion et la température, conditions favorables à la guérison.

M. GUÉNIOT dépose sur le bureau une note de M. le docteur Parrot, médecin des hôpitaux, relative à un cas de *rupture de la moelle chez un nouveau-né par suite de manœuvres pendant l'accouchement*.

Cette observation intéressante, ajoute M. Guéniot, communiquée par l'auteur avec pièces à l'appui, à la Société médicale des Hôpitaux, fait ressortir les points de détail suivants :

La rupture de la moelle s'était effectuée au niveau de la sixième vertèbre cervicale, et cela, sans que la colonne ait subi de solution de continuité, ni dans les os, ni dans les disques intervertébraux.

Dans les membres inférieurs, bien que tout mouvement volontaire était perdu, il restait un certain degré de rétraction des fléchisseurs qui maintenait les cuisses et les jambes légèrement fléchies. Quant aux mouvements réflexes, ils persistaient encore.

La sensibilité avait disparu des membres supérieurs, ce qui s'explique par une espèce de ramollissement de la substance grise du bout supérieur de la moelle retrouvé à l'autopsie.

Le mouvement était conservé. Sous la plèvre on avait trouvé un vaste épanchement sanguin, qui provenait du canal rachidien et s'était fait jour à travers un trou de conjugaison.

M. DEPAUL. Des cas de ce genre, sans être communs, sont encore assez fréquents.

Le fait de l'épanchement sanguin sous-pleural à travers un trou de conjugaison est assez habituel, et je me rappelle y avoir rencontré une fois de la pulpe médullaire.

Il y a quelque temps, on m'amena à l'hôpital une femme en travail, chez laquelle on avait exercé en ville des tractions d'extraction du fœtus, qui se présentait par la tête, pendant plusieurs heures.

A l'examen, je constatai que la tête était petite, ratatinée et comme aplatie, et il ne m'a fallu qu'une très petite traction pour terminer l'accouchement.

Que s'était-il passé là, et quel a pu être l'obstacle à l'accouchement ? La dissection du fœtus mort-né nous permit de le savoir.

Il s'agissait ici d'un hydrocéphale, chez lequel, par suite des efforts de pression et de traction de la tête, on avait fait passer le liquide dans le canal vertébral, et de là dans les cavités pleurales et le tissu cellulaire sous-cutané de toute la moitié supérieure du tronc. L'analyse chimique du liquide recueilli dans les plèvres n'a fait que confirmer ce fait, en montrant qu'il s'agissait bien là de liquide céphalo-rachidien.

Le liquide était sorti par une double fracture de la colonne vertébrale, siégeant l'une entre la deuxième et la troisième vertèbre cervicales, et l'autre entre la cinquième et la sixième.

M. Depaul a été à même d'observer deux autres faits du même genre.

Un autre mode de terminaison du travail dans l'hydrocéphale, observé par M. Depaul, consiste dans le passage du liquide à travers une rupture d'une fontanelle ou d'une suture, jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané de la voute du crâne ; auquel cas la tête prend la forme d'un bissac. Il dit avoir observé deux fois cet accident.

M. GUYON lit, au nom de M. Letenneur (de Nantes), membre correspondant, l'observation suivante :

Fracture double de la mâchoire inférieure. Insuffisance de la ligature des fragments et de la ligature des dents. Suture osseuse simple d'un côté. Suture osseuse combinée avec la ligature des dents, de l'autre côté. — Guérison. Par M. le docteur LETENNEUR (de Nantes). — Le nommé Pierre L..., âgé de 28 ans, manœuvre, étant en état d'ivresse, le 13 mai 1869, tomba par la fenêtre du troisième étage dans une cour où se trouvaient des palissades analogues à celles qui bordent les voies ferrées. Cet homme fut relevé sans connaissance et porté à l'Hôtel-Dieu, service de clinique.

L'interne de garde reconnut une fracture de la mâchoire inférieure et appliqua une fronde.

Le 14, à la visite du matin, nous constatons l'état suivant :

Il existe de nombreuses contusions à la face, mais sans gravité ; une plaie de 2 centimètres et demi de longueur existe au côté droit de la face, au niveau du bord inférieur de la mâchoire et parallèlement à ce bord.

Le visage est déformé, le menton abaissé et enfoncé, la parole difficile.

La vue et le toucher nous font reconnaître une fracture double du corps de la mâchoire ; le fragment moyen, très mobile, est entraîné en bas et en arrière. La réduction se fait facilement, mais le déplacement se reproduit immédiatement.

Les deux fragments externes sont attirés en haut et en dehors par les muscles élévateurs.

La fracture a lieu, à droite, immédiatement en avant de la première grosse molaire ; à gauche, immédiatement en avant de la canine.

En mettant le doigt dans la plaie, on le fait parvenir sans difficulté dans la bouche, soit en avant, soit en arrière du foyer de la fracture. Cet examen fait découvrir une esquille mobile dépouillée de périoste ; elle est extraite immédiatement ; son étendue est de 1 centimètre environ ; elle porte l'alvéole vide de la dernière petite molaire droite. Cette esquille est irrégulière. Après son extraction, je reconnais que la fracture s'est faite en ce point obliquement, d'avant en arrière, et que le fragment moyen présente une dentelure longue pointue, s'enfonçant dans le plancher de la bouche. La fracture du côté gauche est à peu près verticale.

La langue présente, vers la pointe, une plaie peu profonde ; le malade ne peut la tirer hors de la bouche, ce que nous expliquons facilement par le défaut de point d'appui.

D'après le siége des deux fractures, l'une en avant du trou mentonnier, l'autre en arrière de ce trou, il était facile de prévoir l'état de sensibilité de la peau du menton. Cette sensibilité était conservée intacte, du côté gauche, jusqu'à la ligne médiane ; elle était au contraire abolie complétement du côté droit.

Le malade a perdu beaucoup de sang et est affaibli ; cependant, il a du courage et veut se guérir.

Le déplacement énorme auquel il s'agit de remédier rendent insuffisants à mes yeux les appareils ordinaires et même l'appareil de Morel Lavallée, dont l'application me semblait, en ce cas, presque impossible.

J'essaye donc de fixer préalablement les fragments au moyen de la ligature.

Un fil d'argent passé autour du fragment moyen (côté droit) est ensuite introduit d'arrière en avant, entre la petite molaire et la canine, puis serré par quelques tours. Le fragment, ainsi saisi et soutenu, est accroché, à l'aide du fil d'argent, à la première grosse molaire du fragment externe ; mais, bien que cette grosse dent fût très-solide, l'anse métallique simple ou double passée autour d'elle s'échappait sans cesse, et il a fallu renoncer à l'espérance d'obtenir ainsi une contention suffisante.

Du côté gauche, un fil d'argent, introduit d'arrière en avant, entre les deux petites incisives du fragment moyen et entre la canine et la petite molaire du fragment extérieur, fut tordu au niveau du collet de ces dents et nous fit obtenir une demi-réduction, mais non une immobilité suffisante.

En conséquence, je pris mes mesures pour pratiquer, le lendemain, la suture des fragments.

Je me servis pour cela d'une drille d'horloger dont j'avais fait usage pour la première fois en 1864 dans un cas de fracture non consolidée du fémur.

Le fragment moyen fut attiré dans la plaie et fixé au moyen d'un davier, et une attelle protectrice fut glissée derrière ce fragment. Un trou fut pratiqué à un demi-centimètre au moins du bord de la mâchoire, c'est-à-dire au-dessus du trou mentionné ; un fil d'argent un peu fort passé dans ce trou nous permit d'attirer le fragment au dehors et de réséquer avec une pince incisive la dentelure aiguë dont j'ai parlé et qui aurait rendu difficile la coaptation.

La drille traversa le fragment externe à la même hauteur, et il fut possible de faire passer à travers ce fragment le fil d'argent d'arrière en avant. Les deux extrémités du fil rapprochées et tordues au moyen d'un bec de corbin fixèrent les deux fragments d'une manière très-solide. Les deux chefs du fil métallique furent coupés au niveau de la peau et correspondaient à l'angle externe de la plaie.

Il n'existait pas de plaie au niveau de la fracture du côté gauche, et je dus faire ici la suture en abaissant la lèvre inférieure. La drille fut introduite aussi bas que possible, avec les précautions indiquées plus haut, entre les racines des deux petites incisives et entre la canine et la petite molaire. Un fil d'argent fut placé dans chacun de ces trous, et nous avions ainsi deux extrémités du côté de la bouche et deux extrémités en avant des gencives. Les deux extrémités internes furent tordues solidement, et en tirant sur les deux chefs antérieurs nous eûmes une anse, dans laquelle les deux fragments furent saisis et rapprochés au moyen du bec de corbin. Les deux chefs postérieurs furent utilisés pour la ligature des dents ; je les fis passer d'arrière en avant entre les dents, et ils furent tordus au niveau du collet des dents. Nous avions donc ainsi du côté gauche un double moyen de contention : suture des fragments et ligature des dents établies avec les mêmes fils.

Après cette opération, pour laquelle le malade, d'après son désir, avait été endormi par le chloroforme, les mouvements de la mâchoire étaient devenus assez faciles et la parole un peu plus distincte. Le résultat était très satisfaisant ; cependant, au niveau de la fracture du côté gauche, les dents ne sont pas tout à fait sur la même ligne, ce que j'attribue à ce que le fil n'aura pas traversé les fragments à la même hauteur. Le malade nous rassure en nous disant que cette différence existait avant l'accident.

Quoi qu'il en soit, cette imperfection à laquelle j'aurais pu remé-

---

bâtiments délabrés. Cette façade, encadrée de chaque côté dans une colonne d'ordre dorique, est formée par une porte un peu étroite, surmontée d'un vaste œil-de-bœuf très-orné et de très-justes proportions, et au-dessus duquel règne un fronton dont l'entablement porte les armes de la Faculté, c'est-à-dire la cigogne et le serpent emblématiques.

Au-dessous de la corniche de la porte, on lit l'inscription suivante, encore dans un bon état de conservation :

AMPHITHEATRUM

ÆTATE COLLAPSUM ÆRE SUO RESTITUERUNT MEDICI PARISIENSES

A. R. S. H. M.DCC.XLIV. M° ELIA COL DE VILLARS, DECANO.

Cette porte ne conduit plus au fameux théâtre anatomique. Elle ne conduit pas heureusement dans les chambres du n° 13 ; elle mène tout droit dans le café dont nous avons vu l'autre entrée rue de l'Hôtel-Colbert.

Pendant que vous vous livrerez, ami lecteur, à l'examen de cette gracieuse façade, qui vous rappellera tant de choses, il est à peu près impossible que vous ne soyez pas distrait par des chants, des cris et le bruit incessant que font des ouvrières occupées à blanchir le linge. En effet, tout le côté droit de cette cour est occupé par un lavoir public dont les fenêtres à ogive, assez finement sculptées, vous auront frappé. Ce lavoir, où le bruit du battoir est souvent surmonté par les jurons grossiers, les chants équivoques, le bruit des rixes et des querelles, ce lavoir n'est autre que la grande et belle chapelle que la Faculté s'était fait construire quand l'autre fut trouvée trop petite, et où elle allait dévotement (comme les magistrats de nos jours) entendre tous les ans sa messe du Saint-Esprit, où elle faisait ses dévotions à la Vierge, à saint Luc, où elle venait pleurer ses morts et prier pour ses bienfaiteurs, et qui était séparée du vestibule des Écoles par une belle grille ornée, présent de Fagon, « qui abandonna à cette intention les honoraires des Écoles. » Ah ! il faut en convenir, les lieux consacrés par nos pères à leurs dévotions naïves et superstitieuses ont eu de singulières destinées.

A l'entrée de cette même cour, que nous visitons en ce moment, à côté de l'escalier actuel de la maison et de la loge du concierge, on voit une petite porte qui n'offre rien de remarquable que l'inscription suivante tracée sur une plaque de marbre :

ÆRE D. D. MICHAELIS LE MASLE REGIA
SANCTORIBUS CONSILIIS PROTONOTARII APOSTOLICI PRÆCENTORIS ET CANONICI ECCLESIÆ
PARISIENSIS PRIORIS AC DOMINI DES ROCHES, ETC.
M. ANTONIO LE MOINE PARISINO DECANO
ANNO R. S. H. M.DC.LXXVIII.

Au dire de Hazon, ce marbre était accompagné « de deux figures de grandeur naturelle qui joignaient les armes de la Faculté avec celles de l'illustre abbé. » Ces deux figures ont complétement disparu, comme disparaîtront bientôt sans doute les deux inscriptions que la nouvelle Faculté, ingrate ou simplement dédaigneuse, aurait dû acquérir depuis longtemps et conserver avec un soin pieux.

Avant que le temps n'ait achevé son œuvre de destruction, la pioche du démolisseur aura certainement jeté à terre ces vieux débris, abandonnés dès 1775, parce qu'ils menaçaient ruine. Il est déjà difficile aujourd'hui de reconstruire par la pensée, et dans leur état primitif, les vieux bâtiments de nos Écoles ; ce sera alors complétement impossible ; les vieilles Écoles de médecine auront définitivement vécu, et nul peut-être ne s'en inquiétera.

. . . .

Quand ces sombres bâtiments auront disparu à leur tour, qui donc se rappellera cette vieille et tant célèbre Faculté ? Qui donc se rappellera et Desparts, et l'abbé Desroches, et Col de Villars, et Le Masles, et ces doyens célèbres et vénérés qui illustrèrent en leur temps ou la science ou la profession ? Aujourd'hui déjà, combien qui confondent la vieille Faculté et la nouvelle qui ne lui ressemble en aucune façon ? Combien qui sachent au juste que la Faculté était composée de tout le corps des docteurs ? qu'il y avait le banc des anciens et le banc des jeunes ? Combien qui sachent exactement ce que c'était qu'un professeur, un docteur-régent, un licencié, un bachelier ? ce qu'étaient les examens et les thèses de ce temps-là ?

Au milieu des révolutions dans lesquelles il roule incessamment sa pierre, comme un autre Sisyphe, le monde nouveau oublie complétement le monde ancien, et, dans son ignorance, il ne sait profiter ni des leçons salutaires, ni des fautes et des erreurs de celui qui l'a précédé. Infatué de lui-même, il néglige toute l'expérience chèrement acquise et s'imagine bêtement qu'il possède la science infuse. Il s'agite, il tourne, il court, il avance, il recule, et finalement se casse le nez... et c'est bien fait. A Dieu ne plaise que je regrette le vieux temps et surtout que je veuille y revenir ; je l'ai trop fréquenté pour cela, en médecine comme en autre chose. Mais ne l'oublions pas tout au moins ; étudions-nous à le connaître, il nous donnera quelques bonnes leçons. Et n'eussions-nous appris qu'à ne pas rééditer ses sottises, nous n'aurions pas perdu notre temps.

Dr H. MONTANIER.

dier en plaçant un fil avec plus de précision, n'a qu'une médiocre importance.

La double torsade de fils relevée et coupée au niveau des dents irritait un peu la muqueuse de la lèvre, et pour éviter cet inconvénient je dus, quelques jours après, recouvrir les dents et les fils métalliques avec une gouttière en gutta-percha, qui vint ajouter encore à la solidité de la suture.

Aucun bandage extérieur ne fut nécessaire. Le malade, fidèle à ma recommandation, eut soin de se laver la bouche avec une solution de chlorate de potasse, avec de l'eau vineuse et de l'eau fraîche. Les liquides introduits dans la bouche s'écoulent, comme la salive, par la plaie, et le malade est obligé de prendre quelques précautions à ce sujet.

Du reste, L..., d'un caractère jovial, se promène toute la journée, mange des potages et boit du vin; il peut même mâcher de la mie de pain, mais nous déclare qu'il ne peut l'avaler à cause de la douleur qu'il éprouve à la langue. Cependant la langue, ayant aujourd'hui un point d'appui solide, peut être attirée hors de la bouche. C'est en faisant faire ce mouvement que nous apercevons à la surface de l'organe, vers la base, des inégalités et une plaie profonde; il nous est démontré alors que la langue a été traversée de part en part par un des bois aigus de la palissade sur laquelle le malade est tombé, et que ce bois a dû traverser le plancher de la bouche en arrière du cul-de-sac sublingual, puisque nous n'avons pas vu de traces de lésion à la face inférieure de la partie libre de la langue.

La voûte palatine n'a point été atteinte par le corps vulnérant.

Le malade nous avoue, au bout de quelques jours, que malgré sa double fracture de la mâchoire et la plaie de la langue, il a continué à fumer sa pipe, attendu, dit-il, que le tabac est trop sain pour lui nuire en quoi que ce soit.

A part les deux jours qui suivirent l'accident, L... n'a pas eu de fièvre et a repris promptement un teint frais et toutes les allures d'un homme bien portant.

Le 24 mai, je constatai au niveau de la fracture du côté gauche un abcès que j'ouvris le lendemain. Le pus qui s'écoula n'était pas fétide.

Cette ouverture mit les deux fractures dans des conditions analogues, c'est-à-dire communiquant avec l'intérieur de la bouche et avec l'extérieur. Le pus et la salive s'écoulaient librement par cette double issue.

Le 26, la gouttière en gutta-percha se souleva, et L... ne chercha point à la replacer, trouvant que les fils métalliques ne le gênaient plus.

Le 5 juin, il déclare qu'il perd son temps à l'hôpital, et demande son *exeat* pour aller travailler; mais l'absence d'aliments solides ne lui permet pas de reprendre assez de force pour travailler, et il rentre à l'hôpital au bout de quelques jours.

Le 15, les extrémités des fragments du côté droit qui étaient dénudés deviennent mobiles, je les retire avec le fil d'argent qui les unissait. En additionnant ces parcelles et l'esquille enlevée le premier jour, on peut estimer à plus d'un centimètre la perte de substance dans toute l'épaisseur du maxillaire.

Malgré cela, les fragments désormais assujettis par les parties molles n'ont aucune tendance au déplacement.

Le 16, j'essaye de couper les fils d'argent du côté gauche, je réussis facilement à détruire l'anse supérieure qui formait la ligature des dents, et qui ne servait plus à rien par suite de la mobilité de la canine. Mais pour couper l'anse inférieure, il aurait fallu faire des efforts pour ébranler le cal. Ce travail de consolidation se manifestait par une tuméfaction de bonne nature au niveau de la fracture. Je laissai donc l'anse inférieure intacte.

Les abcès suppurent toujours, mais tendent à se cicatriser.

Le 21, L... quitta définitivement l'hôpital. Il est revenu me voir souvent depuis ce temps. J'ai pu enlever sans accident, à la fin du mois, le fil d'argent qui unissait les fragments à gauche, et je dois noter qu'il ne s'est pas produit de nécrose sous la pression du fil.

Mon malade ne prenait aucune précaution pour le choix des aliments, ce qui contribua certainement à retarder la consolidation.

Dans le courant du mois de juillet, j'enlevai la dent canine qui était devenue très-mobile, et cette petite opération fit disparaître à peu près complétement le défaut de niveau que j'ai signalé plus haut.

Peu de temps après, je pus constater la guérison définitive de L..., qui ne conserve plus d'autre trace de son accident qu'un léger aplatissement du menton, résultant de la perte de substance subie par le maxillaire inférieur.

La Société se réunit en comité secret à quatre heures et demie.

Le secrétaire annuel : F. Panas.

Par décret en date du 2 juin 1870, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. Durant, médecin-major de 2e classe aux hôpitaux de la division d'Oran : 17 ans de services, 6 campagnes. — Heyman, médecin-major de 2e classe au 2e régiment de zouaves : 16 ans de services, 5 campagnes. — Belay, médecin-major de 2e classe au 4e régiment de chasseurs d'Afrique : 17 ans de services, 6 campagnes. — Dogny, médecin aide-major de 1re classe au 2e régiment de chasseurs d'Afrique : 10 ans de services, 6 campagnes.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

En ce moment où le corps médical s'occupe surtout de variole et de vaccine, on ne doit négliger aucun des problèmes qui se présentent, afférents à ces grandes questions.

Or voici qu'un nouveau problème de cette espèce vient d'être soulevé.

Il paraît que l'épidémie de variole a coïncidé avec une épizootie : de cow-pox ou d'une maladie qui lui ressemble absolument, si ce n'est pas réellement lui.

En fort peu de temps, M. Depaul a reçu 14 lettres, qui lui annonçaient la découverte de cow-pox naturel. Ces lettres provenaient des lieux les plus divers, de Valenciennes, Nemours, Laon, Versailles, Rouen, Saint-Vivien, etc. A Paris même, dans plusieurs étables, bien qu'appelé tardivement, M. Depaul a pu constater la parfaite ressemblance des croûtes et des pustules qui lui étaient signalées avec les croûtes et les pustules du vrai cow-pox.

Dans chaque étable, la maladie s'était étendue à plusieurs vaches. Ordinairement, elle avait commencé par un animal acheté depuis peu, qui en avait apporté le germe. Tel était le cas dans une maison religieuse, dont la supérieure avait prévenu M. Depaul.

Les croûtes vaccinales, le liquide qu'on recueillait après les avoir arrachées, furent inoculés sans succès. On devait s'y attendre, puisque le moment de la virulence était passé. Mais, chose remarquable, le liquide puisé à une époque moins tardive dans des vésicules semblables aux autres par leur évolution et leur marche, resta également sans effet. M. Depaul n'avait pas recueilli directement de ce liquide, mais il en avait reçu de divers côtés, notamment de Rouen, où la Société de médecine s'était occupée presque officiellement du nouveau cow-pox. Les expériences faites à Rouen avaient abouti également à un résultat négatif.

On en venait donc à douter que l'épizootie actuelle fût de véritable cow-pox, lorsqu'enfin la semaine dernière M. Depaul inocula avec succès une génisse avec un liquide que lui avait adressé le docteur Vicherat. Or précisément, quelques jours avant, ce même médecin lui avait fait parvenir le contenu d'autres vésicules provenant de la même épizootie et qui, inoculé, ne produisit rien.

Tous ces détails sont intéressants, et nous remercions M. Depaul d'avoir bien voulu nous en faire part.

Ainsi, en fort peu de semaines, un nombre d'animaux qui, suivant l'estimation même du savant directeur de la vaccine, ne serait guère moindre d'une centaine, aurait présenté des pustules semblables à celles du cow-pox.

Bien que le cow-pox naturel soit moins exceptionnellement rare qu'on ne le suppose généralement, puisque, en 5 ou 6 ans, M. Depaul a pu le rencontrer trois ou quatre fois, cependant il paraît douteux que, même en le cherchant avec le plus grand soin, on puisse le trouver aussi fréquent en temps ordinaire. Déjà le cow-pox naturel de Toulouse s'était produit dans un lieu où régnait la petite vérole. Cette coïncidence est donc bonne à signaler.

Est-ce à dire que le cow-pox et la variole soient au fond une même maladie? Non sans doute, cette hypothèse ne peut plus être soutenue depuis les magnifiques recherches de M. Chauveau. Le célèbre physiologiste a montré dans ses expériences la variole restant variole après avoir passé par l'animal, et le cow-pox restant cow-pox après avoir passé par l'homme. Il n'y a donc pas identité.

Mais quand une épizootie a détruit la race bovine en Égypte peu de temps avant que le choléra y parut, il n'y avait pas non plus identité entre les maladies analogues qui se succédaient, frappant d'abord sur les animaux, puis sur les hommes. Il n'en est pas moins curieux de voir que presque toujours les épidémies sont précédées, accompagnées ou suivies d'épizooties souvent comparables.

Un autre point à élucider est celui-ci :

Peut-on refuser le nom de cow-pox naturel à une éruption qui, inoculée dans les conditions les meilleures, ne s'est pas reproduite? ou bien faut-il dire, comme autrefois, que le cow-pox, le vrai cow-pox spontané, s'inocule plus difficilement que le vaccin transmis de piqûres à piqûres? Nous ne pouvons aujourd'hui que poser la question. Des faits bien observés fourniront la réponse.

V. REVILLOUT.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. ROGER.

Observation de chorée rhumato-cardiaque (1).

(Lu à la Société médicale d'Observation.)

Cherchant maintenant à analyser les points les plus saillants de cette observation, nous nous arrêterons d'abord sur les renseignements négatifs que nous avons consignés en commençant.

Jamais, avons-nous dit, cet enfant n'avait eu de rhumatisme, jamais non plus il n'avait eu de chorée. Or, ce jeune garçon était âgé de 13 ans.

C'est, en effet, plutôt dans la seconde enfance que dans les premières années de la vie que l'on observe ces deux maladies. Avant l'âge de cinq ans, le rhumatisme articulaire est tout à fait exceptionnel. Remarquons que la fréquence de la danse de Saint-Guy correspond aussi à cette période de la vie, si bien que les anciens auteurs avaient voulu établir une relation entre la chorée et l'établissement de la puberté! Cette sorte de parallélisme entre la fréquence relative des deux affections, chorée et rhumatisme, chez les enfants, ne peut elle pas déjà servir d'argument aux partisans de la commune origine?

L'absence d'atteinte antécédente de chorée était, on le comprend, fort importante à noter. Aussi avons-nous interrogé à plusieurs reprises les parents à cet égard, et toujours les réponses furent négatives. Ce ne fut que quelques jours après le début des douleurs rhumatismales que l'on constata de légères grimaces dans les muscles de la face. Quand nous vîmes le malade, ces grimaces étaient encore fort peu prononcées, et si notre esprit n'avait point été attiré de ce côté, elles auraient parfaitement pu passer inaperçues. Chez notre malade, la chorée prit par la suite une telle intensité, qu'il eût été impossible de la méconnaître. Mais, si comme cela arrive dans certains cas, tout se fût borné à des mouvements presque imperceptibles dans les muscles de la face, ils auraient parfaitement pu échapper à un examen un peu superficiel, et si nous supposons que plusieurs mois ou même plusieurs années plus tard, l'enfant eût été pris d'une véritable attaque de chorée, la relation entre la maladie et le rhumatisme eût certes été fort difficile à établir.

Pour les troubles cardiaques, il est sans doute impossible d'assigner une date précise à leur début. Toutefois, si l'on songe que jamais auparavant l'enfant ne s'était plaint d'aucun trouble fonctionnel du côté de l'appareil central de la circulation; si l'on a égard, d'autre part, au caractère doux du souffle, plus en rapport avec une altération récente de l'endocarde qu'avec une lésion déjà ancienne, on sera porté à admettre que les trois manifestations rhumatismales du côté des articulations, de l'endocarde, et enfin la chorée elle-même, se sont montrées sinon simultanément, du moins à un intervalle de temps très-rapproché.

Si nous avons cru devoir noter que notre malade n'avait pas eu récemment ni fièvre éruptive, ni surtout scarlatine, c'est que, d'une part, chez les enfants le rhumatisme, succédant assez fréquemment à la scarlatine, qu'il localise sur les articulations ou qu'il attaque d'emblée, ou secondairement les séreuses cardiaques, d'autre part, il n'est pas très-rare d'observer aussi la chorée après l'exanthème scarlatineux. Il ne faut, croyons-nous, attribuer aucune influence spéciale à la scarlatine sur le développement de la chorée, mais ne voir là qu'une influence indirecte du rhumatisme, si bien que, dans ce cas encore, on a affaire, suivant nous, à une chorée rhumatismale.

Nous n'insisterons pas sur la marche de la chorée. Ici, comme le plus ordinairement, elle a été graduelle.

Dans le principe, bornée à la face, elle s'est ensuite étendue aux membres, prédominant d'abord dans un côté du corps, pour se généraliser ensuite et acquérir une intensité tout à fait inusitée.

Si nous examinons maintenant la marche parallèle des deux affections, nous remarquerons que la chorée a envahi les parties pour ainsi dire à mesure que le rhumatisme les abandonnait. Au moment de l'entrée du malade, et lorsque les douleurs rhumatismales étaient les plus vives dans les membres, c'est à la face qu'étaient bornés les mouvements choréiques; ce fut dans le côté gauche que persista le plus longtemps le rhumatisme; ce fut, au contraire, du côté droit que débutèrent les mouvements choréiques; enfin, au moment où la chorée devint la plus forte, le rhumatisme avait complétement disparu. C'est là une circonstance digne d'intérêt; d'une part, au point de vue clinique, on comprend qu'avec une chorée aussi intense que celle à laquelle nous assistions, combien seraient douloureux ces brusques mouvements, ces changements continuels pour les articulations envahies par un rhumatisme articulaire suraigu; d'autre part, au point de vue anatomo-pathologique, pour ceux qui veulent voir dans la chorée une localisation du rhumatisme vers les centres nerveux, comme porteraient à le faire admettre les rares autopsies où l'on a constaté chez des sujets morts choréiques, simultanément avec des phlegmasies articulaires, du péricarde, de l'endocarde et de la plèvre, inflammation des méninges médullaires et cérébrales; cette mobilité est bien en rapport avec le génie même des manifestations rhumatismales abandonnant en général un point de l'économie avant d'occuper un autre siége.

L'histoire de notre malade, chez lequel une chorée excessivement forte succéda à une atteinte légère de rhumatisme, est encore une preuve de ce fait signalé par les différents auteurs qui se sont occupés de cette question, c'est qu'il n'y a aucune relation à établir entre l'intensité des deux maladies, et qu'au contraire il semblerait plutôt exister une sorte de balancement entre l'intensité relative de la chorée et du rhumatisme.

Nous ne dirons rien du traitement dirigé contre le rhumatisme et l'insuffisance mitrale. Il n'a rien présenté de particulier; mais en raison même de ces complications et de l'état profondément adynamique où était tombé notre malade, on ne pouvait diriger contre la chorée plusieurs des médications souvent employées en pareille occurence; ainsi l'usage du tartre stibié était formellement contre-indiqué. Il fallut se borner ici à une médication purement réparatrice, où l'alimentation et les toniques tinrent la plus grande place.

En présence pourtant de l'agitation vraiment extraordinaire de cet enfant, qui ne lui laissait aucun moment de repos, on prescrivit le chloral aux doses et dans les formes indiquées dans le cours de l'observation.

Sans doute, l'emploi de ce médicament n'a pas été continué assez longtemps, et peut-être aussi n'a-t-il pas été administré à des doses suffisantes, pour qu'on puisse tirer aucune conclusion définitive de cette courte expérimentation. Toutefois, contrairement à certains faits qui ont été récemment avancés, nous ne constatâmes aucune diminution durable de la chorée après l'administration de ce médicament.

Sans doute, nous avons obtenu dans quelques cas un sommeil de quelques heures, pendant lequel les mouvements choréiques cessèrent, comme ils cessent en général pendant le sommeil, qu'il soit naturel ou qu'il soit provoqué, mais pour reprendre au réveil avec autant d'intensité qu'auparavant. De ce fait et de quelques autres dont nous avons été récemment témoin, nous serions pour notre part porté à croire que dans la chorée, comme dans le cas de douleurs très-vives, ce n'est qu'indirectement en provoquant le sommeil et une insensibilité plus ou moins absolue que le chloral peut rendre quelque service; qu'en un mot, il agit à la manière du chloroforme ou de certains narcotiques, en procurant quelques heures de répit au malade, mais nous ne croyons pas qu'il ait d'influence directe sur l'issue de la maladie.

Quoi qu'il en soit, le malade marche vers la guérison; la chorée ne tardera pas à disparaître complétement; mais outre que le malade conservera son affection cardiaque, il reste exposé dans l'avenir aux récidives possibles, sinon probables, du rhumatisme et de la chorée. Dans l'espace de moins d'un mois nous aurons donc vu se succéder successivement le rhumatisme, l'endocardite et la chorée. Ces faits, nous le répétons, sont rares, et c'est à ce titre que nous avons pensé que l'histoire de notre malade présentait quelque intérêt, en montrant bien l'enchaînement des diverses manifestations de la diathèse rhumatismale.

(1) Fin. — Voir le numéro du 7 juin 1870.

HOPITAL MILITAIRE DE BELFORT.—M. PRUD'HOMME.

Attaques antérieures de delirium tremens; tuberculisation miliaire; maladie de Bright; méningite ultime.

Dans son numéro du 8 mars 1870, la *Gazette des hôpitaux* a inséré une très-intéressante observation de méningite cérébro-spinale chez un alcoolique, recueillie par M. Hémey à l'hôpital de la Pitié, service de M. Gallard. Comme les cas de méningite chez les alcooliques sont assez rares pour qu'on les cite, nous avons pensé que le cas suivant, recueilli il y a quelques années, viendrait confirmer l'assertion de M. Hémey, à savoir que l'alcoolisme peut être une cause de méningite.

X... (Pierre), 33 ans, brigadier maître d'armes, ivrogne émérite, a eu plusieurs attaques de *delirium tremens* dans sa précédente garnison (rapport du médecin du corps). Entré à l'hôpital militaire de Belfort le 25 avril 1867, mort le 4 mai à deux heures du matin.

Cet homme, maigre, chauve, bien musclé, nous arrive à pied, le 25, à la visite du matin; il balbutie, ne peut répondre aux questions, ne peut même dire son nom; ses mains tremblent comme dans l'alcoolisme le mieux caractérisé; toutefois, la force musculaire est intacte, le malade serre également des deux mains. Un bain tiède est prescrit, le malade refuse de s'y rendre; il reste couché, subdélirant, mange ses potages; les deux jours suivants, hémoptysies assez abondantes; rien à l'auscultation, sauf des râles sous-crépitants dans le poumon gauche et au sommet droit; délire noc-

turne; le malade se lève, cherche sous ses draps, sous la table (hallucinations). Le délire devient continu au 4e jour. Le pouls, à 60 au début, ne s'élève guère qu'à 72 en mai; carphologie, selles et urination involontaires; à la fin, rétention d'urine.

J'essaie de sonder le malade qui déploie des efforts musculaires énormes pour se soustraire au cathétérisme; il se refuse de même aux lavements. Nous employâmes une médication peu active : un purgatif, un peu d'opium, quelques potions camphrées. La peau des extrémités inférieures, légèrement infiltrées, est couverte d'ecchymoses de différents âges qui nous détourne des émissions sanguines; d'ailleurs, dès le début, l'état nous parut désespéré. Nous essayâmes de quelques enveloppes hydrothérapiques qui semblèrent calmer momentanément le délire. Mort le 4 mai, à deux heures du matin.

Autopsie le 5 mai, six heures du matin.

Crâne. La boîte osseuse enlevée à la scie, nous trouvons une infiltration gélatineuse transparente sous-arachnoïdienne sur les lobes antérieurs; à gauche, le long de la scissure de Sylvius, exsudation purulente semi-solide qui continue jusqu'à la base, où se trouve de la sérosité lactescente qui se prolonge jusque dans le canal rachidien. Cerveau de consistance normale à l'extérieur, sauf à la partie antéro-externe inférieure du lobe moyen gauche et sous l'exsudation purulente, où nous trouvons une plaque superficielle de 2 à 3 centimètres de tissu cérébral rouge ramolli,

Sérosité louche dans les deux ventricules et, à leur surface, flottant par lambeaux, la voûte à trois piliers; plaques choroïdes infiltrées; rien au cervelet ni à la moelle.

Thorax. Pas d'adhérences pleurales. Poumon gauche rugueux à la surface, farci en totalité de tubercules miliaires, dont la couleur jaune tranche sur le tissu congestionné; une tranche du poumon gauche surnage l'eau. Du poumon droit, le lobe supérieur est seul tuberculeux et à un moindre degré qu'à gauche; les deux autres lobes sont congestionnés. Cœur bien musclé, 10 centimètres de haut; rien aux valvules; caillots fibrineux mous dans les cavités, sang noir coagulé dans les vaisseaux.

Abdomen. Estomac normal, sans mamelon, intestins intacts.

Reins 15 centimètres de long, grains de semoule à la surface et granulations tydes à l'intérieur. Le semis est largement espacé. La substance du rein est colorée; ajoutons que le rein gauche est bossué, prismatique.

Rate normale, foie de volume ordinaire, granité à la surface et à la coupe; granulations jaunes sur un fond fauve (commencement de cirrhose?)

Il résulte de cette autopsie, que les viscères des trois cavités avaient été atteints : d'un côté, maladie de Bright causée par ivrognerie chronique, de l'autre, granulie aiguë des deux poumons, lésion intermédiaire comme ancienneté; enfin, méningite et ramollissement cérébral circonscrit, lésions ultimes et causes de mort.

Cette observation présente des lésions beaucoup plus complexes que le cas recueilli par M. Hémey, aussi n'y a-t-il pas lieu de s'étonner que la symptomatologie de la méningite ait été plus effacée dans notre cas.

Quoi qu'il en soit, c'est un cas incontestable de méningite chez un alcoolique, et c'est à ce titre que cette observation, venant se ranger à côté de celle de M. Hémey, nous a paru offrir quelque intérêt.

A PROPOS DE L'ACIDE PHÉNIQUE.

Par M. le Dr FELTZ

Lauréat de l'Institut, professeur agrégé, directeur des autopsies à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Au moment où l'on agite la grave question du traitement de la variole, et qu'on semble vouloir préconiser l'emploi de l'acide phénique, il nous a semblé de notre devoir, tout en acceptant les résultats cliniques obtenus jusqu'à présent, d'attirer l'attention du public médical sur un travail présenté à la Faculté de médecine de Strasbourg, le 18 décembre 1869, par M. le docteur Danion, interne des hôpitaux civils. Toutes les expériences consignées dans cette thèse ont été faites dans notre cabinet et sous nos yeux, nous pouvons donc en affirmer la parfaite exactitude et nous en assumons toute la responsabilité.

Les recherches de M. Danion sur l'acide phénique, portent sur les trois points suivants :

I. *Action physiologique de l'acide phénique. — Doses toxiques.*
II. *Action de l'acide phénique sur l'infection déterminée chez les lapins par du sang typhoïde et du sang putride.*
III. *Action de l'acide phénique sur les microzoaires de sangs infectés.*

I. Par des doses progressives données à des lapins, M. Danion est arrivé à constater que les premiers effets produits par l'acide phénique (injection hypodermique) correspondent à l'administration de *treize* à *dix-huit* centigrammes et la mort à *trois cent vingt-cinq* centigrammes. Si on administre d'emblée cette dernière quantité, l'animal tombe comme foudroyé, mais se remet au bout de quelques heures. Ce n'est qu'avec *cinquante* à *soixante* centigrammes qu'on produit immédiatement la mort chez le lapin, mort, qui d'après M. Danion, est amenée par la paralysie musculaire atteignant d'abord les membres postérieurs, puis les membres antérieurs et finalement les muscles de la poitrine. De plus l'acide phénique donne lieu d'abord à une hypéresthésie considérable et ensuite à une anesthésie complète.

A propos de l'action locale de l'acide phénique, l'auteur se borne à rapporter les conclusions de M. Lemaire sur le même sujet, à savoir que l'acide phénique exerce une action très-énergique, qu'il peut produire, à l'état de pureté une brûlure au 3e degré, qui n'est pas accompagnée de suppuration.

Étudiant ensuite l'action de l'acide phénique sur la température, M. Danion en conclut que chez les lapins, à doses modérées, il produit un abaissement de quelques dixièmes de degrés; à fortes doses (*trente à quarante* centigrammes), l'abaissement peut être de 4 degrès environ, sans causer la mort. Désirant connaître l'action de ce produit sur l'homme, M. Danion a ingéré de l'acide phénique, débitant par *cinquante* centigrammes jusqu'à *quatre* grammes, il a pu constater un étourdissement passager, des fourmillements dans les extrémités des doigts; tout cela disparaissait très-vite. La voie d'élimination la plus importante était sans contredit le poumon. Les analyses de M. Hepp, pharmacien en chef de l'hôpital civil de Strasbourg, n'ont fait découvrir aucune trace dans les urines.

La forme médicamenteuse la plus convenable semble être en potion; on peut aller hardiment jusqu'à la dose de *quatre* grammes par jour, mais en ayant le soin de n'ingérer que de petites quantités à la fois.

Résumant le mode d'action de l'action phénique, l'auteur conclut à une perturbation du système musculaire, à une hypéresthésie primitive qui passe ensuite à l'anesthésie la plus complète; enfin à un abaissement de la température.

II. L'auteur a eu en but, par des injections d'acide phénique, d'arrêter les symptômes qui accompagnent l'injection de sang des maladies typhiques à des lapins, en détruisant l'élément toxique. Il injecte à un lapin du sang venant d'un animal déjà infecté par du sang typhoïde; à un autre lapin, il injecte simultanément la même quantité du même sang, plus *dix* centigrammes d'acide phénique, et cela plusieurs jours de suite. Cette expérience, répétée dix fois, ne lui donne que des résultats négatifs; souvent même le lapin auquel on a injecté l'acide phénique meurt avant l'autre. Répétant les expériences avec du sang d'un lapin infecté, non plus avec du sang typhoïde, mais avec du sang putréfié provenant d'une femme morte à la suite d'amputation d'un sein cancéreux, l'auteur n'obtient toujours que des résultats négatifs; une seule fois le lapin phéniqué mourut quinze jours après l'animal non phéniqué.

III. — Dans une troisième série d'expériences, M. Danion s'occupe de l'action de l'acide phénique sur les microzoaires observés dans les sangs infectés. Il établit préalablement l'existence de ces microzoaires, qui sont bien pour lui des êtres vivants et qui paraissent être l'agent actif de l'infection, qui devient ainsi une véritable fermentation. Or les expériences de M. Lemaire ayant appris que l'acide phénique arrête toute fermentation putride en tuant les infusoires, il était intéressant de connaître l'action de cet acide sur ces petits êtres qu'on retrouve dans différentes espèces de sang infecté. Eh bien! en mêlant à du sang une certaine quantité d'acide phénique, il a été permis de voir encore, douze jours après l'expérience, la présence et la mobilité de ces éléments. Le sang n'avait aucune mauvaise odeur. Du même sang non phéniqué était en décomposition au bout de deux jours; il présentait de véritable fausses membranes composées d'infusoires complétement immobiles, et que l'auteur pense être d'une autre nature que les points mobiles et les chaînettes. Les mêmes expériences et les mêmes résultats ont été constatés avec du sang typhoïde. M. Danion conclut donc que si l'acide phénique a donné un résultat négatif dans l'infection déterminée chez les lapins, c'est que probablement il n'a aucune action sur le principe infectieux.

PHÉNOMÈNES PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES

CONSÉCUTIFS A LA SECTION DES NERFS PRINCIPAUX DU BRAS (NOUVELLE INTERPRETATION) (1)

Par le docteur LÉTIÉVANT

Chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Le médian, le cubital et le radial sont les trois nerfs dont la section complète, au bras, peut être le plus facilement et le plus nettement appréciée chez l'homme.

Chacun de ces nerfs possède un département distinct à la fois *moteur* et *sensitif*. Chaque département peut être observé dans ses *organes* et dans ses *actes*. De l'étude des organes, de celle des actes, on peut s'élever à la connaissance de l'état du nerf lui-même.

La persistance d'une motilité et d'une sensibilité très-accusées dans les doigts et la main, après la section de l'un de ces nerfs, est un des phénomènes qui étonnent le plus.

Ces propriétés physiologiques sont telles que plus d'une fois on a attribué leur existence à une division incomplète du cordon nerveux ou à sa régénération.

Sur ce sujet, il n'est facile ni d'éviter l'erreur ni de démontrer la vérité.

Voici, par exemple, un malade dont le médian a été sectionné au bras, sur lequel on constate, outre une sensibilité très-manifeste, l'existence de presque tous les mouvements de la main et des doigts. On pourrait croire que quelques fibres du médian ont échappé à la section ou bien que le nerf s'est régénéré.

Cependant ni l'une ni l'autre de ces hypothèses n'est vraie.

La motilité existe, mais elle se fait par l'intermédiaire de muscles dépendant d'autres nerfs que du médian. Il suffit d'observer ceux qu'influence ce dernier pour constater leur paralysie absolue. De même, la sensibilité se produit à l'aide de filets nerveux appartenant aux nerfs voisins. Les tubes nerveux du médian sont véritablement sans fonction : ils paraissent agir encore, mais ceux qui agissent réellement appartiennent au cubital ou au radial. Ceux-ci suppléent celui-là dont l'action est éteinte. C'est une *motilité* et une *sensibilité suppléées*.

Cette *suppléance* a des caractères propres qui la différencient très-nettement de la motilité et de la sensibilité observées après la régénération du nerf.

Le principal caractère est, pour le premier cas (suppléance), la grande imperfection des actes moteurs et sensitifs; pour le second (régénération), le retour de ces actes à l'état parfait.

Le but de ce mémoire est d'exposer ces états de la motilité et de la sensibilité dans ces deux conditions différentes.

(1) In-8°. 1869. Vingtrinier (extrait du *Lyon médical*).

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 7 juin 1870. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Des rapports sur différentes épidémies, par MM. les docteurs Chipault (de Châteauneuf-sur-Loire), Chantreuil (de Cambrai), Schmidt (de Sarralbe), et Fruckler (de Valmaister); — 2° les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, en 1869, dans les départements du Rhône, de la Savoie et de la Lozère (Comm. des épidémies); — 3° des rapports sur le service médical des eaux minérales de Baves (Vosges), de M. le docteur Bailly; d'Enghien, par M. le docteur de Puysage; de Balaruc (Hérault), par M. le docteur Crouzet (Comm. des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. Haeck (de Bruxelles) sur l'alcoolisation des boissons fermentées et sur leurs effets physiologiques, avec deux brochures de M. le professeur Flemmincke sur l'abus des boissons enivrantes (Renvoyé à M. Bergeron); — 2° une lettre de M. le docteur Zurkowski, médecin inspecteur des eaux de Schinznach (Suisse), sur l'efficacité des douches locales sulfureuses à 30 et 33 degrés, dans le traitement des cophoses exemptes de lésion organique de l'oreille externe; — 3° un mémoire de M. le docteur Rabuteau sur les propriétés physiologiques et le mode d'élimination des sulfovinates introduits dans l'organisme, et sur les effets purgatifs du sulfovinate de soude.

Les ouvrages suivants sont présentés à l'Académie : par M. Blache, au nom de M. le docteur Maurillac, un volume intitulé : *Leçons sur les maladies des femmes*, par le docteur Charles West; — par M. Bouchardat, un rapport de M. le docteur Louis Roché sur la statistique médicale du département de l'Yonne; — par M. Broca, au nom du docteur Battmann, un ouvrage en anglais sur l'aphasie et sur la localisation de la faculté du langage articulé; — par M. Béclard, le *Traité d'auscultation* de MM. Barthe et Roger; — par M. Larrey : 1° au nom de M. Simonin (de Nancy) un ouvrage sur les résultats de l'emploi des agents anesthésiques dans les grandes opérations; 2° une brochure en italien sur la trépanation du crâne, par le docteur Carhese (de Venise). — par M. Gosselin : 1° une brochure de M. le docteur Bosmann (de New York) sur le traitement de la fistule vésico-vaginale par la suture métallique; 2° un mémoire de M. le docteur Stephen Rogers (de New-York) sur la grossesse extra-utérine; 3° une *Étude sur les névralgies réflexes symptomatiques de l'orchi-épididimite blennogarique*, par le docteur Mauriac.

M. GAVARRET met sous les yeux de l'Académie un nouveau thermomètre destiné aux observations de thermométrie pathologique.

M. DEPAUL, au nom de M. le docteur Pireyre, médecin consultant au Mont-Dore, présente à l'Académie, un appareil pulvérisateur, dit automoteur-thermal, fabriqué par M. Mariaud.

Les avantages nouveaux réalisés par cet appareil sont les suivants :

1° Il est à volonté et avec une énergie graduée, vaporifère, pulvérisateur ou injecteur.

2° Comme vaporifère, il produit de la vapeur complétement exempte de liquide d'entraînement.

3° Comme pulvérisateur, il a sur tous les autres pulvérisateurs à vapeur, le privilége d'éviter la présence dans le jet pulvérisé de l'eau d'entraînement, provenant de la chaudière en quantité souvent considérable, de produire à tension égale de vapeur des effets beaucoup plus grands, de conserver à distance la chaleur du jet pulvérisé.

4° Comme injecteur, il suffit d'allumer une lampe pour aspirer, chauffer et protéger intégralement un liquide.

COW-POX NATUREL

M. DEPAUL annonce à l'Académie qu'il possède enfin du vrai cow-pox à la première génération. Les mois derniers, dit-il, j'avais déjà reçu une quinzaine de lettres m'annonçant la découverte de cas de cow-pox spontané, ou accompagnant des échantillons de ce cow-pox. Sept ou huit fois j'étais allé voir les animaux, mais trop tard pour avoir du bon vaccin. Quant aux échantillons qu'on m'avait adressés, très-probablement quelques-uns avaient été recueillis trop tard; et aucune inoculation soit sur des enfants, soit sur des génisses n'avait réussi. Enfin, ces temps derniers, M. le docteur Vicherat m'a envoyé de nouveau un liquide qu'il m'annonçait comme du cow-pox. Le premier essai que j'en fis sur des enfants, fut complétement sans résultat, j'essayai encore une seconde fois sur une génisse. Je ne réussis pas mieux. Mais il y a quelques jours, je tentai sur une génisse une troisième épreuve, et, cette fois, elle fut couronner d'un succès complet, et j'obtins 5 pustules magnifiques sur 6 piqûres.

J'ai vacciné hier avec le nouveau virus une génisse et quatre enfants.

J'ajouterai à cela que j'ai reçu, aujourd'hui même, de M. le docteur Prestat, de Pontoise, ancien interne des hôpitaux, très-distingué, et en qui j'ai toute confiance, un nouvel envoi de cow-pox que je compte expérimenter ces jours-ci. Mais je n'ai pas voulu attendre d'avantage pour annoncer à l'Académie la bonne nouvelle de notre virus renouvelé.

Discussion sur le vinage.

M. BOULEY. Ce n'est pas sans un certain étonnement que je me trouve dans cette tribune pour intervenir dans la question du vinage. Mais je m'y suis résolu, parce qu'ayant interrogé M. le président, j'ai appris que personne ne s'était inscrit pour répondre à M. Bergeron. Aussi, malgré l'adage antique *ne sutor ultrà crepidam*, j'ai voulu combattre moi-même des conclusions que je crois mauvaises, et que personne n'attaquait.

Je ne suis pas d'ailleurs tout à fait étranger à la question. Et d'abord, je reçois beaucoup de revues et de publications ayant pour but d'examiner les sujets qui intéressent l'agriculture. Ensuite, je fais partie du comité consultatif d'hygiène, où trois séances ont été consacrées à l'étude du vinage. Dans ce comité, nous avons entendu un rapport fort savant de M. Lhéritier, dont les conclusions, je dois le dire, s'éloignaient beaucoup de celles de M. le rapporteur de l'Académie. Moi-même j'ai pris part à la discussion, et j'y ai soutenu des opinions analogues. Je me crois donc autorisé à prendre la parole. Car il ne faudrait pas que de grands intérêts fussent compromis faute d'une discussion suffisamment sérieuse, et j'ai cru remarquer que sous l'influence d'un très-beau rapport, l'Académie était portée à se hâter un peu trop dans une voie que je ne crois pas être la bonne.

J'ai tâché de m'éclairer autant que possible, d'ailleurs j'ai pour moi M. Lhéritier et M. le baron Thénard que j'ai consultés sur ce sujet. M. Poggiale et M. Bergeron, mes honorables contradicteurs et vieux amis, trouveront donc bon que je ne partage pas entièrement leur opinion.

La question posée à l'Académie est celle-ci : l'addition de l'alcool dans le vin est-elle nuisible à la santé et à l'hygiène publiques? Les orateurs qui m'ont précédé à cette tribune sont pour l'affirmative. Ils disent que l'alcool mélangé au vin a de graves inconvénients, et sont généralement hostiles au vinage. Le seul qu'ils tolèrent facilement est le vinage à la cuve pour les vins faibles et sans force, et encore ne l'autorisent-ils que dans la proportion et dans la limite de degrés fixés à l'avance, etc.

M. Poggiale surtout n'aime pas le vinage, il ne le supporte que dans une très-faible mesure. Car il a un véritable culte pour le vin, mais pour le vin naturel, et tel que Dieu l'a fait. Moi aussi, je comprends cette tendance, et je proscrirais facilement tout mélange et tout vinage dans les meilleurs crus de Bordeaux et de Bourgogne. Malheureusement, tous les vins ne sont pas bons, spécialement sur les bords fortunés qu'arrosent la Seine, et il s'en faut de beaucoup que l'on puisse comparer, pour les traiter de même, les vins de Suresnes ou d'Argenteuil et le Château-Margot ou le Beaune-l'Hôpital. Aussi suis-je parfaitement d'avis que pour certains vins au moins le vinage est non-seulement une chose permise, mais encore nécessaire.

Je ne partage pas, pour ma part, l'opinion de Jean-Jacques Rousseau, qui disait que « tout est parfait sortant des mains de la nature, et que tout est impur et mauvais sortant des mains de l homme. » Les biftecks et les gigots sortant des mains de la nature m'ont toujours semblé assez médiocres, et je ne crois pas faire une injure mortelle à dame nature en pensant qu'on peut l'aider un peu dans sa besogne.

Qu'est le vinage, en effet ? C'est le mélange de l'alcool au vin. Or, beaucoup de vins manquent d'alcool, dans le nord surtout. D'autres, comme les vins du midi, ne sont pas transportables. Il faut leur donner la stabilité qui leur font défaut. Dans tous les cas, soit qu'on ait à corriger l'acidité et la verdeur, soit qu'on ait à donner du ton, soit qu'il faille développer l'arome ou faire déposer la surabondance du tannin, l'alcool intervient, souvent indispensable et souvent utile. Il ne me paraît pas qu'il faille se priver de tels bienfaits pour des craintes tout à fait chimériques.

Et d'ailleurs, le traitement et la correction des vins n'est pas une industrie nouvelle. De tout temps il a existé certains vins qui ne se conservaient pas facilement. Pour les empêcher de se corrompre, les anciens employaient déjà les tonneaux goudronnés. On se sert également maintenant, en Orient et en Espagne, d'outres goudronnées pour cet usage. Les vins conservés de cette manière doivent être très-salubres, mais leur goût est peu délicat. Encore ici on pourrait regretter les vins naturels de M. Poggiale. Lors de l'invention de l'alcool, on comprit enfin qu'il y avait là toute une bonne fortune pour les vins de qualité inférieure, et on en fit un large usage. J'étonnerai peut-être l'Académie en lui disant que, depuis lors, le vinage devint un fait constant et énorme auquel rien ne vint s'opposer jusqu'à une époque fort peu éloignée de nous.

En effet, il y a six ans seulement que le vinage fut interrompu à la suite d'un conflit d'intérêts commerciaux qu'il serait trop long d'expliquer. Jusque-là le nord envoyait au midi des milliers d'hectolitres d'alcools, et celui-ci lui rendait une quantité encore plus abondante de vins qui avaient reçu par le coupage la *faculté de locomotion* qui lui avait jusqu'alors manqué. L'hygiène publique ne s'en trouvait pas plus mal, tout au contraire, car il vaut évidemment mieux boire du vin alcoolisé que de n'en point boire du tout, et d'être obligé de recourir à des boissons malsaines et dangereuses.

Le vinage se pratique de deux manières : le vinage à la cuve et le vinage au tonneau. Quant au vinage à la cuve, tout le monde est à peu près d'accord sur ce point, mes adversaires même reconnaissent que l'alcool, ajouté dans la cuve même de la vendange, s'assimile complétement avec celle-ci. La fermentation se charge alors de tous les frais. On n'a même pas à craindre de survinage, car, comme le dit le baron Thénard, si l'on veut pousser l'alcoolisation au delà de 13 degrés, la fermentation est arrêtée et la vendange est perdue. Le survinage est donc tout à fait impossible.

Ajoutons que l'alcoolisation a le grand avantage de désacidifier le vin et de faire précipiter le tannin trop abondant tout en développant ce qu'on est convenu d'appeler le *bouquet*.

Un vin impotable, ou qui tout au moins ne pouvait pas être transporté du marché de production au marché de consommation, devient ainsi un bon vin et un vin de prix.

Quand au vinage au tonneau, le rapporteur est loin de l'approuver, et nous ne pouvons être sur ce point du même avis. Selon mes honorables contradicteurs et spécialement M. Poggiale, l'alcool reste libre alors et exerce toute son influence nuisible sur le corps humain.

C'est là une erreur manifeste. Et d'abord, l'alcool n'est plus pur, il est dilué, au contraire, dans quatre-vingt neuf centièmes d'eau. Par conséquent il ne saurait avoir le même inconvénient que quand une certaine partie de la population l'absorbe directement, ce qui n'est malheureusement que trop fréquent dans quelques contrées : ne vaut-il pas mieux après tout laisser alcooliser le vin et par là en rendre le transport possible dans les pays qui en sont privés que de forcer ces pays par le manque d'une boisson salutaire à s'adonner à l'alcool pur. M. Poggiale vous a parlé d'un fleuve ayant 6 mètres de profondeur, 3 mètres de largeur et je ne sais combien de kilomètres de longueur, et il vous a dit que telle était la consommation d'alcool que faisait... Est-ce le monde ou la France?

M. POGGIALE, C'est l'Angleterre.

M. BOULEY. Eh bien l'Angleterre, soit! Ne croyez-vous donc pas qu'il aurait mieux valu que ce pays pût recourir à un vin généreux qui l'eût détourné des boissons trop fortes. Dans le midi de la France, le vin est très-bon à marché, aussi ne rencontre-t-on jamais d'ivrognes dans les rues.

M. Poggiale, avec ses interdictions, remonte à Colbert, C'est un colbertiste. Du temps de Colbert aussi on voulait fixer la largeur de chaque aune d'étoffe. Laissez donc libre l'industrie, elle sait mieux que vous ce qu'il convient de faire, et l'esprit public fera suffisamment justice des excès et des abus. Vouloir fixer les degrés d'alcool que doit avoir et ne pas dépasser chaque tonneau de vin me semble donc insensé.

M. Bergeron ne se contente pas, quant à lui, de vouloir fixer un minimum ou un maximum à l'alcool, il veut faire un choix parmi les différentes provenances de l'alcool. Il a pour l'eau de vie de vin une préférence bien marquée, et il désirerait qu'on proscrivît l'usage de toute autre comme dangereuse. Et pourtant tous les alcools titrés se ressemblent; ils sont même identiques. C'est toujours $C^4 H^6 O^2$.

M. FAUVEL. Votre alcool absolu est un mythe qui n'existe jamais en réalité.

M. BOULAY. Je vous demande bien pardon ; mais au point de vue de la chimie, ce que je dis en ce moment est incontestable. Qu'il s'agisse d'eau-de-vie de vin, de pommes de terre ou de grain, si l'alcool est rectifié, c'est toujours $C^4H^6O^2$. Et il n'y a aucune différence, ni au goût, ni à l'analyse la plus exacte.

Il en est tout différemment s'il s'agit du *phlegme*, c'est-à-dire de l'eau-de-vie de première distillation. Car celui-ci est chargé d'essences particulières et d'éthers composés, et on y sent encore le goût de provenance.

Mais il faut remarquer que si le phlegme lui-même est placé dans la cuve et non dans le tonneau, il n'a aucun inconvénient. Car comme l'a expérimenté M. Thénard, l'acide carbonique produit par la fermentation entraîne avec lui toutes ces essences, et ces éthers composés volatils, et le vin reste après cela parfaitement pur et sans aucun goût mauvais. La même chose se produit si l'on met dans la cuve du pétrole, de la térébenthine, de la benzine, etc. L'acide carbonique qui se dégage a alors une forte odeur de pétrole ou de benzine, mais le vin n'en conserve aucune quand la fermentation est achevée. Aussi la vendange dans laquelle on a mis du phlegme a-t-elle identiquement le même goût quand elle est tirée au clair, que celle qui contient de l'alcool rectifié, tandis qu'il suffirait d'un petit verre de cet alcool non rectifié pour perdre tout un tonneau de vin.

Ma conclusion est donc de laisser libre le vinage, soit à la cuve soit au tonneau, soit avec de l'alcool rectifié, soit avec de l'alcool impur, car l'intérêt seul du marchand suffira pour l'empêcher de faire des mélanges qui pourraient perdre sa marchandise. Il ne coûte que 7 francs pour rectifier un hectolitre; le marchand de vin emploiera donc de préférence l'alcool rectifié qui ne peut jamais donner de mauvais goût.

M. Bergeron croit que le vinage en augmentant la quantité des vins pourrait augmenter le nombre des cas d'alcoolisme. Mais, au contraire, l'alcoolisme est rare dans les pays vignobles ; il faut rendre le vin le plus abondant possible pour empêcher la consommation des mauvaises eaux-de-vie.

Or le vinage accroît l'abondance du vin dans une proportion considérable. On peut en juger par ces chiffres que m'a fourni M. Lhéritier.

La production annuelle du vin en France est de 55 à 60 millions d'hectolitres, et sur cette quantité il faut compter 30 millions d'hectolitres qu'on ne peut transporter sans leur faire subir l'opération du vinage. Le vinage permettrait également de conserver 30 millions d'hectolitres de cidre ou de poiré qui se gâteraient sans lui ; enfin il permettrait de livrer à la consommation 4 millions d'hectolitres qui deviennent malades et se perdent, et les autres millions distillés jusqu'ici pour faire de l'alcool.

Voilà donc 70 millions d'hectolitres de boissons saines que le vinage ajouterait aux 30 millions d'hectolitres de vin annuellement consommés.

M. Bergeron croit que le vin n'empêche pas de boire l'alcool : c'est une erreur ; on renonce à tout autre alcool quand on a pris le goût du vin; comme je l'ai déjà dit, il y a bien moins d'ivrognes dans les départements du midi que dans ceux du nord.

M. FAUVEL. C'est parce qu'on ne vine pas les vins dans le midi.

M. BOULEY. On les vine partout.

M. BROCA. On ne les vine pas dans le Bordelais.

M. BOULEY. MM. Bergeron et Poggiale ont émis le vœu que les vignerons choisissent de meilleurs cépages, soignent mieux leurs vignes et fassent de meilleur vin.

Mais quel que soit le choix des cépages, le vigneron ne peut pas régler la marche du soleil : or il est reconnu que sur cinq ans, les vins ne sont très-bons qu'une seule année, ils réussissent mal les quatre autres. Je vais donc plus loin que mes collègues, et je dis aux viticulteurs : Faites-nous du vin, du vin quel qu'il soit, parce que avec du mauvais vin on peut en faire du bon. J'ai beaucoup de confiance en la chimie ; je suis persuadé qu'un jour ou l'autre elle nous fera du vin de toutes pièces, mais jusqu'ici elle ne peut que transformer le vin qu'on lui donne. Faites donc du vin, et vinez le. Le mot vinage est plein de profondeur. On peut le définir ainsi : « L'industrie qui élève à la dignité de vin une liqueur qui n'en a pas les facultés. » C'est un procédé industriel qui rationnellement exploité ne peut porter aucun préjudice à la santé du consommateur. Telle est la conclusion que je propose à l'Académie.

M. POGGIALE. M. Bouley est partisan de la liberté commerciale, et il est moins préoccupé de la question d'hygiène, la seule à laquelle nous devions répondre. Nous avons à dire si le vinage est ou non nuisible à la santé du consommateur ; or, en écoutant avec le plus grand intérêt le discours de M. Bouley, je n'ai pas vu qu'il nous prouvât que le vinage ne fût pas nuisible dans certains cas.

Je l'ai déjà dit, je ne serais pas contraire au vinage s'il n'élevait jamais la richesse des vins au-delà de 12 pour 100 d'alcool. Mais quand on vine les vins de l'Hérault, qui contiennent naturellement de 12 à 14 pour 100 d'alcool, cette opération ne peut qu'être préjudiciable. Pourquoi les vine-t-on? Pour les conserver? Pas le moins du monde. On les vine pour diminuer les frais de transport, les frais d'octroi, pour faciliter les dédoublements, pour étendre d'eau chaque tonneaux de manière à en faire deux ou trois.

Voilà ce que l'on fait.

Or, dans ces vins ainsi étendus, les rapports des éléments constitutifs sont profondément troublés, comme je l'ai montré déjà. Il faut qu'un vin soit naturel et de bonne qualité pour être sain. Étendre les vins d'eau et d'alcool, c'est une fraude, parce qu'on remplace une liqueur utile par une liqueur nuisible, parce que le public est trompé. Approuver le vinage, ce serait compromettre l'autorité de l'Académie.

M. CHEVALLIER. Je ne suis complétement d'accord ni avec MM. Bergeron et Poggiale, ni avec M. Bouley. Je ne crains pas le vinage lorsqu'il ne dépasse pas certaines proportions. Je crois qu'il doit alors être toléré, parce qu'il est indispensable à la conservation et au transport de certains vins. Grâce à lui, les vins de l'Hérault peuvent être maintenant expédiés et transportés en Algérie ; les vins des environs de Paris deviennent supportables.

Il faut bien le savoir, les vins ne sont pas toujours potables parce qu'ils sont naturels.

Nous avons eu un jour à examiner certains vins du Jura tellement mauvais que nous ne pouvions croire que ce fût du vin. Nous avons écrit dans le pays, et nous avons reçu des échantillons absolument semblables. Croyant encore être trompés, nous avons fait venir des raisins du même village, et nous les avons fait fermenter. Le vin obtenu par ce procédé était impotable, et contenait 4 pour 100 d'alcool. Un vin de ce genre avait absolument besoin d'être viné.

La richesse des vins français en alcool varie entre 20 p. 100 et 6 p. 100. A l'octroi de Paris, on fait généralement payer l'excédant de vinification lorsque cette richesse dépasse 16 à 17 pour 100. Il n'y a donc pas avantage à surviner les vins au-dessus de ce chiffre, or les vins naturels d'Espagne contiennent 16 à 17 p. 100 d'alcool. Ce n'est pas le vinage qui fait mal, ce sont les falsifications de toutes natures auxquelles on soumet les vins. On les colore avec des substances plus ou moins nuisibles, et dans certaines villes il y avait récemment encore des fabriques de vins teintés, c'est-à-dire de teintures dissoutes dans du vin en telles proportions, qu'une bouteille suffisait pour colorer une tonne. On outre, on traite les vins acides avec les sels de potasse, les vins amers avec de l'acide sulfurique. Voilà des opérations dangereuses; mais quant au vinage en lui-même, il ne l'est pas.

M. BOULEY. La preuve que le vinage n'est pas nuisible, c'est qu'on le permettait jusqu'en 1864, et que, jusqu'alors on n'a pas noté qu'il produisît jamais aucun mauvais effet. D'ailleurs, on vine les vins d'Espagne pour les conserver. Pourquoi donc ne vinerait-on pas les vins de France?

M. WURTZ. Je ne crois pas que M. Poggiale combatte le vinage en lui-même, mais seulement l'abus du vinage. Lorsqu'il est pratiqué convenablement, le vinage, surtout s'il est fait dans la cuve, n'a aucun mauvais résultat. Dans un certain nombre de cas, c'est même une pratique excellente au point de vue de l'hygiène. Le survinage seul est funeste, et quand on survine les vins, ce n'est jamais pour les livrer en cet état au consommateur. C'est pour leur faire traverser l'octroi, puis en extraire l'alcool, ou les dédoubler. Or, peut-on dire que ces vins dédoublés constituent une boisson nuisible pour la santé? Non certainement.

M. POGGIALE. M. Wurtz approuve un vinage modéré, mais l'ancienne loi autorisait le vinage jusqu'à 18 p. 100, ce qui n'était pas modéré.

M. WURTZ. Les vins coupés peuvent être infiniment meilleurs et plus salubres que certains vins naturels, tels que les vins de Suresnes. Je dis que l'hygiène est intéressée à la question du vinage.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— *École de médecine de Bordeaux.* — Le ministre secrétaire d'État des beaux-arts, chargé par intérim du département de l'instruction publique,

Vu les ordonnances royales des 13 octobre 1840 et 12 mars 1841 ;

Vu le décret du 10 octobre 1854, portant réorganisation de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux ;

Vu le décret du 11 avril 1870, qui institue à ladite École quatre nouveaux emplois de suppléants;

Vu les propositions du recteur et de l'École, ayant pour objet l'autorisation d'ouvrir un concours à l'effet de pourvoir à ces quatre emplois,

ARRÊTE :

L'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux est autorisée à ouvrir un concours pour les emplois de suppléants créés par le décret du 11 avril 1870 susvisé.

On se conformera, pour ce concours, au règlement ci-après ;

Article premier. Les emplois de suppléants sont partagés en quatre sections :

1re Section. — Anatomie et physiologie;

2e Section. — Chirurgie et accouchements;

3e Section. — Médecine proprement dite;

4e Section. — Sciences accessoires : histoire naturelle, matière médicale, chimie et pharmacie.

Art. 2. Nul ne peut être admis à concourir pour les suppléances, s'il n'est Français ou naturalisé Français, et pourvu d'un certificat de moralité délivré par le maire du lieu de sa résidence habituelle.

Art. 3. Les candidats aux suppléances des trois premières sections doivent être docteurs en médecine reçus par une Faculté française.

Art. 4. Les candidats aux suppléances de la 4e section peuvent, à défaut du doctorat en médeine, être admis à concourir en justifiant du diplôme de pharmacien de 1re classe.

Art. 5. Les candidats doivent se faire inscrire, dans le délai d'un mois, au secrétariat de l'École de médecine, et y déposer, outre leur diplôme et leur certificat de moralité, l'indication de leurs titres et publications scientifiques. La liste sera arrêtée par M. le recteur.

Art. 6. Chaque concours aura lieu devant un jury de cinq membres, professeurs de l'École. Néanmoins, dans les concours de la 4e section, deux juges pourront être pris, en dehors de l'École, parmi les docteurs en médecine, les professeurs de la Faculté des sciences ou les pharmaciens de 1re classe. Les membres du jury seront toujours désignés, sur la proposition de M. le recteur, par le ministre de l'instruction publique.

Art. 7. Le jury nommera lui-même, dans la première séance, par la voie du scrutin, son président et son secrétaire.

Art. 8. En cas d'empêchement survenu pour un ou deux des membres du jury, le jugement pourra être valablement rendu par trois juges.

Art. 9. Les épreuves consisteront :

1° En une composition écrite, pour laquelle il sera accordé cinq heures, dans une salle fermée, sous la surveillance d'un juge, sans le secours de livres ou de manuscrits, et qui sera lue en séance publique par l'auteur, sous le contrôle d'un juge ou d'un compétiteur. Pour cette épreuve, la question sera la même pour tous les candidats;

2° En deux leçons orales : une de trois quarts d'heure, après trois heures de réflexion, dans une salle fermée, sans aucun secours étranger; l'autre d'une heure, après vingt-quatre heures de préparation libre. Chacune de ces deux leçons sera, autant que possible, sur le même sujet pour tous les candidats;

3° En un ou plusieurs exercices pratiques en rapport avec l'ordre d'enseignement pour lequel le concours est ouvert.

Art. 10. Les sujets de compositions, de leçons et d'épreuves pratiques seront choisis par le président, de concert avec les autres membres du jury, immédiatement avant chaque séance; rédigés sous forme de questions au nombre de trois au moins; déposés dans une urne et tirés au sort entre les candidats.

Art. 11. Le programme des épreuves sera réglé, ainsi qu'il suit, pour chacune des quatre sections :

1° Dans la première section, la composition aura pour sujet une question d'anatomie et de physiologie pure; dans la seconde et dans la troisième, une question d'anatomie ou de physiologie, à laquelle se rattachera une question empruntée à l'ordre des matières particulières à celles des chaires dont la suppléance est mise au concours; enfin, dans la quatrième, la composition portera sur les sciences accessoires. Dans cette dernière section, la question d'anatomie ou de physiologie pourra être supprimée.

2° Les leçons orales auront pour sujet l'anatomie et la physiologie, dans la 1re section; la pathologie chirugicale, les opérations et les accouchements, dans la seconde; la pathologie médicale et la thérapeutique dans la troisième; la chimie appliquée, l'histoire naturelle, la toxicologie ou la pharmacie, dans la quatrième; en ayant soin de donner à la question proposée pour la leçon, après vingt-quatre heures de préparation, un caractère de généralité, tandis que le sujet proposé pour la leçon après trois heures de préparation sera plus spécial.

3° Les épreuves pratiques consisteront :

A. — Pour la première section, en une préparation anatomique, faite dans un lieu clos, sans le secours de livres ou de planches, sous la surveillance d'un juge et dans l'espace de six heures, préparation qui sera immédiatement suivie d'une démonstration dont la durée sera d'un quart d'heure.

B. — Pour les seconde et troisième sections, en un examen, pendant quarante minutes, sous les yeux du jury, de deux malades inconnus au candidat et, autant que possible, nouvellement admis dans l'hôpital, examen auquel succédera une leçon clinique qui durera une demi-heure; et, de plus, pour les candidats à la suppléance des chaires de chirurgie, en deux opérations au moins faites sur le cadavre.

C. — Pour la quatrième section, suivant qu'il s'agira d'une suppléance pour la chimie, la toxicologie, la pharmacie ou pour l'histoire naturelle et la matière médicale, en un certain nombre de préparations ou d'analyses chimiques et pharmaceutiques, ou en la reconnaissance de vingt substances au moins, minérales, végétales, sèches et fraîches, suivie d'une démonstration d'une demi-heure, portant sur les caractères et les propriétés de cinq de ces substances, au choix du candidat.

Art. 12. Pour tout ce qui n'est pas spécialement mentionné dans le présent règlement, on s'en référera aux statuts de l'agrégation des facultés du 19 août 1857, particulièrement aux articles 8, 9, 12, 14, 15, 16, 17, 21 § 2 et 3, et 22.

M. le recteur de l'Académie de Bordeaux est chargé de veiller à l'exécution des dispositions qui précèdent.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois... 8 fr. 50 c.
Six mois... 16 —
Un an..... 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

CONFÉRENCE MÉDICALE DE PARIS

Séance du 1er juin 1870. — Présidence de M. CAFFE.

CORRESPONDANCE

M. DALLY, l'un des secrétaires, donne lecture des pièces de la correspondance manuscrite qui comprend des lettres de MM. Frick, Kœnig, de Vouwes (de Paris), Charpignon (d'Orléans), Catel (de Saint-Dizier), Caradec (de Brest). Ces trois dernières ont été adressées à M. Marchal (de Calvi), qui en a fait l'analyse.

La lettre de M. de Wouves a trait au traitement abortif de la variole par les évacuants, et spécialement à un cas qui aurait été vu par M. Vidal. Mais ce confrère, présent à la séance, ayant contesté le diagnostic de M. de Wouves, il n'est pas donné suite à la discussion.

Les documents statistiques que contiennent ces lettres seront résumés dans le rapport général qui sera rédigé à l'issue de la Conférence.

M. MARCHAL (de Calvi) dit qu'il résulte d'une communication particulière de M. le Dr Vy (d'Elbeuf) que ce praticien emploie depuis vingt-cinq ans le vaccin humain transporté sur la génisse. Un nombre énorme de vaccinations permet à ce confrère d'affirmer que jamais dans sa pratique la revaccination n'a été suivie d'effet, lorsque la vaccination avait eu lieu par cette méthode et par lui.

En second lieu, M. Vy affirme qu'il n'a jamais observé un seul cas de variole sur les enfants qu'il a vaccinés.

M. GALLARD fait remarquer que dans la communication de M. Vy il ne s'agit pas de revaccination animale telle qu'on l'a pratiquée à Paris dans ces derniers temps, mais de celle qui a été préconisée il y a trente ans par M. James, et qui consiste à reporter le vaccin d'enfant sur la génisse, pour se servir ensuite de ce dernier.

M. LANOIX demande si M. Gallard voit quelque différence entre la méthode de M. Vy (d'Elbeuf) et la sienne.

M. GALLARD répond que M. Lanoix a exclusivement employé le vaccin animal spontané ou artificiel, mais jamais le vaccin d'enfant inoculé à la génisse. La méthode est donc essentiellement différente, et l'orateur prie M. Lanoix de faire connaître s'il se rallie à celles de MM. Vy et James. Il ajoute qu'il est fort regrettable que l'on ait délaissé le vaccin humain à la suite de la terreur inspirée à tort à la population parisienne au sujet des dangers éventuels de ce vaccin.

M. LANOIX dit que pour lui il y a identité parfaite entre toutes les espèces de vaccin ; mais que tout accident provient de l'homme, tout bienfait de l'animal. Voilà ce qui lui a fait préférer le dernier.

LECTURES

M. DESPORTES donne lecture d'un travail étendu dans lequel il critique l'emploi du cow-pox, et se rattache à l'emploi de la méthode préconisée par MM. James et Vy, c'est-à-dire à l'emploi du vaccin d'enfant inoculé aux génisses. Il reconnaît cependant au vaccin de bras à bras la même efficacité qu'au vaccin de transport ; mais la fécondité des sources possibles de ce dernier vaccin et la sécurité qu'il inspire au public lui paraissent des arguments solides en faveur du vaccin transporté de l'enfant à l'animal.

M. Desportes fait connaître en outre qu'il a établi à Saint-Mandé, avec le concours de M. Gobin, professeur à Alfort, une maison de vaccination. Les succès ont été la règle pour les enfants vaccinés; ils ont varié dans la proportion de 25 à 30 p. 100 pour les revaccinations.

(Le manuscrit de M. Desportes est annexé au procès-verbal.)

M. BURCQ donne lecture d'une note également annexée au procès-verbal. Des faits consignés dans ce travail, il résulte que M. Burcq a complétement renoncé au vaccin animal, après s'en être servi pendant quatre semaines, à l'aide de 12 génisses successivement inoculées. Toutefois, les raisons de cette renonciation ne tiennent pas, dans l'opinion de M. Burcq, à la supériorité apparente du vaccin humain, mais aux difficultés de la pratique de la vaccination de la génisse, et à ce que la vaccine animale ne se conserve guère au delà du deuxième au troisième jour. Les vaccinations d'enfant, de génisse à bras, n'ont donné à M. Burcq que deux insuccès ; les revaccinations ont fourni personnellement à l'orateur de 20 à 25 p. 100 de succès. (Le nombre des vaccinés ou revaccinés n'est pas indiqué.) Or M. Burcq conclut de ce que la vaccine animale se conserve moins bien, qu'il préserve moins bien? Quelle confiance, quelle sécurité pour l'avenir accorder à un mode de vaccination, dont la base, l'élément essentiel est si fragile, et quelle nécessité y a-t-il, en présence de déceptions aujourd'hui sans nombre dues à cette faiblesse native du vaccin de génisse dont on a tant abusé, d'attendre l'expérience du temps pour se prononcer sur la durée relative de l'inocuité variolique pour l'une ou l'autre vaccination?

M. Burcq estime que, sans plus attendre, il faut renoncer à jamais à la vaccination animale, au moins comme pratique courante, et sans craindre le spectre vaccino-syphilis.

A l'appui de sa communication, M. Burcq dépose sur le bureau une lettre de M. le docteur Pantaleoni (de Nice), à qui M. Burcq avait envoyé des tubes de vaccin de génisse. Pas un seul cas de vaccination ou de revaccination avec du vaccin pris à la génisse et envoyé à Nice n'a réussi; que ce vaccin provînt de chez M. Lanoix, de Marveille, de Vienne ou d'autre part. Par contre, M. Pantaleoni a vu quelques succès dus aux vaccinations et revaccinations de génisse à bras, mais en fort petit nombre. Avec le vaccin jennérien, au contraire, M. Pantaleoni a obtenu, sur 100 cas de revaccinations, 20 pustules irrégulières et 60 pustules de vaccine légitime ; sur ces 100 cas, il en est 15 dans lesquels la revaccination avait été essayée à l'aide du vaccin animal pris directement ou envoyé ; et sur ces 15 cas, 10 ont donné des pustules dont 2 d'un caractère douteux et 8 légitimes. Les autres documents contenus dans les lettres de M. Pantaleoni seront ultilisés ultérieurement.

DISCUSSION.

M. CHATEAU, à l'occasion des remarques faites par M. Tardieu dans la dernière séance sur la nécessité de relever topographiquement les cas de variole, signale un travail analogue, digne de servir de modèle, qui a été publié en 1832, au sujet de l'épidémie de choléra, par une commission *ad hoc*, et communique un exemplaire du rapport officiel à M. Tardieu.

A l'égard de la vaccination animale, M. Chateau dit qu'il a foi dans son efficacité, mais que, sur quarante personnes déjà vaccinées qu'il a conduites chez M. Lanoix, il n'a pu compter que deux ou trois succès. De bras à bras, au contraire, avec les mêmes lancettes, il a eu 8 succès sur 15 cas.

M. LANOIX demande à répondre sur-le-champ aux différents faits qui ont été avancés contre sa pratique personnelle.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix la question de savoir si la parole sera donnée à M. Lanoix pour répondre immédiatement à chacun des préopinants qui le mettent en cause, ou si elle lui sera réservée pour la fin de la séance afin qu'il puisse faire une réponse d'ensemble.

L'assemblée, à une grande majorité, adopte cette dernière alternative.

M. MATTEI avait eu la pensée de traiter de la *cause* de l'épidémie actuelle, et il se demande si l'on ne doit pas en accuser les revaccinations nombreuses qui ont été faites depuis le commencement de l'épidémie. En tout cas, les revaccinations n'ont rien empêché, et l'opinion est partagée sur l'efficacité prophylactique de la vaccine en temps d'épidémie. Quant au public, il est convaincu que c'est la vaccination et la revaccination qui causent les aggravations actuelles. Il propose une enquête sur ce point. M. Mattei a entendu parler d'un cas de mort par érysipèle phlegmoneux et gangrène à la suite de vaccination, et il a vu un homme vacciné par la génisse et qui a eu, le 9e jour, une variole. Incidemment, il redoute, pour l'hygiène publique, l'effet du nombre considérable de génisses couvertes de 25 à 30 pustules, et livrées ensuite à l'alimentation.

M. REVILLOUT proteste énergiquement contre les paroles de M. Mattei, pleines de faits inexacts, et bonne tout au plus à effrayer le public.

Il ne faut pas que les personnes étrangères à l'art médical emportent d'ici des préjugés qu'elles n'y apportaient pas peut-être. C'est pour elles qu'il est nécessaire de rétablir scientifiquement les faits. Tous les médecins savent que la variole ne paraît pas immédiatement après qu'on en a pris le germe. Durant la période d'incubation, elle ne se manifeste pas, mais elle n'en existe pas moins. On a pu fixer, en dehors des épidémies, lorsque la variole se transmettait par le contact, la durée de cette période, qui est d'environ douze jours. Si donc on vaccine durant ces douze jours, on ne préviendra pas la variole, puisqu'elle est entrée dans l'économie, et y suit les premières phases, les phases latentes de son évolution. Le malade cité par M. Mattei s'était fait vacciner trop tard. Depuis au moins trois jours il était varioleux en puissance si le neuvième jour les boutons de variole ont paru.

Les faits de ce genre sont bien connus ; ils ne sont pas rares. Dans le seul service de M. Brouardel, il s'est présenté trois malades chez lesquels le vaccin, inoculé trop tard, s'est développé parallèlement à la variole, sans que la variole en devînt moins grave.

Il serait déjà peu médical de dire qu'en pareil cas le vaccin n'a pas eu de puissance préservatrice, puisqu'on ne prévient pas ce qui est. Mais combien n'est-il pas moins scientifique encore de laisser croire que la variole a pu être causée par la vaccination. Si le vaccin l'avait provoquée, au lieu de paraître le neuvième jour, ou le sixième, ou le quatrième jour, elle aurait paru après douze jours, car la période d'incubation ne peut manquer : c'est pour l'éruption une préparation nécessaire. La période d'incubation existe aussi dans la vaccine, mais plus courte; de telle sorte que l'éruption vaccinale peut encore précéder, même de quelques jours, les premiers boutons d'une variole qui était pourtant antérieure à la vaccine. Voilà ce que le public doit apprendre pour ne pas accuser la vaccine de méfaits dont elle est pleinement innocente.

On en est encore à citer des observations de variole contractée peu de temps après une vaccination efficace, c'est-à-dire de variole dont les boutons aient paru quelques jours ou quelques semaines, ou quelques mois après l'évolution et la dessiccation des pustules vaccinales. De pareils faits, s'ils se présentent, doivent être excessivement rares, car, recherchés comme ils le sont, ils n'ont pas encore été notés. Qu'on en cite, et l'on aura le droit de ne plus croire à la vaccine, s'ils sont nombreux; mais si l'on n'en a pas ou presque pas, malgré toutes les théories, il faut bien admettre que la vaccine n'est pas sans vertu.

En dehors des vaccinations qui réusssissent, qui donnent des boutons, on peut tenir un certain compte de celles qui échouent. Mais alors le problème devient infiniment plus complexe, car mille causes peuvent empêcher l'inoculation de réussir, même lorsqu'on est sûr que la vaccination a été sérieuse et réelle. Eh bien cependant, il paraît que le nombre d'individus revaccinés vaille que vaille, sans éruption, et pris de variole peu de temps après, est presque infime quand on le compare à la proportion des malades qui ne s'étaient pas fait revacciner.

Quant à cette mort d'homme que M. Mattei porte à la charge de la vaccine, il faudrait savoir, avant d'en parler, dans quelle circonstance et comment elle est survenue. Dans des cas rares, dans des conditions heureusement exceptionnelles, sous des influences diathésiques ou épidémiques, on peut mourir à la suite des opérations chirurgicales les plus bénignes, application de sangsues, saignée, ouverture d'abcès. On a vu la moindre piqûre devenir le point de départ d'un érysipèle phlegmoneux ou de quelque autre accident fatal. On le sait si bien, qu'il est des malades auxquels on n'ose plus toucher. M. Mattei ne peut pas dire s'il s'agissait d'un de ces malades, puisqu'il ne peut pas même dire de quelle manière il a succombé. Pour vacciner, il faut faire une piqûre, mais on ne doit pas accuser la vaccine des accidents que toute autre piqûre eût également produite.

Bien différente est la question qui se débat dans le corps médical lorsqu'on recherche les dangers de la vaccination, ou lorsqu'on les conteste. Négligeant la petite blessure faite à la peau, on se demande si la lancette chargée de vaccin peut introduire en même temps des germes morbides empruntés, et quels sont ces germes morbides. Est-il beaucoup de maladies qui puissent se transmettre par inoculation? et faut-il qu'elles soient déclarées? ou bien suffit-il qu'elles existent en incubation, en puissance? Ceux qui ont suivi les discussions de l'Académie de médecine et se sont tenus au courant des publications les plus modernes, savent combien ces problèmes sont dignes d'attention.

Leur étude mènerait trop loin du discours auquel il fallait répondre.

Reste à parler des animaux qu'on mène à l'abattoir après les avoir vaccinés. M. Mattei se figure sans doute que la vaccination produit chez la génisse une fièvre vive, une réaction infiniment plus considérable que chez les hommes? Eh bien justement, un des arguments qu'on oppose à la vaccine animale consiste à dire que le vaccin inoculé sur des génisses doit s'y affaiblir, « puisqu'il n'y produit à peu près que des phénomènes locaux, sans malaise ou fièvre appréciable. » Si les animaux sont si peu affectés eux-mêmes, où donc peut être le danger de s'en nourrir?

M. MATTEI affirme n'avoir pas cru que la vaccination produisait la fièvre chez les génisses. Il ajoute que son intention n'avait pas été de donner aux faits mentionnés par lui une interprétation hostile à la vaccine ; il répétait ce qu'on lui avait dit et voulait provoquer une enquête afin que la lumière se fît.

M. DANET se montre extrêmement surpris des résultats défavorables à la vaccine animale qui ont été jusqu'à présent produits devant l'assemblée. Ses expériences lui dictent des chiffres infiniment supérieurs. D'abord, pour répondre à M. Mattei, il dit qu'en 1869, appelé dans la prison de Saint-Lô et dans la colonie pénitentiaire, où quinze jours après son incarcération un détenu varioleux avait fait éclater 45 cas de variole, dont 3 décès, M. Danet revaccina 2,400 détenus et obtint la cessation absolue de l'épidémie. Deux cas seulement se présentèrent de détenus ayant à la fois la vaccine et la variole. Tous deux guérirent, et depuis lors pas un cas ne s'est représenté.

Quant à la valeur comparée des deux vaccins, l'orateur jugera la question par des chiffres. Il dit qu'à l'orphelinat de la rue Saint-Laurent, sur 38 jeunes filles, il a obtenu avec la génisse 21 résultats, dont 12 de vaccine légitime et 9 de vaccinoïde. Parmi la population des prisons de France, sur 10,000 vaccinations ou revaccinations, on a obtenu, en 1866, 33 p. 100 de résultats.

Sur 57 employés du chemin de fer des Charentes, M. Parthenay et lui ont obtenu 26 résultats. A la maison impériale d'Écouen, sur 12 revaccinations, un seul échec ; sur 38 religieuses et servantes, 14 cas de vaccine légitime, 13 cas de vaccinoïde. Dans la première classe d'élèves (de 16 à 18 ans) 80 revaccinations : 28 résultats; deuxième classe d'élèves (de 12 à 14 ans), 58 élèves, 25 vaccines légitimes, 12 vaccinoïdes; troisième classe (au-dessous de 12 ans), 58 élèves, 13 vaccines légitimes, 13 vaccinoïdes. En ville, avec M. le docteur Le Roy (de Villers-le-Bel), sur 69 enfants, 21 vaccines, 15 vaccinoïdes... En résumé, sur 328 revaccinations, M. Danet a obtenu 182 résultats.

Plusieurs membres de l'assemblée demandent à M. Danet d'indiquer ce qu'il entend par vaccinoïde, et au cas où M. Danet voudrait parler de fausse vaccine, ils paraissent disposés à lui contester son efficacité prophylactique.

M. DANET répond que pour lui la fausse vaccine a la même efficacité que la vaccine légitime, et à l'appui de cette opinion, il cite le fait qu'à l'École de musique religieuse, passage des Beaux-Arts, il obtint 8 vaccines et 12 vaccinoïdes : quelque temps après, on revaccina l'École toute entière, et l'on n'obtint pas une pustule nouvelle. M. Danet termine sa communication en disant que l'état atmosphérique peut bien avoir une certaine influence dans nos épidémies, mais qu'elle ne les cause pas.

M. A. TARDIEU proteste contre l'idée qu'on lui a attribuée que l'ozone donnait la variole. Mais il croit qu'entre l'état atmosphérique et les épidémies, il y a une relation telle que si en ce moment la pluie tombait pendant quelques jours, on peut annoncer d'avance que la variole diminuera.

M. DANET complète sa communication en disant que la France est le seul pays où les revaccinations aient rencontré quelques difficultés, et il ajoute que sur une population de 10,000 détenus dans les maisons centrales, on comptait, en 1866, 800 variolés non vaccinés.

M. CRÉQUY se plaint de l'indifférence de la population parisienne pour les revaccinations. Sur 800 ouvriers de l'usine à gaz de la Villette, 17 seulement sont venus se faire revacciner. Sur 1,500 employés du chemin de fer de l'Est, 140 seulement ont réclamé la vaccine. A Lariboisière, on n'a eu quelques mois revacciné que 2,500 personnes. Or il faudrait une année pour revacciner toute la population parisienne sur le pied de 4,500 par jour. L'efficacité des revaccinations est, dans la pratique de l'orateur, tellement évidente qu'il n'a pas compté un seul cas de variole. Sur 391 personnes revaccinées par lui depuis trois mois à la Chapelle Saint-Denis.

Sur ces 391 revaccinations, M. Créquy en a pratiqué 143 au 8e jour de l'inoculation du vaccinifère enfant; sur ce chiffre il a compté 73 succès et 70 insuccès.

Au septième jour, sur 66 individus, 45 succès. M. Créquy poursuit ses expériences au sixième jour; elles ne sont pas complètes, mais elles lui ont donné des résultats encore plus avantageux.

Il en conclut que c'est du sixième au septième jour et non au huitième, comme on le fait à l'Académie, qu'il faut puiser le vaccin. Bien que les expériences de notre confrère aient été faites avec du vaccin humain, ses résultats sont tellement supérieurs à ceux qui ont été publiés sur la vaccine animale qu'il n'y a pas à hésiter sur la supériorité du premier. Le seul danger à redouter, la syphilis vaccinale, est facilement évité, si l'on a soin de choisir des vaccinifères ayant plus de deux mois, car la syphilis infantile se développe toujours avant le troisième mois.

M. LANOIX s'attache à prouver par des chiffres, à ceux qui nient que la vaccine animale puisse donner des résultats, qu'elle en donnait au contraire de remarquables et même supérieurs à ceux de la vaccine humaine.

A l'appui de cette assertion, il lit à l'assemblée des lettres de MM. Bucquoy, Guéneau de Mussy, Huet, Moreau, etc., lettres qui renferment les résultats statistiques suivants :

Avec M. le docteur Bucquoy :

Revaccination de 281 élèves du collège Sainte-Barbe ; âge variant entre 12 et 18 ans.

1° Sur 281 revaccinations, 172 succès ainsi répartis : 87 vaccines types, 85 vaccinoïdes.

2° Séminaire de Saint-Sulpice. — Sur 92 revaccinations (adultes), 60 succès ainsi répartis : 38 vaccines types, 22 vaccinoïdes.

3° Séminaire d'Ivry. — Sur 54 revaccinations (adultes), 36 succès, ainsi répartis : 25 vaccines régulières, 11 vaccinoïdes.

Avec M. le docteur Guéneau de Mussy :

1° Couvent de la Visitation. — Sur 48 revaccinations, 31 succès (pustules remarquables par leur nombre et leur dimension).

2° École normale. — Sur 40 revaccinés, 15 succès.

Avec M. le docteur Moreau :

Sur 69 jeunes filles de la Maison de patronage de Vaugirard, dont la moyenne d'âge est de 16 ans, 36 succès.

Huit jours auparavant, M. le docteur Moreau avait revacciné 113 jeunes filles avec du vaccin humain, et n'avait obtenu que 21 succès, etc., etc.

Les revaccinations précédentes avaient été faites d'urgence ; plusieurs cas de variole s'étaient développés dans l'établissement. Or, pas un revacciné n'a été atteint de variole.

La séance est levée à onze heures.

L'un des secrétaires : E. DALLY.

HOPITAL DE STRASBOURG. — M. HIRTZ.

Des accidents nerveux dans le rhumatisme et de leur rapport avec la dégénérescence du muscle cardiaque,

Par le docteur V. FELTZ,

Lauréat de l'Institut, professeur agrégé et directeur des autopsies de la Faculté de médecine de Strasbourg.

Rhumatisme polyarticulaire aigu. — Accidents cérébraux. — Mort.

(Résumé clinique fourni par M. STAUB, interne du service.)

A... C..., âgée de 25 ans, servante, entre à l'hôpital le 6 mars 1870.

Cette femme a été bien portante jusqu'au 5 mars dernier. Sa maladie a commencé par de l'inappétence, des insomnies, quelques frissons passagers, des douleurs dans la hanche droite, de la toux avec expectoration muqueuse.

Le lendemain 6 mars, gonflement douloureux de l'articulation tibio-tarsienne droite qui la détermine à entrer dans un service de chirurgie où elle reste jusqu'au 10 mars.

Le jour de son évacuation dans le service de M. le professeur Hirtz, les articulations malades sont : la tibio-tarsienne gauche, le genou droit, le poignet gauche, et les métacarpo-phalangiennes de la main droite. Toutes ces articulations sont douloureuses, rouges et tuméfiées.

Pour l'état général, on note une fièvre assez vive : la température est à 38°,7; pouls à 90; soif vive, inappétence, peau moite. Rien du côté de la respiration et de la circulation. Le système nerveux est affecté. Quand on interroge la malade, elle répond lentement et avec indifférence. Il y a un peu d'obnubilation cérébrale.

Du 11 au 14 mars, traitement par le carbonate de lithine. Les lésions locales font des progrès : les articulations tibio-tarsienne, scapulo-humérale droites, phalangiennes gauches et le genou du même côté sont successivement envahis. La fièvre augmente d'intensité et la température monte à 39°,9.

On prescrit le 14 une infusion de digitale. Jusqu'à ce moment, pas de complication ni du côté du cœur, ni du cerveau, ni des organes respiratoires. *Deux* grammes *cinquante* centigrammes amènent une défervescence en 33 heures.

Au 12e jour de la maladie, la température est à 37°,5 et le pouls à 56. Sueurs profuses. Malgré cette défervescence, la malade est affaissée plus qu'à l'ordinaire. Pas de délire ni de dilatation pupillaire; quelques hallucinations. Du côté du cœur, pas de signes marqués autres que l'éloignement des bruits. Pas d'épanchement pleurétique.

Bientôt la température remonte jusqu'à 40 degrés; l'affaissement augmente; les urines deviennent involontaires, le délire commence; la malade veut sortir de son lit; quelques contractures dans les membres supérieurs. Face froide, corps brûlant.

Le 18 mars, surviennent des contractures, des soubresauts de tendons, de la roideur douloureuse de la nuque, un délire plus accentué, suivi de prostration. Agitation permanente du bras droit; contracture des mâchoires. La température monte jusqu'à 40°,6.

La malade succombe dans un coma profond le 19 au soir.

Autopsie 24 heures après la mort (Extraite du registre des autopsies de la Faculté de médecine de Strasbourg, n° 180) :

Du côté des articulations malades, nous notons, dans les cavités séreuses, un épanchement clair-citrin plus ou moins abondant et quelques flocons fibrineux. Au microscope, le liquide renferme une certaine quantité de leucocythes, quelques cristaux d'acide urique, mais les cartilages sont tout à fait intacts.

Les synoviales montrent un peu d'hyperhémie, de la boursouflure œdémateuse, et au microscope, de l'infiltration nucléaire.

L'ouverture de la cavité thoracique ne donne, pour les poumons et les plèvres, que des signes négatifs; les bronches renferment quelques mucosités.

Dans le péricarde, épanchement de sérosité assez considérable pour distendre le sac séreux. Flocons fibrineux déposés sous forme de membranes réticulées sur les deux faces de la séreuse. Ces fausses membranes se détachent avec la plus grande facilité. Les feuillets péricardiques sont épaissis, infiltrés de noyaux. Sur le feuillet viscéral nous notons, de distance en distance, de petites macules hémorrhagiques.

Le cœur ne présente rien de particulier aux orifices. Pas de signe d'endocardite simple ou ulcéreuse.

Le tissu musculaire de l'organe est décoloré, très-friable dans presque toute son étendue. Au microscope, on remarque, tant dans les parois du cœur gauche et du cœur droit que dans la cloison interventriculaire, des altérations très-évidentes, consistant, d'une part, dans la présence de tissu graisseux entre les fibres musculaires; d'autre part dans la disparition des stries transversales et longitudinales qui sont remplacées par des granulations réfractant fortement la lumière et de petites gouttelettes graisseuses.

Les artères coronaires ne renferment pas de caillots.

Les organes de la cavité abdominale sont tout à fait normaux. Pas de trace d'infarctus ni d'abcès métastatique.

Le cerveau est sain, légèrement hyperhémié. Rien du côté des méninges; pas d'exsudat, ni séreux, ni sanguinolent.

Rien de particulier dans le système circulatoire ; surtout ni thrombus, ni embolie.

L'autopsie qu'on vient de lire a fait naître dans notre esprit les quelques réflexions suivantes sur les accidents nerveux du rhumatisme articulaire :

Tout d'abord, remarquons que nous sommes forcés de conclure à l'absence de lésions méningitique, cérébrale ou spinale, macroscopique ou microscopique. Nous ne pouvons donc pas expliquer les accidents nerveux par des lésions matérielles des centres nerveux. Nous ne contestons pas que certains rhumatismes cérébraux puissent s'expliquer par des troubles anatomiques survenant du côté des méninges ou des cavités cérébrale ou spinale, semblables à ceux que nous constatons si souvent dans les pleurésies, les péricardites et même les péritonites rhumatismales. Nous savons qu'en tant que lésion, le rhumatisme peut se développer tout aussi bien sur les séreuses viscérales que sur les séreuses articulaires; nous en possédons même personnellement des exemples.

D'un autre côté, il est parfaitement démontré aujourd'hui que les embolies rendent compte très-souvent des accidents nerveux observés dans le décours de rhumatismes cérébraux. C'est principalement dans les formes apoplectiques, convulsives et choréïques que ce mode de production a pu être observé.

Avons-nous besoin de dire que dans le cas dont il s'agit, les recherches les plus minutieuses n'ont pu nous faire découvrir ni embolie, ni thrombose, non-seulement dans le système cérébral, mais dans aucun autre point de l'économie. Pour nous rendre compte des accidents nerveux dans le cas spécial, il ne nous reste que l'étude des conditions dynamiques et chimiques du sang.

L'expérimentation nous a en effet appris que les accidents nerveux généralisés pouvaient dépendre, d'une part, de l'impression fâcheuse qu'exerce sur le système nerveux un sang vicié; d'autre part, que ces mêmes troubles encéphaliques et spinaux pouvaient se rattacher à des modifications dynamiques de la circulation telles que la diminution du sang ou son augmentation. (Travaux sur l'alcoolisme, sur l'anémie cérébrale par ligature des artères ou embolies; sur l'hyperémie cérébrale par arrêt de la circulation dans les principales veines du cou.)

Les recherches de Kirkes ont positivement établi que, dans le rhumatisme, il pouvait y avoir des viciations du sang par corps étrangers et par décomposition.

Dans le cas qui nous occupe, l'examen histologique le plus attentif a été fait sans que nous ayons pu découvrir, dans ce liquide, la cause signalée par Kirkes, ni les caractères de n'importe quelle infection.

Nous sommes donc forcés de nous rejeter sur les conditions de circulation et de nous demander si les accidents nerveux observés n'ont pas été en rapport direct avec la lésion du muscle cardiaque.

Il est de toute impossibilité qu'un cœur dégénéré comme celui que nous avons observé ait pu fournir longtemps la quantité de force nécessaire à la circulation. Malgré la régularité des contractions, le développement de mouvement n'a pu être suffisant pour parfaire aux conditions de la circulation périphérique. Les quantités de sang poussées dans les centres cérébraux et spinaux ont dû être de moins en moins considérables. Ces organes ont dû se trouver, à un moment donné, dans un état relatif d'anémie artérielle et d'hyperhémie veineuse. Il a donc dû en résulter des manifestations morbides et la possibilité de mort subite.

Les lésions du muscle cardiaque dans les péricardites et les endocardites rhumatismales ou autres, nous ont frappé depuis de longues années, et, en faisant le relevé de nos autopsies se rapportant à ce sujet, nous n'en trouvons pas une où le microscope n'ait pas signalé des lésions de la fibre musculaire plus ou moins avancées. Pendant longtemps nous crûmes que cette modification de la fibre musculaire ne devait jouer qu'un rôle passif, , c'est-à-dire prédisposer aux coagulations dans le cœur.

Aujourd'hui, nous sommes convaincus que le défaut de circulation survenant dans les cas de ce genre doit donner, avant les manifestations de thrombose intra-cardiaque, des manifestations périphériques d'anémie. Comme c'est le système nerveux qui est le plus sensible à l'anémie, ce sont donc les phénomènes nerveux généraux, délire, convulsions, contractures, qui doivent se montrer en premier lieu.

L'étude des lésions de l'alcoolisme nous a encore appris que très-souvent, le cœur devenait gras, c'est-à-dire que cet organe se chargeait de tissu adipeux dans les interstices musculaires, condition qui, d'après nous, doit déjà enlever une partie de l'action synergique de l'organe. Nous nous demandons aujourd'hui si peut-être les accidents nerveux qui caractérisent le rhumatisme chez les ivrognes, ne dépendraient pas, en partie au moins, de la fâcheuse prédisposition cardiaque. Le reste de la puissance musculaire sera fortement endommagé s'il survient une complication du côté du cœur par la dégénérescence qui accompagne ou qui suit immédiatement les lésions inflammatoires de l'endocarde ou du péricarde.

On comprendra aisément, qu'en cas d'impressionabilité nerveuse, congénitale ou acquise, les lésions du muscle cardiaque produisent des désordres cérébro-spinaux plus rapidement et avec plus d'intensité que dans les conditions d'innervation normale.

MÉLANCOLIE AVEC STUPEUR

Par M. le docteur JUDÉE

Le petit nombre de cas de mélancolie avec stupeur ou *stupeur mélancolique* que, suivant M. le docteur Legrand du Saulle, il a été donné à la science d'observer, m'engage à publier celui qui suit.

Dans l'observation ci-dessous, les accès de stupeur ont duré, il est vrai, beaucoup moins longtemps que chez le malade étudié par ce médecin et *exploité* par la presse non scientifique, sous le nom de *dormeur* de Bicêtre, mais elle a en revanche l'avantage de nous permettre d'apprécier les phénomènes psychologiques qui ont lieu dans cet état, ce qui n'est pas, non plus je crois, sans intérêt.

De C... n'avait pas encore des règles à quinze ans : elles ne parurent qu'au moment de son mariage, qui s'effectua quelque temps après. Elles se présentèrent régulièrement jusqu'à l'âge de vingt ans, mais, depuis lors jusqu'à vingt-cinq, époque à laquelle elle abandonna son mari pour suivre en Russie un riche habitant de cette contrée, les menstrues s'accompagnèrent de pertes extrêmement abondantes, qui cessèrent à la suite d'un traitement, peut-être immodérément employé, qui consistait à s'asseoir sur de la glace. Quoi qu'il en soit, cette femme m'a avoué elle-même qu'à partir de ce moment elle se sentit devenir folle.

Tourmentée de maux de tête continuels, de très-gaie qu'elle était naturellement, elle devint triste, d'une avarice sordide allant jusqu'à refuser à ses domestiques ce qui était absolument indispensable pour faire aller la maison. Enfin il lui vint des idées de suicide qu'elle tenta plusieurs fois de mettre à exécution. Cet abattement, cet affaissement ne persistèrent pas longtemps, et furent remplacés

par une agitation très-vive, pendant laquelle elle déchirait et brisait tout ce qui lui tombait sous la main.

Après six mois de cet état, son amant qui l'avait ramenée en France ne voyant survenir aucune amélioration dans son état, se décida à la placer dans une maison de santé, où sa maladie, pendant un traitement par les douches, se transforma en mélancolie avec stupeur. Alors il l'abandonna tout à fait, ce qui mit la malade dans la nécessité d'entrer à la Salpêtrière, service de M. le docteur Baillarger.

Au moment de son entrée dans ce service, elle avait environ trente-quatre ans, ses traits beaux encore, accusaient l'anémie et révélaient la souffrance. Parfaitement calme et raisonnable d'ailleurs, elle-même me fournit les renseignements qui précèdent; mais, au bout de quelques jours, elle tomba dans un accès de tristesse et fut prise de stupeur.

Une sorte de cercle noir se produisit alors autour des yeux, qui ne tardèrent pas à se tuméfier, au point qu'on aurait dit qu'ils allaient sortir de la tête; ils se congestionnèrent enfin assez pour donner lieu à une conjonctivite, qu'on fut obligé de soigner; le tout était accompagné d'une céphalalgie très-violente. Puis la malade, tombant dans l'abattement, restait des journées entières sans bouger, sans dire un mot; l'approche de quelqu'un, principalement des médecins dont elle avait une peur extrême, lui était insupportable. Enfin elle tomba dans la stupeur la plus profonde et fut forcée de garder le lit; à partir de ce jour, elle y *demeura comme une masse inerte*; de plus, elle perdit l'appétit et *ne mangeait que lorsqu'on lui faisait avaler de force des aliments*, d'où résultait un amaigrissement de plusieurs livres, que M. le docteur Baillarger constata lui-même.

Dans cet état, nous a-t-elle dit depuis, elle ne voyait pas et ne pouvait proférer une seule parole, mais elle entendait parfaitement ce qu'on disait autour d'elle. Ensuite, il lui survenait des hallucinations tellement complètes, qu'il lui était tout à fait impossible d'établir une différence entre ses hallucinations et la réalité: elle voyait les villes dans lesquelles elle avait voyagé, les églises qu'elle avait visitées, elle entendait les prêtres chanter, sentait le parfum de l'encens, etc.; d'autres fois elle se croyait tout à coup transportée au milieu d'une forêt; les arbres s'animaient autour d'elle, agités par le vent qui soufflait à travers le feuillage. Quant aux hallucinations du sens génital, elle en éprouvait aussi, mais, chose remarquable, elle n'a jamais aperçu l'être qui devait en être la cause.

Lorsque la malade fut sur le point de guérir, elle commença par éprouver le besoin de manger; les hallucinations cessèrent ensuite, et après être restée plusieurs jours dans un état semi-comateux, elle recouvra la raison, reprit de l'embonpoint, de manière à regagner en quelques jours ce qu'elle avait perdu.

L'accès de stupeur que nous venons de décrire avait duré une quinzaine environ; il avait été précédé, au dire de la malade, d'un autre qui avait duré six semaines, et de quelques autres d'une durée moins considérable.

Le dernier que je fus à même d'observer, bien qu'ayant présenté à son début tous les caractères dont nous avons parlé plus haut, ne dura que cinq jours. Pendant cet accès, elle vit l'enfer et toutes les horreurs qu'on lui prête; les diables s'étant jetés sur elle et ayant voulu l'entraîner, elle fut prise, ainsi que le malade de M. Legrand du Saulle, d'une telle frayeur que, réunissant toutes ses forces, elle sauta à bas du lit et alla se jeter dans les bras d'une autre malade qui couchait auprès d'elle. Comme ceci se passait la nuit et qu'il lui fut impossible de proférer un mot, on crut qu'elle devenait furieuse et on lui mit la camisole de force. Ce ne fut en effet que tout à fait revenue à elle, qu'elle expliqua les causes de cette agitation nocturne.

Depuis, elle n'éprouva plus d'accès sérieux. Par moment, elle fut encore bien prise de tristesse, d'abattement et d'autres signes précurseurs de ses anciens accès, elle tomba même pour quelques heures dans un état voisin de la stupeur, mais tout se borna là, et on en fut quitte pour la peur.

Ce ne sont pas les seuls accidents que cette femme éprouva pendant que je pus l'observer; elle était sujette encore, même quand son état moral paraissait satisfaisant, à des céphalalgies extrêmes et à des attaques de paralysie; elle eut même pendant un certain temps tout le côté droit paralysé, mais seulement du mouvement et nullement de la sensibilité qui, au contraire, sembla s'être développée, principalement dans le membre supérieur de ce côté.

Cette paralysie survenait tout à coup pour disparaître de même. Il en résultait des chutes au moment où on s'y attendait le moins; une d'elles, qui eut lieu dans l'escalier, faillit occasionner une fracture de jambe.

Huit mois après son entrée à la Salpêtrière, l'état de la malade étant devenu aussi satisfaisant que possible, son frère, qui habitait l'Angleterre la réclama, et on lui donna son exeat.

Mais trois ans plus tard, elle rentra dans cet hospice. Lorsque je la vis à cette époque, elle était atteinte de *manie furieuse*. L'agitation était si violente, que je la trouvai revêtue de la camisole. Malgré son état, elle me reconnut, et au milieu de ses vociférations, elle m'appela plusieurs fois par mon nom.

Quelque temps après on me fit savoir qu'elle était morte, mais on ne me dit pas si l'autopsie avait eu lieu.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 18 mai 1870. — Présidence de M. ALPHONSE GUÉRIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine : Le *Bulletin général de thérapeutique*. — Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*. — La *Gazette médicale de Strasbourg*.

— Le 1er fascicule du tome IV des *Mémoires et bulletins de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux et hospices de Bordeaux*.

— *Introductory lecture delecered at Netley on commencing the twentieth session of the army medical School*, in april 1870, — by Deputy, inspector general, T. Longmore.

— *Des diverses méthodes de réunion des plaies intestinales*. (Extrait du *Bulletin de thérapeutique*), par M. le docteur Béranger-Féraud.

— Docteur Cabasse, médecin-major : *Arrachement de la tubérosité du tibia par contraction musculaire.* — *Note sur les différentes conferves des rivières et des eaux stagnantes employées comme charpie.* — *Note et observation pour servir à l'histoire de l'occlusion intestinale*. Ces travaux manuscrits seront déposés aux archives.

COMMUNICATIONS

Grenouillette congénitale. — M. BLOT. Le kyste, du volume d'une noix, se tendait par les cris et gênait l'allaitement. D'une transparence parfaite, la tumeur ne pouvait laisser aucun doute sur le diagnostic, et il n'y avait à se préoccuper que du choix du procédé, surtout chez un enfant nouveau-né.

L'*excision*, par sa simplicité, par la non nécessité de laisser dans la bouche un corps étranger (séton, canule en double bouton de chemise de Dupuytren, etc.), et surtout en ce qu'elle met le plus souvent à l'abri de la récidive, m'a paru mériter la préférence sur les autres procédés.

Je pratiquais cette opération de la manière suivante :

Un ténaculum traverse la tumeur par son milieu. Des ciseaux courbes, tenus de la main droite, servent à exciser tout ce qu'il a été possible de saisir des parois de la poche, et le contenu visqueux sort en entier sans la moindre hémorrhagie.

Aujourd'hui l'enfant est parfaitement guéri, l'allaitement se fait normalement, et à l'endroit de l'opération, on n'observe aucun trajet fistuleux, ainsi que cela se voit assez souvent à la suite de la simple ponction, comme J. L. Petit en avait fait la remarque.

M. MARJOLIN dit avoir renoncé tout à fait l'excision, qui expose parfois à des hémorrhagies, d'autant plus inquiétantes que la succion exercée par le nouveau-né, rend celles-ci difficiles à arrêter et dès lors très-graves. Une fois il a été à même de voir un enfant opéré en ville, et qui avait été amené à l'hôpital presque exsangue, dans un état très-grave. Le perchlorure de fer et autres moyens hémostatiques ayant été impuissants pour arrêter l'hémorrhagie, il y eut eschare et gêne consécutive des mouvements de la langue. Lui-même, pour arrêter l'hémorrhagie, s'est vu souvent contraint d'employer le fer rouge. Depuis quelques années, il se contente de passer à travers la tumeur un séton filiforme, et, sauf deux ou trois cas, le succès ne lui a jamais fait défaut.

M. CHASSAIGNAC pense que le drain devra être préféré au séton, attendu qu'il n'expose pas à une inflammation suppurative, comme ce dernier. De plus, le drain permettra de laver la poche journellement, ce qui aidera à la cicatrisation. Quant à l'excision, la crainte de l'hémorrhagie la lui fait repousser.

M. BLOT fait observer que la minceur très-grande des parois de la poche qui était transparente, le rassurait contre un danger d'hémorrhagie, et effectivement il n'en a point eu. Le témoignage de Boyer, de Jobert et d'autres auteurs, est favorable à l'excision. Du reste, la crainte de l'hémorrhagie pourrait être justifiée chez les adultes, et beaucoup moins lorsqu'il s'agit de grenouillette congénitale des nouveau-nés, au moins dans les cas comme le sien.

M. FORGET. Le point important en ce moment, ce n'est pas de discuter sur la valeur des procédés applicables à la grenouillette en général, mais bien de savoir s'il n'y a pas inconvénient pour la lactation et danger pour l'enfant de laisser à demeure, dans la bouche, un corps étranger tel que séton, drain, etc.

M. GIRALDÈS. Les grenouillettes congénitales, sans être communes, ne sont véritablement pas rares. Le plus souvent, elles sont d'un petit volume, ne réclamant aucune opération, et ce n'est qu'exceptionnellement qu'on voit la tumeur acquérir le volume d'une noix ou d'un petit œuf. L'excision constitue alors le meilleur moyen de traitement, et quant à l'hémorrhagie qui est *veineuse* et non artérielle, elle n'est guère à craindre si l'on a soin d'éviter les veines ranines.

M. Giraldès dit avoir opéré, par extraction, trois grenouillettes congénitales sans hémorrhagie aucune.

Pour saisir la poche, M. Giraldès se sert, soit de pinces à griffes, soit d'une aiguille courbe armée d'une anse de fil que l'on passe à travers la tumeur.

M. GUÉNIOT a pratiqué à deux reprises l'excision d'une grenouillette congénitale du volume d'une noix dont les parois étaient minces et diaphanes. Il n'y eut aucune perte de sang, et la guérison a été complète.

M. Guéniot pense que tout dépend des cas, et que, parmi les grenouillettes, il y en a dont les parois sont vasculaires et d'autres pas.

M. PANAS. Deux fois il lui a été donné d'observer chez des adultes, à la suite de l'excision et du tamponnement des restes de la poche kystique avec de la charpie, une certaine dysphagie et la gêne de la respiration. Ce qui l'avait frappé dans ces cas, c'est que la poche de la grenouillette s'avançait du côté de la base de la langue jusqu'à l'os hyoïde et à la membrane thyro-hyoïdienne. Ce rapport anatomique explique la gêne en question, attendu que le tissu cellulaire lamelleux de cette région, et en particulier celui des replis arytheno-épiglottiques s'œdématie avec une grande facilité.

Il est donc prudent d'éviter toute cause de suppuration prolongée ou d'inflammation vive, surtout chez les enfants, qui ont les voies aériennes normalement étroites.

Foucher faillit perdre d'asphyxie un jeune enfant pour avoir pratiqué une injection iodée dans la poche de la grenouillette.

M. GUYON est d'avis qu'il faut éviter la suppuration du kyste, d'autant plus que, dans certains cas, la grenouillette congénitale consiste dans une dilatation du canal de Warton, ainsi qu'il en a présenté un exemple à la Société.

L'excision lui paraît donc mériter la préférence chez le nouveau-né, comme mettant plus sûrement à l'abri d'une inflammation suppurative de la glande sous-maxillaire.

Exostose éburnée du sinus frontal opérée avec succès par M. VERNEUIL. Un jeune homme de 23 ans, bien constitué, n'ayant eu ni contusion, ni syphilis, vint me consulter pour des douleurs vives qu'il éprouvait dans la région sourcillière droite. Je constatais un léger empâtement de la région frontale et du pourtour de l'orbite. Le début du mal semble remonter à trois ans.

L'iodure de potassium et la teinture d'iode furent essayés inutilement, et les douleurs ont fini par devenir intolérables.

Il y a trois jours, le 15 mai, je constate de nouveau que l'empâtement a fait des progrès. Les téguments sont injectés; l'œil paraît dévié en bas, et il y a une vive douleur sur le trajet du nerf sus orbitaire. A l'exploration directe, je sens, sous la voûte de l'orbite, une petite tumeur dure, du volume d'un noyau de cerise. Nul phénomène cérébral; pas de douleur de tête profonde; deux ou trois fois seulement, des épistaxis au moment des accès douloureux.

A l'aide de ces signes, je diagnostique une *exostose éburnée du sinus frontal* faisant saillie dans l'orbite.

Je procède le même jour à l'opération comme il suit :

Incision verticale au niveau de la tête du sourcil réunie à une incision horizontale, le long du rebord orbitaire; décollement du périoste frontal et orbitaire dans l'étendue du petit lambeau triangulaire cutané, puis défoncement de la paroi antérieure du sinus. J'arrive ainsi sur la tumeur, qui apparaît arrondie, lisse et comme éburnée à la surface.

Ainsi que je m'en étais aperçu au moment du décollement du périoste orbitaire, je constate que l'exostose avait perforé la paroi orbitaire du sinus pour constituer la petite bosselure que j'avais sentie avant l'opération.

Nul liquide n'était interposé entre l'exostose et les parois du sinus, et ce dont je me préoccupais en ce moment, c'était des adhérences probables de la tumeur avec la paroi postérieure du sinus.

On sait en effet combien sont parfois grandes les difficultés qu'on rencontre pour énucléer ce genre de tumeurs.

Étant très-dures, on ne peut songer à les entamer avec des instruments, et leur enclavement est parfois tel que l'on éprouve une grande difficulté à les extraire par bascule.

Les faits de Robert et de Michon témoignent des difficultés dont nous parlons.

Plus on apprend à connaître ce genre de tumeurs, et plus on se rattache à l'idée qu'elles consistent en de véritables exostoses ostéophytiques, beaucoup plus rarement à des ostéomes dépendant de la muqueuse, et encore on est en droit de se demander s'il ne s'agit pas réellement d'exostoses dont le pédicule aurait été détruit spontanément ou qui aurait passé inaperçu.

Voyant que la tumeur était immobile et manifestement adhérente à la face encéphalique des sinus, je tentai de l'enlever à l'aide de la gouge et du maillet. Celle-ci céda facilement, et j'ai pu voir alors qu'elle était constituée de tissu éburné à la périphérie et de tissu diploïque au centre. Son lieu d'implantation était représenté par du tissu diploïque que je n'ai pas osé poursuivre plus loin de peur de pénétrer dans le crâne.

Depuis trois jours qu'il est opéré, ce malade va très-bien, et le seul soupçon qui me reste, c'est de savoir si la portion du pédicule que j'ai dû respecter ne contribuera pas plus tard à reproduire la tumeur. C'est là une simple question que je me pose sans pouvoir y répondre, faute d'expérience suffisante.

Une rainure de la face antérieure de la tumeur servait à loger le nerf sus-orbitaire, qui se trouvait tiraillé. De là, les douleurs vives éprouvées par le malade sur le trajet de ce nerf.

M. LEGOUEST. J'accepte d'autant mieux la réserve faite par M. Verneuil au sujet de la pathogénie de ces tumeurs, qu'au Val-de-Grâce on possède une exostose de ce genre du volume du poing, entièrement éburnée et n'offrant aucune trace de pédicule.

J'ai enlevé une exostose éburnée des fosses nasales qui semblait, au premier abord, n'avoir pas de pédicule. Un examen minutieux permit de constater qu'il y en avait eu un, seulement celui-ci relativement petit avait été spontanément détruit par la carie.

M. Cloquet n'a dit avoir souvent retrouvé dans le pédicule des soi-disant polypes osseux des fosses nasales une lame osseuse ou des noyaux osseux.

M. GIRALDÈS. Ayant examiné un grand nombre de sinus frontaux maxillaires sphénoïdaux, a toujours trouvé la tumeur adhérente à l'os, et cela, dès son origine. Il repousse conséquemment l'origine muqueuse de ces exostoses, qui sont toutes des ostéophytes.

On sait que non-seulement la muqueuse, mais même la couche périostale sont inaptes à reproduire cette forme de tumeurs. Les prétendues tumeurs osseuses de la muqueuse ne sont que des masses *fibreuses calcifiées*; et quant au périoste, il produit de simples lamelles d'ossification sous forme de dentelle.

M. GUYON signale un cas de polype calcifié des fosses nasales qu'il a opéré, et qui, par sa disposition en lamelles entrecroisées, simulait au premier abord une masse de sequestres osseux. L'examen microscopique démontra qu'il s'agissait d'un tissu calcifié.

PRÉSENTATION DE MALADES

Hypertrophie ganglionnaire cervicale multiple ayant envahi toute une moitié du cou, chez un jeune homme de 18 ans. — M. BROCA désire consulter la Société, non sur l'opportunité de l'opération, qui lui paraît nécessitée par le développement rapidement croissant de cette énorme masse (18 mois), et par la menace de voir survenir d'un jour à l'autre des accidents de dysphée et de dysphagie, mais bien sur le danger qui pourrait en résulter d'une plaie aussi vaste au milieu des conditions nosocomiales mauvaises dans lesquelles nous nous trouvons habituellement placés.

Pour diminuer ce danger, M. Broca a songé à deux opérations successives, en attaquant isolément la masse qui est placée derrière le sterno-mastoïdien, puis celle plus volumineuse qui se trouve au-devant de ce muscle et qui s'étend depuis la région parotidienne jusque près de la clavicule. Il ne se dissimule pas les difficultés opératoires qu'il aura à rencontrer à cause des rapports profonds de la tumeur avec les gros vaisseaux et les nerfs du cou, mais ce qui l'effraye surtout, c'est la grande étendue du traumatisme, s'il se décidait à enlever le tout en une seule séance.

M. DESPRÈS pense que le mieux est de s'abstenir de toute opération, en se fondant pour cela sur un cas malheureux qu'il a vu opérer dans le service de M. Nélaton par M. A. Richard.

Dans le fait auquel M. Desprès fait allusion, dès le début de l'opération il est survenu une hémorrhagie veineuse tellement abondante, qu'elle força le chirurgien de laisser l'opération inachevée, en se contentant de bourrer la plaie avec de la charpie.

Le malade mourut au bout de 48 heures avec tous les signes d'une infection purulente suraiguë.

M. GIRALDÈS croit l'opération possible, et n'est pas aussi effrayé de l'hémorrhagie que M. Desprès, qui n'a vu qu'un cas véritablement exceptionnel. En procédant non par incision, mais par énucléation des ganglions, l'un après l'autre, on sera à peu près certain d'éviter l'hémorrhagie. Il croit qu'il faut agir de suite, attendu que si la masse continuait à s'hypertrophier avec la même rapidité que par le passé, et si surtout elle venait à s'enflammer, les difficultés opératoires pourraient devenir insurmontables.

Sans doute on ne devra pas se flatter de tout enlever, car il y a dans ces cas de tous petits ganglions profonds, qui se prolongent parfois jusque derrière le pharynx et l'œsophage, mais au moins on débarrassera l'individu de la masse principale de la tumeur, sauf plus tard, à pratiquer une opération complémentaire si ces petits ganglions ou d'autres venaient à s'hypertrophier à leur tour.

M. Giraldès en vue de faciliter l'opération, conseille, au besoin, de couper le muscle sterno-mastoïdien. Ce qu'il fit parfois.

Il dit avoir eu à opérer deux fois des masses ganglionnaires aussi volumineuses, chez un enfant de 8 ans et chez un autre de 10 ans, et cela avec succès. Seulement chez l'un d'eux, il y eut récidive, et lorsque l'enfant lui fut présenté, un an plus tard, la masse avait acquis un tel volume qu'elle a fini par l'étouffer.

M. TRÉLAT conseille l'abstention, attendu que si l'énucléation de chaque ganglion dans sa loge propre est chose facile, il n'en est pas moins vrai que pour avancer d'une loge dans une autre, et ainsi de suite, il faut traverser des cloisons mitoyennes pourvues de gros vaisseaux, et c'est là que gît précisément le danger. Il est à noter, en outre, que la plaie qui en résultera sera profonde et sinueuse, alors même qu'on se bornera à faire une ablation partielle : pour toutes ces raisons, il est opposé à l'opération sanglante dans ce cas.

Les courants électriques continus, vantés dans ces derniers temps, pourraient être essayés sans danger. Mais il manque d'expériences suffisantes à l'égard de l'efficacité réelle de cette méthode, dans un cas aussi grave.

M. LEGOUEST partage entièrement l'avis exprimé par M. Giraldès, et croit, comme lui, que l'opération sera facile.

Il a eu l'occasion comme chirurgien d'armée d'enlever un grand nombre de ces tumeurs, sans hémorrhagie inquiétante et toujours avec succès.

L'hémorrhagie et les difficultés opératoires ne sont à craindre que lorsque la tumeur s'est enflammée. Voilà pourquoi il est d'avis que l'on opère le plus tôt, et cela en faisant une seule opération radicale.

M. MARJOLIN craint que l'opérateur ne rencontre dans ce cas de grandes difficultés. De plus, la disposition constitutionnelle du sujet, chez lequel, dans l'espace de 18 mois, les ganglions pharyngolaryngés, parotidiens, sus-claviculaires, sous et rétro-mastoïdiens, ont été pris à ce point, n'est pas faite non plus pour encourager le chirurgien à une opération qui pourra être forcément partielle.

M. FORGET partage les idées de M. Marjolin et dit avoir vu Roux être obligé de lier la carotide primitive pour arrêter l'hémorrhagie. Le malade a succombé.

La tumeur est en outre en ce moment en pleine croissance, ce qui suppose une vascularité assez grande, capable d'inspirer des craintes.

M. LARREY. Une longue expérience et les travaux qu'il a entrepris sur les tumeurs ganglionnaires, lui représentent cette tumeur comme très-opérable; et la seule chose qui lui inspire des craintes, c'est la disposition constitutionnelle de ce jeune homme.

Dans son opinion, il faudrait insister, avant d'opérer, sur le traitement général par les toniques et l'iodure de potassium. Et quant à l'opération en elle-même, on n'enlèverait la masse que par portions, en ayant soin de tordre ou de lier chaque pédicule des ganglions pour éviter l'hémorrhagie.

On pourrait au besoin, avant l'opération, essayer de mobiliser les ganglions à l'aide d'un massage approprié, ainsi qu'il l'a préconisé dans le temps.

M. GIRALDÈS soutient que des raisons mises en avant par M. Forget pour conseiller l'abstention, aucune n'est faite pour faire changer d'opinion à un chirurgien. Si Roux et Lisfranc ont eu à enregistrer des revers et des hémorrhagies graves, cela tient à ce qu'ils opéraient par dissection et non par énucléation des ganglions.

M. TRÉLAT désire préciser la question en disant que ce qui l'arrêterait, ce n'est pas la difficulté, mais bien le danger de l'opération.

M. BROCA. De tout ce qui a été dit par ses collègues, croit devoir conclure que l'opération est indiquée et qu'elle pourra être entreprise sans crainte d'accidents immédiats.

Le danger réel sera la trop grande étendue de la plaie, dans un milieu aussi désastreux que celui de nos hôpitaux, et c'est précisément pour la conjurer qu'il se décidera d'enlever la tumeur à deux reprises différentes, en attaquant d'abord la portion la moins grosse, située derrière le sterno-mastoïdien, puis celle placée au-devant de ce muscle.

Afin d'éviter d'enflammer la masse, il se propose en outre de faire cesser les applications de teinture d'iode, qu'il avait prescrites plutôt pour faire patienter le malade que comptant sur l'efficacité réelle de celles-ci.

La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois... 8 fr. 50 c. Six mois... 16 — Un an..... 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — Premier Paris. — HÔPITAL DU VAL-DE-GRACE (M. Legouest). Carie des os du tarse. Amputation tibio-tarsienne. Guérison. — Observation d'un cas de pemphigus aigu succédant à une ancienne gastralgie (M. A. Chatagnon). — SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE. — Feuilleton.

Paris, le 13 juin 1870.

La *Conférence médicale de Paris* est en bonne voie. Les communications écrites y viennent affluer en tel nombre que leur dépouillement analytique a dû occuper près de moitié de la dernière séance, qui a duré trois heures.

Les documents ne feront donc pas défaut pour cette grande enquête ouverte sur la vaccine et sur la variole ; et cette fois du moins les enseignements que peut fournir une épidémie ne seront pas entièrement perdus.

Si, à l'exemple de ceux qui nous prêtent si gracieusement leur concours, comme les médecins et les internes des grands services hospitaliers, tous les praticiens de Paris et de la province veulent bien répondre à l'appel de la Conférence, il est des questions qui peuvent être définitivement résolues : et ce sont les plus importantes au point de vue de la santé publique.

Et d'abord :

« Le vaccin, quelle que soit sa provenance, a-t-il perdu toute valeur prophylactique, du moins en temps d'épidémie, comme le prétend M. Tardieu? »

Si les faits ne devaient pas parler, il y aurait sans doute de grandes chances de succès pour une telle assertion : elle flatte des préjugés à la mode et paraît basée sur tout un système de moyennes ozonométriques en dehors de la compétence médicale.

Ce serait perdre son temps que vouloir convaincre par la discussion seule les théoriciens purs. On l'a bien vu mercredi dernier, quand MM. Caron, Huguet, Tardieu, tenant tête, dans leur croisade antivaccinale, à toute l'assemblée, s'animant d'autant plus qu'ils étaient seuls, ne se lassaient pas de se succéder à la tribune, et voulaient imposer violemment leurs doctrines à quelques centaines de médecins qui protestaient.

Il est bon que cet incident se soit produit, pour montrer à quel point l'assemblée peut être patiente, surtout quand elle tient à faire oublier une velléité d'intolérance qui lui a valu des reproches.

Mais comme le but ne doit pas être de perdre le temps en discours, il faut espérer que désormais, après avoir permis un exposé succint de toutes les hypothèses, on les négligera davantage en laissant la parole aux faits.

Or nous avons déjà de grandes statistiques, les unes reçues avant la dernière séance, les autres depuis ; et sans entrer dans le détail qui doit figurer aux comptes rendus, je puis dire que, jusqu'ici, elles sont loin d'être favorables à la théorie de M. Tardieu.

Sur un nombre considérable de malades, plus de 2000, il n'en est pas qui, s'étant fait revacciner avec succès, ait été atteint de variole grave postérieurement à la dessication des pustules vaccinales.

En ce qui touche même les varioloïdes, une seule et des plus légères survint après l'évolution d'un vaccin qui avait été pris sur la génisse, à ce qu'il paraît. Mais lorsque la variole est tellement modifiée, peut-on dire que la vaccine soit inefficace?

Nous n'avons pas de parti pris. Nous attendons, nous demandons avec instance qu'on nous adresse, si l'on en possède, des observations positives de varioles non modifiées survenues après la vaccine.

On doit mettre à part bien entendu celles dans lesquelles l'incubation de la variole aurait commencé antérieurement à la vaccination. On a déjà un certain nombre de ces dernières, nombre bien faible, presque imperceptible quand on le compare au chiffre même des individus non vaccinés qui ont contracté la variole. C'est par ces chiffres que l'on va pouvoir résoudre une seconde question :

« Court-on quelque danger à se faire vacciner en temps d'épidémie? »

Dans le monde extra-médical, on se préoccupe beaucoup de cette question, on la croit très-controversée parmi les hommes de science, et bien que les médecins soient au contraire presque unanimes à professer que la vaccine ne peut jamais donner la variole, il est bon de recourir aux statistiques avant de procéder à un vote d'opinion.

Un vote d'opinion est certainement utile dans les circonstances présentes ; et l'on peut dire que c'est un devoir pour le médecin d'y prendre part. Il s'agit, en effet, de mesures prophylactiques que les gens du monde repoussent ou qu'ils acceptent en aveugles. Les causes les plus futiles, un doute émis par une feuille légère, peuvent déterminer une résolution ou prolonger une indécision peut-être fatale. Le corps médical renferme l'ensemble de tous les hommes compétents en ce qui touche la santé publique; il a donc le droit et le devoir de se prononcer en pareil cas.

Mais, de notre temps, les doctrines ne s'imposent plus par autorité. On veut, et on a bien raison, qu'avant de venir exprimer ses convictions personnelles, on ait pris soin de s'éclairer autant que possible.

Il faut que chacun ait produit ses preuves dans un débat contradictoire. Tel est le but de la discussion qui se poursuit en ce moment à la Conférence médicale. Tel est le but de la grande enquête dans laquelle tous les praticiens sont appelés à déposer.

Tous le peuvent, car il n'est pas besoin de longs mémoires ni même de ces observations minutieusement détaillées pour lesquelles souvent le temps manque.

De simples notes, courtes et sincères, indicatives des faits observés, même sans réflexions aucunes, rempliront aussi bien le but. Ce sont des chiffres qui se grouperont avec d'autres chiffres, et leur nombre deviendra puissance.

Après les questions qui mettent en péril la vaccination elle-même, viennent celles qui se rapportent à la distinction des deux vaccines et des deux modes de vaccination.

« Est-il vrai que le vaccin pris sur la génisse n'ait pas la puissance du vaccin d'enfant? Que ses pustules protègent moins bien contre la variole, dès les premiers mois? Que son action prophylactique soit moins durable?

« La vaccination animale, telle qu'on la pratique à Paris, échoue-t-elle plus souvent que l'autre?

« Donnerait-elle plus de succès si l'on modifiait le procédé opératoire? si l'on excisait les pustules avant d'y prendre le vaccin? »

Les réponses doivent être fournies par les faits eux-mêmes ; et la liste, en ce qui touche la vaccine, est encore loin d'être épuisée. Les vaccinations répétées à fort peu de jours de distance, les vaccinations sur des varioleux en pleine éruption, les vaccinoïdes, leurs caractères et leur valeur prophylactique, etc. : autant de détails oubliés ou peu connus à éclairer d'un nouveau jour.

Et combien aussi de questions afférentes à la variole ! Nous en parlerons une autre fois.

Dr VICTOR RÉVILLOUT.

HOPITAL DU VAL-DE GRACE. — M. LEGOUEST.

Carie des os du tarse. — Amputation tibio-tarsienne. Guérison. — État du moignon au 7e mois.

(Observation par M. le docteur CHAMEL, médecin aide-major).

F..., 29 ans, sergent-major au 8e de ligne. Tempérament lymphatique ; bonne santé habituelle. Détenu depuis plusieurs mois à la prison militaire du Cherche-Midi.

En mars 1869, F... ressentit, dans le pied droit, des douleurs bientôt suivies d'un léger gonflement à la partie interne et moyenne du pied Employé à l'infirmerie de la prison; bien nourri, bien couché, jouissant d'une liberté assez grande, il habitait une chambre froide, sombre et un peu humide.

Le malade ne peut attribuer, ni à un coup, ni à une chute, ni à un mouvement forcé, ces douleurs persistantes qui furent tout d'abord combattues, mais sans succès, par des frictions d'alcool camphré. La marche devint difficile, puis impossible, et la position horizontale du membre procurait seule un peu de soulagement.

Un mois après, F... était dirigé sur l'hôpital du Val-de-Grâce. Le pied était gonflé dans la région tarsienne, et très-sensible à la pression; la peau, de coloration normale. Une arthrite des articulations du tarse reconnue, des sangsues en petit nombre, plusieurs vésicatoires volants et des pointes de feu furent successivement appliqués sur la région malade. Les douleurs et le gonflement persistèrent, et l'état général s'altérait peu à peu par le séjour au lit.

Application de plusieurs bandages compressifs dextrinés et silicatés.

En août, gonflement du dos et de la partie interne du pied nota-

---

FEUILLETON

BOUTADES
ET
ZIGZAGS BIBLIOGRAPHIQUES

XI.

Quand on a ainsi creusé tout un côté de la question (et com bien de choses importantes n'avons-nous pas négligées par ignorance ou de parti pris), le lecteur comprendra qu'on éprouve un besoin irrésistible de faire connaissance avec les Facultés de médecine et les colléges de la province, et, enfin, de comparer la médecine française avec celle des autres pays de l'Europe. Tout cela, vous le voyez, s'enchaîne à merveille, se tient et se lie de telle façon que, une fois parti, il devient impossible de ne point arriver au bout du chemin. Mettons-nous donc en route sur cette nouvelle piste, mais sachons d'avance que les difficultés vont se multiplier sous nos pas, et que très-probablement nous ferons une assez maigre récolte...

Depuis trois jours je n'ai pas pu écrire trois lignes; l'épidémie de variole, la grippe, les fluxions de poitrine et une charmante migraine se sont chargées de prendre tout mon temps, et voilà qu'on m'apporte à l'instant une lettre que je n'ose ouvrir. Comme Panurge, à propos d'une question bien autrement délicate, je me demande : *Dois-je l'ouvrir? ne dois-je pas l'ouvrir?* et à l'imitation de Panurge je pourrais pendant vingt pages déduire mes raisons pour ou contre. Comme je finirais par briser le cachet, j'aime autant commencer par là et je lis :

« Très honoré et très-savant confrère. » —Voilà certes une entrée en matière qui fait toujours plaisir; cette lettre m'apporte, à n'en pas douter, des compliments sur mon travail. Je continue, ou plutôt je reprends :

« Très-honoré et très-savant confrère,

« Finirez-vous un jour vos longs et ennuyeux articles sans queue ni tête? Pour mon compte j'en ai assez, j'en ai trop. Hâtez-vous de rentrer dans votre premier sujet et de nous parler enfin de cette fameuse biographie... Si vous ne vous exécutez pas aujourd'hui même, je cesse mon abonnement à la *Gazette*. Dans tous les cas, je ne vous accorde plus qu'un feuilleton.

« Recevez, très-cher et très-savant confrère, mes compliments, etc... « MARTIN. D. M. M. »

Décidément Panurge avait raison de mettre un si long temps à prendre un parti. Mon gracieux correspondant, soyez satisfait. Dès qu'il s'agit *d'un abonnement à la Gazette*, mon devoir est tout tracé et j'obéis; mais si ce dernier feuilleton est encore plus mauvais que les autres, ne vous en prenez qu'à vous seul. Vous m'accorderez bien, je l'espère, que le procédé que vous employez pour me stimuler n'est pas de ceux qui rassérènent les esprits et fouettent l'intelligence.

Ainsi, vous tenez à cette biographie? Mais d'abord de quelle biographie parlez-vous? et qui donc vous a promis une biographie? je vous ai dit que faute d'un prénom je n'avais pas pu faire une biographie, et voilà tout, et vous n'êtes pas en droit d'exiger de moi autre chose, et certainement je ne ferai pas de biographie; non, vous dis-je, je n'en ferai pas. Croyez-vous donc que ce soit un travail si attrayant et si facile? Savez-vous seulement, ô mon *savant* correspondant, comment se fait une biographie? Je vais vous le dire. Et tant pis pour vous si je vous injurie, chemin faisant, si j'entre en colère contre vous et contre les autres, contre mes modèles surtout et leurs aimables familles. Vous l'aurez voulu; vous savez bien que ce sujet me met de fort mauvaise humeur et vous m'y faites rentrer par une lettre qui... Il vous eût été si facile de m'adresser des compliments sincères et qui m'auraient touché jusqu'au fond du cœur ! Si vous m'en aviez prié, je vous aurais envoyé un modèle de lettre ; cela se fait tous les jours.

Il y a deux façons de composer des biographies et il n'y en a que deux. L'une consiste à faire toutes les recherches nécessaires, à remonter aux sources, à collectionner les documents, à comparer ce qui a été écrit de divers côtés, à bien faire enfin; et si vous voulez des modèles du genre, adressez-vous aux docteurs Beaugrand et Chéreau du *Dictionnaire encyclopédique de médecine*. L'autre façon est assez difficile à définir, mais venez avec moi. Nous voici dans un bureau où se confectionne une des *biographies complètes* les plus célèbres de ce temps-ci. Les auteurs, jeunes gens intelligents et instruits, sont payés *un sou* la ligne. Toute la question dès lors consiste à faire un nombre suffisant de lignes, ni trop, ni trop peu. Trop peu, on ne gagnerait pas sa vie; trop, l'éditeur se fâcherait. On cause, on rit, on chante en écrivant; on se croirait dans une étude au milieu d'une fournée de clercs d'huissiers. De temps en temps, un de ces jeunes gens demande le silence; on parle et on chante plus fort. — Je vous en prie ! s'écrie le malheureux. On n'écoute rien. — Mais laissez-moi au moins relire mon article avant de l'envoyer à l'imprimerie. — Ah! ah! elle est bien bonne ; relire son article ! Voyez-vous monsieur qui relit des arti-

blement augmenté; fluctuation manifeste sans altération de la peau. Premier abcès ouvert avec le bistouri.

Un second abcès fut ouvert dans le courant de septembre, au niveau du scaphoïde; le stylet pénétra dans des os cariés. L'état général s'affaiblissait; les symptômes de l'hectisie (amaigrissement, sueurs nocturnes, accès fébriles, etc.) se prononçaient de plus en plus.

F.. fut alors envoyé à la clinique chirurgicale. M. le professeur Legouest annonça une arthrite avec carie étendue et déjà très-avancée des os du tarse. Un vésicatoire n'ayant produit aucun effet, et l'état général ne présentant pas de contre-médication, l'amputation fut proposée au malade, qui l'accepta.

Quoique l'affection osseuse parut localisée dans les os de la seconde rangée du tarse, le scaphoïde en particulier, M. le professeur Legouest, craignant que les os de la première rangée ne fussent également atteints par la carie, opta pour la désarticulation totale du pied.

L'opportunité de l'amputation sus-malléolaire fut un instant discutée en réfléchissant à la fréquence bien connue des altérations de l'extrémité inférieure des os de la jambe dans les caries du tarse; cependant, l'intégrité manifeste de l'articulation tibio-tarsienne fit décider la désarticulation du pied, au moins comme opération primitive.

Le 1er octobre 1869, l'amputation tibio-tarsienne fut pratiquée par le procédé à lambeau talonnier de Syme. Dans son excellent mémoire sur les amputations partielles du pied (*Recueil de mémoires de médecine et de chirurgie militaires*, 1856), M. le professeur Legouest a longuement exposé les raisons qui lui font préférer ce procédé au procédé à lambeau dorsal de Baudens, et à la méthode à lambeau plantaire interne de Jules Roux. Nous avons aussi défendu cette opinion dans le mémoire que nous avons présenté à la Société de chirurgie de Paris, mémoire qu'elle nous a fait l'honneur de couronner. (Prix Ed. Laborie 1869.)

L'observation démontra la justesse des craintes de M. le professeur Legouest. L'astragale altéré céda sous la traction des ligaments, et cela seul prouve que la désarticulation médio-tarsienne a été inévitablement suivie d'une récidive de l'affection osseuse.

La désarticulation, faite pendant l'anesthésie chloroformique, présenta quelques difficultés par l'impossibilité de donner au pied les directions propres à faciliter la dissection du calcanéum. Il fallut employer un fort davier pour imprimer à cet os les mouvements nécessaires; il se laissait écraser sous la pression des mors de l'instrument.

En avant, les chairs furent coupées au niveau de l'article. Avec M. le professeur Legouest, nous croyons qu'un lambeau antérieur n'est aucunement indispensable pour bien recouvrir la partie inférieure et antérieure du tibia et présente pour l'avenir un réel désavantage. Après la désarticulation du pied, l'opéré doit marcher directement sur son moignon. La cicatrice, pour être à l'abri de toute pression doit, dans le procédé de Syme, se trouver placée en haut et en avant, autant que possible. Le lambeau antérieur, si petit qu'on le suppose, aura pour résultat de reporter la cicatrice en arrière, sous la base de sustentation; il est donc plus nuisible qu'avantageux.

Les tendons antérieurs et latéraux furent coupés au niveau de la peau, dans le but d'éviter les fusées purulentes. A l'intérieur de leurs gaînes synoviales, une tenaille incisive permit de réséquer avec facilité les malléoles, dont le tissu, un peu friable, ne présenta pas d'altération manifeste.

Le cartilage articulaire du tibia fut respecté. On expose ainsi le malade à une guérison plus tardive, peut-être, par la nécessité de l'exfoliation ou de la résorption du cartilage; mais en ouvrant le tissu spongieux dans une étendue beaucoup moindre, on le met en partie à l'abri des phlébites et de l'infection purulente, suite fréquente et trop souvent mortelle des inflammations suppurées des os.

Plusieurs ligatures furent nécessaires. En rasant avec soin le calcanéum, il devint possible de conserver, avec le tendon d'Achille, la toile fibreuse qui le réunit à l'aponévrose plantaire.

Le lambeau, ramené en avant, fut maintenu en dedans par des points de suture. En dehors, une mèche volumineuse fut introduite et poussée jusque sur le tibia. Pas d'incision préventive du cul-de-sac talonnier; malade couché, la jambe reposant sur la face externe, pour faciliter l'écoulement du pus.

Autopsie du pied. L'examen montra tous les os de la seconde rangée du tarse atteints par la carie et en partie détruits. Les surfaces articulaires antérieures de l'astragale et du calcanéum étaient érodées, et ces os ramollis et graisseux. La désarticulation totale du pied était donc parfaitement justifiée par l'étendue des altérations pathologiques.

Nous ne voulons pas transcrire ici, jour par jour, l'histoire de notre opéré, nous en signalerons simplement les principaux incidents.

La suppuration abondante ne s'écoula pas toujours avec facilité. En octobre, deux abcès se formèrent dans les gaînes musculaires de la jambe, à 5 ou 6 centimètres au-dessus des malléoles; l'un en dehors, dans la gaîne des péroniers latéraux; l'autre en avant, dans la gaîne de l'extenseur commun des orteils. Ouverts de suite, ils se cicatrisèrent rapidement.

Un mois environ après l'opération, la stagnation du pus dans le cul-de-sac talonnier du lambeau nécessita une contre-ouverture qui se ferma d'elle-même après quelques jours.

Le pansement consistait à maintenir le lambeau en avant par de longues bandelettes de sparadrap et à injecter dans les foyers purulents du vin aromatique, puis de la liqueur de Villate.

Au troisième mois, amélioration marquée dans l'état général. Il n'existait plus que 2 ou 3 fistules en avant et en dehors du moignon. Cependant le lambeau présentait une grande tendance à glisser en arrière. Des bandelettes de diachylon, méthodiquement appliquées, prévinrent ce renversement. Les injections de liqueur de Villate furent continuées, et en février la guérison parut complète. L'amputation datait de quatre mois.

Le malade fut autorisé à marcher avec des béquilles, sans s'appuyer sur son moignon. L'atrophie du membre était considérable.

Après quelques jours d'exercice sur l'extrémité inférieure des deux membres pelviens, se montrèrent de petites taches cutanées hémorrhagiques très-nombreuses, comme un purpura confluent, sans autre phénomène scorbutique. Nous n'avons pu attribuer la production de ces pétéchies, à peu près disparues aujourd'hui, qu'à la difficulté de la circulation dans des parties depuis longtemps condamnées à un repos absolu.

En mars (6e mois), gonflement limité à l'extrémité du tendon d'Achille; abcès, fistule peu profonde qui se ferme après quelques injections.

État de l'opéré au 7e mois. Santé satisfaisante, appétit bon; accroissement évident des forces et de l'embonpoint. Cependant, une induration localisée, développée depuis un mois environ dans la tête de l'épididyme droit, sans inflammation, sans cause locale appréciable, probablement de nature tuberculeuse, nous inspire des craintes pour l'avenir.

L'atrophie du membre opéré, déjà moindre, est visible par les mensurations qui suivent :

Circonférence du point le plus développé du mollet :

Jambe saine........................	31	centimètres.
— opérée........................	18	—

Circonférence au tiers inférieur :

Jambe saine........................	20	centimètres.
— opérée........................	18	—

Circonférence à la base des malléoles :

Jambe saine........................	28	centimètres.
— opérée........................	23	—

Aucun gonflement à la partie inférieure de la jambe amputée; au contraire, une atrophie des parties molles et des os facile à nettement délimiter en avant. En arrière, un sillon cutané, transversal, profond d'un centimètre, marque l'extrémité inférieure du tendon d'Achille.

Ce sillon, au niveau de la base des malléoles, dénote la rétraction du tendon, qui explique la grande tendance du lambeau à se porter en arrière.

Le coussinet œdipeux qui forme le moignon et matelasse la face inférieure du tibia présente 5 centimètres dans sa plus grande épaisseur.

Le raccourcissement du membre ne dépasse pas 6 centimètres. A ce point de vue, le résultat obtenu ne laisse rien à désirer, et nous doutons qu'aucun procédé d'amputation sus-malléolaire puisse donner un coussinet charnu aussi épais.

Le moignon est insensible aux plus fortes pressions faites de bas en haut; le malade s'appuie dessus sans douleur; mais en raison d'un léger gonflement qui se produit chaque soir, les essais de marche directes ont été jusqu'ici interdits.

Reste la question de prothèse. Un des défenseurs de l'amputation totale du pied, M. le professeur Jules Roux, de Toulon, a établi, comme conclusion très-importante pour le succès définitif, de ne faire marcher les opérés sur leur moignon que progressivement et longtemps après la guérison.

Notre opéré, désirant sortir de l'hôpital, M. le professeur agrégé Servier, actuellement chargé du service, n'a pas cru prudent de le faire marcher de suite avec une simple bottine. La jambe artificielle de M. de Beaufort pour l'amputation sus-malléolaire légèrement modifiée en raison de la longueur du membre, doit lui être fabriquée par M. Weber. Prenant ses points d'appui sur la cuisse et la masse charnue du mollet, cet appareil prothétique permettra à notre amputé d'attendre, pour se servir d'une bottine, que son moignon puisse sans danger supporter tout le poids du corps.

Ne le perdant pas de vue, nous espérons, dans quelques années, terminer cette observation en faisant connaître et l'état du membre amputé et son utilité fonctionnelle. Seule, en effet, la connaissance de ces résultats éloignés nous permet d'apprécier la valeur réelle d'une opération.

OBSERVATION D'UN CAS DE PEMPHIGUS AIGU

SUCCÉDANT A UNE ANCIENNE GASTRALGIE

Par le docteur A. CHATAGNON, de Saint-Vrain (Seine-et-Oise.)

Madame N..., concierge, âgée de 71 ans, souffre, depuis deux ans, d'une gastralgie dont on peut faire remonter, d'après ce qu'elle raconte, les premières attaques en 1866. Mais depuis deux ans, ces attaques sont devenues et plus fréquentes et plus longues.

Le 13 septembre 1869, cette dame, en proie à une très-grande souffrance, me fait appeler. J'arrive assez tôt pour constater un accès de gastralgie (douleurs épigastriques soulagées par la pression, sueurs froides, syncope imminente). Après l'application succesive de plusieurs sinapismes *loco dolenti* et l'administration d'une potion éthérée, la douleur se calme. J'institue alors le traitement rationnel : antinévralgiques et opiacés à l'intérieur, fomentations narcotiques à l'extérieur.

Le 21, l'accès survint pendant la nuit.

Dans les mois d'octobre et de novembre, il y a une véritable recrudescence dans le nombre des accès.

Enfin, dans le mois de décembre, les accès se rapprochent de plus en plus (2 ou 3 par semaine). Il faut dire, du reste, que la malade ne prend pas exactement les médicaments ordonnés, ce qui ne me surprend que médiocrement, car la plupart des malades sujets à des affections chroniques se fatiguent vite, hélas! et laissent faire des progrès incessants à la maladie, soit en exécutant d'une manière très-irrégulière les ordonnances du médecin, soit en ne les exécutant pas du tout!

Quoi qu'il en soit, le 25 décembre, je veux employer et je propose un vésicatoire morphiné, lequel est repoussé.

Le lundi 28, je vais voir la malade, qui se plaint de démangeaisons sur quelques parties du corps, demangeaisons qui auraient paru la veille. Pouls fébrile; langue saburrale. Le bras droit, la jambe droite, le ventre présentent des taches d'un rouge assez foncé rappelant assez bien les plaques érysipélateuses.

Prescription : Eau de Sedlitz, limonade tartrique; frictions avec huile d'amandes douces sur les parties malades, que l'on soupoudrera avec de la poudre d'amidon.

Le jeudi 3 janvier, le tronc, les membres supérieur et inférieur gauches sont, eux aussi, parsemés de taches, tandis que l'épiderme des parties primitivement atteintes est soulevée. L'on y remarque de véritables bulles dont les unes ont de 4 à 5 centimètres de diamètre et sont remplies de sérosité qui s'accumule dans les parties déclives et par son poids les fait crever.

La peau, au-dessous, est rouge et violacée.

Je recommande de ne pas toucher à ces lambeaux d'épiderme. La

---

cles à *un sou* la ligne! Monsieur est peut-être à la recherche d'un fauteuil à l'Académie des sciences morales et politiques? Monsieur ouvre demain son cours au collége de France? On t'en donnera du silence, vil intrigant! *Allons, enfants de la patrie!...*

Et l'article part pour l'imprimerie, et le monde étonné apprend, quelques jours après, que le célèbre X... est né plusieurs années après sa mort; que l'illustre ...ky était un ministre de l'empereur Auguste; on prête à Paul tel acte de Pierre, et réciproquement, etc. D'autres fois, on a copié textuellement un article dont on oublie d'indiquer la source, et on signe gravement de son nom. Car, il faut bien le savoir, pour la plupart des articles biographiques, les auteurs se copient avec un ensemble et un entrain tout à fait remarquables, et, pour rester dans notre spécialité, soyez sûrs que si Eloy a fait une faute, tous les auteurs qui écrivent après lui feront la même faute et la prendront religieusement à leur compte.

Et cependant si l'on voulait seulement se donner la peine de relever toutes les erreurs renfermées dans ces vastes nécropoles qu'on appelle des *biographies générales*, d'en signaler toutes les omissions, on réunirait la matière de plusieurs volumes, sans compter que l'on rendrait un signalé service aux écrivains futurs. M. Jal a entrepris ce travail, qui dépasse les forces d'un seul homme, et il a publié un volume très-intéressant sous le titre de DICTIONNAIRE CRITIQUE DE BIOGRAPHIE ET D'HISTOIRE, *errata et supplément pour tous les dictionnaires historiques*. Quelqu'un devrait entreprendre la même œuvre critique relativement aux *biographies médicales*, mais que penserait alors mon disgracieux correspondant si la *Gazette* avait la malencontreuse pensée de publier un pareil travail? Et pourtant, j'avais quelque peu caressé cette idée; je n'ai pas besoin de dire que j'y renonce désormais.

J'ai déjà dit un mot de l'*Histoire de l'anatomie de Portal*, véritable œuvre de bénédictin, un peu trop admirée sur parole, mais telle cependant qu'on se demande comment un seul homme a pu l'entreprendre et la mener à fin. Mais Portal n'avait-il aucun collaborateur? Toujours est-il qu'on y rencontre pas mal d'erreurs biographiques, bibliographiques et critiques. Goulin, qui était un savant érudit et qui n'aimait guère Portal; qui, en outre, n'était pas d'une grande douceur, et que les critiques d'aujourd'hui n'imitent guère, Goulin eut un jour l'envie de signaler les erreurs commises par Portal; il ne prit qu'un seul nom, celui de TALIACOT, et il y trouva matière à un volumineux mémoire.

Ce mémoire, sous forme de LETTRE A M. FRÉRON, commence par un jugement des plus sévères sur l'œuvre de Portal. « Votre critique, dit Goulin, souvent sévère, a été extrêmement indulgente à l'égard de cet ouvrage. Vous semblez même en faire un grand cas...; mais vous ignorez qu'il est rempli d'erreurs de toute espèce, de fautes grossières, de faits faux, de noms ou supposés ou défigurés, d'extraits mal digérés, de jugements hasardés, et portés sur le titre seul du livre, de critiques mal fondées... » Il établit ensuite que Portal ne sait pas le latin, et il ajoute : « N'allez pas croire, monsieur, qu'en censurant ou attaquant cet ouvrage, j'y sois porté par l'amour-propre outragé, et que je savoure le plaisir cruel de me venger d'un adversaire ou d'un antagoniste. Je déclare que je n'ai jamais eu, ni directement, ni indirectement, aucun sujet de plainte contre l'auteur de l'*Histoire de l'anatomie.* » C'est fort heureux pour Portal, en vérité, et Goulin avait raison de prendre cette précaution oratoire, car pendant plus de quarante pages il relève vertement les erreurs, les omissions, les bévues de l'auteur à l'endroit de Taliacot, et il termine son article par la phrase suivante : « Vous êtes actuellement en état de prononcer si l'article de Taliacot est exact. En analysant ainsi tous les autres, il ne s'en trouverait peut-être pas un qui pût échapper aux yeux de la critique. On peut donc dire hardiment, et sans crainte de se tromper, que l'histoire de l'anatomie et de la chirurgie est encore à faire. » Puis vient, comme nouveau spécimen, un *post-scriptum* de 82 pages, où Goulin relève, au hasard, quelques-unes des erreurs que Portal a commises dans les cinq volumes; s'il voulait les relever toutes, « sa lettre aurait plus de 700 pages. »

A cette époque, le sixième volume de l'*Histoire de l'anatomie* n'avait pas encore paru; quand il le publia, l'auteur le fit précéder de la note suivante : « La plupart des journalistes ont parlé avec éloge de l'*Histoire de l'anatomie et de la chirurgie*, et notamment MM. Roux et Fréron; c'est contre ce dernier que M. Goulin a écrit : *Lettre à M. Fréron, des académies d'Angers*, 1771, in-8° ». Portal, on le voit, était de facile composition, car Goulin, *qui n'avait aucun sujet de plainte contre l'auteur* (Qu'eût-ce été, je vous le demande, s'il avait eu le moindre sujet de plainte!), s'était montré bien sévère. L'humeur accommodante de Portal nous explique comment il a pu vivre 90 ans (1742-1832).

Selon nous, Goulin avait eu raison; mais le lecteur comprendra cependant qu'on ne peut pas entreprendre un semblable travail à propos de chaque biographie; il n'est pas un auteur qui eut assez de jours à vivre pour aller à la fin de la lettre A. Aussi, pour les anciens personnages est-on bien forcé à s'en rapporter à ce qui se trouve partout écrit, sauf, et cela se voit trop souvent, à rééditer, sous sa propre responsabilité, des erreurs autrefois commises. Mais pour les personnages récemment morts, c'est bien différent; les renseignements abondent, les vérifications sont encore faciles, et le devoir strict du biographe est de n'avancer aucun fait qui ne soit parfaitement exact et démontré; il peut faire quelques omissions, il ne doit jamais commettre une erreur... même sur un nom de baptême.

malade a une grande altération. — Il y a un peu de dysurie. — Les urines sont rouges, briquetées.

Traitement *ut suprà*, moins les frictions; tisane de chiendent nitré.

4 janvier. Les urines sont plus claires; appétit satisfaisant; pouls normal. La face est très-rouge. La desquamation commence; elle suit l'ordre de l'éruption.

Depuis le 26 octobre, il n'y a pas eu d'attaque de gastralgie. Le malade digère bien les aliments. Le traitement de la gastralgie a été suspendu.

5 janvier. Des taches rouges se remarquent sur la face; mais l'épiderme ne semble pas vouloir se soulever. La desquamation sur les membres se fait par larges plaques, surtout aux pieds et aux mains.

Les jours suivants, la face est le siége d'une véritable exfoliation épidermique; elle est fendillée dans tous les sens et présente un aspect assez bizarre; car les plaques d'épiderme sont bordées de liserés blancs qui, de loin, donnent à la face une teinte grisâtre uniforme. Pas de sérosité.

Le 25, la desquamation est presque terminée, sauf à la face. L'épiderme des deux talons s'est détachée d'une seule pièce. La malade a repris ses occupations.

Cette observation est remarquable à plusieurs points de vue : 1° comme pemphigus généralisé et n'ayant respecté aucune partie du tégument externe; 2° comme desquamation par larges plaques épaisses (talons, paumes des mains, plantes des pieds); 3° surtout comme pemphigus succédant à une gastralgie.

J'ai donc, je crois, été en présence d'un cas de pemphigus gastrique, comme dans l'observation de Gilibert, et comme Stork et Margagni en ont rapporté de nombreux exemples.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 25 mai 1870. — Présidence de M. Alph. Guérin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine : *Le Sud médical.*

— *Wiesbade, ses eaux thermales salines, au point de vue médical*, par le docteur H. Roth, traduit de l'Allemand, par J. P. Magnin.

— *Calculs mixtes du périnée et des voies naturelles de l'urine*, par le docteur Bourdillat, brochure de 14 pages.

— *Traité pratique des maladies de l'oreille*, par A. de Treltsch, professeur à Wurzbourg, traduit de l'Allemand, par les docteurs A Kuhn et D. M. Lévy.

— M. le doyen de la Faculté de Strasbourg, adresse à la Société les 120 thèses soutenues devant cette Faculté en 1869.

— MM. les docteurs Just, Lucas-Championnière et A. Pomier, adressent chacun deux exemplaires de leurs thèses inaugurales pour le prix Duval. Ces thèses ont pour titre : 1° *Lymphatiques utérins et lymphangite utérine*; 2° *Étude sur l'iridectomie.*

COMMUNICATION

M. GIRAUD-TEULON communique à la Société le résultat d'un travail qu'il a entrepris, en vue de démontrer l'exactitude de la loi de Donders, sur les mouvements physiologiques des yeux. Bien que la nature mathématique du sujet ait engagé M. Giraud-Teulon d'en faire part à l'Académie des sciences, il ne croit pas abuser des instants de la Société de chirurgie, en lui communiquant les résultats auxquels il est arrivé, et qui intéressent aussi bien la physiologie que la pathologie oculaires.

On sait que jusqu'au jour où, observant les inclinaisons éprouvées par les images persistantes sur la rétine, lors des mouvements directs et obliques du regard associé, Donders eut fondé la mécanique des mouvements oculaires, la plus grande obscurité enveloppait ce mécanisme. Si l'on en excepte les mouvements directs dans le plan horizontal et produits naturellement par l'action si simple des muscles droits externe et interne, on peut dire qu'on ne savait rien de tous les autres et qu'on était même dans l'impossibilité de dire si lors du transport de la pupille en haut ou en bas, le globe obéissait à une rotation autour d'un axe fixe, ou bien éprouvait dans ce mouvement, une torsion, une inclinaison quelconques. Toute obscurité cessa, au contraire, et la science fut en possession d'une théorie aussi féconde qu'élégante, lorsque Donders eut établi en 1847 les principes suivants :

« I. Lors du mouvement des deux yeux dans le parallélisme, le regard porté vers l'horizon, et s'exécutant dans les plans cardinaux horizontal ou vertical, les méridiens primaires des yeux (eux qui lors du regard direct à l'horizon sont déterminés par ces deux plans horizontal et vertical médian), ces méridiens primaires, disons-nous, conservent pendant tout le mouvement leur horizontalité ou leur verticalité.

« II. Dans les mouvements diagonaux ou obliques, ces deux méridiens demeurant dans les deux yeux toujours respectivement parallèles, s'inclinent au contraire sur la verticale ou l'horizontale, d'un certain angle qui ne dépend que du degré d'obliquité et de hauteur de la direction du regard.

« Le sens de cette inclinaison est tel que l'extrémité du méridien vertical primaire la plus voisine de la direction du point de mire se porte du côté de ce même point de mire. »

Un ouvrage récent dont le titre seul exerce la plus légitime autorité, l'*Optique physiologique* de notre illustre collègue M. Helmholtz, tout en paraissant accepter ces lois, menace de leur porter un coup décisif et mortel.

En parfait accord apparent avec l'éminent physiologiste d'Utrecht, l'illustre professeur de Heidelberg tire des mêmes expériences une conclusion absolument opposée à celles formulées par le premier observateur. Pour lui, l'inclinaison observée dans les méridiens primaires lors des mouvements obliques ou diagonaux, aurait lieu pour le méridien vertical ou sagistal dans le sens indiqué par M. Donders. Mais le méridien primaire horizontal éprouverait dans le même temps une inclinaison contraire. De telle sorte que lors d'une même direction oblique du regard, l'angle dièdre des deux méridiens primaires, angle que l'on devait supposer constant et droit, et qui reste tel dans les lois de Donders, deviendrait obtus d'un côté du plan vertical, aigu de l'autre côté.

La théorie si féconde d'Utrecht ne pouvait plus subsister en présence de la *restriction* qu'y apportait M. Helmholtz. Suivant, en effet, que l'on interprétait les expériences (exactes, du reste), en s'attachant au méridien vertical, ou au contraire, au méridien horizontal, on était forcément conduit à des résultats diamétralement opposés. Où l'École d'Utrecht voyait le globe tourner à droite, celle de Heidelberg le voyait tourner à gauche; où l'une disait blanc, l'autre énonçait noir. Voilà, ce nous semble, les facteurs indiscutables d'une contradiction des mieux réussies.

Cette contradiction ne pouvait en somme échapper à ses auteurs; aussi M. Helmholtz exposait-il en parallèle un nouveau principe posé par Listing, principe auquel il se rattachait, et au moyen duquel l'école entière pouvait passer entre le méridien vertical et le méridien horizontal.

« Puisque, disait Listing, lors du regard oblique, les méridiens primaires s'inclinent en sens contraire l'un de l'autre, c'est qu'il existe une certaine direction intermédiaire, pour laquelle les méridiens correspondants ne s'inclinent point; et cette direction intermédiaire, c'est celle même que suit le regard. »

M. Helmholtz, acceptant la suggestion de ce physiologiste, concluait alors avec lui que, « dans les directions obliques, la rotation de l'œil s'exerce autour d'un axe fixe, dont la direction est perpendiculaire à la ligne du regard dans ses deux positions initiale et terminale. »

Ce principe a reçu le nom de *loi de rotation de Listing.*

Et nous ajouterons que les expériences instituées par MM. Helmoltz et Listing *semblent* la justifier. Les images rétiniennes persistantes *paraissent* en effet demeurer sans inclinaison sensible dans les méridiens intermédiaires définis par Listing.

Ainsi donc, qu'on s'arrête à l'interprétation première de M. Helmholtz et donnée par lui sur les indications fournies par le méridien horizontal; que l'on adopte la propos tion de Listing, l'une et l'autre des conclusions est en flagrant conflit avec la loi de Donders.

Il importait autant à la physiologie qu'à la pathologie qu'un tel dissentiment, dissimulé sous un accord décevant, reçût sa solution. Si nous ne nous trompons, ce conflit prend uniquement sa source dans un certain vice fondamental des expériences instituées. Toutes ces images accidentelles ou persistantes dont l'observation a dicté ces lois contraires, ont été étudiées par projection sur une tenture verticale posée en face de ces expérimentateurs.

Or ces projections ne sont des projections géométriques que pour la position initiale de l'expérience. Dans les mouvements obliques du regard, la tête de l'observateur demeurant fixe et parallèle au plan de la tenture, lesdites projections deviennent de simples intersections planes obliques; et si, dans ces coupes faites par un plan vertical (celui de la tenture), les traces verticales conservent naturellement leur signification, il n'en est plus de même des traces horizontales ou inclinées.

Pour obtenir des relations exactes, une fidèle reproduction des modifications angulaires dont étaient susceptibles les inclinaisons absolues ou relatives des méridiens primaires, il eut fallu employer un système de *projections constamment orthogonales.*

Or, les mêmes expériences répétées par nous, dans ce système, sur une tenture demeurant perpendiculaire à la direction du regard, tant dans la position terminale que dans la direction initiale, démontrent immédiatement et invariablement que les inclinaisons de *tous les méridiens* ont lieu, pour chaque mouvement, *sous un même angle et dans le même sens*, pour tous ces méridiens, et dans la direction annoncée par Donders pour le primaire vertical. La contradiction observée entre les rotations des méridiens vertical et horizontal, par MM. Helmholtz et Listing, et attribué par eux aux torsions mêmes de l'œil, était uniquement due aux fausses indications apportées par le système des projections obliques.

Ce n'a pas été sans une grande satisfaction d'esprit que nous avons vu de cette discussion et des expériences sortir intacte la belle et précieuse loi de Donders, et c'est le désir de vous faire partager ce sentiment, qui m'a porté à vous arrêter quelques instants sur des sujets spéciaux un peu en dehors de vos préoccupations ordinaires.

Cas de version spontanée. — M. BLOT. Il s'agit d'une jeune femme enceinte pour la seconde fois. Appelé auprès d'elle, M. Blot trouve le col complétement dilaté, bien que le travail ne datait que de quelques heures seulement. Une forte poche d'eau remplissait l'excavation pelvienne.

Le palper abdominal permit de sentir la tête dans la fosse iliaque gauche, avec le dos en avant (position céphalo-iliaque gauche, épaule gauche). Dans la pensée de M. Blot, une version allait être nécessaire, aussi prit-il grand soin de ne pas toucher à la poche, jusqu'au moment où il devait agir.

Revenant auprès de la femme une heure après, accompagné de M. Tarnier, ils ont pu constater nettement que le fœtus avait changé de position, et que la tête, quoique très-élevée, s'était dirigée en bas.

Le fœtus, maintenu dans cette position favorable, par M. Tarnier, M. Blot perça la poche des eaux et vit s'écouler du liquide en abondance, mêlé avec du méconium.

La tête une fois bien engagée, on jugea à propos d'appliquer le forceps, d'autant plus qu'il s'agissait d'une position occipito-postérieure. Après avoir chloroformé la malade, l'on a extrait sans difficulté un enfant vivant.

M. Blot ajoute que c'est le premier cas de version spontanée très-nette qu'il lui a été donné de voir.

M. TARNIER, sans nier en rien les faits signalés par M. Blot, pense qu'ils sont susceptibles d'une interprétation différente. Pour qu'il y ait véritablement version spontanée il faut, qu'au préalable, la présentation de l'épaule au détroit supérieur se soit faite. Toutes les fois, au contraire, que le fœtus reste au-dessus du détroit, comme dans le cas de M. Blot, la présentation n'est pas encore déterminée, et le fœtus peut affecter toute espèce d'inclinaison, ainsi que cela s'observe assez souvent chez les femmes multipares.

En somme, M. Tarnier croit qu'il s'agissait ici d'une position indéterminée s'étant terminée par la présentation céphalique, ainsi que cela est la règle, d'après M. Dubois.

M. BLOT croit à l'interprétation qu'il a donnée. Tout ce qu'on pourrait objecter à la spontanéité de la version dans le cas dont il s'agit, c'est qu'on a bien aidé un peu en maintenant le fœtus dans la bonne position, jusqu'à ce que la tête s'engageât.

Comprenant ainsi mon devoir, c'est ainsi que j'ai voulu l'accomplir, et, chargé d'écrire la biographie de quelques médecins, morts dans ces derniers temps, je ne me suis pas contenté de recueillir toutes les pièces imprimées, les éloges, les oraisons funèbres; je me suis adressé à leurs familles, à leurs fils, à leurs neveux, à leurs gendres, et je les ai priés de me transmettre, soit des documents inédits, s'il en existait et s'ils désiraient qu'ils fussent publiés, soit des renseignements nouveaux et plus précis que ceux déjà parus; je priais en outre instamment de me communiquer la liste exacte des ouvrages et des titres du défunt.

C'est très-bien cela, dit le lecteur, et le pauvre biographe a dû être inondé de pièces intéressantes ou nulles, et il n'aura eu que l'embarras du choix. Le fait est que je pensais bien qu'il en serait ainsi, et j'avais déjà préparé une lettre de remercîments aussi convenable que bien sentie, et qu'aucun solliciteur n'aurait refusé de signer. Eh bien! sur dix demandes de cette nature, savez-vous combien de correspondants m'ont repondu? Un seul! A la vérité, il l'a fait avec tant d'obligeance et de bonté que je lui suis reconnaissant pour dix. Assurément, il m'est bien permis de le nommer : c'est notre distingué confrère, M. Le Fort, le gendre, l'ami et l'élève de Malgaigne. Qu'il reçoive ici tous mes remercîments pour les notes qu'il a bien voulu me fournir.

Eh bien, je dis, et nul ne me contredira à l'endroit de mes neuf autres correspondants, je dis que lorsqu'on a aussi peu de souci de la science et de ses droits, que lorsqu'on a aussi peu de respect pour la mémoire de ceux auxquels on tient de si près, on n'est pas digne de porter leur nom, ni même de faire partie de leur famille. Ce sont là des procédés que, pour ma part, je ne saurais trop blâmer, et je n'ai pas besoin pour cela d'être tourmenté par mes nerfs, il suffit que je sente vivement, et dans leur vraie mesure, les droits et les devoirs de l'histoire, dont il est fâcheux tout au moins que d'autres, les plus intéressés, aient aussi peu de souci. Que faire après cela? Recommencer une pareille expérience? Jamais. C'est assez, c'est trop de l'avoir tentée dans de pareilles conditions. Car ces biographies n'étaient pas destinées à quelque livre sans valeur et sans portée, elles étaient écrites pour l'ouvrage de médecine le plus important que notre génération ait vu naître. Or, pensez-vous que ce soit tout? Eh bien, non; écoutez encore, ceci devient presque bouffon.

Parmi les hommes dont j'étais chargé d'écrire la vie, il en est un, fort connu, qui a toujours négligé d'indiquer ses prénoms sur tous les ouvrages qu'il a publiés; à peine une initiale. Une biographie cependant a besoin d'indiquer les prénoms pour éviter des confusions inévitables. Que faire? Je ne pouvais pas entreprendre un voyage de cent lieues pour aller consulter à X... les registres de l'état civil. Il me parut plus simple et plus naturel de demander très-poliment ce prénom à la famille du défunt, c'est-à-dire à un docteur, son très-proche parent. Vous pensez peut-être que j'ai immédiatement obtenu une réponse et un nom propre; voilà où est votre erreur, et cela prouve que vous ne connaissez pas le docteur X... C'est pour cela que je n'ai pas pu faire cette biographie, qui, certain jour, m'a mis si fort en colère; cette biographie qui est la cause, lecteur, que je vous ai peut-être bien ennuyé, cette biographie enfin qui va me permettre de réclamer votre indulgence pour tous les biographes passés, présents et futurs, qui ne se trompent quelquefois que parce qu'il leur est impossible de faire autrement. D'où je conclus que Portal est peut-être excusable et Goulin assurément trop sévère; et que si l'abonné charmant de la *Gazette* cité plus haut veut absolument une biographie, il n'a qu'à l'écrire pour son propre usage. Je ne serais vraiment pas fâché de la voir et d'en dire mon avis.

Il me reste cependant un moyen pour obtenir les renseignements nécessaires, et je me propose de l'employer à la première occasion, avec l'aide d'un notaire de mes amis. Celui-ci annoncera aux héritiers du défunt une succession douteuse; pour éclaircir le fait, il a besoin de connaître très-exactement les nom, prénoms, lieu de naissance, date de la mort, titres et décorations, et, à la rigueur, la liste des ouvrages de l'auteur. La succession présumée sera assez importante pour tenter toutes les convoitises, et, dans les premiers temps, les renseignements abonderont. Un héritier peut bien refuser d'écrire une note, mais refuser une succession, jamais! Seulement, la mèche sera bientôt éventée, et je redeviendrai Gros-Jean, comme devant.

Il me restera une ressource extrême, devant laquelle je ne reculerai pas, soyez-en sûrs. Je mettrai au concours les renseignements biographiques et donnerai un magnifique prix à l'auteur le mieux informé. Ce prix consistera en un lot de livres que je choisirai parmi des ouvrages, hélas! plus estimables qu'estimés, tels que : la *Clinique chirurgicale*, de M. Maisonneuve; les *Éléments de pathologie chirurgicale*, par M. Nélaton; le *Traité des études médicales*, par M. Dubois (d'Amiens); le *Traité de l'endoscope*, par M. Désormeaux; le *Traité du pouls*, par M. P. Lorrain; les *Commentaires thérapeutiques du Codex médicamentarius*, par M. Ad. Gubler, etc., etc. (Il n'y a si mauvais ouvrage, a dit Pline, où on ne trouve quelque chose de bon.)

Si j'échoue encore, ce qui n'est guère probable devant la magnificence d'une récompense pareille, je ne ferai ni une ni deux j'irai me pendre ou je briserai ma plume. Dans les deux cas, cher lecteur, vous y gagnerez toujours, puisque vous serez débarrassé de ma prose pour aujourd'hui et à jamais. *Amen!*

Dr H. Montanier.

COMITÉ SECRET

La Société se réunit en comité secret, à quatre heures et demie, à l'effet d'entendre le rapport de la commission sur les titres des candidats à la place vacante de membre titulaire.

Les conclusions de la commission sont :

1° La présentation des candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne : MM. P. Horteloup et Lannelongue.

En deuxième ligne : M. Dubreuil.

2° L'insertion dans les Bulletins de l'observation de tétanos présentée par M. Dubreuil.

Voici cette observation.

Tétanos traumatique guéri par le chloral et les courants continus. — MM. DUBREUIL, LAVAUX et ONIMUS. Le 3 mars, j'ai été appelé par le docteur Lavaux pour voir un malade qui était atteint du tétanos.

Cet homme, âgé de 30 ans, avait été blessé, le 16 février, à la main gauche, par une scie circulaire qui lui avait ouvert l'articulation de la première avec la deuxième phalange du pouce, et avait aussi légèrement entamé le côté interne de l'index.

Pendant 10 jours, ce malade, qui était traité par un pharmacien, ne ressentit rien de particulier; mais le 26 février, à la suite de l'application sur la plaie d'une substance irritante, il fut pris de trismus et de douleurs le long de la colonne vertébrale.

Ces phénomènes augmentant, il consulta le docteur Lavaux, qui prescrivit l'application d'un cataplasme sur la plaie, et l'administration, à l'intérieur, de bromure de potassium et de l'extrait de belladone.

Quand je vis le malade, le pouls battait 120 pulsations par minute; le corps était inondé de sueur.

Les muscles élévateurs des mâchoires, et tous ceux des régions antérieures du cou, du thorax et de l'abdomen étaient contractés sans être cependant le siége de bien vives douleurs. Il n'y avait pas de secousses tétaniques.

La respiration se faisait par le diaphragme.

Le malade fut immédiatement soumis à l'usage de l'hydrate de chloral en potion à la dose de *six* grammes par jour.

Nous priâmes en outre le docteur Onimus de vouloir bien appliquer les courants continus, ce qu'il fit avec la pile au proto-sulfate de mercure, en ayant soin de n'employer que les courants descendants.

Tous les détails, jour par jour, de l'état du malade, ont été consignés dans l'observation que j'ai déposée, et que sa longueur ne me permet pas de lire ici.

L'administration du chloral fut suivie d'une diminution considérable du nombre des pulsations et d'une rémission dans la contracture. Le malade resta en outre dans un état de demi-somnolence. Quant aux courants continus, ils déterminaient, au moment de leur application, une détente complète qui persistait un certain temps après, puis la contraction se reproduisait.

Pendant l'électrisation, on voyait les côtes se mouvoir normalement, tandis que la contracture les maintenait d'ordinaire immobiles.

L'amélioration obtenue dès les premiers jours persista sans augmentation notable jusqu'au 12 mars; le 9, l'électricité avait été supprimée.

Le 12, le docteur Lavaux suspendit aussi l'administration du chloral. A onze heures du soir, passant devant la maison du malade, il entra le voir, et au moment même, survint une crise caractérisée par une contracture générale et un arrêt complet de la circulation et de la respiration. Le corps se couvrit d'une sueur froide.

Le docteur Lavaux, saisissant les électrodes de la machine qu'il avait heureusement sous la main, les appliqua sur la colonne vertébrale, en portant immédiatement le courant à son maximum d'intensité.

Sous cette influence, le cœur recommença à battre, une respiration stertoreuse souleva la poitrine du malade; les muscles s'étendirent.

La cure avait duré environ cinq minutes, et notre confrère affirme que pendant au moins une minute, il n'y a eu ni battement du cœur ni respiration.

La séance d'électrisation fut continuée pendant deux heures; le chloral fut immédiatement repris et porté à la dose de *huit* grammes dans les vingt-quatre heures.

L'amélioration persistait et augmentait lorsque, le 18 mars, par suite du manque de chloral à la pharmacie qui le fournissait d'habitude, le malade fut privé de ce médicament.

Le lendemain, la contracture reparaissait, se généralisait et envahissait les muscles des membres supérieurs et inférieurs; le pouls remontait à 110.

Nous administrâmes alors *seize* grammes de chloral en vingt-quatre heures; l'électricité fut continuée.

Le 20 mars, la contracture diminuait, et cette fois le mieux était définitif.

Le 2 avril, la plaie était cicatrisée, et le 13, le malade qui habite un passage voisin de la rue de Puebla à la Villette, allait à pied à Lariboisière faire constater sa guérison par le professeur Verneuil.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

M. Claude Bernard commencera son cours de physiologie générale au Muséum, amphithéâtre de géologie, le mercredi 15 juin, à deux heures un quart, et le continuera les vendredi mercredi et suivants, à la même heure.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois... 8 fr. 50 c. Six mois... 16 — Un an..... 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Qui donc a nié l'utilité de la *Conférence médicale?* Des hommes tels que MM. Bouley et Fauvel, affirment l'urgence de l'enquête qui s'y poursuit.

Après avoir signalé le danger de théories fausses qui se propageaient sur la variole et sur la vaccine, et qui avaient trouvé des échos dans les régions les plus élevées du public extra-médical, M. Bouley demande des chiffres. « Il faut, dit-il, écraser l'erreur sous les chiffres. »

M. Fauvel de son côté donne quelques chiffres, et il réclame pour les statistiques récentes la plus grande publicité.

N'est-ce pas approuver à la fois le but de notre Conférence et son programme?

Oui certainement il faut des chiffres; les chiffres seuls sont efficaces pour imposer une opinion, pour faire évanouir des préjugés, pour fermer la bouche à qui se complaît dans les théories.

Il faut des chiffres non par centaines, mais par milliers : et nous les aurons.

Il faut aussi que les auteurs de doctrines extravagantes n'aient pas le droit de se poser en victimes; qu'ils soient écoutés patiemment alors qu'ils apportent des faits, quand même ils donneraient à ces faits les interprétations les plus inadmissibles. Il est toujours temps de rétablir après leurs discours, les vraies règles qu'ils semblent avoir oubliées.

Ne soyons donc pas plus sévères que ne l'est l'Institut lui-même quand il s'agit de médecine.

Certes, l'Académie des sciences n'entend pas approuver tout ce qui a trouvé place dans ses comptes rendus.

Sans longues recherches, on peut reconnaître dans leurs travaux ces trois classes d'hommes dont M. Amédée Latour est effrayé pour l'avenir de la *Conférence médicale :* les bavards qui tiennent à parler pour ne rien dire, les excentriques et les faiseurs.

Pourtant l'Académie des sciences n'a pas le public à convaincre. C'est un corps savant qui n'a ouvert aucune enquête et, par conséquent, peut fermer ses portes à qui bon lui semble. S'il les tient béantes, c'est que les dangers sont moins grands que M. Latour ne le suppose.

Nous savons bien que M. Amédée Latour a toujours gardé dans son cœur un idéal. Quand il ne nous l'aurait pas dit, nous aurions pu le proclamer : son idéal, c'est le congrès de 1845.

Le congrès — médical puisqu'il était formé de médecins — s'occupait de droit. Son programme ne contenait aucune question de médecine et de science : il s'agissait uniquement de changer la législation.

La législation est restée la même, malgré les rapports lumineux des législateurs improvisés; mais on ne peut pas dire que le congrès ait été perdu pour tout le monde. Son éminent secrétaire général, M. Latour, peut se féliciter.

Il a été fondé un journal dont il est rédacteur en chef; on a posé les bases d'une association dont il est secrétaire général, et enfin, parmi les présidents de sections ou de commissions, les rapporteurs et autres rouages principaux de cette machine dont il était la cheville ouvrière, beaucoup dans les honneurs, ont gardé avec lui ce souvenir commun.

L'important avait donc été de bien choisir l'état major.

Il s'agissait d'organiser et d'embrigader le corps médical. On voulait faire « discuter et résoudre en quinze jours toutes les questions du plus vaste programme d'organisation médicale » que jamais peut-être assemblée législative ait pu comprendre en si peu de temps.

Si on n'avait pas supprimé toute discussion générale sur l'ensemble de chaque rapport, si on n'avait pas exigé qu'un amendement proposé par un membre fut appuyé pour qu'on l'examinât, si le bureau n'était pas sans cesse intervenu, jamais on n'aurait pu si vite formuler un projet de loi.

Mais les moyens varient avec le but.

Aucun de nous n'emportera de la *Conférence médicale* les souvenirs dans lesquels se complaît M. Latour.

Nous l'avouons sans peine, nous n'avons *rien réglementé*, nous n'avons *rien organisé*, et le bureau ne cherche pas à imposer ses volontés, ne se croyant pas un état-major.

Là est le mal, dit M. Latour; mais je réponds : là est le bien.

Qu'ont à faire ici les questions de vanité ou d'amour-propre? Il s'agit au plus haut degré de science et d'intérêt public. Rassemblons donc les éléments de ces grandes enquêtes qui, j'espère, laisseront des traces plus durables qu'un projet de loi abandonné.

L'Académie du reste est prise d'émulation; et la variole et la vaccine ont occupé la majeure partie de la séance.

Les six médecins de Montauban, dont le travail si intéressant était lu mercredi dernier au gymnase Paz, n'ont pas été les seuls à inoculer récemment le horse-pox sur des génisses; M. Bouley nous a montré des animaux inoculés de cette manière, et ce qui causera sans doute un sensible plaisir à M. Marchal (de Calvi), il a dit que le horse-pox comme maladie spontanée était infiniment plus commun que le cow-pox.

M. Jules Guérin, qui poursuit toujours le procès de la vaccination animale, vient d'en accroître le dossier.

M. Briquet a plaidé la cause de la vaccine en général.

Enfin, M. le président veut donner un tour de faveur à M. Gresser, qui s'est fait entendre six jours avant, rue des Martyrs, et qui veut répéter son discours.

Pour le coup, M. Blot proteste, et l'on protesterait à moins. Qu'est devenu l'ordre du jour? Il va rester vingt minutes à peine pour reprendre la discussion sur le vinage.

Ceux qui protégent le vinage et toutes les falsifications qui l'accompagnent n'ont donc jamais eu la dyspepsie? Ils ne savent pas ce qu'est un vin franc et naturel pour l'estomac de ceux qui souffrent? Ils n'ont pas éprouvé les angoisses poignantes que cause l'usage d'un vin fraudé, quelque agréable qu'il puisse être? Pour moi, j'en fais depuis huit jours la triste expérience. Depuis huit jours ma provision de vin naturel est épuisée, et j'ai voulu voir ce que valaient ces beaux produits de la science moderne que M. Bouley préconise avec tant d'esprit. Ah! une fois m'adressant aux marchands de vin, j'ai eu beau changer; c'était un autre goût, mais c'était toujours le même supplice.

Je suis sûr que c'est un des maux qui contribuent le plus à décimer la population parisienne. Beau professait que la dyspepsie intervient comme cause efficace dans les productions des maladies qui font le plus de ravages, et il avait raison. C'est en ranimant l'énergie des fonctions nutritives qu'on prépare l'économie à soutenir le grand combat : le *combat pour la vie* « *strugg le for life* », si je puis emprunter cette expression de Darwin dans un sens qu'il n'a pas prévu. Or chez les Français habitués au vin la nutrition se fait mal, s'ils n'ont pas de bons vins, dès qu'ils se trouvent débilités.

Et débilités, ils le sont dans les villes par mille causes : par défaut d'air pur (M. Tardieu aurait dit par défaut d'ozone), par excès de veilles et de travail, trop souvent par d'autres excès.

Si encore le vinage se pratiquait chez nous *à l'anglaise*, pour ainsi dire; si tout se bornait à rendre les vins plus alcooliques, je suis persuadé que nos estomacs s'y feraient. On se fait très-bien aux vins de Bordeaux, d'Espagne et du Portugal, que les Anglais ont arrangés pour leur usage. Il n'y entre pas autre chose que de l'alcool et de bons vins; aucun coupage, aucune addition d'acides ou de sels. En France, au contraire, tous les orateurs académiques l'ont reconnu, et plusieurs même s'en félicitaient, le vinage n'est pas la dernière opération que le vin subisse. Jamais à Paris le consommateur ne reçoit de vin alcoolisé sans que le titre en ait d'abord été réduit à la normale. Mais le vin qu'on étend ainsi, malgré l'alcool surajouté, serait sans valeur commerciale tant il serait plat, si on ne le *travaillait* pas d'une autre manière.

Ici je laisse la parole à des marchands de vin qui m'ont révélé leurs secrets. Rien ne développe mieux le bouquet, le parfum des vins que les acides quand on les emploie avec mesure et discrétion. C'est pour cela que les vins acides sont très-recherchés dans les coupages. On peut du reste s'en passer en faisant usage de vinaigre ou d'acide tartrique. Si, dans un mélange d'alcool, de gros vin du midi, de petit vin d'Alsace, et enfin d'eau, vous ajoutez un doigt de vinaigre, vous rendez ce tout beaucoup plus potable en apparence; et l'acide ne se sent pas le moins du monde, soit à l'odorat, soit au goût, si vous avez procédé avec art en observant les justes proportions.

J'ai goûté des vins fabriqués ainsi sous mes yeux, et je puis affirmer que ce n'était pas les plus mauvais qu'on m'ait fait boire.

Mais la question n'est pas de savoir si le palais trompé l'est agréablement. Donnez de pareils vins dans la convalescence, et vous ne songerez plus alors à les mettre à côté des vins naturels, sans acide, dont peut-être le goût ne serait pas plus flatté, et dont la richesse alcoolique serait égale.

En un mot, je crois que le vinage doit être proscrit, non pas comme auteur, mais comme instigateur et complice de méfaits nombreux.

Si l'on ne vinait pas les vins, on serait moins tenté de les dédoubler, on serait moins habitué à les *travailler*, on les respecterait davantage comme des produits inimitables de la nature.

Mais l'on objecte que si les vins naturellement bons gagnent à rester tels que le raisin les a donnés, il n'en est pas de même de ceux qui sont impotables dans la cuve. « Il faut les viner pour qu'on les boive. » Mais à quoi bon boire de tels vins? Laissez aux robustes paysans dont l'estomac est de fer leurs piquettes, leurs produits du crû, que l'on supporte quand on vit comme eux au grand air. A Paris il faut autre chose, et l'alcool pur étendu d'eau serait moins malsain que ces vins acidés, même lorsqu'ils ont été vinés. Il ne fallait pas qu'il fussent transportés; c'est nuire à la santé publique que de les rendre disponibles pour les coupages : maudits coupages qui me mettent à la torture et me font écrire *ab irato*.

Dr VICTOR REVILLOUT.

HOTEL-DIEU DE CLERMONT-FERRAND. — M. FLEURY.

Hernie entéro graisseuse

(Observation recueillie par M. STÉPHANE SALIS, interne du service.)

La nommée Anne C... se présente à l'Hôtel-Dieu de Clermont le 21 janvier de cette année.

Cette femme, âgée de quarante-cinq ans, jouit d'un certain embonpoint. Elle raconte que depuis un an elle porte au pli de l'aine du côté droit une tumeur du volume d'une noix. Cette grosseur, dit-elle, ne la gênait en rien dans les travaux souvent pénibles que réclament les soins de son ménage, et comme elle est complétement indolente, elle n'a jamais porté de bandage. La hernie sort fréquemment; mais elle rentre toujours avec beaucoup de facilité et sans gargouillement.

Dans la journée du 20, Anne C... revenait d'un enterrement, quand elle sentit tout à coup sa tumeur augmenter de volume, sans qu'aucun effort ne vînt en donner l'explication. En même temps surviennent des vomissements de matières verdâtres.

Le médecin de la localité, appelé en toute hâte, reconnut une hernie étranglée. Il essaie de pratiquer le taxis, mais ne peut parvenir à la faire rentrer. De nouveaux vomissements ont lieu dans la soirée. Des coliques très-vives se manifestent. Le lendemain 21, le même médecin fait encore des tentatives de taxis, qu'il prolonge pendant dix minutes sans aucun résultat. Il engage alors la malade à se diriger sur l'Hôtel-Dieu de Clermont, où elle arrive le soir du même jour.

A son entrée à l'hôpital, j'examine la tumeur située dans la partie interne du pli de l'aine du côté droit. Elle est grosse comme la moitié d'un œuf de poule environ, dure, indolente à la pression, sans changement de couleur à la peau. Son diamètre transversal peut être évalué à cinq centimètres, son diamètre vertical à trois. Le ventre est souple, sans aucun ballonnement, bien que des coliques se fassent sentir par intervalles. La malade vomit en ma présence des matières bilieuses. Aucune selle depuis l'accident. J'exerce sur la tumeur, pendant cinq minutes environ, une pression modérée qui n'aboutit à rien. Craignant de diminuer les chances favorables de l'opération, je ne persiste pas.

Deux pilules : extr. théb. 0,03 à une heure d'intervalle.

Le lendemain 22, à la visite, M. Fleury voit la malade et juge inutile de renouveler le taxis. L'opération est décidée et immédiatement pratiquée.

Jusqu'ici, rien de particulier. Une tumeur située dans le pli de l'aine, ayant augmenté, depuis deux jours, cet accroissement de volume accompagné de symptômes propres à l'étranglement, il n'y a rien là qui puisse intéresser le public médical, et nous n'aurions pas songé à publier cette observation, si l'opération n'était venue révéler au chirurgien une forme de hernie rare dans les annales de la science et dont les auteurs parlent à peine.

Le premier temps de l'opération ne présente rien qui soit digne d'être noté. L'incision cruciale mesure sept centimètres dans son diamètre transversal et cinq dans son diamètre vertical. Les feuillets qui entourent le sac, préalablement saisis et soulevés avec une pince, sont incisés avec un bistouri ou des ciseaux droits. Après la section des diverses couches, M. Fleury se trouve en présence d'un paquet graisseux qu'il prend d'abord pour du tissu cellulaire analogue à celui que l'on rencontre si fréquemment autour du sac.

L'embonpoint dont jouit l'opérée rend, du reste, cette hypothèse très-acceptable. Cependant, cette tumeur graisseuse est volumineuse. Elle bouche complétement l'ouverture du canal crural et masque complétement les organes au-dessous d'elle.

Grande fut la surprise de M. Fleury et des élèves présents à

l'opération, quand, au lieu du sac qui recouvre l'intestin, et que l'on s'attendait à voir apparaître, on découvrit en soulevant ce paquet graisseux l'intestin lui-même mis complétement à nu et parfaitement reconnaissable à sa couleur brune. Le sac avait donc été incisé sans qu'on s'en aperçût. En examinant ce produit adipeux, on voit qu'il est parfaitement libre à sa base, tandis qu'à son sommet il est attaché par un pédicule à la paroi interne de la cavité abdominale. C'est là évidemment une espèce de lipome qui, suspendue au-dessus et en dedans de l'anneau crural, s'engageait dans son ouverture, sans qu'on ait bien pu préciser quel était le point de son insertion.

L'opération se termine sans autre incident. Le débridement a été facile. La réduction s'est opérée sans efforts.

Tisane : limonade sucrée.

Trois pilules extr. théb. 0,03 d'heure en heure.

La faiblesse de la malade et l'espoir que l'intestin s'évacuera seul dans la journée font qu'on ne prescrit pas de lavement.

A quatre heures du soir, son état est satisfaisant. Elle souffre peu. Le pouls est fréquent, mais régulier. Aucune selle ne s'est encore produite.

Le lendemain 23, la plaie est dans de bonnes conditions. Toute trace de colique a disparu. Le pouls, toujours fréquent, l'est moins que la veille. La malade est encore faible, dans un état de prostration assez marqué, ce que M. Fleury attribue à la présence des matières fécales dans l'intestin, qui n'est pas encore débarrassé.

Prescription : lavement simple, et dans le cas où celui-ci n'agirait pas, lavement avec mercurial 60 grammes.

Le 24, légère amélioration. Les douleurs sont faibles. Comme les deux lavements pris la veille n'ont produit aucun effet, on prescrit deux demi-verres d'eau de Sedlitz.

Le 25, on constate un mieux sensible. L'intestin est totalement débarrassé des matières fécales. La malade se sent bien. Elle a un peu d'appétit.

Prescription : orge sucrée, alimentation légère dans la journée.

La guérison n'a été entravée par aucun accident. Les forces se sont rétablies avec l'appétit. La plaie n'a fourni qu'une suppuration peu abondante, et la malade a pu quitter l'hôpital le 9 février.

Notons dans cette observation que la tumeur graisseuse était située dans la cavité abdominale et recouverte en totalité par la membrane séreuse. Il est probable que c'était elle qui disparaissait dans les tentatives de taxis que faisait la malade. Sa réduction devait être d'autant plus facile qu'elle était recouverte par la séreuse péritonéale qui en facilitait le glissement. Les symptômes d'étranglement qui se sont manifestés dans ces derniers temps, n'ont été dus qu'à la présence d'une anse intestinale qui a suivi le paquet adipeux.

Est ce ainsi que se présentent les tumeurs désignées par les auteurs sous le nom de *hernies graisseuses ?* Dans tous les traités de pathologie où il est question de cette affection, on désigne sous ce nom de petits paquets de tissu adipeux faisant saillie sous la peau, après avoir traversé une ouverture de la ligne blanche. Ces tumeurs se montrent particulièrement autour de l'ombilic et dans la région sus-ombilicale, mais elles n'ont rien de commun avec les hernies, puisque le péritoine leur est tout à fait étranger et que leur pédicule repose sur la face externe de la membrane séreuse; aussi Bérard les désigne-t-il sous le nom de *tumeurs graisseuses extra péritonéales.*

On en trouve, dit M. Nélaton, quelques-unes qui contiennent dans leur cavité un prolongement séreux qui communique avec le péritoine; toutefois, ce n'est jamais à la face interne de la membrane séreuse que l'on voit la graisse, mais sur son feuillet externe.

Le volume de ces tumeurs est variable, depuis celui d'une noisette jusqu'à celui d'un œuf. Elles sont le plus souvent globuleuses.

Il arrive quelquefois qu'en se développant à l'intérieur, elles attirent le péritoine, qui forme un véritable sac, dans lequel s'engagent quelques-uns des organes contenus dans la cavité herniaire.

Ces tumeurs, souvent irréductibles, peuvent quelquefois disparaître par la pression. Elles se logent alors entre le péritoine et la paroi de l'abdomen. Il n'est pas impossible que leur coïncidence avec quelque affection abdominale ne donne lieu à des erreurs de diagnostic.

Leur pronostic n'a rien de sérieux; aussi se borne-t-on à faire de la chirurgie expectante. Leur ablation pourrait en effet exposer à une péritonite, en mettant à découvert la face externe de la membrane séreuse, ou en pénétrant dans sa cavité.

Quoiqu'elles existent en général sur le trajet de la ligne blanche et près de l'ombilic, Boyer prétend qu'on peut aussi les observer au niveau du canal inguinal, et qu'une tumeur graisseuse située sur le cordon des vaisseaux spermatiques a pu être prise pour une épiplocèle.

On ne peut souvent, dit-on, les reconnaître qu'après la mort et à l'ouverture du corps.

Si la hernie graisseuse considérée isolément n'offre aucun danger, elle peut entraîner après elle une anse intestinale qui, en s'étranglant, manifeste sa présence par des symptômes spéciaux; aussi l'opération devient-elle urgente, et il est bien rare que derrière un flocon adipeux, on ne trouve pas une portion d'intestin mise à nu, comme on l'observe quelquefois derrière un ganglion lymphatique ou une épiplocèle.

Si l'opération n'aboutit à rien lorsque la péritonite est indépendante d'une hernie graisseuse irréductible, il n'est pas moins prudent, dans le doute, de la pratiquer. Dans quelques cas exceptionnels, il sera inutile, mais dans le plus grand nombre, elle sauve la vie aux malades.

La hernie graisseuse est-elle toujours située en dehors du péritoine? L'observation que nous venons de citer prouve qu'elle peut être contenue dans la cavité abdominale, et que la membrane séreuse lui forme une enveloppe comme à tous les viscères splanchniques.

Au point de vue pratique, ce fait est d'autant plus important, qu'à l'aspect du tissu adipeux on pourrait rester convaincu que le sac n'a pas été ouvert, on s'exposerait alors en continuant l'opération à diviser l'intestin.

M. Fleury nous a cité une observation de sa pratique, où cette erreur aurait été commise. L'anse intestinale était, il est vrai, tellement altérée par l'inflammation, qu'il était impossible d'en reconnaître la structure. Le sac paraissait recouvert par deux paquets graisseux. Il fut incisé, mais un sifflement caractéristique lui apprit bientôt que c'était l'intestin lui-même qui était ouvert, et non pas son enveloppe.

Les tumeurs adipeuses étaient bien évidemment intra-péritonéales, et chose assez remarquable, l'obliquité de leur direction simulait une hernie inguinale.

Les conséquences de cette erreur de diagnostic ne pouvaient pas être bien fâcheuses, puisque l'état de l'intestin qui était infiltré de pus, en rendait la réduction impossible; la création d'un anus contre-nature devenait par cela même indispensable.

Le malade dont il est question était âgé de 72 ans et avait toujours joui d'une bonne santé.

Dans la journée du 22 janvier, il fut pris, après une violente quinte de toux, de coliques et de vomissements, que l'on cru dans le principe être la conséquence d'une affection de l'estomac, mais l'inspection de la région inguinale du côté gauche en fit bientôt reconnaître la véritable cause.

Il existe, en effet, dans cette partie une tumeur aplatie, ayant bien 4 à 5 centimètres de longueur, dont le plus grand diamètre est parallèle au pli de l'aine, sans changement de couleur à la peau, indolente à la pression, dirigée de haut en bas et de dehors en dedans, suivant par conséquent la direction du canal inguinal. Elle est dure à la pression, mobile sous la peau, mais adhérente aux tissus sous jacents.

Le malade prétend ne l'avoir jamais remarquée. Il est probable cependant qu'elle est ancienne, formée par l'épiploon, et qu'à la suite d'un effort provoqué par la toux, une anse intestinale s'est étranglée dans l'ouverture de l'anneau. C'est à dater de ce moment que se sont manifestés les accidents d'étranglement qui ont appelé l'attention des médecins qui lui ont donné des soins.

De la glace a été appliquée sur la tumeur, un bain a été prescrit, des purgatifs ont été administrés par le haut et par le bas, le mal n'a pas cédé, les accidents persistent les 22 et 23 janvier.

M. Fleury arrive auprès du malade le 24, 48 heures se sont écoulées; les conditions paraissent donc encore bonnes.

J'ai pratiqué, nous dit-il, immédiatement l'opération. Une incision assez étendue pour dépasser les deux extrémités du grand diamètre de la tumeur, a été faite dans la direction du canal inguinal. Le malade a de l'embonpoint; il a fallu diviser une couche assez épaisse de tissu graisseux. La hernie a été mise à découvert. Elle paraît molle, sa couleur est d'un blanc grisâtre. Elle est incisée couche par couche, et à la dernière division, il s'est écoulé un peu de sérosité rougeâtre, qui paraît contenue dans un sac. La section a mis à nu deux paquets adipeux, du volume d'une grosse olive, qui recouvrent une tumeur d'un rouge violacé, infiltrée d'un produit blanchâtre. On ne distingue ni la direction des vaisseaux, ni celle des fibres musculaires qui la composent. Une sonde cannelée, promenée à sa circonférence, ne se fraye aucune issue; c'est donc le sac que nous avons sous les yeux. Je l'incise en décolant, mais bientôt des gaz sortent par un petit pertuis; de la sérosité mêlée à un liquide blanchâtre s'échappe ensuite.

Est-ce un sac au fond duquel se trouve l'intestin perforé? Est-ce l'intestin lui-même? Nous allons bientôt le savoir. J'agrandis l'incision, et je glisse mon petit doigt dans l'ouverture. Il pénètre directement dans le ventre, sans suivre la direction du canal inguinal.

C'est donc une hernie crurale que nous avons sous les yeux et non une hernie inguinale, comme devait le faire supposer l'aspect extérieur de la tumeur. Le doigt en se retirant est suivi par des liquides, qui viennent évidemment de l'intestin. Celui-ci a donc été ouvert. Les deux tumeurs graisseuses étaient par conséquent contenues dans le sac, et s'étaient logées dans le pli de l'aine, où elles simulaient par leur direction une hernie inguinale.

Comme les parois de l'intestin étaient infiltrées de pus, sa réduction n'eût pas été possible; il n'y avait plus qu'une seule chose à faire; établir un anus contre-nature, après avoir débridé l'anneau crural. Un sonde en caoutchouc a ensuite été placée dans le bout supérieur de l'intestin, et immédiatement les matières qu'il contenait se sont écoulées.

A dater de ce moment, tous les accidents ont cessé. Le malade a pu boire du vin, du bouillon et du lait. Le cours des matières s'est rétabli. Au bout de 48 heures, la sonde a pu être retirée, mais l'écoulement incessant des liquides intestinaux a déterminé un affaiblissement auquel l'âge du malade ne lui a pas permis de résister. Il a donc fini par succomber à l'épuisement, sans avoir ressenti aucune des douleurs qui sont l'effet d'un arrêt des matières intestinales ou d'une péritonite.

Dans ces deux observations, la hernie graisseuse n'était pas extra-péritonéale, puisqu'elle n'a été mise à nu qu'après l'incision du sac herniaire. Le tissu adipeux ne l'enveloppait donc pas comme on l'observe ordinairement.

Quel était son point d'insertion? Se rattachait-elle à l'intestin dont elle était une appendice? Naissait-elle de la face interne de la membrane séreuse? C'est ce qu'il a été impossible de déterminer. Provenait-elle du tissu adipeux qui enveloppe le péritoine, et l'avait-elle perforé pour se loger dans sa cavité? C'est ce qu'il serait également difficile d'établir.

L'essentiel, au point de vue thérapeutique, c'est de démontrer que le sac peut être ouvert lorsque la production graisseuse est mi à nu, et qu'elle n'adhère pas toujours à sa face externe.

C'est un des points les plus difficiles du manuel opératoire et qui exige la plus grande circonspection.

Chez le premier malade, l'intestin se présentait avec tous ses caractères anatomiques; il ne pouvait pas exister le moindre doute; mais chez le second, l'altération provoquée par l'inflammation en avait tellement modifié l'aspect, qu'il a été confondu avec son enveloppe. L'erreur était alors d'autant plus facile à commettre que les tumeurs graisseuses étaient à nu, et que l'on pouvait croire, en se basant sur les descriptions des auteurs, qu'elles étaient contiguës à la face externe du sac, puisque c'est là où on les observe ordinairement.

Notons encore que c'est au niveau de l'anneau crural que le fait s'est produit, tandis qu'on le trouve le plus fréquemment sur le trajet de la ligne blanche et autour de l'ombilic.

Nous arrivons donc à cette conclusion, c'est que, si la hernie graisseuse est le plus souvent extérieure au péritoine, elle peut quelquefois être contenue dans sa cavité.

HÉMOPTYSIE DE NATURE INTERMITTENTE

Par M. le docteur FOURÈRE DE COURSON.

Il est du devoir de tout médecin de relater les faits rares de sa pratique, aussi allons-nous parler d'une forme d'hémoptysie peu commune.

Nous fûmes appelé le 1er janvier de cette année auprès d'un cultivateur, âgé d'environ 45 ans, qui depuis deux jours expectorait du sang en grande quantité. (Notons en passant que le malade, d'une très-bonne constitution, n'a jamais eu de fièvre intermittente, et que la présence de tubercules dans les poumons doit être tout à fait écartée comme cause d'hémoptysie). Nous pratiquons immédiatement une saignée d'environ *deux cents* grammes. A notre visite du lendemain matin, l'hémoptysie continue. Nous employons successivement la ligature des quatre extrémités, les préparations de perchlorure de fer, ratanhia, pilules au seigle ergoté et à la digitale. Inutilité complète de tous ces moyens.

Le malade est très-affaibli et surtout très-effrayé.

Néanmoins, depuis quatre à cinq jours que cela dure, nous remarquons avec le patient que c'est surtout le matin, vers six ou sept heures, que la quantité de sang expectorée est plus considérable.

Alors, aidé de nos souvenirs, nous nous rappelons un cas absolument semblable, observé dans les hôpitaux de Montpellier, et nous n'hésitons pas à poser le diagnostic : *hémoptysie de nature intermittente.*

En effet, le malade prend le soir *un* gramme de sulfate de quinine en quatre pilules, et l'hémoptysie diminue notablement. Cette dose est répétée trois fois, et l'hémoptysie cesse complétement pour ne plus revenir : *Curationes naturam morborum ostenduret.*

Dans le pays où nous exerçons, les fièvres intermittentes étaient très-communes il y a quelque dizaine d'années, mais depuis que la culture des céréales a fait place à celle de la vigne, que les marais sont assénis par leur transformation en riches prairies, le type classique de la fièvre intermittente à trois périodes devient l'exception. C'est ainsi que nous observons le plus souvent des névralgies du trifacial, sciatique, intercostale, lombo-abdominale, des diarrhées intermittentes, et enfin, pour que rien ne manque à ce tableau de fièvres larvées, l'hémoptysie intermittente.

Pourquoi ce déguisement de la fièvre paludéenne? Nous ne saurions le dire.

Quant à l'hémoptysie, on peut concevoir son mode de formation. Dans l'empoisonnement miasmatique, il se fait un mouvement fluxionnaire qui se porte, dans la majorité des cas, sur la rate ou le foie; si le courant est dirigé sur les poumons, une hémoptysie ou même une pneumonie intermittente peuvent en être la conséquence.

Cette observation prouve que, dans les pays où les *fièvres à accès* règnent endémiquement, le médecin doit toujours avoir à sa pensée l'idée de l'élément intermittent pour tant que la maladie qu'il aura à combattre s'éloigne en apparence.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 14 juin 1870. — Présidence de M. WURTZ.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1869 dans le département du Haut-Rhin. (Commission des épidémies.)

2° Les rapports sur le service médical : (A) des eaux minérales de Contréxeville (Vosges), par M. le docteur Debout; (B) des eaux chaudes (Basses-Pyrénées), par M. le docteur Lemonnier; (C) de Bagnoles (Lozère), par M. le docteur Rainal, de Pessonières; (D) de Capvern (Hautes-Pyrénées), par M. le docteur Montagnan. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une deuxième note de M. le docteur Rabuteau, relative à l'influence de la menstruation sur la nutrition. (Commissaires : MM. Chauffard et Delpech.)

2° Un mémoire sur l'*Eucalyptus globulus*, par M. le docteur Gimbert (de Cannes). (Commissaires : MM. Hérard et Gubler.)

3° Une lettre de M. le docteur Reuilly, accompagnant l'envoi de deux rapports sur les maladies épidémiques et sur l'hygiène publique du département de Seine-et-Oise. (Commission des épidémies.)

4° Un rapport de M. le docteur Artance (de Clermont-Ferrand), sur les vaccinations pratiquées en 1869 dans le Puy-de-Dôme. (Commission de vaccine.)

5° Une lettre de M. le docteur Des Martis (de Bordeaux), accompagnant l'envoi d'une brochure sur la variole. (Même commission.)

6° Une lettre de M. le docteur Charpignon (d'Orléans), concernant le vinage des vins. (Commission du vinage.)

7° Une lettre de M. Louis de Martin (de Montpellier), relative aux fermentations et aux ferments, dans leurs rapports avec la physiologie et la pathologie. (Même commission.)

8° Une note de M. le docteur Berg (de l'île de la Réunion), sur un traitement nouveau de la lèpre.

9° Une nouvelle lettre de M. Hoffmann, pharmacien à Paris, sur le cow-pox antimonial. (Commission de vaccine.)

10° Une lettre de M. Gillet Damitte, sur les propriétés lactigènes du galéga.

11° Un pli cacheté, adressé par M. le docteur Dupré, et relatif à un nouveau mode de section des os. (Accepté.)

Les ouvrages suivants sont présentés à l'Académie :

Par M. GAVARRET : 1° Un volume intitulé : *Nouveaux éléments de physique médicale*, par MM. Delplatz et Gariel, professeurs agrégés à la Faculté de médecine.

2° Une brochure de M. le docteur Constantin Paul, sur la rechute dans la fièvre typhoïde, et sur la marche de la température pendant cette maladie.

Par M. BÉHIER : 1° Un fascicule des Bulletins de la Société de médecine légale.

2° Une brochure de M. le docteur Rumbert (de Châteaudun) sur la transmission du charbon par les mouches.

Par M. DEPAUL : un volume intitulé : *Leçons sur le traitement des maladies chroniques en général, des affections de la peau en particulier*, professées par M. le docteur Bazin et recueillies par M. Maurel, interne des hôpitaux.

Par M. DELPECH : une brochure de M. Pommier sur l'iridectomie.

Par M. GOSSELIN : deux brochures de M. le docteur Reliquet; l'une sur les incrustations calcaires de la paroi vésicale; l'autre sur l'action des courants électriques contenus dans les spasmes de la vessie, de l'urètre, etc.

Par M. BÉCLARD, un ouvrage accompagné d'un atlas et intitulé : *Essai sur les moyens de transport et de secours aux blessés et aux malades en temps de guerre*, par M. Alfred Guillon.

VACCINE

M. GUÉRIN fait part à l'Académie d'une lettre qu'il vient de recevoir de M. Varlemont (de Belgique), l'un des plus fervents promoteurs de la vaccine animale dans ce pays. Dans cette lettre, son savant correspondant constate les insuccès très-fréquents de la vaccine animale comparée à la vaccine jennérienne, et il propose divers moyens pour éviter ces insuccès. Selon M. Varlemont, le cow-pox est jusqu'ici de très-difficile conservation et d'une exportation presque impossible, car, au bout de *quelques minutes*, il perd toute son efficacité si on l'a transporté dans des tubes ou sur des plaques. Ce consciencieux expérimentateur n'a jamais réussi dans ses vaccinations avec un virus animal tiré hors des vésicules génératrices depuis une heure, tandis que le virus *vivant* et pris sur la bête elle-même lors de l'inoculation, donnait, dit-il, les meilleurs résultats. C'est pour remédier à ces inconvénients qu'il propose d'abandonner complétement les tubes et les autres moyens de conservation du vaccin, et de les remplacer par des pointes d'ivoire préalablement gommées, et qu'on enduit ensuite d'une couche de virus et d'une couche de gomme. Mais il faut de plus, pour espérer légitimement un succès, renoncer à l'ancienne piqûre pure et simple et pratiquer des scarifications longitudinales. Après quoi, on place sur la blessure ainsi faite les pointes d'ivoire mentionnées plus haut.

D'autre part, M. Poirier, professeur de la Faculté de médecine de Gand, et qui, dit-il, a employé le procédé de M. Varlemont, n'en a obtenu aucun bon résultat. Il augmente encore les difficultés de la vaccination, déjà assez grandes pour les enfants et la transforme en une véritable opération chirurgicale, demandant une habileté toute particulière, et au bout du compte on n'obtient rien.

M. BOULEY. J'annonce à l'Académie, au nom de M. Constantin Paul, chargé du service des vaccinations de l'Assistance publique, que l'on possède maintenant à Paris, outre le *cow-pox* et la vaccine jennérienne, du *horse-pox*. Ce horse-pox a été trouvé sur un cheval venant d'Angleterre, et qui en était à la seconde période de l'éruption. Aussi n'a-t-on pu obtenir que des croûtes, et malgré cela, l'inoculation, pratiquée sur un autre cheval et sur deux génisses, a parfaitement réussi.

Constatons en passant que le horse-pox spontané est beaucoup plus fréquent chez les chevaux que le cow-pox spontané chez les génisses. Il y a donc là une nouvelle source possible pour le vaccin. On aurait qu'à écrire une circulaire aux vétérinaires de France pour obtenir, quand on le voudrait du horse-pox.

On s'est beaucoup disputé, dans cette enceinte, au sujet de la vaccine jennérienne et de la vaccine animale. Mais quelles que soient les divergences qui se soient élevées sur cette question entre quelques-uns de mes honorables confrères, il y a, me paraît-il, un point capital et qui domine tout, c'est la nécessité de la vaccination même. On a cessé, jusqu'à un certain point, dans le public, de croire à l'utilité de cette opération salutaire.

Il faut repousser les attaques dont la vaccine a été l'objet et les écraser sous les chiffres; car des opinions téméraires ont causé, dans cette épidémie, plus d'une mort d'homme.

M. FAUVEL tient à protester, lui aussi, contre les obstacles qu'a éprouvés la vaccination dans l'épidémie qui sévit actuellement à Paris. Des hommes, des médecins dont on ne saurait qualifier assez sévèrement la conduite, ont été jusqu'à dire que la vaccine causait la variole. Il faut donc donner, autant que possible, une publicité éclatante aux faits et prouver que la vaccination est bien ce qu'elle est réellement, une pratique bienfaisante.

Parmi les faits que nous pourrions citer, il y a, entre autres, les relevés faits à l'Hôtel-Dieu de Paris. Ils sont d'une éloquence écrasante :

Du 1er février au 31 mars, il y a eu, à l'Hôtel-Dieu, 275 malades atteints de variole. Sur ce nombre, 40 sont morts. Ces chiffres se répartissent ainsi : sur ces 275 varioleux, 28 n'avaient jamais été vaccinés; 21 sont morts. 247 avaient été vaccinés dans l'enfance, 19 sont morts. 12 avaient été vaccinés trois ans auparavant, tous sont guéris. Enfin, 3 seulement avaient été revaccinés pendant la période d'incubation, tous ont été guéris. Ainsi, sur ces 275 varioleux, nous n'avons pas à constater un seul malheur parmi les personnes revaccinées en temps convenable. Ajoutons que parmi 1,017 personnes revaccinées à l'Hôtel-Dieu pendant l'épidémie, 3 seulement contractèrent la variole, et encore avaient-elles été inoculées pendant la période d'incubation. Toutes trois ont guéri.

M. BRIQUET insiste encore sur ce que vient de dire M. Fauvel. Il constate qu'on a reçu dans ces dernières années huit à dix mémoires relatifs à des épidémies de variole, qui ont brusquement cessé après une revaccination générale. Peut-on rien donner de plus concluant?

M. LE PRÉSIDENT donne alors la parole à M. Grenier, médecin de Poitiers, pour une communication sur un traitement nouveau de la suette et de la variole.

M. BLOT fait alors remarquer qu'il est déjà 4 heures et quart, et qu'on n'a pas encore dit un seul mot sur la question qui était seule sur le programme. La correspondance et les communications les plus diverses absorbent maintenant tout le temps que l'Académie devrait consacrer aux questions qui lui sont posées.

M. LE PRÉSIDENT maintient néanmoins la parole à M. Grenier, dont on pourra lire le travail dans les comptes rendus de la *Conférence médicale de Paris*, séance du 2 juin.

Discussion sur le vinage.

M. POGGIALE s'étonne des opinions actuelles de M. Chevalier sur le vinage, et il cite certains passages d'un des ouvrages de M. Chevalier, où celui-ci se faisait le défenseur d'idées toutes différentes; car il considérait alors le vinage comme un véritable poison.

M. CHEVALIER fait remarquer que le livre que cite M. Poggiale date de 1857. Que ses opinions ont changé comme l'état de choses lui-même; car, en 1857 on n'usait généralement dans le commerce que d'alcools détestables, et que maintenant on n'a plus guère que des alcools rectifiés.

M. GUÉRIN communique à l'Académie une lettre qu'il a reçue, sur la question du vinage, du président de l'Académie de Belgique. Ce savant distingué a assisté aux expériences de M. Hark, chimiste belge, qui, paraît-il, serait parvenu à détruire tous les faux goûts que l'alcool non rectifié communique aux vins. Par ce procédé, les vins vinés n'auraient plus aucun inconvénient hygiénique, quand même le vinage aurait été primitivement fort mal fait.

M. BOUDET prend ensuite la parole pour dire que le vinage est avant tout une question hygiénique, et que c'est à ce point de vue qu'on doit la résoudre. Or, comme l'a dit M. Bouley, il ne faut pas confondre la fraude des vins avec l'opération du vinage, qui est en soi très-innocente et souvent nécessaire. Sans le vinage, en effet, un grand nombre d'hectolitres de vin seraient perdus, car la plupart des vins du Midi ne sont transportables et même potables qu'avec une certaine addition d'alcool.

M. REYNAL confirme ces observations et fait remarquer ensuite que le vinage n'est pas la même chose que l'alcoolisation comme on l'a souvent prétendu, car le vinage se fait avec une certaine mesure et une certaine méthode. Il espère que, grâce aux recherches de M. Pasteur, on trouvera et on vulgarisera des moyens autres que le vinage pour conserver les vins; car ce procédé, toujours hygiénique pour l'acheteur, est souvent coûteux pour le vineur. Mais en attendant, il croit qu'il faut encourager autant que possible le vinage. L'orateur, pour prouver ensuite l'innocuité hygiénique des vins ainsi traités, invoque son propre exemple ainsi que celui de plusieurs familles de sa connaissance, et il termine enfin par quelques considérations comparatives entre le vinage à la cuve et le vinage au tonneau, et affirme que la première est toujours parfaitement inutile et nulle, car on ne retrouve plus après le vinage à la cuve l'alcool qu'on avait mis dans le vin ; celui-ci ne se conserve pas, et il faut recommencer l'opération comme si l'on n'avait rien fait.

L'Académie se réunit ensuite en comité secret pour discuter une élection dans la classe des associés libres.

La séance est levée à 5 heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 22 avril 1870. — Présidence de M. BERGERON.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Suite de la discussion sur les maternités.

L'ordre du jour appelle le vote de la sixième conclusion de la commission, ainsi conçue :

« Afin de rendre plus complètes les connaissances obstétricales des élèves des hôpitaux, la commission propose que, dans le concours de l'internat, des questions soient posées sur les accouchements, comme sur la médecine et la chirurgie.

« Dans ce même but, les chirurgiens accoucheurs attachés aux services des femmes en couches seraient chargés, au commencement de chaque année, de faire un cours pratique d'accouchements aux élèves internes et externes. »

M. BOURDON rappelle les raisons qui ont engagé la commission à poser cette conclusion, et insiste sur l'insuffisance des connaissances obstétricales des internes.

M. DUMONTPALLIER reconnaît comme M. Bourdon l'insuffisance des connaissances obstétricales des internes, mais il ne veut pas qu'on impose des questions à un jury, et, en outre, il fait remarquer que les règlements s'opposent à ce que ce soient des internes qui fassent les accouchements difficiles.

M. BOURDON fait remarquer que, malgré les règlements, les internes se trouvent très-souvent dans l'obligation de pratiquer eux-mêmes certains accouchements, et qu'il ne faut pas voir ce qui doit se faire, mais bien ce qui se fait.

M. GALLARD rappelle que le jury a le droit de poser des questions d'accouchements, aussi bien que des questions de médecine et de chirurgie, et serait d'avis qu'on ne votât rien à cet égard, de façon à ce que l'administration n'intervienne pas dans un ordre de choses auquel elle doit rester étrangère. Il approuve donc l'idée de la commission, mais ne voudrait pas qu'on en fît l'objet d'un vote.

Malgré les objections de MM. Gallard et Dumontpallier, la sixième conclusion est mise aux voix et adoptée.

Quant au paragraphe qui lui est adjoint relativement au moyen à employer pour fournir cette instruction aux élèves, il doit faire l'objet d'une discussion ultérieure.

La discussion s'ouvre sur le principe de la suppression des écoles internes d'accouchements.

M. HERVIEUX a la parole pour la lecture d'un discours, par lequel il défend de nouveau énergiquement l'école de la Maternité. Dans ce discours, M. Hervieux insiste surtout sur les excellentes conditions de moralité dans lesquelles, selon lui, sont placées les élèves de la Maternité.

M. CHAUFFARD ne veut pas rentrer dans cette discussion, et maintient tout ce qu'il a dit et écrit à ce sujet. Il fait remarquer, en outre, que le travail qu'il a présenté n'est que l'expression des vœux de la commission.

Après un échange d'explications entre MM. Chauffard, Bucquoy, Moissenet, Bergeron, Gallard et Dumontpallier, la proposition de M. Chauffard est mise aux voix et adoptée.

On propose alors de revenir à une rédaction modifiée du premier paragraphe de la deuxième conclusion de la commission, lequel serait ainsi formulé :

« Remplacer les grandes maternités, avec des écoles internes d'accouchements pour les sages-femmes, par de petites maisons d'accouchements à chambres séparées, en les plaçant, en général, dans le périmètre des grands hôpitaux. »

La séance est levée à cinq heures et demie.

Séance du 13 mai 1870. — Présidence de M. BERGERON.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

L'ordre du jour appelle la suite et la fin de la discussion sur les maternités.

La Société, dans cette séance, continue la discussion qui s'est engagée dans la dernière séance à propos du vote de la sixième conclusion de la commission, c'est-à-dire au sujet de l'enseignement obstétrical des élèves.

M. VIDAL propose un moyen de concilier le bien-être des femmes en couches avec les exigences de l'enseignement, tant des élèves que des sages-femmes. Les femmes en couches devant, selon lui, être soumises non-seulement à une surveillance administrative, mais encore et surtout à une surveillance obstétricale, il propose de confier la direction des petites maisons d'accouchements qui doivent remplacer les grandes maternités à des sages-femmes, qui y seraient internées chacune à tour de rôle pendant un certain temps. On pourvoirait ainsi à l'instruction des élèves sages-femmes. On pourrait, en outre, établir dans ces petites maisons, dont la direction générale serait confiée à un médecin accoucheur, des cliniques obstétricales destinées à l'enseignement des élèves. Cette polyclinique pourrait aussi avoir une consultation, à laquelle les élèves pourraient s'exercer au diagnostic de la grossesse et à l'étude des suites de couches, toutes choses sur lesquelles l'enseignement, tel qu'il se fait actuellement, laisse beaucoup à désirer; les élèves pourraient en outre faire des accouchements chez les sages-femmes.

M. BOURDON croit que M. Vidal sort de la question. La Société, en effet, n'a à s'occuper que de l'instruction des élèves des hôpitaux. Celle des autres ne la regarde en rien.

M. VIDAL croit, contrairement à M. Bourdon, que les hôpitaux pourraient prendre l'initiative dans cette question, et c'est ce qui l'a engagé à démontrer comment ces petites maisons pourraient répondre aux besoins de l'enseignement.

M. BUCQUOY reconnaît l'incapacité trop fréquente des internes, et souvent même des chefs de service, au point de vue des accouchements, et il exprime le regret qu'il n'y ait pas de concours spéciaux pour les accouchements comme il y en a pour la médecine d'une part, et la chirurgie de l'autre. Il y a là, selon lui, une anomalie sur laquelle il croit qu'il serait bon d'appeler l'attention de l'administration.

M. GUYOT ne partage pas du tout l'opinion de M. Bucquoy, car si demain il y a un concours spécial pour les accoucheurs, il ne tardera pas à y en avoir un pour les ophthalmologistes, et ainsi de suite, et il serait très-regrettable qu'on favorisât ainsi les spécialités. M. Guyot appuie la conclusion de la commission en repoussant le vœu émis par M. Bucquoy.

M. MOUTARD-MARTIN croit qu'on s'écarte de la question, et rappelle qu'il ne s'agit que de l'instruction des élèves des hôpitaux.

M. DUMONTPALLIER fait remarquer que du moment qu'on demande la suppression des maternités avec les conséquences qui en dépen-

dent, il faut s'occuper de l'enseignement des élèves sages-femmes et des élèves, ne serait-ce que pour répondre à l'objection déjà faite par l'administration à ce sujet. Il est évident, en outre, que l'instruction des internes est tout à fait insuffisante au point de vue obstétrical.

M. MOUTARD-MARTIN ne partage pas l'avis de M. Dumontpallier. Il rappelle que le but de la discussion n'était que le bien-être des femmes en couches; il croit par conséquent que la Société n'a nullement à s'occuper de l'école des sages-femmes.

La dernière conclusion est mise aux voix et adoptée.

M. LE PRÉSIDENT donne lecture de l'ensemble des conclusions, telles qu'elles ont été adoptées après discussion. Voici quelles sont ces conclusions :

1° Étendre, autant que possible, l'assistance à domicile, en fournissant aux femmes enceintes et accouchées des secours de toute nature.

2° Donner au système du placement des femmes en couches chez les sages-femmes toute l'extension dont il est susceptible.

3° Remplacer les grandes maternités, avec les écoles internes pour les sages-femmes, par de petites maisons d'accouchements à chambres séparées, en les plaçant, en général, dans le périmètre des grands hôpitaux.

4° Comme mesure transitoire, appliquer à tous les services d'accouchements des hôpitaux, la mesure déjà mise en pratique dans plusieurs d'entre eux, et qui consiste à faire passer immédiatement dans les salles de médecine les accouchées qui sont atteintes d'accidents puerpéraux et même les accouchées non malades qui n'ont pas d'enfant.

Dans ces mêmes services, laisser constamment inoccupés le tiers ou au moins le quart des lits destinés aux femmes en couches.

5° Si ce moyen devenait insuffisant et en cas d'épidémie, disséminer les accouchées dans les salles communes des hôpitaux généraux.

6° Afin de rendre plus complètes les connaissances obstétricales des élèves des hôpitaux, la commission propose que, dans le concours de l'internat, des questions soient posées sur les accouchements, comme sur la médecine et la chirurgie.

Dans ce même but, les chirurgiens accoucheurs attachés aux services des femmes en couches seraient chargés de faire, au commencement de chaque année, un cours pratique d'accouchement aux élèves internes et externes.

PRÉSENTATION

M. CONSTANTIN PAUL présente à la Société un jeune garçon âgé de 15 ans, atteint d'une affection de la peau qui est assez peu connue pour que les médecins de l'hôpital Saint-Louis ne se souviennent pas de l'avoir déjà vue.

La maladie a débuté à l'âge de 10 ans et dure depuis cinq ans; elle consiste dans une induration de l'épiderme avec les fissures. Le siége de cette affection est remarquable, elle est répartie d'une manière parfaitement symétrique sur la paume des mains et la plante des pieds.

Aux pieds, elle se trouve dans tous les points qui supportent le poids du corps; aux mains, elles occupent les points correspondants.

Il ne s'agit ici, d'après M. Paul, ni d'un ichthyose, ni d'un lichen, ni d'un eczéma, mais d'une affection de l'épiderme avec induration de couches superficielles et prolifération de couches profondes, qui poussent devant elles les couches superficielles et les déchirent.

Cette opinion est partagée par M. Bazin.

Quant à la nature de cette affection, elle ne peut être considérée comme congénitale, ni comme artificielle, ni comme parasitaire, ni comme provoquée par l'ingestion d'une substance quelconque, ni comme syphilitique. La symétrie parfaite et la chronicité font penser à M. Paul qu'il s'agit d'une affection diathésique.

Une reproduction fidèle de la lésion a été faite par M. Baretta, et figurera au musée de l'hôpital Saint-Louis.

L'enfant est traité par des onctions de glycérine et l'enveloppement par le caoutchouc; il va déjà mieux. M. Paul espère le guérir complétement.

La séance est levée à cinq heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Société de médecine de Bordeaux. — Par décret en date du 7 mai 1870, la Société de médecine de Bordeaux est autorisée à accepter le legs fait en sa faveur par M. Jean-Joseph Fauré, suivant son testament olographe du 30 mars 1868, de 50 francs de rente 3 p. 100 sur l'Etat, pour la fondation d'un prix sexennal d'hygiène.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 17 juin 1870, à l'Hôtel-de-Ville, à trois heures et demie précises.

Ordre du jour : 1° Lecture du rapport de M. Briquet sur la candidature de M. Valéry Meunier au titre de membre correspondant national; — 2° Du climat des Alpes-Maritimes, par le docteur Gillebert-Dhercourt.

— La Société protectrice de l'Enfance de Lyon avait mis au concours la question suivante : *De l'influence de l'allaitement sur le physique et le moral des femmes.* Le prix a été décerné à deux lauréats : les docteurs Mignot, médecin à Pougues-les-Eaux, et Gyoux, médecin des hôpitaux de Bordeaux.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
à PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ETRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

CONFÉRENCE MÉDICALE DE PARIS

Séance du 8 juin. — Présidence de M. CAFFE.

La séance est ouverte à 8 heures et demie.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

A propos du procès-verbal, M. Amédée Tardieu demande la parole.

M. AMÉDÉE TARDIEU. On me fait dire, en répondant au docteur Bonnières, que j'ai des renseignements sur les recherches ozonométriques faites à l'étranger. Je n'ai pu dire cela, vu que je n'ai actuellement aucun renseignement.

Le docteur Château, en présentant le mémoire fait en 1832, sur l'épidémie de choléra, n'a pu parler de recherches ozonométriques, puisque les premières recherches de Schœnbein sur l'ozone datent de 1840. En outre, il n'est pas exact de dire, avec le docteur Château, que l'on ait tiré parti des données atmosphériques pour rechercher les causes de l'épidémie. L'état de l'atmosphère est simplement mentionné, et je compte en tirer parti plus tard moi-même à l'appui de la thèse que je soutiens.

Je suis fort surpris de voir dans un des journaux de médecine les plus répandus (*Union médicale*, 7 juin), une lettre d'un honorable praticien de province, qui, à mon avis, n'a aucun sens. Cet honorable confrère trouve que je vais chercher la variole dans les astres; il confond tout simplement l'astronomie et la météorologie, deux choses qui tendent à devenir de plus en plus distinctes. Les astres n'ont rien à faire à la question; par contre, les vents et autres agents atmosphériques jouent un grand rôle. Le sourire dédaigneux de notre confrère nous importe peu, mais nous tenons à ce que nos paroles ne soient pas changées de cette façon.

M. LE PRÉSIDENT dit qu'il a le regret d'annoncer le départ de M. le docteur Le Sourd, secrétaire-trésorier de la *Conférence médicale*. Avant de quitter Paris pour quelques semaines, M. Le Sourd a demandé qu'on lui nommât un remplaçant. M. le président, au nom du bureau, propose en conséquence d'élire un nouveau secrétaire-trésorier qui soit adjoint à M. Le Sourd.

M. Just Lucas Championnière est élu à l'unanimité secrétaire-trésorier adjoint.

M. le président informe l'assemblée qu'une souscription vient d'être ouverte pour couvrir les frais.

M. PAZ dit qu'il met gratuitement à la disposition de la Conférence non-seulement le lieu de réunion, mais l'éclairage et le personnel chargé du service.

M. LE PRÉSIDENT remercie M. Paz au nom de l'assemblée. Les frais à couvrir seront donc uniquement les frais de publications, mais ils peuvent encore se monter assez haut, et c'est pourquoi la souscription a été ouverte. Une première liste atteint le total de 285 francs.

M. LABBAT demande que le président ne soit pas astreint à suivre l'ordre des inscriptions pour donner la parole. Ceux qui ont à faire des communications pressantes ou afférentes à un sujet actuellement en discussion doivent pouvoir être entendus de suite. Il faut très-peu de matériaux écrits, pas de manuscrits, et les recherches sur les questions purement théoriques doivent être évitées avec soin. Quand il serait prouvé que le vent d'est ou un courant magnétique apporte la variole, à quoi bon? On ne peut pas agir sur le magnétisme de la terre ou sur le vent d'est. Il faut donc négliger la recherche des causes pour s'attacher à celle des moyens préventifs ou curatifs.

M. LE PRÉSIDENT fait connaître les résolutions du bureau en ce qui touche la manière dont les médecins seront appelés à manifester leur opinion sur les questions pendantes. Dans une séance spéciale où les médecins seuls seront convoqués, ils auront à voter sur les propositions qui leur seront soumises après lecture d'un rapport général résumant tous les documents qui auront été recueillis pendant la durée de l'enquête qui se poursuit.

CORRESPONDANCE

M. DALLY, l'un des secrétaires, procède au dépouillement de la correspondance. Elle comprend plusieurs lettres, dont suivent des extraits ou des analyses.

Efficacité de la vaccine.

M. WORMS, médecin en chef de l'hôpital Rothschild. Depuis le mois de janvier, j'ai reçu dans mon service de l'hôpital Rothschild, 72 varioleux; *aucun d'eux n'avait été revacciné.*

D'autre part, tous les malades qui sont entrés à l'hôpital depuis cette époque, pour d'autres affections (le mouvement des entrées est en moyenne de 90 par mois), ont été revaccinés soit avec du vaccin animal, soit avec du vaccin hun. Aucun de ces malades n'a été atteint de variole.

Sur les 72 cas de variole, il y a eu 7 décès, dont 2 sur des enfants de deux et de trois mois non vaccinés.

2 femmes ont succombé à des hémorragies dans la période prodromique et avant l'apparition des papules.

Les 3 autres ont succombé à des varioles très-confluentes sur des sujets débilités.

Le vaccin humain m'a donné des résultats plus fréquents que la vaccine animale; mais je ne rejette pas celle-ci, car je suis convaincu qu'à un moment de son évolution elle a une grande efficacité. Mais cette période peut être fort courte, et il appartient aux médecins qui vaccinent des génisses de *fixer* la durée pendant laquelle seulement il serait *licite* de se servir du vaccin animal.

M. COION (de Suippes). Il nous est arrivé, à mon confrère le docteur Seuves et à moi, d'arrêter le développement de quatre ou cinq épidémies de variole depuis une vingtaine d'années, à Suippes et dans les localités voisines.

En 1868, à Saint-Hilaire-le-Grand, la variole se déclara; comme elle était d'abord assez bénigne, on se moqua de la vaccine; mais quand elle eut fait quelques victimes, ce fut une panique générale, et tout le monde voulut être revacciné. L'épidémie disparut aussitôt.

Bien qu'il y eût alors un grand nombre de malades à Jonchery, localité distante de 2 kilomètres, la maladie apparut et fit quelques victimes, mais on se fit revacciner en masse et la variole disparut.

Continuons donc à conseiller les revaccinations, avec le vaccin d'enfant, s'il est possible; à son défaut, avec le vaccin d'adulte au septième jour. En cas d'insuccès, essayer immédiatement avec le vaccin d'un autre adulte, puis encore avec celui d'un autre. C'est un point capital si l'on veut réussir. Est-il besoin de ces tentatives réitérées avec le vaccin animal? Je l'ignore, n'ayant point de ce côté d'expérience personnelle.

M. GOINARD, médecin major, rappelle que dans un travail publié dans le *Recueil de médecine militaire*, il est arrivé à des conclusions pleinement favorables à la vaccine. D'après les faits observés par lui, celle-ci préserve pleinement de la variole.

M. BOYER. On a calculé qu'avant l'introduction de la vaccine il mourait annuellement en Angleterre 3,000 personnes par chaque million d'habitants; tandis que, depuis cette découverte, il n'en meurt annuellement que 2,200 par million.

Une des grandes autorités d'Angleterre en fait de vaccination, M. Marson, dit qu'à l'hôpital des varioleux à Londres, pendant l'espace de vingt années, la proportion a été :

Sur 100 personnes non vaccinées atteintes de la variole.	35 décès.
Sur 100 prétendant avoir été vaccinées, mais n'en portant pas de marques........................	23.57
Sur 100 personnes vaccinées portant *une* marque.....	7.73
— — *deux* marques...	4.70
— — *trois* marques...	1.95
— — *quatre* marques.	0.55
Idem ayant les cicatrices bien marquées............	2.52
Idem ayant les cicatrices mal marquées..............	8.82
Idem ayant eu la petite vérole......................	19

M. Marson ajoute que sur 40,000 cas de vaccination jennérienne, il n'a pas eu *un seul cas* de maladie communiquée par le vaccin.

A l'hospice des varioleux de Londres on exige la revaccination des garde-malades, et pendant un espace de 32 années pas une d'elles n'a été atteinte du fléau; et, je le répète, on ne se servait que du vaccin jennérien.

M. CARON nie l'efficacité de la vaccine dans une lettre qui ne mentionne aucun fait. Lecture ayant été donnée de cette lettre, M. Caron demande la parole pour soutenir son opinion.

INCIDENT

M. CARON. On cherche encore après soixante-dix ans d'expériences, à prouver au public qu'il trouvera une garantie, un préservatif contre la variole dans les inoculations et réinoculations de la vaccine ou du cow-pox.

Qui peut me démontrer aujourd'hui que toutes ou presque toutes les victimes de l'épidémie régnante n'ont point été vaccinées ou revaccinées, puisque c'est une formalité adminstrative imposée depuis bien longtemps et subie par la grande majorté de la population.

La statistique que l'autorité municipale nous adresse chaque semaine se charge de démontrer péremptoirement ce que nous devons penser de la vertu préservatrice du vaccin et le cas qu'il nous reste à en faire pour le présent et pour l'avenir. Ce qu'il importe, ce n'est donc pas de vacciner, mais de guérir les varioleux, et on y parvient par un traitement rationnel.

Dès les premiers symptômes de la variole, j'administre, suivant la force ou la faiblesse du sujet, et le degré d'intensité de la maladie, une première, quelquefois une deuxième bouteille de limonade purgative à *cinquante* grammes, ou d'eau de Sedlitz, additionnée de *cinq* à *dix* centigrammes de tartre stibié, avec cette condition très-importante, suivant moi, de n'en faire prendre au malade que par demi-verre, d'heure en heure, ou de deux en deux heures, pendant la première et la deuxième journée. Les jours suivants, le médicament, limonade ou eau de Sedlitz, SANS ÉMÉTIQUE, est continué, à dose fractionnée aux mêmes intervalles, selon la disposition particulière du malade, l'état de la langue, les résultats obtenus dans la journée précédente, le nombre et la dimension des pustules. Cette médication est appliquée généralement pendant les douze heures de la journée, de six heures du matin à six heures du soir. Elle n'exclut pas, bien entendu, les bouillons d'herbes ou de veau, les infusions adoucissantes, les cataplasmes sur le ventre, les sinapismes pour combattre les phénomènes d'excitation cérébrale ou thoracique, quand il en surgit. Sauf les légers bouillons d'herbes ou de veau, le malade est tenu à la diète la plus sévère et à l'usage des laxatifs jusqu'à disparition de toute trace inflammatoire à la base des vésicules, jusqu'à disparition complète de la matière contenue dans les boutons. On ajoute à ces moyens les onctions avec l'axonge fraîche sur la face seulement, pour obvier aux démangeaisons et au grattage. Le malade est tenu dans son lit, modérément couvert, respirant un air souvent renouvelé par une sage ventilation. A la période de dessication, on commence à alimenter le malade; on ne tarde pas à lui donner un bain alcalin, et à le faire lever et marcher selon ses forces. La durée de cette médication *dérivatrice, éliminatrice et surtout abortive*, n'excède pas en moyenne dix à douze jours pour les cas les plus graves.

Depuis le commencement de l'épidémie, sur plus de 40 malades, je n'ai eu aucun décès, aucune trace de ces affreuses cicatrices qui défigurent à jamais les malades; pas d'abcès ou de furoncles consécutifs, ni de complications thoraciques, abdominales ou autres.

M. COMBES. Je ne veux dire qu'un mot pour témoigner combien il est dangereux de préconiser de pareilles doctrines. Basées sur les idées humoristes de Stoll et autres, idées humoristes aujourd'hui abandonnées de tous, elles n'ont plus de raison d'être.

Pour mon compte, j'ai raconté déjà de terribles accidents survenus à la suite d'éméto-cathartiques donnés dans le cours d'une variole. J'ai fait l'autopsie d'un homme mort pour cette cause.

Après l'administration de cet éméto-cathartique, les pustules varioliques s'étaient affaissées, et j'ai trouvé le tube intestinal littéralement plein de pustules. L'éruption s'était portée là.

M. HUGUIER. On peut se demander si l'émétique a vraiment nui dans ce cas. D'ailleurs, il y a une manière d'administrer l'émétique et il y en a une autre. En donnant en même temps des verres d'eau, il ne nuit jamais.

Je suis pour la méthode de M. Caron.

Depuis longtemps j'emploie l'émétique et les purgatifs dans une foule de maladies, et je m'en trouve bien. Il faut tuer le virus; c'est là ce qu'il importe de faire au lieu d'introduire un autre virus. Je propose de nommer une commission d'adversaires de la vaccine pour recueillir les faits qui lui sont défavorables.

M. LABBAT. Nous ne pouvons accepter la lettre et les doctrines de M. Caron. Nous ne pouvons pas rester sous le coup des doctrines que nous venons d'entendre. Je demande à répondre.

LE PRÉSIDENT consulte l'assemblée et prononce la clôture de l'incident.

SUITE DE LA CORRESPONDANCE

M. DALLY reprend le dépouillement de la correspondance par les extraits suivants de lettres relatives à la comparaison des deux genres de vaccins.

Vaccin humain et vaccin animal.

M. AMEUILLE. J'ai vacciné (mairie du 2e arrondissement, à la Banque) toutes les fois que je l'ai pu, sur un bras avec du vaccin humain, et sur l'autre avec du vaccin de génisse qui m'a été fourni par M. le docteur Lanoix, par conséquent dans d'aussi bonnes conditions que possible.

Deux fois, depuis un mois, j'ai vu et montré, une fois entre autres à M. Lanoix lui-même, de très-belles pustules vaccinales sur le bras jennérien et absolument rien sur l'autre bras. Même résultat dans deux cas de vaccinoïde.

Dans d'autres cas où le résultat a été satisfaisant des deux côtés (revaccinations chez des adultes), les pustules jennériennes étaient plus précocement développées et plus larges au septième jour qu'au bras opposé. Au huitième jour chez les enfants, il y a peu ou point de différence.

Quant au vaccin recueilli et transporté, je crois que c'est là surtout que le vaccin jennérien offre le plus de garanties.

M. le docteur Trèves, sage et modeste praticien que beaucoup d'entre vous connaissent et que tous estiment, m'a chargé de vous dire, qu'à l'exemple de ce que vous racontait M. le docteur Château dans la dernière séance, il avait conduit à la source même du vaccin animal, chez M. Lanoix, onze personnes.

Le résultat fut complétement négatif.

Il les revaccina avec du vaccin humain, il eut six succès.

M. AUGÉ (de Pithiviers). Depuis bientôt vingt ans, je vaccine toujours avec le vaccin humain pris de bras à bras sur de jeunes sujets bien portants, âgés de trois à six mois.

Je prends le vaccin du septième au huitième jour, pendant qu'il est transparent et avant l'apparition de l'inflammation.

A part quelques insuccès tellement rares qu'il ne s'en est pas toujours présenté un seul cas chaque année sur plus de 150 enfants vaccinés annuellement, j'ai toujours réussi dès la première vaccination.

J'ai trouvé un seul individu, non vacciné dans son enfance, qui a été réfractaire à la vaccine, malgré trois ou quatre inoculations dans le courant de la même année.

Quant aux revaccinations, les quatre cinquièmes ont réussi. Les sujets étaient des jeunes gens de 12 à 20 ans; très-peu avaient moins de 12 ans ou plus de 20 ans.

Chez deux revaccinés, l'éruption ne s'est faite que dans le second septenaire, fait que je n'avais jamais observé.

M. FORTINA (de Paris). Depuis le commencement de l'épidémie, j'ai revacciné 39 personnes de tout âge, depuis 5 jusqu'à 72 ans, et voici les résultats que j'ai obtenus :

Sur 28 personnes j'ai dû employer le vaccin de génisse; mes clients refusaient le vaccin d'enfant.

Je suis allé chaque fois chercher le vaccin de génisse à l'Académie de médecine; on me chargeait les lancettes, et un quart d'heure après ou une demi-heure au plus, je pratiquai mes revaccinations.

Sur ce nombre (28) j'ai obtenu *trois* cas de pustules vaccinales vraies, régulières; deux sur un jeune homme de 20 ans; une seule sur une jeune fille de 15 ans; une de même sur une fille de 6 ans. Total : *quatre* pustules vraies.

Les fausses pustules ou *vaccinoïdes*, comme on dit, ont été au nombre de *six*; deux sur deux jeunes dames; deux sur un jeune homme de 25 ans.

Insuccès, 22. Pour me résumer : sur *trois* personnes, pustules vraies; sur *trois*, vaccinoïdes; sur *vingt deux*, nul.

Sur ce nombre d'insuccès, je dois faire remarquer qu'un jeune homme n'étant pas rassuré me consulta s'il n'y avait pas d'inconvénient d'aller se faire revacciner chez M. Lanoix. Je l'y ai vivement engagé, ne fut-ce, lui disai-je, que pour se tranquilliser. Il eut trois boutons vaccinoïdes sur trois piqûres faites par M. Lanoix; les miennes n'avaient rien produit.

Une dame revaccinée par moi, toujours avec le vaccin de génisse pris à l'Académie, avait eu deux boutons vaccinoïdes sur trois piqûres. Se trouvant chez une amie au moment où son médecin engageait tous les assistants à aller chez lui se faire vacciner avec le vaccin d'un très-bel enfant, s'y rendit, fut revaccinée une seconde fois avec le vaccin humain et rapporta encore deux pustules vaccinoïdes. Le médecin de l'amie de ma cliente avait affirmé à ces dames que les revaccinations faites avec le vaccin des génisses étaient considérées comme nulles et non avenues et ne préservaient en aucune façon de la variole.

Les personnes qui m'ont laissé le choix du vaccin ont été revaccinées avec le vaccin pris sur les bras d'enfants. J'avoue que j'ai eu jusqu'ici une préférence pour le vaccin humain.

Voici les résultats :

Onze personnes, toutes adultes.

3 personnes, 6 pustules vraies : une dame de 70 ans, 3 piqûres, 3 pustules; une dame de 48 ans, 3 piqûres, 2 pustules; un homme de 35 ans, 3 piqûres, 1 pustule.

3 personnes, 5 pustules fausses ou vaccinoïdes : deux dames jeunes, 3 piqûres, 2 pustules pour chacune; un monsieur de 50 ans, 3 piqûres, 1 pustule,

5 personnes, résultat nul.

Ainsi, 6 pustules vraies; 5 vaccinoïdes; les autres nuls.

Aucun de mes clients que j'ai revaccinés n'a été atteint de la variole. Plusieurs ont eu la scarlatine ou la rougeole.

La lettre se termine par une observation favorable au traitement de la variole par l'émétique (15 centigrammes administrés en trois quarts d'heure dès les premiers symptômes).

MM. MARMISSE et DUVIGNAUD (de Bordeaux). — Notre pratique personnelle nous donne la conviction que le vaccin animal peut marcher de pair avec le vaccin humain. Notre conviction est basée sur les résultats obtenus dans nos vaccinations et revaccinations.

Vaccinations. — 33 individus se sont fait vacciner à notre dispensaire. Nous n'avons pu contrôler jusqu'à présent que 19 cas:

Chez 14 enfants, 6 piqûres faites à chacun ont donné 6 pustules à chacun; chez deux enfants, 4 piqûres ont donné 3 pustules; chez 2 enfants, 3 piqûres ont donné 2 pustules; chez 1 enfant, 8 piqûres faites ont donné 8 pustules.

Autrement dit, 104 piqûres ont donné 102 pustules.

Nous n'avons pas de raisons pour admettre que les résultats soient différents chez les 13 autres individus vaccinés, non contrôlés, mais dont les nom et adresse sont couchés sur notre registre.

Nous ne devons pas oublier de faire observer que chez quelques-uns de ces 19 enfants, nous avons inoculé du vaccin humain sur un bras en même temps que du vaccin animal sur l'autre, et que toujours l'évolution vaccinale a été parallèle.

Revaccinations. — 263 individus se sont fait revacciner chez nous. Jusqu'à présent nous n'avons pu en contrôler que 111.

35 de ces individus n'ont fourni aucun résultat vaccinal, ou n'ont présenté que des boutons vaccinoïdes, des pustules avortées.

Les 65 autres ont donné un résultat vaccinal plus ou moins prononcé; ainsi 245 piqûres chez eux ont produit 178 pustules.

Les pustules par le vaccin animal ne présentent aucune différence notable avec les pustules du vaccin humain. Rien n'autorise à croire que cette analogie de forme et d'évolution ne se complète pas par l'analogie du résultat, c'est-à-dire par une même action prophylactique.

L'animal qui nous donne le vaccin est vacciné par nous avec du vaccin de l'animal précédent; c'est vers la fin du cinquième ou du sixième jour que nous puisons le vaccin. Une fois nous avons retardé jusqu'à la fin du septième jour. Nous avons observé quelques résultats même avec ce vaccin relativement vieux.

Nous avons fait quelques revaccinations ou vaccinations avec du vaccin animal entre deux plaques; nous n'avons pas obtenu de résultat. Nous savons par ouï dire que ce même vaccin, conservé dans des tubes, a été efficace pour d'autres praticiens.

M DESPORTES analyse, dans une lettre, le discours qu'il a prononcé à la séance précédente.

M. SÉBASTIAN (de Béziers) rappelle les observations de syphilis vaccinales qu'il a publiées.

Conservation, transport ou régénération du vaccin.

M. JAMAU croit qu'il serait facile de découvrir presque constamment des vaches atteintes de cow-pox, si on offrait des primes suffisantes à ceux qui soignles animaux. Il considère comme indispensable de régénéreuvent le vaccin, soit inoculé aux génisses, soit inoculé de brbras.

M. MARIUS CARRE, mén en chef de l'Hôtel-Dieu d'Avignon, se demandant si le vaccist pas modifié directement par l'épidémie régnante, et s'il npas lieu d'employer du virus pris dans des localités où la variolt pour le moment complétement absente, met à la dispositile la Conférence la quantité de vaccin qu'elle jugera utile.

Traitement de la ole. — Mesures prophylactiques.

M. CERSOY (de Langroe croit pas à l'efficacité du sulfate de quinine, préconisé par Mffin. Dans l'épidémie de petite vérole qui vient de sévir à Lars, j'ai perdu, dit-il, un seul malade, le seul auquel j'aie donné ulfate de quinine au début de la maladie.

Voici le fait :

Une femme, que j'avauérie plusieurs fois d'une céphalalgie à l'aide du sulfate de quin(1 gramme par jour pendant deux jours), fut prise de la variole d le cours de notre épidémle. La période d'invasion s'annonça pane fièvre vive et des douleurs de tête d'une intensité extraomire, tellement intolérables, que j'ai dû songer à combattre tot bord ce symptôme. Je donnai, comme j'avais l'babitude de lefa chez ma cliente, 2 grammes de sulfate de quinine à prendre *n ux jours*. Sous l'influence de cette médication, les souffrancs sealmèrent et le pouls diminua sensiblement de fréquence.

Jusque-là rien de niet. — Mais l'éruption tarda beaucoup à paraître; elle sortit dficilnent, par plaques rouges, épaisses, sur lesquelles se groupaint s boutons évidemment varioleux, mais incomplets pour la ploart

En somme, l'éruptio stit mal. Au neuvième jour, les pustules se flétrirent tout à oupprirent un aspect grisâtre et plâtré; la malade tomba dans ur état de prostration complète, et au bout de quelques heures la mort svint.

M. SHRIMPTON reconmde : 1° le renouvellement constant de l'air dans les chambres demalades; 2° la suppression des grands hôpitaux comme foyers d'iection dans les villes.

Inoculion du horse-pox.

MM. GUIRAUT, LACROIXRIEUX, ALIBERT, FOISSAC et LAGARDE, médecins à Montauban, ont envoyé un rapport sur les résultats qu'ils ont obtenus par l'inulation du horse-pox.

Voici un extrait de ce raort :

« Un cheval anglais fut aené au mois de mars dernier à l'école vétérinaire de Toulouse, pœur d'une éruption pustuleuse au talon et à la bouche. M. Lafossele savant professeur de clinique vétérinaire, n'eut pas de peine reconnaître dans cette affection la maladie observée par lui en 63, lors de l'épidémie de Rieumès, et qui fut l'occasion d'une fémde discussion à l'Académie de médecine, dont nul n'a perdu lesouvenir. Il inocula immédiatement à deux jeunes poulains la mtière de ces pustules, et, l'inoculation ayant donné des résultats pitifs, il voulut bien nous remettre deux tubes de horse-pox ainsi oenu. C'est ce virus qui, transporté et entretenu sur la vache, nous a donné le cow-pox qui a servi à nos vaccinations.

« La première génisse, inoculée le 3 avril 1870, a servi le sixième jour de l'inoculation à un vaccination et à deux revaccinations, qui toutes trois ont été suies d'une éruption vaccinale bien caractérisée. Le huitième jour nous faisons, au moyen du même animal, seize revaccinations, ur lesquelles treize ont donné un résultat positif, deux un résuat négatif, et une dont le résultat n'est pas connu. Enfin, le neuième jour de l'inoculation, les pustules commençant à se dessécir et à former des croûtes à la surface, nous faisons, avec le liqide que nous pouvons encore recueillir, une vaccination suivie de uccès et deux revaccinations sans résultat. L'enfant vacciné ce jur-là a servi, huit jours après, de vaccinifère, et les vaccinations ites avec ce vaccin ont toutes réussi.

« La seconde génisse fcrnit, le septième jour, à cinq revaccinations, dont quatre avec réultats positifs; la cinquième n'a pas été revue. Notons que l'une les personnes revaccinées par nous ce jour-là l'avait été un mois auparavant sans résultat avec du vaccin jennérien. Trois vaccinatios faites le même jour ont toutes trois réussi. L'un des enfants accinés a été pris comme vaccinifère, et nous avons pu suivre le accin jusqu'à la quatrième génération, sans lui voir perdre en rie de sa puissance. La seule observation que nous ayons à faire, c'est que les pustules issues directement du cow-pox, un peu plus petites que celles du vaccin ordinaire, prennent à la seconde génération, au plus tard à la troisième, un volume un peu supérieur.

« La troisième génisse sert, le sixième jour de l'inoculation, à trois vaccinations et à deux revaccinations, toutes suivies de pustules vaccinales.

« La quatrième génisse fournit à six vaccinations, sur cinq desquelles nous avons constaté une éruption caractéristique; la sixième n'a pas été revue.

« Quatorze vaccinations sont faites, le sixième jour, avec du cow-pox de la cinquième vache. Nous avons pu constater huit résultats positifs; les sx autres n'ont pas été revus. Trois revaccinations sont faites ce jour-là, et donnent autant de succès que d'opérés.

« Ne pouvant en ce moment nous procurer une génisse, nous recueillons le neuvième jour seulement, sur les pustules qui commencent à se dessécler, un liquide parfaitement limpide et nullement purulent qui, conservé dans des tubes, sert huit jours plus tard à trois vaccinations. Deux des enfants que nous avons pu revoir avaient une magnifique éruption vaccinale, avec plusieurs pustules doubles. Trois revaccinations faites dans les mêmes conditions sur des personnes revaccinées, il est vrai, quelques jours auparavant avec du vaccin humain ont échoué. L'une d'elles a eu une vaccinoïde. C'est aussi avec ce même liquide que nous avons pu inoculer de nouvelles génisses, sur lesquelles se sont développées de très-belles éruptions, ce qui nous a permis de reprendre nos expériences.

« En somme, sur vingt-huit vaccinations faites depuis le 9 avril jusqu'au 14 mai, nous avons eu vingt succès bien et dûment vérifiés par nous. Huit enfants n'ont pu être retrouvés; mais, que nous nous soyons servis du cow-pox du sixième, du huitième et même du neuvième jour, qu'il ait été pris directement sur la génisse ou conservé dans des tubes, nous en sommes encore à constater un échec.

« La plupart des enfants portaient autant de pustules que de piqûres, et quelques-unes des pustules doubles et même triples. Aucun n'a eu d'accidents locaux, ni de réaction générale bien caractérisée; quelquefois seulement nous avons observé une aréole inflammatoire très prononcée et assez étendue autour des piqûres et un léger engorgement ganglionnaire. Leur vaccin, transporté sur d'autres enfants et poursuivi pendant plusieurs générations, a montré la même activité.

« Sur trente-trois revaccinations, vingt-quatre ont donné un résultat positif. Le nombre des pustules a beaucoup varié. Quelques-uns n'en ont eu qu'une seule; la plupart, trois, quatre ou cinq. Chez plusieurs, ceux en particulier qui ont été inoculés avec le cow-pox de la première génisse, il y a eu un peu de gonflement des bras, d'engorgement douloureux des ganglions axillaires et un léger malaise général.

« Sept revaccinations ont complétement échoué, et nous n'avons pu connaître le résultat de deux.

« Deux personnes revaccinées avec succès au moyen de notre cow-pox l'avaient été sans résultat avec du vaccin jennérien quelques semaines auparavant.

« Tels sont les résultats vraiment remarquables que nous avons obtenus, et qui nous ont d'autant plus surpris que, prévenus contre la vaccination animale, nous avons commencé nos expériences avec peu de confiance. Aussi avons-nous cru devoir attirer l'attention du Congrès de vaccine sur la puissance et l'activité du vaccin ou du cow-pox issus directement de la maladie du cheval, considérée par plusieurs comme l'affection vaccinogène par excellence. »

DISCUSSION

M. MARCHAL (de Calvi). Je voudrais faire ressortir l'extrême efficacité du horse-pox dans les expériences dont vous venez d'entendre les résultats. Le horse-pox est une maladie assez fréquente chez le cheval. Or, justement la variole s'est introduite par les Sarrazins, hommes qui vivaient en quelque sorte fraternellement et pêle-mêle avec les chevaux. Je m'abstiens de toute conclusion.

M. GALLARD. M. Mallet a écrit une lettre dont je vais lire quelques passages :

« Délégué par M. le maire du 13e arrondissement pour pratiquer, le 3 juin dernier, les vaccinations et revaccinations à l'aide de la génisse, et convaincu que les nombreux insuccès qui ont jusqu'ici suivi cette opération tiennent à la manière vicieuse dont elle a été pratiquée, j'ai cru qu'il était de mon devoir, sans sortir des limites de mon droit, de modifier ce procédé, que je trouve défectueux.

« La cause unique, je crois, de ces nombreux insuccès, n'est pas dans la mauvaise qualité du vaccin de génisse; car, si nous ne sommes pas encore bien fixés sur la durée de ses propriétés préservatrices, nous savons qu'il produit des pustules vaccinales. Cette cause, je la trouve dans l'absence, ou, si vous le voulez, dans la rareté du vaccin au sein du liquide que M. Lanoix nous donne à inoculer.

« C'est cette compression de toute l'épaisseur du derme que je trouve vicieuse parce qu'elle donne issue à une quantité considérable de liquide qui n'est pas du vaccin.

« Si, comme nous le pratiquons dans la vaccination de bras à bras, on se contentait d'ouvrir la pustule avec la lancette, on en retirerait du vaccin qu'on pourrait inoculer avec la conscience d'avoir inoculé du vaccin et rien que du vaccin, et on ne s'exposerait pas, en cas d'insuccès, à donner aux gens une sécurité qui peut être si funeste.

« M. Lanoix a refusé de me laisser prendre, sur son veau, le vaccin, dans les conditions où je voulais le prendre.

« Dans ces conditions, j'ai refusé mon concours à M. le docteur Lanoix, en lui laissant la responsabilité de nouveaux insuccès qu'il pourrait ajouter aux autres déjà si nombreux, du moins dans notre arrondissement.

« L'opération n'a pas été longue, car les huit ou dix personnes présentes ont toutes refusé de se faire vacciner. »

Je suis heureux de cette lettre. Elle va fournir à M. Lanoix l'occasion de répondre aux accusations formulées contre lui. Je ne voudrais pas, en ce qui me concerne, mettre M. Lanoix en cause, il me trouvera toujours personnellement plein d'urbanité à son égard; mais je crois qu'il est bon qu'il s'explique enfin sur le reproche de faire mal les vaccinations.

M. LANOIX. Je remercie d'abord M. Gallard de ses paroles courtoises. Le conflit survenu entre moi et M. Mallet, à la mairie du 13e arrondissement, ne se serait pas produit, si au lieu d'incriminer publiquement le procédé suivi par moi, la pression de la pustule à l'aide d'une pince, procédé que j'avais suivi jusqu'à ce jour et qui m'avait constamment donné de bons résultats, M. Mallet m'avait pris à part et m'avait prié d'expérimenter, de concert avec lui, un nouveau mode de procéder.

Quant aux paroles de M. Depaul, auxquelles M. Gallard a fait allusion, dès que j'en ai eu connaissance, j'ai demandé à leur sujet des explications précises, et M. Depaul m'a répondu : « Je n'ai jamais dit, et je n'ai pas voulu dire que vous avez mal fait les vac-« cinations dans ces derniers temps. J'ai dit seulement, et j'ai voulu « dire, qu'à une certaine époque, vous avez été débordé par toutes « les demandes qui vous étaient faites. »

M. MALLET. M. Lanoix a mis sa pince sur la pustule que j'allais ouvrir en me disant que je ne savais pas vacciner. Voilà comment s'est élevé le conflit.

COMMUNICATIONS

M. BONNIÈRE. M. Lanoix nous a dit que les raisons qui l'avaient amené à *reinventer* la vaccination animale étaient surtout les deux suivantes :

1° Insuffisante quantité du vaccin jennérien.

2° Dangers de la syphilis vaccinale.

L'insuffisante quantité du vaccin jennérien n'est qu'apparente. Pour ne citer qu'un exemple, M. Depaul pratique, par année, 3 à 4,000 vaccinations, — c'est lui qui l'a déclaré à l'Académie. Or, on n'exagère rien, loin de là, en établissant que chaque vaccinifère peut donner, en moyenne, de quoi vacciner vingt-cinq personnes; l'Académie à elle seule pourrait donc fournir, au bas mot, du vaccin pour 80 ou 100,000 individus. Voyez où nous mènerait le calcul, si nous disions toute la vérité : un enfant, à l'Académie, a quelquefois servi à vacciner toutes les personnes qui se présentaient en une séance, peut-être au nombre de deux ou trois cents! — Et les mêmes éléments se retrouvent chaque jour dans les bureaux de bienfaisance, dans les mairies, etc.

Non, le vaccin ne manque pas! Ce qui manque c'est l'argent pour payer le vaccin. L'Académie n'est pas généreuse. Une femme amène son enfant; huit jours après, il faut qu'elle revienne chercher le certificat de vaccine; il faut qu'elle stationne pendant une ou deux heures, attendant le moment où viendra son tour d'exhiber les pustules de son enfant, puis qu'elle attende encore qu'on ait recueilli le vaccin... Le certificat obtenu, il faut aller le déposer à la mairie, puis revenir encore une fois, deux fois, pour subir les formalités administratives; et on lui donne *trois francs*, pour plus de deux journées perdues! n'est-ce pas dérisoire?

Que l'Académie paie convenablement, et elle aura autant de vaccin qu'elle en voudra!

Quant à la syphilis vaccinale les dangers sont plus réels, mais ils peuvent être facilement évités.

On a dit, dans cette enceinte, qu'après le deuxième mois, la syphilis infantile n'était plus à craindre; c'est une affirmation exagérée; pour être rares, les faits de puéri-syphilis héréditaire tardive ne sont pas moins réels. Mais je ne crois pas que la syphilis constitutionnelle latente, lorsque rien ne témoigne de sa présence, soit contagieuse par aucun des éléments du corps humain. Entendons-nous bien. Je veux parler de la vérole en puissance, telle qu'elle existe chez les individus à qui elle accorde des trêves, et non de la vérole encore localisée dans le chancre ou dans ses environs; car je crois que dans les parties atteintes par le virus, soumises à la fermentation spécifique, on peut reprendre du virus peu de temps après l'y avoir déposé : c'est ce qui serait arrivé dans le cas suivant.

Je venais de vacciner un individu parvenu au 70° jour de la syphilis, dont le corps était couvert de papules spécifiques. Cet individu avait seulement retroussé la manche de son paletot, de sorte qu'en raison de la constriction, le sang coula assez abondamment. Je jetai sur un coin du bureau l'aiguille qui m'avait servi. Après lui, une dame entra avec sa bonne; le confrère qui m'assistait, pendant que j'inoculais la maîtresse, vaccina la jeune fille. Je m'aperçus trop tard qu'il venait de se servir de l'aiguille en question. Je lui en fis même la remarque. Trois boutons de vaccin prirent sur la jeune bonne et se comportèrent d'une manière régulière jusqu'au douzième jour, où ils devinrent douloureux et gonflés, me dit sa maîtresse... Depuis, cette malheureuse a la syphilis la mieux caractérisée!

Dans un autre cas, aussi n'aurais-je pas pu transmettre la vérole avec le vaccin?

Je vaccine une enfant de cinq mois, paraissant saine et bien portante. Huit jours après, je vais chercher du vaccin : l'enfant était couverte de taches roséoliques, et je trouvai sur la lèvre inférieure une papule chancreuse! La nourrice, qu'on avait renvoyé quelques temps auparavant avait communiqué la syphilis à son nourrisson, lequel, par parenthèse, la retransmit à sa nouvelle nourrice!

Eh bien, dans ce cas, toute la masse infantile, tout le corps avait subi la catalyse isomérique spécifique, et probablement, la sérosité vaccinale en était imprégnée comme le reste. Que serait-il arrivé, si je m'étais servi de cette lymphe pour vacciner?

Les dangers sont donc réels, mais on peut y parer d'une manière certaine. Le virus vaccinal jennérien peut se conserver, pendant un temps fort long, dans des tubes ou autrement; tout le monde, même M. Lanoix, le reconnaît... Eh bien, que l'on recueille du vaccin d'enfant, qu'on le conserve, et qu'on ne l'utilise qu'au bout d'un mois ou six semaines, *après s'être assuré que l'enfant qui l'a fourni ne présente aucun symptôme même équivoque de syphilis*; pendant ce laps de temps, les manifestations de ce que M. Marchal appelle la syphilis évoquée et de ce que je prétends, moi, être la vérole communiquée, ces manifestations auront eu le temps de se produire, et l'on pourra en toute sûreté se servir du virus vaccinal conservé.

On a parlé du virus charbonneux qui pourrait être transmis en même temps que le vaccin animal. Je ne sais ce qu'il y a de fondé dans cette objection; mais, dans un même ordre d'idées, il m'a été donné d'observer des faits qui ne sont peut-être que le résultat d'une coïncidence singulière, mais que je crois devoir signaler à l'assemblée.

Sur un nombre, que je ne puis déterminer, de vaccinations pratiquées avec du vaccin pris sur une génisse, vingt et une des personnes vaccinées ont présenté les accidents suivants :

6 angines phlegmoneuses.
2 anthrax de la région occipitale.
1 anthrax post-auriculaire.
2 abcès de la région parotidienne.
2 orchites suppurées.
2 adénites axillaires.
1 adénite inguinale.
2 anthrax de la région crurare ou fissure.
1 abcès sous mental.
2 furoncles au bras ou à l'épaule.

M. GROUSSIN. En 1865 (juillet et août), il y eut, autour de Bellevue-Meudon, des cas de variole assez nombreux pour m'autoriser à conseiller aux habitants de se faire soit vacciner, soit revacciner. M. Lanoix vint avec une génisse, et nous vaccinâmes, de génisse à bras, environ de 110 à 120 personnes, toutes adultes, et qui étaient vaccinées au moins pour la seconde fois. Sur 97 d'entre elles, chez qui j'ai pu prendre les résultats, 40 ont pris de bonnes pustules.

De 1865 à 1868, j'eus souvent l'occasion de vacciner des enfants qui n'avaient jamais été vaccinés, ou quelques grandes personnes dans les mêmes conditions. Je les vaccinai avec du vaccin de génisse Lanoix, récolté chez lui dans des tubes, et je remarquai que la condition indispensable pour qu'il y eut succès était que le temps écoulé entre la récolte du vaccin et son application fût le plus court possible. Après un ou deux échecs, même sur des enfants non vaccinés, je pris pour règle d'utiliser ce vaccin au plus quatre heures après sa récolte (le temps d'aller chez M. Lanoix et de revenir à Bellevue), et alors j'eus des succès constants.

Vers décembre 1868, il y eut encore, à Bellevue-Meudon et aux alentours, des cas assez nombreux de variole, et je conseillai de nouveau à la population de se faire vacciner ou revacciner. A Bellevue même, la maison d'un épicier fut atteinte par la variole d'une façon grave. Le patron, âgé d'une quarantaine d'années, avait été voir à Paris, *pendant dix minutes seulement*, son neveu qui avait une légère varioloïde. Quatre ou cinq jours après, il eut une varioloïde qui le tint quelques jours à la chambre; après lui, six personnes, de 25 à 42 ans, portant toutes, comme lui-même, de belles traces de la vaccine de l'enfance, furent atteintes, trois de la varioloïde et trois d'une variole confluente; sur ces trois dernières, une demoiselle de 40 ans, caissière de la maison, mourut, et les deux autres, après avoir été en danger de mort, furent et sont encore affreusement défigurées.

De toutes ces personnes, aucune n'avait été vaccinée ni par moi ni par d'autres, en 1865.

D'autre part, de toutes les personnes qui avaient été vaccinées ou revaccinées en 1865, lors de la première épidémie, aucune, lors de l'épidémie de 1868, n'eut la variole ou la varioloïde.

Donc nous vaccinâmes, en décembre 1868, directement de génisse à bras, M. Lanoix et moi, une seconde série de personnes qui n'avaient pas été vaccinées en 1865, environ 120 ou 130. Je constatai les résultats sur 87 sujets, lesquels avaient été vaccinés au moins une fois auparavant, et je trouvai 47 succès : plus de moitié.

Sur ces 47 succès, il y avait bien une dizaine de vaccinoïdes. J'eus l'occasion de vacciner deux enfants avec le virus tiré de deux ou trois de ces pustules vaccinoïdes, et à ma grande surprise, j'eus sur chacun de ces enfants, vierges de vaccin jusqu'alors, de superbes pustules vaccinales types, d'un blanc nacré, rondes, épaisses sur leurs bords, aplaties, ombiliquées. Ce fait est à l'appui de la valeur prophylactique de la vaccinoïde.

Une femme de 27 ans, qui avait déjà été vaccinée deux fois, de bras à bras, depuis sa naissance, sans résultat, eut des pustules valables.

Une femme de 28 ans, sur laquelle le vaccin de génisse, en 1865, avait pris, revaccinée à nouveau, en 1868, eut encore de belles pustules.

Deux personnes (fille, 17 ans; mère, 38 ans) avaient été vaccinées par des tubes de vaccin de génisse datant de quatre heures, en 1865, sans aucun succès. Revaccinées en 1868 par des tubes de vaccin de génisse également de quatre heures de date, elles offrirent de belles pustules.

Jusqu'à ce jour, aucune des personnes vaccinées ou revaccinées en 1865 et en 1868 n'a eu soit la variole, soit la varioloïde, et pourtant les communications de Paris avec Bellevue sont de tous les instants.

M. DANET. Jeudi dernier, j'ai vacciné 131 personnes, et j'ai obtenu 51 résultats effectifs.

M. DUPUIS. J'ai vacciné ou revacciné 32 enfants ou adultes, avec du vaccin de génisse, inoculé de une à cinq heures après avoir été recueilli et gardé à l'air libre sur une lancette, ou avec du vaccin dit régénéré, à la première puissance, c'est-à-dire pris sur les premiers vaccinifères. Les enfants n'avaient jamais été vaccinés; les adultes portaient des cicatrices de vaccine légitime. Le tableau ci-dessous retrace les principales circonstances de ces vaccinations et revaccinations :

Vaccin de génisse :

Le 24 mai 1866 : 1 enfant : 1 succès.
Le 5 février 1868 : 2 enfants, 3 adultes : 3 succès, 2 insuccès.
Le 16 mars 1870 : 3 enfants : 3 succès.
Le 28 mai 1870 : 10 adultes : 9 succès, 1 insuccès.
Total : sur 19 sujets, dont 6 enfants et 13 adultes : 16 succès, 3 insuccès.

Vaccin régénéré pris sur les trois vaccinations du 16 mars 1870 :

Le 23 mars 1870 : 1 enfant, 12 adultes : 9 succès, 4 insuccès.
Total général : sur 32 sujets vaccinés ou revaccinés, dont 7 enfants et 25 adultes : 25 succès et 7 insuccès.

Il ne faut pas croire que j'aie été favorisé par le hasard : quiconque se mettra dans les conditions de bonne pratique opératoire que j'ai recherchées réussira de même. Ces conditions sont : la qualité du virus, qui doit être *frais*, âgé de 6 jours au moins et de 8 jours au plus; le choix de l'instrument et le *modus faciendi*, qui, à mes yeux, sont de la plus haute importance. Toute vaccination négative faite avec du vaccin conservé pendant plus de *quelques jours* en tubes, en plaques ou autrement, doit être écartée de nos documents et de nos discussions. L'instrument supérieur à tous, c'est la simple lancette à grain d'avoine, sans aucune cannelure, qu'il faut introduire horizontalement à 1 millimètre 1/2 environ sous l'épiderme, et retourner avant de la retirer, en ayant soin de la recharger pour chaque piqûre; telle est l'ancienne et *seule* bonne pratique. Quant à la quantité de virus nécessaire, on l'a généralement exagérée. Dans la série du 28 mai (v. le tableau), j'ai pratiqué 50 piqûres sur 10 sujets, dont 9 ont eu des pustules légitimes, avec deux lancettes chargées à leur pointe seulement, et les derniers n'ont pas été moins favorisés que les premiers, quoique l'on pût à peine retrouver quelques vestiges du virus sur les instruments.

M. GRESSER. J'ai fait mes études médicales à Paris il y a vingt-sept ans. Alors la mode était à la saignée et l'on paraissait s'en trouver bien. Mais il y a eu depuis lors, sans doute, un changement dans l'atmosphère, car maintenant les maladies présentent une tendance marquée vers la septicémie et l'état typhoïde. Je me suis trouvé en présence d'angines couenneuses avec hémorrhagies, et après la mort, putréfaction rapide. J'ai essayé contre elles le perchlorure de fer, et je m'en suis si bien trouvé que j'en ai fait une méthode générale contre l'angine couenneuse.

Un jour l'angine couenneuse s'est présentée compliquée de suette, le même traitement m'a également réussi. Trois ans plus tard, chez un brigadier de gendarmerie atteint de fièvre typhoïde, j'ai constaté à la région épigastrique une plaque d'éruption miliaire. Le perchlorure de fer a guéri en même temps la suette et la fièvre typhoïde. Enfin la suette s'est montrée compliquée de petite vérole, et c'est ainsi que j'ai été conduit à opposer également le perchlorure de fer à la petite vérole. J'ai traité 181 cas de petite vérole et je n'ai pas eu un seul décès. Les malades qu'on ne traitait pas, ne guérissaient alors que dans la proportion de 60 p. 100. Chez 25 p. 100, la variole se complétait de typhus.

Ma formule est bien simple :

Perchlorure de fer anhydre...........	5 grammes.
Eau distillée.........................	18 —

Trente gouttes dans *cent quatre-vingt* à *deux cents* grammes d'eau froide non sucrée, prise par gorgée pour faciliter l'absorption. Quatre à sept verres par jour pour un adulte robuste; un à quatre verres pour les enfants au-dessous de 12 ans.

DISCUSSION

M. TARDIEU. M. Gresser vient d'aborder la vraie question actuelle, celle des constatations médicales variant par périodes. Ces périodes dépendent de l'état météorologique. Nous demanderons à revenir sur cette question qui, à notre avis, domine tout. Nous voulons montrer que toutes les épidémies des siècles passés se sont produites sous les mêmes influences.

Il y a ici une minorité qui ne croit pas complétement à la vaccine. Il faut que cette minorité, si petite qu'elle soit, se fasse entendre. Je demande qu'on y constitue une commission chargée d'examiner toutes les questions relatives à la vaccine, sans être en faveur de ce mode de traitement.

Enfin, je demande à soutenir complétement la thèse de M. Caron sur la parfaite insuffisance de la vaccine au moment actuel. Nous traversons une condition météorologique spéciale. Précédemment il fallait des toniques. Actuellement, ce n'est déjà plus le perchlorure de fer, ce sont les désinfectants et les antiseptiques qu'il faut employer.

M. GRESSER. Le perchlorure de fer est un désinfectant et un antiseptique.

M. TARDIEU. Oui, mais nous en venons aux antiputrides, à l'acide phénique, etc.

M. GALLARD. Je comprends que dans une réunion toutes les opinions puissent se faire entendre; mais je ne puis pas laisser dire que la vaccine soit inefficace sans qu'il soit répondu à une telle assertion. L'épidémie actuelle a fait quelques victimes; mais je suis convaincu que si elle s'était produite avant Jenner, au quatorzième, quinzième ou seizième siècle, elle aurait causé au moins 100,000 ou 150,000 décès à Paris. Reconnaissons donc que la vaccine a été bonne à quelque chose.

M. DALLY. Je suis convaincu qu'on ne trouverait pas dans tout Paris dix médecins, et dans cette assemblée plus de trois, qui doutent de l'efficacité de la vaccine. Que ceux-là se lèvent! (MM. Caron et Tardieu se lèvent; M. Huguet est debout).

M. HUGUET. Je n'ai jamais dit que la vaccine fût inutile, mais qu'elle augmentait la somme de virus en disponibilité. C'est un dynamisme morbide avec évolution possible dans le sens des scrofules, des tubercules, etc. La chose capitale est d'ailleurs d'empêcher la population de mourir, le traitement curatif est plus important, la vaccine ne vient qu'ensuite. Je préfère le vaccin de vache, parce qu'il est dans les conditions primitives et naturelles; sa force dynamique est moindre. Mais c'est toujours une porte ouverte à l'économie, un dynamisme virulent, qui peut agir sur la pâte morbide.

M. MARCHAL (de Calvi). Nous sommes ici pour la recherche de la vérité, et nous écoutons patiemment toutes les opinions. Je demanderai à M. Tardieu s'il a constaté une différence entre les conditions climatériques actuelles en France et en Angleterre, par exemple, correspondante à la différence de gravité de la variole dans ces deux pays.

M. TARDIEU. M. Gallard a dit que la vaccine avait produit des bienfaits; mais la race latine est décimée. Aujourd'hui nous sommes au pair au point de vue des naissances et des décès. Demain les décès auront dépassé les naissances. Typhus, choléra, toutes ces questions se touchent et nous aurons à y revenir, car elles dépendent des conditions climatériques.

M. MARCHAL (de Calvi). Mais avez vous des renseignements sur ce que sont ces conditions en Angleterre?

M. TARDIEU. Je n'en ai pas encore. Quant à la vaccine, je l'ai déjà dit, elle ne peut rien contre la variole dans les circonstances actuelles.

M. MARCHAL (de Calvi). Elle ne peut rien quand on ne l'emploie pas. Je viens d'en voir un triste exemple. J'ai été appelé auprès d'une malade qui se mourait d'une variole hémorrhagique. Dès les prodromes, elle avait pris, sur le conseil d'un pharmacien, un purgatif; puis, le lendemain, sur le conseil d'un médecin, un vomitif. Quelques heures plus tard, apparaissaient, sur les côtés du ventre, des pétéchies, et la variole a rapidement suivi une marche fatale. Eh bien! cette femme, il y avait un mois à peine que je l'avais vue, et je lui avais alors vivement conseillé de se faire revacciner. Elle n'avait pas voulu. Je lui avais en vain cité mon exemple et celui de toute ma maison, rien n'avait pu détruire chez elle les préjugés contre la vaccine, et c'est pour cela qu'elle est morte.

La séance est levée à onze heures et demie.

L'un des secrétaires : VICTOR REVILLOUT.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION.

Séance du 10 janvier 1870. — Présidence de M. BARTHEZ.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Meuriot, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance;

2° Une lettre de M. Paul Topinard.

La correspondance imprimée consiste en un numéro du *Marseille médical*.

M. SANNÉ. L'absence de notre collègue M. Blache, empêché d'assister à la dernière séance, nous a fait retarder les explications que nous désirions lui demander au sujet de sa communication du 13 décembre dernier.

Ceci, en effet, nous a frappé : M. Blache nous fait part d'un cas de croup confirmé guéri, sans opération, par l'emploi du lactophosphate de chaux. Or, il n'est personne parmi nous qui puisse, en lisant l'observation de M. Blache, affirmer qu'on ait eu affaire bien réellement à un croup. Il s'agit en effet d'un enfant qui, au bout de quelques jours d'une bronchite accompagnée de fièvre, est pris d'accidents laryngés avec menace de suffocation. L'examen minutieux de la gorge ne fait découvrir aucune trace de fausse membrane; d'autre part, pendant tout le temps de la maladie, aucun fragment pseudo-membraneux n'a été rejeté. Est-il possible de reconnaître un croup dans l'ensemble des symptômes que je viens de rappeler? Je ne le crois pas; il me semble difficile de voir, chez le malade de M. Blache, autre chose qu'une laryngite aiguë à forme suffocante, survenue dans le cours d'une bronchite.

M. BLACHE. Je n'ai pas vu le malade dès le début, j'ai dû m'en rapporter à l'expérience des médecins qui avaient vu la maladie à son origine. M. Archambault a été assez inquiet pour poser la question de la trachéotomie. Peut-être avions-nous affaire à un cas de diphthérie maligne, affection dans laquelle l'exsudation pseudomembraneuse est souvent insignifiante.

M. BARTHEZ. Je ne serais pas disposé à admettre l'existence d'une diphthérie maligne. En pareil cas, la fausse membrane est souvent, il est vrai, très-peu étendue, lors même que la maladie est très-grave; mais il est bien rare qu'elle passe complétement inaperçue. D'ailleurs, les autres signes si importants de la diphthérie maligne: coryza, tuméfaction ganglionnaire du cou, production de fausses membranes sur les différentes muqueuses et dans les points où le derme est dénudé; ces signes, dis-je, n'existent pas. Leur absence me porte à croire aussi que le malade était atteint simplement d'une laryngite aiguë à forme suffocante.

M. MONOD. J'ai eu l'occasion d'observer récemment un cas de laryngite aiguë simple, qui a produit des symptômes de suffocation assez accentués pour qu'on dût se préparer à la trachéotomie. Heureusement, les accidents se dissipèrent rapidement.

M. BLACHE. En présence des objections qui me sont faites, je conviens que le diagnostic *croup* peut être mis en doute, et que le titre de l'observation peut être modifié.

La parole est à M. Huchard, pour la lecture d'une observation intitulée : *Pneumonie avec parotide et œdème de la glotte.*

DISCUSSION

M. RIGAL. A-t-on constaté chez le malade qui fait le sujet de l'observation, des signes manifestes d'alcoolisme?

M. HUCHARD. Le malade, au moment de son entrée à l'hôpital, commençait déjà à se trouver sous l'influence du délire; il fut donc difficile d'obtenir des renseignements bien précis et de rechercher les signes de l'alcoolisme; cependant, ce qu'on a pu savoir a permis de croire que le malade, sans faire un abus trop grand des alcooliques, consommait cependant une quantité assez notable de ces boissons. C'est pour ce motif que, dans le traitement, on a donné une place à l'alcool.

M. LABADIE-LAGRAVE. Comment a-t-on expliqué la formation de l'œdème glottique, D'ailleurs, l'existence de cette complication estelle bien prouvée? On n'en a pas trouvé de traces à l'autopsie.

M. HUCHARD. Les symptômes de suffocation cédèrent rapidement à une application de sangsues.

Ce fait explique la disparition des lésions laryngées au moment de l'examen cadavérique. Quant à l'origine de cette complication, il semble que la compression des vaisseaux du cou par le développement des ganglions et l'œdème du cou lui-même ont dû favoriser le développement de l'infiltration laryngée. Il faut remarquer, d'ailleurs, que la suffocation diminua manifestement quand l'œdème du cou se résorba.

M. BARTHEZ. M. Huchard nous a donné avec beaucoup de précision les variations de la fréquence du pouls, mais il ne nous a pas parlé de son volume, de sa résistance, etc. Dans une maladie qui a présenté des symptômes complexes et qui a exigé des modes de traitements très-différents : sangsues, alcool, quinquina, les qualités du pouls ont dû fournir des indications précieuses; il eut été intéressant de les faire connaître.

Je ferai à M. Huchard le même reproche au sujet de la diarrhée; il ne suffit pas de dire qu'un malade a de la diarrhée, il faut encore décrire cette diarrhée; on sait combien les indications thérapeutiques varient avec les caractères des garde-robes.

Le secrétaire : A. SANNÉ.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Étude critique sur l'expectation dans la pneumonie, par le docteur LE BŒUF, ancien interne des hôpitaux. Brochure in-8°. — Prix : 2 francs.

La médecine ! Riposte d'un passant piqué par les taons, par le docteur Michel TICIER. Brochure in-8°. — Prix : 1 franc.

Recueil de questions posées aux 5 examens de médecine et aux accouchements. 1 fr. 50 le volume. — Chez A. Delahaye, place de l'École-de-médecine.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 20 juin 1870.

Nos lecteurs ont pu voir par les comptes rendus de la *Conférence médicale* combien riches et abondants étaient les documents reçus chaque semaine.

A ce point de vue, la quatrième séance l'emporte encore sur les précédentes. Elle a, du reste, été très-calme, malgré le nombre des médecins présents.

Les excentriques et les faiseurs, qui furent toujours si clairsemés que tous les hommes impartiaux s'en étonnaient, ont vite compris que le terrain ne leur convient décidément pas.

La minorité ne songe plus à s'imposer ; et on a beaucoup applaudi à l'audition les beaux mémoires qui paraîtront au compte rendu.

— L'enquête a déjà tant produit que bientôt sans doute viendra le moment de la fermer.

La recrudescence de l'épidémie, qui a fait cette semaine 238 victimes, ne permet pas de retarder indéfiniment des conclusions qui deviennent indiscutables.

La discussion doit encore porter sur la nature et les caractères de ce qu'on nomme *vaccinoïde*.

On doit en outre déterminer la marche qu'a suivie l'épidémie actuelle, et les lieux où elle a sévi.

Les médecins de province qui ont eu à soigner des varioleux sont invités à en faire connaître le chiffre et à indiquer le moment où la variole s'est déclarée dans le pays qu'ils habitaient.

Il serait précieux qu'ils pussent dire combien il est mort de varioleux dans ces quatre catégories :

1° Parmi ceux qui n'avaient jamais été vaccinés ;

2° Parmi ceux qui ne s'étaient pas fait revacciner depuis longtemps ;

3° Parmi ceux qui avaient subi une revaccination relativement récente;

4° Parmi ceux qui avaient déjà précédemment été pris de variole.

Mais qu'ils se hâtent, car la session de la Conférence sera bientôt close.

— Les résultats en auront été considérables, et nulle autre voie n'aurait pu si vite y conduire.

Il fallait que les adversaires de la vaccine vinssent librement exposer leurs convictions, leurs théories et leurs preuves s'ils en avaient. Ils sont venus; les théories n'ont pas manqué : ils ont déclaré que la vaccine ne préservait pas de la variole; mais ils n'ont produit aucun fait à l'appui de leur opinion.

Désormais, la cause est jugée; et la publicité de cette grande enquête, l'absence même de tout formulaire, de tout règlement coërcitif, la liberté presque illimitée des dépositions, le nombre immense de documents favorables à la vaccine qui sont venus de toutes parts, rendent à jamais impossibles les faux-fuyants.

N'était-ce pas là ce qu'il fallait obtenir d'abord et surtout pour voir disparaître les doutes qu'on avait semés dans le public ?

Dr VICTOR REVILLOUT.

HOTEL-DIEU. — M. FRÉMY.

Péricardite. — Épanchement de sérosité purulente. — Ponction avec l'appareil du docteur Dieulafoy. — Guérison.

(Observation recueillie par M. PONROY, externe du service.)

R... (Jacques), 21 ans, fumiste. Jeune homme d'apparence robuste ; il n'a jamais été alité, il n'a jamais souffert de douleurs articulaires.

Il entre à l'hôpital, le 28 février 1870, se plaignant de points douloureux dans les deux côtés de la poitrine, et présentant de la fièvre, de la toux, un peu d'abattement, un peu d'oppression. Nous trouvons à l'auscultation des râles muqueux, et un peu de souffle dans les deux poumons en arrière. Le début de son affection remonte à quinze jours. Nous diagnostiquons une bronchite avec points pneumoniques en voie de résolution. Cinq jours après deux vésicatoires et une potion kermétisée en avaient eu raison.

La convalescence, franche d'abord, semble bientôt ne plus se prononcer que lentement, et enfin suivre une marche rétrograde : Le pouls s'élève, la langue se sèche, l'abattement se montre. Le ventre semble légèrement ballonné. Les symptômes du début ne reparaissent cependant pas dans la poitrine, et dans l'embarras où nous nous trouvons pour prononcer le diagnostic, nous nous rattachons à l'idée d'une dothiénentérie dans la période prodromique, attendant tout de l'expectation.

Cette idée préconçue, eut malheureusement pour résultat d'attirer notre attention trop particulièrement sur les organes de l'abdomen, et nous fit méconnaître très-probablement la véritable lésion qui se développait.

En effet, la série des symptômes de la dothiénentérie ne se dévoilait pas.

Le pouls était devenu petit et vite, l'abattement persistant, sans être arrivé jusqu'à la prostration ; pas d'épistaxis, pas de diarrhée, le malade mangeait un peu, se levait pour aller au cabinet. Cependant il se plaignait de nuits passées sans sommeil, il avait un peu d'oppression et présentait une légère teinte cyanosée.

Quoi qu'il en soit, ce n'est que le 19 mars, après l'examen du thorax, que nous découvrons la véritable lésion. Nous nous trouvions en face d'un épanchement péricardique considérable, et d'un épanchement pleurétique occupant seulement la base de la plèvre gauche.

Voici du reste quels étaient les symptômes locaux de cet épanchement du péricarde : voussure de la région appréciable, matité caractéristique, franche, avec perte d'élasticité. A l'auscultation : bruits du cœur sourds, éloignés, mais réguliers; leur maximum d'intensité est entendu dans un point situé bien au-dessus de la base de la matité.

Traitement : un vésicatoire, vin diurétique, julep, extrait de ratanhia.

Les jours suivants les symptômes, tant généraux que locaux, prennent une intensité croissante; la teinte cyanosée du visage augmente, le tissu cellulaire s'infiltre de sérosité, la soif devient très-vive, l'appétit se perd, les nuits sont mauvaises, elles se passent sans sommeil, grâce peut-être à la gêne de la respiration qui se prononce de plus en plus. Nous examinons les urines du malade à plusieurs reprises, elles sont sans albumine.

Le 28 mars, diarrhée peu intense qui dure jusqu'au 3 avril et cesse sans traitement spécial.

Enfin, après avoir appliqué cinq vésicatoires sur la région du cœur de notre malade sans avoir pu arrêter la marche des symptômes, il nous fallut songer à la ponction. Voici du reste l'état du malade le 7 avril, jour où l'opération fut pratiquée.

Il est couché sur le côté gauche, indifférent à tout ce qui l'entoure, l'anasarque est considérable, au point que les membres inférieurs sont doublés de volume, et que les paupières sont ternes, fermées; la dyspnée est intense.

La teinte générale de la peau est très-pâle, les lèvres sont violacées, le pouls est filiforme, 116 pulsations. Nous n'avons jamais observé de syncope même à cette période de la maladie. A la région du cœur, voussure considérable, la pression détermine de la douleur au niveau des cinquième et sixième côtes. La matité s'étend à droite, à 6 centimètres en dehors de la ligne médiane du sternum sur la ligne du mamelon ; en bas elle a refoulé le diaphragme et elle descend au-dessous de l'appendice xiphoïde; à gauche, elle se confond avec la matité du poumon. On se souvient que nous avons signalé un léger épanchement à la base du poumon gauche. Avec la péricardite l'épanchement a grandi, il occupe maintenant la moitié inférieure de la plèvre gauche en arrière. A l'auscultation, nous trouvons les bruits du cœur sensiblement diminués, mais ils ne sont pas étouffés comme semblerait le faire croire l'intensité des autres symptômes. A la base du poumon gauche, il y a absence de murmure vésiculaire, diminution des vibrations thoraciques; à sa partie supérieure, des râles muqueux, pas de souffle, pas d'égophonie.

Le poumon droit fonctionne bien, il n'offre les symptômes d'aucune lésion.

Avec des symptômes généraux très-graves, une langue sèche comme un copeau, et une soif des plus vives, nous ne trouvons pas de diarrhée.

D'après ce tableau, on comprendra que le seul espoir qui nous restât fût dans la ponction. C'est le 7 avril qu'elle fut pratiquée avec l'appareil aspirateur du docteur Dieulafoy. Nous regrettons que les limites de notre observation ne nous permettent pas de faire une description de cet appareil, nous n'en dirons dans la suite que ce qui est nécessaire pour l'intelligence du sujet. Nous nous sommes servis d'une canule mesurant 2 millimètres de diamètre, c'est-à-dire à peu près du volume d'un trocart capillaire de trousse.

Cette canule est fortement taillée en biseau à sa partie inférieure ; cette disposition permet de la faire pénétrer sans qu'il soit besoin d'un poinçon intérieur. A sa partie supérieure, elle est pourvue d'un ajutage qui peut être mis en communication directe avec le bec d'une seringue en verre, dans laquelle on a préalablement fait le vide.

Grâce à l'étendue de la matité, et surtout grâce à la perfection des instruments, la ponction offrit peu de difficultés. Cependant l'anasarque était telle, qu'il nous fut impossible de compter les espaces intercostaux à travers les téguments épaissis de plusieurs centimètres. Nous prîmes notre lieu d'élection 1 centimètre au-dessus de la base de la matité, et 6 centimètres environ à gauche

---

FEUILLETON BIBLIOGRAPHIQUE

TRAITÉ DE MÉDECINE OPÉRATOIRE

Bandages et appareils

Par CH. SÉDILLOT et L. LEGOUEST (1).

..... Sic rerum summa novatur
Semper, et inter se mortales mutua vivunt;
Augescunt aliae gentes aliae mimunctur ;
In que brevi spatio mutantur saecla animantûm,
Et, quasi cursores, vitaï lampada tradunt.
LUCRET. II. 74.

Le tableau que Lucrèce trace de la vie dans la nature, de ce mouvement incessant de transformation qui ne donne la vie que par la mort,

N°llam
Rem gigni patitur, nisi morte adjutam aliena.
I. 264.

c'est-à-dire qui n'admet des éléments nouveaux qu'après avoir éliminés ceux qui sont usés, n'est-ce pas aussi celui que présente la science dans son évolution. Elle grandit sans cesse dans une mesure proportionnelle à l'activité de ceux qui la cultivent; toutefois, son agrandissement ne peut résulter de l'addition de tout ce qui a été produit de nouveau, mais bien de l'assimilation de ce qui est vraiment meilleur que ce qui est, et de l'élimination de l'élément ancien que l'élément nouveau remplace.

Les *Annales de la science*, journaux, publications diverses et de toute nature contiennent ces éléments de rénovation et d'accroissement ; mais, à une intelligence supérieure appartient la mission de leur donner la place qui leur convient s'ils sont utiles, de les rejeter s'ils ne le sont pas.

Cette assimilation se fait dans les organismes suivant certaines lois d'affinités dont nous ne pouvons que constater l'existence sans en connaître l'essence. Dans la science, elle s'accomplit par le travail de ceux qu'une intelligence et une position élevée et leur expérience ont spécialement investis de ce soin.

Que nous sommes loin aujourd'hui de ces temps où l'étude des maîtres était seule autorisée et où le soin de transmettre intacts leurs préceptes constituait la seule tâche imposée au savant. Encore si elle avait toujours été fidèlement accomplie, on n'aurait pas eu à regretter de si longues et de si pénibles éclipses et à subir de si profondes ténèbres.

Depuis que chacun a pu faire entendre sa voix, si humble que soit sa personne, les éléments d'accroissement scientifique sont devenus d'une richesse prodigieuse, mais grand est devenu aussi le labeur de les mettre en ordre, difficile celui de les apprécier afin de savoir s'il convient de les admettre dans ce vaste organisme jusqu'au moment où ils soient remplacés à leur tour par des éléments nouveaux.

Voué depuis plus de tente ans à ce travail dans la chaire qu'il occupe à la Faculté de Strasbourg avec la plus haute distinction dans le tourbillon scientifique auquel il est mêlé avec une ardeur juvénile, M. le professeur Sédillot a présenté, à trois reprises, l'ensemble des lois de la science et de ses préceptes dans un livre devenu classique, c'est-à-dire faisant loi, livre que la faveur du public a honoré de la manière la moins équivoque en en épuisant successivement, avec une rapidité croissante, trois éditions, faveur qui a imposé l'obligation de refaire une quatrième édition au moment où la troisième venait d'être mise en vente.

Cette faveur, qui ennoblit mieux qu'un parchemin celui qui en est l'objet, crée aussi des obligations auxquelles le maître éminent de Strasbourg n'a eu garde de se soustraire. Il a donc continué, pour cette nouvelle édition, le travail d'analyse et d'appréciation qu'il avait entrepris pour les autres, afin de présenter encore, à ce moment actuel, comme il l'avait fait alors, un tableau fidèle de l'état de la science, une codification de ses lois.

Il y a des lois supérieures immuables qui remontent à l'origine de la science, puisqu'elles sont pour ainsi dire les lois de l'intelligence appliquées à l'étude des maladies et de leur traitement. Celles-là n'ont pas été changées, bien entendu, mais à mesure que l'expérience donne une autorité personnelle de plus en plus grande, le langage qui exprime ces lois prend un accent de gravité plus austère, une forme plus magistrale. A côté de ces lois, en trop petit nombre, il y a des moyens d'action plus variés, plus parfaits que le chirurgien est intéressé à connaître, afin d'appliquer à chaque cas individuel le moyen le plus sûr et le moins inoffensif.

On comprend que nous n'ayons plus à exposer ces lois et ces pré-

(1) 2 vol. in-8, avec fig. Paris, 1870. (4e édition.)

de la ligne médiane du sternum. Au niveau où nous étions, les cartilages costaux correspondent aux fausses côtes, ils ne circonscrivent plus que des espaces incomplets; indépendants à leur partie externe, ces cartilages convergent les uns vers les autres, se réunissant à angle aigu et s'insèrent au même point du sternum. Nous enfonçâmes la canule inclinée de bas en haut, en lui imprimant un mouvement de rotation; elle pénétra facilement, sans nous faire éprouver de résistance plus dans un point que dans un autre, et disparut sous les téguments dans une longueur de 7 à 8 centimètres. Un peu de liquide sortit en bavant par l'extrémité externe, nous étions dans le péricarde; appliquant alors la seringue directement à la canule, nous fîmes l'aspiration.

Cette ponction nous donna environ *huit cent* grammes d'une sérosité fluide, il est vrai, mais parfaitement opaque et couleur blanc jaunâtre; en un mot, un liquide parfaitement purulent. Un peu découragé par l'apparence purulente du liquide, et préjugeant que l'opération devait être inefficace, vu l'état général; nous renonçâmes à toute injection. Le liquide avait cessé de jaillir. Nous retirons la canule, nous ne sommes pas peu surpris de la voir bouchée à son extrémité inférieure, par une rondelle de cartilage qui n'avait pas moins d'un centimètre de longueur, et était engagée en entier dans l'ouverture, comme dans un emporte-pièce. Nous étions donc passés au travers d'un cartilage costal, et l'écoulement du liquide n'avait eu lieu que grâce à une ouverture qui, heureusement pour ce cas, est placée sur le côté de la canule. Encore cette ouverture était-elle à demi-obturée par la partie supérieure du cartilage.

Le malade ne semble pas ressentir un mieux immédiat; la dyspnée et l'abattement persistent; cependant le pouls est moins petit. Si la matité existe toujours, elle est moins étendue; elle dépasse à peine le bord droit du sternum; la perte d'élasticité est moins complète. A gauche, la matité du péricarde se confond toujours avec celle de la plèvre. A l'auscultation, les bruits du cœur sont manifestement plus éclatants, tandis qu'à la base du poumon nous trouvons toujours les mêmes signes de pleurésie.

Le soir, le mieux se prononce : la dyspnée est moins considérable; l'anasarque a diminué, le malade manifeste un peu d'appétit; mais, d'un autre côté, une toux quinteuse le tourmente, et le pouls est toujours à 116.

Le lendemain, 8 avril, l'anasarque a encore diminué; persistance de la toux, vomissements des aliments dans les quintes. Le pouls donne 95 le matin, 108 le soir. Nous trouvons une différence de deux degrés entre la température du matin et celle du soir dans l'aisselle. A l'auscultation du cœur, pas de bruit de frottement; le premier bruit est dédoublé à la base; la pleurésie persiste avec tous ses symptômes.

Les jours suivants, nous assistons en quelque sorte à la résurrection de notre malade : l'anasarque tend à disparaître; la dyspnée, la toux cessent; la soif diminue; le sommeil est bon.

Le 10 avril, légère épistaxis. Le malade est mis à une portion d'aliments, sur sa demande.

Le 13, il se lève. L'anasarque est réduite à un peu d'œdème péri-malléolaire. Des symptômes de péricardite, il ne reste qu'un peu de matité très-limitée. L'état aigu a disparu, mais il a fait place à un état chronique qui nous fait prévoir que la guérison complète sera longue à venir. Le malade est très-amaigri, très-anémié; le moindre effort l'épuise; en outre, la teinte de son visage est celle d'un homme dont l'hématose se fait mal; ses lèvres sont bleues. Le pouls, qui le matin donne 80, monte le soir à 100. La nuit, il a des sueurs profuses.

A quoi est dû cet état de marasme qui se prolonge sans amélioration longtemps après la guérison de la péricardite?

Ce malade a-t-il des tubercules dans les poumons? Fait-il du pus quelque part? Devons-nous croire à un cœur altéré dans ses éléments? Ou bien, la pleurésie dont le liquide se résorbe lentement pour s'organiser en fausses membranes, ne suffirait-elle pour expliquer ces symptômes d'épuisement et d'asphyxie lente? C'est à cette dernière idée que nous nous rattacherons, et notre raison, c'est que nous ne trouvons de lésions que dans la plèvre. En effet, du côté du cœur, pas signe d'adhérence ni d'hypertrophie; un simple prolongement du premier bruit à la base, du côté des poumons; jamais nous n'avons pu saisir un symptôme de la tuberculisation des sommets, tandis que, au contraire, voici ce que nous donne à observer l'épanchement de la plèvre gauche.

A mesure que le liquide se résorbe et que le murmure vésiculaire s'entend dans un champ plus vaste, nous voyons la matité conserver la même étendue, et nous entendons un frottement pleurétique plus considérable se développer dans les points que le liquide abandonne. De temps en temps, la toux, les points douloureux reparaissent et disparaissent après application de vésicatoires. En un mot, nous assistons à la fabrication de fausses membranes dans la plèvre gauche; aussi cette plèvre en est pleine quand le malade nous quitte pour aller à Vincennes le 27 mai.

La veille de son départ, le malade est toujours amaigri, toujours cyanosé; ses ongles sont devenus hypocratiques.

Le soir, ses malléoles présentent de l'œdème; en même temps le pouls s'élève, la sueur arrive et se continue la nuit. Cependant le sommeil est assez bon, l'appétit assez considérable pour que le malade mange trois portions. Les digestions sont bonnes; pas de diarrhée.

Nous pouvons résumer : guérison après ponction d'un épanchement séro-purulent considérable du péricarde.

Certes, ce n'est pas là un cas d'observation journalière; il n'est que trop facile de s'en assurer par la lecture des ouvrages qui traitent de cette matière. Mais c'est cette rareté même qui doit nous faire admettre comme possible toute alternative contraire au diagnostic que nous avons porté. D'autant plus qu'on pourrait accuser ce dianostic de pécher dans ses éléments, soit que nous ne donnions pas les signes avec toute la précision possible, soit même que nous ayons négligé complétement certains signes, à ne citer que le tracé sphygmographique. Essayons de prévoir quelques contradictions. En face du petit nombre de péricardites purulentes, que de pleurésies purulentes terminées par guérison! Aurions-nous eu une pleurésie purulente, mais sans hydrothorax? Comment supposer un liquide qui passe de l'autre côté du sternum au devant du cœur? Peut-on supposer un kyste du bord antérieur de la plèvre gauche, disposé de telle sorte qu'il donne lieu à tous les signes locaux et généraux de l'hydrothorax, y compris l'anasarque? Il nous semble qu'il faudrait supposer un nombre assez considérable de circonstances bien heureuses. Enfin, rappelons le cas d'une collection purulente entre le sternum et le péricarde. Était-ce notre cas? Nous ne le croyons pas, et nous nous appuyons sur les seuls caractères du liquide fluide filant, composé, selon toute apparence, en grande partie, de sérum liquide comme on n'en trouve que dans une cavité séreuse.

Ainsi une affection qui a été reconnue par tous ceux qui ont vu le malade pour un épanchement purulent du péricarde a pu guérir après une ponction. Qu'il nous soit permis de croire que l'aspiration appliquée à cette ponction n'est pas étrangère à ce succès, et que le malade doit en partie son salut à ce que le liquide a pu être retiré peut-être complétement, grâce à ce moyen.

DES TENTATIVES DE CONSERVATION

DANS LES CAS DE

SÉPARATION ACCIDENTELLE DU PAVILLON DE L'OREILLE

Par le Dr Bérenger-Féraud,
Médecin principal de la marine impériale.

Dans quelques circonstances le pavillon de l'oreille divisé accidentellement a pu être réuni, j'ai trouvé 11 observations d'un pareil résultat, et elles se décomposent en deux séries suivant que la partie séparée tenait encore au restant du corps par un pédicule ou bien que la section était complète. Dans la première série il y a 7 faits, dans la seconde il y en 4. Passons-les en revue dans cet ordre, afin de nous rendre bien compte de la nature et de l'étendue de la lésion comme de l'importance qu'a eu le succès en des cas pareils.

A. *Cas ou la continuité était encore entretenue par un pédicule.*

Obs. I. — *Bridel de Blèré* (*Journal de médecine et chirurgie pratique*, t. V, 1834, p. 522).

Louis Béranger, 29 ans, très-fort, domestique. Coup de pied de cheval qui divise le pavillon de l'oreille; il ne reste qu'un pédicule d'une ligne. Réunion avec des bandelettes et un bandage. Peu d'inflammation. Guérison parfaite en 20 jours.

Obs. II. — *Jolien* (*Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse*, *Journal de médecine et de chirurgie*, Paris, 1844, t. XV, p. 54).

Jacques Bréguet, 30 ans, enseveli dans un éboulement; blessures nombreuses, fractures, etc., entre autres, division presque complète du pavillon de l'oreille qui ne tient que par un pédicule de la grosseur d'un *fil de laine*. On bassine l'oreille avec du vin chaud quatre heures après l'accident, on rafraichit la division. 4 points de suture. Une petite partie se sphacèle. Guérison parfaite.

Obs. III. — *John de Breslow* (*Medicinsche Zestung*, 1841, n° 50; *Gazette des Hôpitaux*, 1842, p. 75).

Un cheval arracha d'un coup de dent l'oreille d'un cultivateur. L'oreille ne tenait plus que par le lobule. Quatre heures après l'accident, le blessé prie M. John de compléter la section; mais, au contraire, le chirurgien remet l'organe en place. 3 points de suture. Compresses imbibées d'eau. Au bout de cinq jours commencement de réunion. Guérison parfaite.

Obs. IV. — *Linoli* (*Annales d'Omodéi*, vol. 161. *Bulletin général de thérapeutique*, p. 55 et 526).

Femme de 70 ans, ayant eu dans une chute le pavillon de l'oreille presque entièrement détaché. Cet organe ne tenait plus que par un très-mince lambeau cutané. Lavage à l'eau tiède, réunion avec des bandelettes agglutinatives et un bandage. Le quatrième jour on enlève une partie des bandelettes, le dixième jour les autres. Adhésion parfaite, guérison au bout d'un mois; sensibilité un peu affaiblie.

Obs. V. — *Lawrence* (*Sam. Cooper, Dictionnaire de chirurgie*, t. II, p. 266).

Un homme placé sur l'impériale d'une voiture, qui passa sous une porte cochère, reçut à la tête une blessure telle, qu'il eût une oreille presque complétement séparée, ne tenant que par une très-petite portion des téguments. Lawrence acquiesça au désir qu'avait cet homme de conserver son oreille entière, il fixa la partie détachée à l'aide de plusieurs points de suture; la réunion se fit en très-peu de temps, et le malade ne fut aucunement défiguré.

Obs. VI. — *Pétrequin* (*Gazette médicale*, 1841 et *Gazette des Hôpitaux*, 1841, p. 186).

Homme de 36 à 40 ans ayant eu, dans une chute sur le côté de la tête, l'oreille largement divisée par le bord tranchant d'une table. A l'examen, Pétrequin trouva une longue plaie irrégulière et fortement contuse, divisant le pavillon à sa racine et passant par la conque; l'auricule ne tenait plus que par deux prolongements étroits, l'un au lobule, l'autre au tragus; de sorte qu'il tombait sur la joue. Le malade voulait, si on l'eût laissé faire, en pratiquer l'amputation avec un couteau. 5 points de suture comprenant, à l'exemple de Larrey, le cartilage avec les téguments dans les anses des fils. Les parties qui avaient été lavées avec de l'eau blanche, aiguisée d'un peu d'eau-de-vie camphrée, ont été enveloppées et maintenues avec de la charpie trempée dans le même mélange. La réunion a été parfaite.

Obs. VII. — *Vivefoy* (*Journal des connaissances médicales et chirurgicales*, 1842, avril, p. 155).

Un scieur de long, de Boudeville près Rouen, ayant la partie du pavillon de l'oreille gauche supérieure au conduit auditif abattue par son cran (grande scie), vient se faire panser à l'hospice général. Le lambeau ne tenait plus que par un pédicule de quelques millimètres. Je le remis en place et le fixai par 7 points de suture, charpie et bandage. La plaie suppura, cependant l'oreille fut réparée presque sans cicatrice.

(*A suivre.*)

---

ceptes, ni à faire connaître un livre que la faveur du public a répandu partout depuis trente ans, livre qui a conquis le titre le plus ambitionné de tous, celui de *traité classique*. Nous devons nous borner à signaler quelques-unes des deux cents additions qui ont été faites à cette quatrième édition et qui méritent plus particulièrement de fixer l'attention du lecteur.

L'introduction, ce coup d'œil général jeté sur l'histoire de l'art, sa constitution, les livres classiques moyennant lesquels il a été vulgarisé, ses progrès récents, l'hygiène hospitalière qui joue un rôle si capital dans le traitement des blessés, et qui, de nos jours, a donné lieu à des expérimentations intéressantes, à d'énergiques protestations contre une routine homicide sont traités avec une élévation de style et de pensées qui la recommandent à la méditation du lecteur. C'est comme une sorte de préparation sévère à la grave étude qui suit.

Nous avons déjà dit ici-même (3 déc. 1868), à l'occasion d'un autre ouvrage du professeur Sédillot, et nous ne craignons pas de le répéter, que les règles de l'anesthésie appartiennent à l'Ecole de Strasbourg plus qu'à toute autre. On ne sera donc nullement surpris de trouver, condensées en quelques pages, les règles à suivre dans l'administration du chloroforme, que personne ne pouvait mieux formuler que celui qui a le plus contribué à les fonder.

Il lui appartenait aussi de parler en maître des accidents traumatiques, de l'infection purulente, sur laquelle il publiait, en 1849, un volume si riche en expérimentations entreprises pour élucider un point de doctrine délicat. On semble oublier parfois, en voyant les travaux actuels, que ce mode d'étude ait déjà été appliqué à cette époque avec une grande sagacité et ait contribué à fixer un point de science douteux : la distinction entre la pyhémie et la septicémie.

La négligence de l'étude de l'histoire conduit parfois à de singulières injustices et à reprendre les travaux déjà antérieurement exécutés.

Les pansements et les appareils constituent un ensemble de connaissances si considérable quand on veut entrer dans les détails exigés par le sujet, que nous regrettons que l'auteur ne se soit pas contenté de tracer les règles générales. Les détails qu'il a cru devoir donner nous paraissent insuffisants pour guider la main du chirurgien et ne pas dispenser de l'étude de livres spéciaux celui qui veut connaître à fond ce sujet. De larges généralités qui auraient tracé des lois dans cette matière délicate auraient eu à nos yeux une utilité supérieure. Puisque nous sommes sur ce sujet, disons que la boîte dite *de Baudens* est l'appareil de J. L. Petit. Les Allemans, qui en avaient revendiqué l'invention, au profit de Heister, ont fait amende honorable il y a quelque temps. Au nom de l'histoire et de la justice, faisons comme eux et rendons au grand génie chirurgical français son œuvre. Cet appareil figure dans son célèbre *Traité des maladies des os*, t. II, p. 285, éd. 1758, et mieux gravée dans le *Discours* de Louis sur ce traité, p. 78, de la même édition. Nous prétendons par là ne rien enlever au mérite de l'improvisation de Baudens dans les défilés de l'Atlas en 1831.

Le chapitre consacré à l'hémostasie s'est enrichi de planches nouvelles qui, grâce à la typographie polychromique font sauter aux yeux l'essence de lésions qui, sans cet artifice, ne sont comprises souvent que difficilement, après les explications les plus exactes et les plus lucides. On ne peut trop féliciter M. le professeur Sédillot d'avoir mis au service de la science et de la clarté de son livre toutes les ressources de la typographie moderne. A cet égard, il ne pouvait être servi par personne aussi bien que par M. Silbermann, qui a fait faire à la typographie des progrès considérables et produit des œuvres artistiques que l'Angleterre recherche avec empressement.

Quelques perfectionnements ont rendu les planches de l'édition précédente plus claires et plus nettes; des planches nouvelles très-belles ont été ajoutées, et le tirage en a été fait avec des couleurs plus harmonieuses et un soin tout particulier. Les figures 185, 190, 192, 208 etc., donnent des détails d'une grande délicatesse avec une clarté parfaite. Ce sont là des modèles à imiter que nous recommandons aux éditeurs d'œuvres analogues.

Disons de suite, puisque nous parlons des figures de l'ouvrage, qu'un certain nombre de nouvelles planches ont très-avantageusement remplacé d'anciennes, ne citons que le n° 222 de l'édition nouvelle comparée à celui 192, l'analogue de la 3e édition, ce spécimen fait voir la nature des améliorations réalisées. Les nouveaux dessins, faits sur une plus grande échelle, donnent exactement certains détails importants que les anciens ne pouvaient indiquer qu'approximativement. Ajoutons encore, que tout le livre est imprimé avec soin et des caractères neufs, sur du papier très-beau et collé, qui permet de faire des notes marginales.

On ne saurait trop louer l'auteur d'avoir, à la suite des amputations, consacré à la prothèse un chapitre tout entier de 20 pages au moins, enrichi d'un grand nombre de figures parfaitement faites, qui rendent très-claires des choses que peu de médecins connais-

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 1er juin 1870. — Présidence de M. ALPHONSE GUÉRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine; — le *Bulletin de thérapeutique*; — la *Gazette médicale de Strasbourg*; — le *Journal de médecine de l'Ouest*; — le *Marseille médical*.

— *Mélange d'orthopédie*, par le docteur Dubreuil, chirurgien des hôpitaux.

— *Des diverses méthodes de réunion des plaies intestinales*, par le docteur Bérenger-Féraud.

— *Des accidents causés par l'extraction des dents*, par le docteur Delestre.

— *Mémoire sur le rapport existant entre le volume des enfants et leur résistance vitale dans l'accouchement*, par le docteur Villeneuve (de Marseille).

— *Médecine cantonale. Rapport pour 1869, au nom du Comité consultatif du département de la Sarthe*, par M. le docteur Mordren (du Mans).

— *Compte rendu trimestriel de l'institut gymnastique et orthopédique de Berlin*, par H. W. Berend.

— *Del'o st appamento incruento delle grandi arterie*, par Luigi Porto (de Milan).

— *Thoughts ou chronic inversion of the utérus, by* Henry Miller (de Louisville).

— M. Dauvé, médecin-major de l'armée : une série de photographies sur des observations envoyées à la Société antérieurement par lui.

Nécrose du maxillaire inférieur. — Élimination du séquestre et restauration spontanée. — M. LE Dr COUSTURIER (de Le Leu, Sarthe). La femme G..., âgée de 35 ans, couturière, mariée depuis treize ans, mère de cinq enfants, a vu sa santé s'altérer sous l'influence de ses grossesses, de l'allaitement, de la misère la plus profonde, des scènes de violence d'un mari ivrogne, et dernièrement du chagrin occasionné par la perte d'un enfant de 3 ans mort l'été dernier (1869), d'une méningite par insolation.

Elle est devenue sujette à des douleurs d'estomac et à des crises nerveuses. Il y a quatre ans, lors de sa dernière grossesse, elle a eu des névralgies dentaires qui ont été calmées avec des sangsues, du sulfate de quinine et de l'opium. Pendant le cours de sa dernière grossesse, au 7e mois (décembre 1869), elle a été reprise de douleurs dans la mâchoire inférieure, du côté droit, avec fluxion. Il a été fait plusieurs piqûres sans rencontrer d'abcès; plusieurs dents ont été enlevées.

Les douleurs et le gonflement ont persisté, ne laissant à cette malheureuse ni repos ni moyen de se nourrir. Elle était arrivée, au moment de son accouchement (8 février 1870), à un état d'épuisement extrêmement inquiétant. Néanmoins elle accoucha heureusement.

A cette époque, les alvéoles faisaient saillie au-dessus des gencives. La nécrose était certaine; on pouvait même, grâce à une certaine mobilité, en fixer les limites à droite et à gauche; mais il n'était pas possible de déterminer si elle occupait toute la hauteur de l'os.

J'ai cessé de voir cette malade jusqu'au jour où le maxillaire inférieur, émergeant entre les gencives dans toute sa hauteur et dans une longueur de 11 centimètres, est venu former comme un baillon au-dessus de la bouche (27 mai 1870).

Il a suffi d'un léger effort avec les doigts pour le détacher; il s'est à peine écoulé quelques gouttes de sang.

Sous le séquestre éliminé, un os s'était reproduit de manière à conserver la forme des joues, et à permettre à la pauvre femme de parler, de conserver sa salive.

Cet os a moins de hauteur que l'os ancien; il est complétement recouvert par les gencives; la seule partie qui n'y soit pas adhérente est le rebord festonné que séparait la base du séquestre au moment de sa chute.

Cette femme ne peut manger que des potages. On ne peut guère espérer que la nouvelle mâchoire acquiert une consistance suffisante pour mâcher. Les dents qui restent aux deux mâchoires, en se touchant, laissent nécessairement un vide le long de l'os nouveau. Si l'intérêt que peut exciter cette femme pouvait lui faire obtenir un appareil destiné à combler la lacune que j'ai signalée, j'enverrais une empreinte des mâchoires.

Aujourd'hui, la femme G... se trouve débarrassée d'un corps étranger qui répandait une odeur infecte. Elle est si heureuse qu'elle croit à peine à sa guérison. Elle avoue, qu'au milieu de ses horribles souffrances, la pensée de ses enfants l'a seule empêchée de se laisser mourir de faim.

LECTURE

M. LE Dr CASIN lit un travail sur les *lipomes sous-péritonéaux*. (Renvoyé à une commission composée de MM. Chassaignac, Huguier et Tillaux.)

M. PANAS communique, de la part de M. le professeur LAUGIER, l'observation suivante :

Écrasement d'orteils. — Tétanos traumatique ayant duré trois jours et demi. — Traitement par le chloral. — Mort — Autopsie. (Observation recueillie par M. Chrétien, interne du service), — Eugène-Nicolas G..., modeleur, âgé de 27 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 19 avril 1870, salle Sainte-Marthe, n° 49.

Le malade a reçu la veille une violente contusion du pied gauche, due à la chute d'une barre de fer. Le 4e orteil et les parties voisines du 3e et du 5e sont violemment contuses et insensibles; pas de fracture. La contusion a égalment produit, au niveau de la partie antérieure du premier espace intermétatarsien, une plaie n'intéressant que la peau, parallèle à l'axe du pied, et qu'on dirait, pour sa régularité, faite avec un instrument tranchant. Pas d'hémorrhagie; peu de douleur; quelques crampes dans les muscles de la jambe et du pied.

Traitement : cataplasme; repos.

21 avril. — Mortification du 4e orteil et des parties voisines du 3e et du 5e, qui prennent l'aspect de gangrène sèche.

27 avril. —A la visite du soir, le malade se plaint d'une gêne de la mastication. On constate une rigidité de la mâchoire inférieure permettant au plus un écartement de 1 centimètre.

28 avril (matin). — Même trismus. Le malade se plaint d'un point douloureux siégeant à la partie latérale gauche de l'épigastre. Peau moite; calorique 37°; pouls 96.

28 avril (six heures du soir). — Même trismus. Contracture violente des muscles abdominaux. Ils sont le siége d'une douleur modérée, devenant très-vive lorsque, par moment, la contracture s'exagère; la miction se fait facilement. Gène de la respiration lors des crises. On peut les provoquer en découvrant ou en pinçant le malade. On observe à un égal degré, sur les deux membres inférieurs, les phénomènes suivants : la sensibilité, au contact, n'est pas altérée; la sensibilité, au froid, est très-exagérée. Des piqûres d'épingles très-légères, des pincements légers provoquent une sensation très-douloureuse, accompagnée de mouvements réflexes immédiats, saccadés, limités aux membres inférieurs, et comparables à ceux qu'on obtient chez un animal sous l'influence de la strychnine. La piqûre et le pincement des autres parties du corps ne produisent pas de phénomènes analogues. Pas de rachialgie; pas de douleur à la compression des nerfs du membre lésé. Pupilles dilatées. Transpiration. Calorique 38°,2. Pouls 100.

Traitement : Couvrir le malade de duvet; boissons sudorifiques; frictions avec la pommade belladonée sur les muscles contracturés; potion avec *quatre* grammes d'hydrate de chloral.

28 avril (minuit). — Même état On constate que, depuis l'administration du chloral, les mouvements réflexes des membres inférieurs ne se produisent plus après leur excitation, bien que l'hyperesthésie signalée plus haut persiste.

Julep avec chloral, *deux* grammes.

Donc, le 28, le malade a pris en tout *six* grammes de chloral.

29 avril (matin). — La contracture reste limitée aux muscles primitivement envahis. Insomnie malgré l'administration du chloral; crises assez fréquentes. Transpiration calorique, 38°1. Pouls, 112.

Traitement : Julep avec *quatre* grammes de chloral.

Injection hypodermique de *un* centigramme de chlorhydrate de morphine. On continue les onctions belladonées et les sudorifiques.

29 avril (six heures). — Le malade accuse un grand mieux; les crises ont diminué en nombre, en durée et en intensité. Le trismus reste le même; mais les parois abdominales présentent une roideur moindre. Nous avions vu hier soir qu'après l'administration du chloral les mouvements réflexes des membres inférieurs avaient disparu, l'hyperesthésie persistant : cette dernière très-diminuée ce matin, a disparu ce soir. Le malade a pris volontiers plusieurs bouillons et du vin. Calorique, 38°8. Pouls, 124.

Traitement : Chloral, *deux* grammes. Injection sous cutanée de *un* centigramme de chlorhydrate de morphine. — Sudorifiques et onctions belladonées.

29 avril (minuit). — Sommeil calme.

Le malade a donc pris aujourd'hui *six* grammes de chloral, plus *deux* centigrammes de chlorhydrate de morphine.

30 avril (matin). — Les crises ont reparu dans la seconde moitié de la nuit et continuent ce matin. Parois abdominales tendues. Pas de dysphagie ni de dysurie. Calorique, 38°3. Pouls, 120.

Traitement: Chloral, *quatre* grammes. Chlorhydrate de morphine, *deux* centigrammes en injection sous-cutanée.

30 avril (6 heures). — Crises fréquentes. Faiblesse grande. Dysphagie. Pouls plein, mais dépressible et inégal. Calorique, 39°2. Pouls, 164.

Traitement : Chloral, *quatre* grammes. Injection sous-cutanée de *deux* centigrammes de chlorhydrate de morphine.

30 avril (minuit). — Sommeil assez calme.

Le malade a donc pris en tout aujourd'hui *huit* grammes de chloral, *quatre* centigrammes de chlorhydrate de morphine.

1er mai (matin). — Nuit calme. Intégrité des facultés intellectuelles, pas de somnolence, mais affaiblissement considérable, faciès abattu, narines pulvérulentes. La respiration n'a pas cessé d'être facile. Contracture des muscles abdominaux disparue presque complétement. Dysphagie. Le pouls est plein, mais dépressible, inégal avec une intermittence chaque dix pulsations. Calorique, 38°9. Pouls, 132.

Traitement : Alimentation au jus de viande, vin de Bagnols. Pas de chloral ni d'injection hypodermique.

Le malade meurt à trois heures de l'après-midi : la mort est subite, au moment où il buvait.

Autopsie. — Rigidité cadavérique intense, limitée exclusivement aux deux membres inférieurs seuls. Encéphale, bulbe : rien. Le système veineux du canal rachidien est gorgé de sang noirâtre. Moelle : pas de ramollissement, mais congestion remarquable de ses vaisseaux superficiels et profonds, surtout dans sa partie inférieure. Les branches terminales des nerfs saphène externe et musculo-cutané ne présentent aucune lésion. Appareil digestif : rien; ni congestion, ni inflammation de sa muqueuse, malgré l'action plusieurs fois constatée du chloral. Cœur : ventricules complétement vides; les deux oreillettes sont gorgées de caillots noirâtres. Rupture des deux muscles droits de l'abdomen, un peu au-dessous de l'ombilic : la rupture a une forme angulaire, à sommet regardant en haut; les bords en sont inégalement déchirés et séparés par du sang en partie coagulé. Pas d'altération musculaire à l'œil nu.

L'examen microscopique de la moelle, des nerfs émergeant de la plaie et des muscles rompus sera fait ultérieurement, ces pièces ayant besoin de séjourner pendant un certain temps dans l'acide chromique dilué.

M. DESPRÈS. Trouve dans cette observation la confirmation de ce qu'il avait avancé : à savoir, l'absence de lésions à l'œil nu, et l'existence d'un élément infectueux, la gangrène de la plaie ayant précédé le développement du tétanos grave.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. SÉE présente un malade porteur d'une large plaie bourgeonnante de toute la face antérieure de l'avant-bras et chez lequel il pratiqua, avec le concours de M. Reverdin, une *douzaine* de greffes épidermiques qui ont prospéré, et aujourd'hui, on y constate autant d'îlots de cicatrices de la largeur d'une pièce de cinquante centimes à celle de deux francs.

M. VERNEUIL croit à l'avenir de la méthode, non-seulement pour activer le travail d'épidermisation, qui parfois est interminable, mais aussi en vue de s'opposer à l'agglutination des lèvres opposées des cicatrices commissurales et des brides. M. Verneuil voudrait être édifié si l'on greffe réellement l'épiderme, ou bien la couche superficielle du derme, auquel cas le mot greffe épidermique serait naturellement impropre.

MM. GUÉRIN et M. SÉE affirment que la greffe en question se fait exclusivement avec la couche épidermique. Il est à noter que les cellules du corps de Malpighi sont seules capables de se reproduire

---

sent, et qu'il est douteux presque d'apprendre de la bouche des malades, je ne parle pas bien entendu des fabricants de ces appareils, qui doivent nécessairement les connaître exactement, et dont on écoute volontiers les judicieuses observations.

Dans le second volume les additions sont plus nombreuses que dans le premier, un grand nombre se rapporte aux affections des yeux, pour laquelle MM. Stoeber et Monoyer ont bien voulu prêter leur collaboration si compétente. Presque tous les dessins refaits par M. Schweitz et gravés par Lévy, sous la direction de M. le professeur Stoeber, représentent en grandeur naturelle les divers temps des opérations qui se pratiquent sur les yeux et les organes protecteurs. Quand on compare page 214, la figure nouvelle avec les figures anciennes de la page 215, on voit combien a été considérable l'amélioration apportée à cette partie si importante du livre. La partie consacrée aux maladies de l'oreille gagnerait à une modification analogue.

Les progrès réalisés depuis peu à la lueur du laryngoscope, la chirurgie laryngoscopique, ainsi appelée par Bruns son inventeur a donné lieu à d'importantes additions et à des planches qui mettent le chirurgien au courant de ces modes opératoires nouveaux, et lui donnent assez de notions pour le guider dans les exercices préliminaires et le manuel de ces opérations si délicates.

Les opérations qui ont pour but d'obtenir la guérison des fistules urinaires de la femme, le plus beau fleuron de la couronne chirurgicale de ce siècle, comme dit M. Verneuil, ont donné lieu à des additions nécessitées par le progrès, qui ont été réalisées dans cette partie de la chirurgie restauratrice. J'ai vu avec satisfaction représenté en gravure le spéculum que j'ai imaginé en 1858, dont je me suis toujours servi depuis, et indiqué comme *généralement employé*. Les nouveaux moyens de sutures métalliques sont également représentés dans les figures nouvelles avec une exactitude qui en donne une idée fort juste. Mais pourquoi n'avoir pas retranché des instruments qui ne servent qu'à montrer les essais malheureux, quoique fort ingénieux, tentés pendant la longue période pendant laquelle la chirurgie était restée si tristement impuissante; ces essais ne sont plus que du domaine de l'histoire, et n'ont plus rien à l'actualité.

La gastrotomie appliquée à l'extirpation de l'ovaire, des tumeurs utérines, pelviennes et abdominales se fonde maintenant sur le terrain solide des faits, elle est sortie non-seulement de la légende; mais de l'exception pour prendre dans la science aussi bien que dans la pratique un rang normal, réglé par les principes généraux qui la gouvernent. L'activité qui s'est développée sur ce terrain nouveau a donné lieu à des travaux qui ont rapidement fait vieillir ceux qui naguère encore étaient nouveaux, c'est là l'effet de toute activité vivement excitée; heureuse la science ou la partie de la science qui a la bonne fortune de rapidement vieillir.

Inutile de dire que la partie du livre qui traite ces matières a été remaniée.

Nous ne dirons rien du traitement des maladies des voies urinaires, ce que nous avons dit dans le compte rendu des contributions à la chirurgie, de la part qui revient au professeur Sédillot des progrès que la science a accompli, nous dispense d'analyser cette partie importante de son ouvrage.

Quand pendant plus de trente années, on a tenu d'une main ferme le flambeau de la science dans l'enseignement oral et écrit, n'évitant ni peines ni veilles pour se maintenir à la tête du cortége, il est naturel de prévoir un moment où la fatigue pourra vous atteindre. Dans cette prévision, M. le professeur Sédillot a choisi pour coopérer à son œuvre de prédilection, son œuvre capitale, puisqu'elle les résume toutes, un chirurgien de l'armée que ses travaux et sa position scientifiques lui recommandaient tout particulièrement. Le nom de M. Legouest, médecin principal de l'armée, professeur au Val-de-Grâce a été écrit sur la première page du livre à côté de celui du maître.

Dans quelle mesure s'est accomplie la collaboration de l'œuvre que nous avons examinée? C'est ce que nous ne saurions dire tant elle nous a paru homogène, elle nous fait espérer qu'elle sera continuée dans le même esprit et qu'elle méritera le même succès.

HERGOTT,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, médecin en chef de l'hôpital civil.

et que l'on doit aller jusqu'à la surface du derme, si l'on veut que l'opération réussisse.

M. SÉE insiste sur la disparition apparente du petit lambeau épidermique, greffé dans les premières quarante-huit heures. Cela tient sans doute à l'exfoliation de la couche cornée de celui-ci; mais pendant ce temps, les cellules du corps de Malpighi prolifèrent, et dès le troisième jour, on voit les bourgeons charnus correspondants se déprimer et se recouvrir d'une espèce de vernis épidermique qui, les jours suivants, gagne en étendue et en épaisseur.

M. DESPRÈS croit que la greffe est du derme et non de l'épiderme.

M. LEFORT est du même avis; et de plus, craignant de développer sur le lieu d'emprunt un travail érysipélateux, il repousse cette pratique, d'autant plus que l'application d'une rondelle de diachylon, d'une feuille de plomb ou de tout autre corps étranger sur la surface des bourgeons charnus, provoquerait tout aussi bien le développement d'une couche épithéliale nouvelle.

M. BOINET croit pareillement que l'application de la bandelette fixatrice de diachylon, et non le mince lambeau épithélial, provoque la formation du nouvel épiderme à la surface de la plaie.

M. VERNEUIL oppose à cette manière de voir de M. Boinet que jamais des îlots d'épiderme ne se forment sur une plaie bourgeonnante, à moins que des portions de derme ne s'y trouvent, comme cela arrive souvent dans les brûlures.

M. GUÉRIN dit que dans les inoculations faites dans son service, on ne s'est pas servi de bandelette fixatrice, et la greffe n'a pas moins réussi pour cela.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1870.

80. Archer (Gabriel). Étude sur les abcès odontopathiques compliqués de dénudation de l'os maxillaire inférieur.
81. Pruneau (Henri). De l'asystolie.
82. Rouchedy. Des différentes espèces de blennorrhagies.
83. Houet (Jules). Du traitement chirurgical des hémorroïdes; indications de contre-indications.
84. Isnard (Achille). Étude sur le phlegmon diffus; débridement.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

PENDANT L'ANNÉE 1870.

1. Maurin (François). Amputation de la verge.
2. Fricker. Quelques considérations sur les différents traitements employés dans l'entorse, et particulièrement par les irrigations froides continues.
3. Guionnet. Essai sur l'emploi des douches froides dans le traitement des maladies chroniques.
4. Bonifanti. Du traitement des abcès par congestion.
5. Tichy. La fièvre typhoïde observée à l'hôpital Saint-Eloi (de Montpellier), en 1848.
6. Pansier. Le lipome au point de vue clinique.
7. Mazery. Quelques considérations sur l'œdème de la glotte.
8. Riche. Observations sur la thérapeutique du rhumatisme articulaire aigu.
9. Saubatte. De la névralgie sciatique.
10. Gaillard. Essai sur la nature, la pathogénie et le traitement de l'hypertrophie du cœur.
11. Bonnet. Contribution à l'étude du parasitisme.
12. Barret (Eugène). De la coxalgie.
13. Barret (Paul). De la lumière naturelle envisagée comme modificateur physiologique, hygide et thérapeutique.
14. Pichez. De la dysenterie endémique de la Cochinchine.
15. Mazen. Du staphylome antérieur.

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 12 au 18 juin 1870, donne les chiffres suivants :

Variole, 238.—Scarlatine, 21.—Rougeole, 29.— Fièvre typhoïde, 8. Typhus, ». — Érysipèle, 2. — Bronchite, 69. — Pneumonie, 70. — Diarrhée, 16. — Dysenterie, 2. — Choléra, 2. — Angine couenneuse, 3. — Croup, 5. — Affections puerpérales, 10. — Autres causes, 669.— Total : 1,144.

Celui de Londres donne les chiffres suivants, du 5 au 11 juin 1870 :

Variole, 8. — Scarlatine, 103. — Rougeole, ». — Fièvre typhoïde, ». — Typhus, ». — Érysipèle, ». — Bronchite, 75. — Pneumonie, ». — Diarrhée, 34. — Dysenterie, ». — Choléra, ». — Angine couenneuse, ». — Croup, ». — Affections puerpérales, ». — Autres causes, 1,053. — Total : 1,273.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuve[illegible]s payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois.. 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Que dire de la dernière séance académique? Une élection et un discours humoristique sur le vinage en ont fait tous les frais.

La discussion sur le vinage est devenue un assaut d'esprit. Les arguments sont épuisés, ou à peu près, de part et d'autre; et si l'Académie n'était pas immortelle, elle pourrait se préoccuper de l'emploi du temps.

Mais elle ne compte pas les mois et les années. Ses vues s'étendent au delà des questions qu'elle doit résoudre : elle songe surtout à se former, pour le présent et pour l'avenir, des orateurs.

Des orateurs, c'est une puissance et un prestige : c'est ce qui place au premier rang parmi les sociétés savantes notre Académie de médecine. Les discussions qui s'y poursuivent et s'y prolongent indéfiniment, ont, même à l'étranger, un retentissement dont elle peut être justement fière. L'art cultivé de la parole supplée à l'intérêt des choses, quand cet intérêt fait défaut.

M. Bergeron est le digne émule de M. Bouley, et M. Bouley est bien l'esprit le plus français et le plus fin que je connaisse. Ceci résume leurs discours.

Une affirmation d'un côté et une négation de l'autre, sur les dangers de l'alcool étendu d'eau mêlé au vin,

Une affirmation d'un côté et une négation de l'autre, sur les dangers des divers coupages et des diverses falsifications que le vinage appelle après lui,

Tel est le tableau des opinions que M. Bergeron espère concilier.

Qu'il y parvienne, et ce sera le plus beau succès de l'éloquence.

Mais j'aimerais à voir bientôt cette éloquence académique, que je porte en si haute estime, s'exercer sur d'autres sujets qui lui soient vraiment proportionnés.

Dr VICTOR REVILLOUT.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

Paralysies variolique et morbilleuse.

En 1855, dans mon *Traité des maladies de l'enfance*, et en 1857, dans mon *Traité de l'état nerveux ou nervosisme*, j'ai développé cette pensée de Tissot que toutes les névroses pouvaient être le résultat de la convalescence des maladies aiguës. Cette idée a fait son chemin. Elle est acceptée de tous les bons cliniciens. Névralgies, —spasmes, — tétanies,— convulsions et paralysies, — toutes ces espèces de névroses ont été observées dans la convalescence de la variole, de la scarlatine, de la rougeole, de l'érysipèle, de la pneumonie, de la fièvre typhoïde, de l'angine simple, de l'angine couenneuse, etc. C'est la preuve que ces névroses n'ont chacune rien de spécifique, et qu'aucun reste de virus, de ferment ou de poison morbide n'est resté dans le sang pour troubler le système nerveux, ainsi que cela se voit dans les paralysies saturnine, arsenicale ou syphilitique.

A ce titre, les observations qui suivent sont curieuses et méritent d'être méditées. L'une montre une paralysie générale suite de variole, et l'autre une paraplégie suite de rougeole.

J'aurai ensuite à indiquer quelle est la nature de ces paralysies et par quel traitement il convient de les combattre.

OBSERVATION. — *Paraplégie suite de rougeole.*

Élia C..., âgée de 4 ans, entrée le 3 mai 1870 au n° 4 de la salle Sainte-Catherine, service de M. Bouchut.

Cette enfant a eu la rougeole, il y a un mois, dans nos salles.

Elle est sortie dimanche. Le lendemain, en voulant la lever, à six heures du matin, on s'est aperçu qu'elle ne pouvait se tenir sur les jambes, et on l'a remenée à l'hôpital.

L'enfant est pâle, mange et digère bien, ne paraît pas malade, et a un souffle doux à la base du cœur, au premier temps. Elle souffre un peu des jambes, n'a pas d'engourdissement dans les pieds ni d'abaissement de température. Debout, elle marche difficilement, en faisant de petits pas et en écartant beaucoup les pieds. Il n'y a pas de fièvre.

Des douches de vapeur tous les deux jours et des bains sulfureux tous les deux autres jours sont administrés, et la paraplégie se dissipe peu à peu.

Au 27 mai, l'enfant est mieux, mais elle n'est pas guérie, et on continue le traitement.

OBSERVATION. — *Paralysie variolique.*

Céline M..., âgée de 8 ans, entrée le 28 mars 1870.

Cette enfant vient d'avoir une fièvre muqueuse et une varioloïde guéries il y a quinze jours. Depuis lors, elle ne peut marcher, a une grande faiblesse des membres supérieurs avec engourdissement à droite, et elle n'a aucun trouble visuel ni paralysie du voile du palais. A son entrée, elle est maigre, pâle, sans bruit de souffle à la région précordiale; mais elle a des battements de cœur et peu de souffle carotidien.

Elle marche difficilement, mais n'a pas d'engourdissement. Les membres supérieurs sont faibles, et dans le membre supérieur droit existe un engourdissement et des picotements très-prononcés. La sensibilité est intacte. Un peu de céphalalgie avec plusieurs épistaxis; peu de troubles visuels.

Dans le fond de l'œil, à droite, œdème papillaire rougeâtre qui cache la papille, et les vaisseaux sont peu dilatés. A gauche, la papille est normale, un peu blanche à la partie interne. Il n'y a rien dans les vaisseaux.

Perchlorure de fer, *un* gramme.

Le 6 avril, l'enfant marche beaucoup mieux; elle a encore, dans le membre supérieur droit, un peu de faiblesse avec des picotements. Elle reste pâle, a repris un peu d'embonpoint, mange bien et digère de même.

Pouls régulier, 80.

Exeat le 26 avril. L'enfant est guérie.

En présence de ces faits, le médecin se demandera toujours quelle peut être la nature de ces paralysies.

S'agit-il là d'une de ces paralysies jadis nommées essentielles de l'enfance, que j'ai appelées, dans mon livre, des paralysies *myogéniques*, parce qu'elles ont leur origine dans une atrophie musculaire graisseuse des muscles, ou bien d'une de ces paralysies spinales dues à une lésion chronique de la moelle, ou enfin d'une paralysie de convalescence due à une névrose congestive ou ischémique du centre cérébro-spinal.

L'enfant n'a pas de paralysie myogénique, parce que la paralysie est restée incomplète, sans refroidissement cutané, tandis que, dans cette forme de paralysie de l'enfance, la paralysie est complète du premier coup et ne fait ensuite que diminuer pour se localiser sur un point d'où elle ne peut plus disparaître si elle est mal traitée. De plus, il n'y a pas eu de refroidissement appréciable de la peau. Quant au maintien de la contractilité électrique, comme tout ce qu'on a dit à ce sujet dans les paralysies est entaché d'erreur, il y a longtemps que j'ai dû renoncer à ce moyen d'exploration.

Elle pourrait avoir une paralysie spinale par lésion primitive de la moelle, c'est-à-dire une myélite primitive, et c'est ce qu'on n'eût pas manqué de diagnostiquer avant l'époque où l'on a connu les paralysies de convalescence. Mais l'étiologie s'y oppose; il n'y pas eu de douleur à la région spinale, de barre diaphragmatique produisant l'oppression, ni de phénomène de soubresaut des muscles avec paralysie bien accusée des membres.

Bien que ces deux cas de paralysie ressemblent beaucoup à des paralysies par maladie de la moelle, je crois que si la moelle est affectée, elle ne l'est que secondairement, et qu'il y a dans la maladie un autre élément dont il faut tenir compte. Cet élément, c'est l'anémie, donnant lieu à des troubles de l'innervation vaso-motrice suivis de *congestion* ou d'*ischémie* méningée, cérébro-spinale, d'où la formation des *névroses ischémiques* et *congestives*.

Nos deux malades sont anémiques, et ont, à la base du cœur, en dedans du mamelon, et dans la direction de l'aorte, un bruit de souffle doux qui tient à l'altération hypoglobulique du sang produite par la maladie antérieure.

Elles sont donc dans les conditions de l'anémie par convalescence, qui peut produire les congestions et les ischémies.

Chez les malades qui sont dans l'anémie, on sait, en effet, que des refroidissements et des pâleurs partielles des membres, du tronc ou du visage, que des bouffées de chaleur, également disséminées, attestent un trouble temporaire de l'innervation vaso-motrice, et on en a conclu qu'il en était de même dans les centres nerveux lorsque le cœur s'arrête ou palpite, lorsque des membres s'engourdissent, lorsque la tête tourne par le vertige, lorsque des névralgies, des spasmes et des paralysies se produisent.

On a eu raison. Rien n'est plus logique ni plus sensé que cette manière de voir et d'interpréter les faits que la clinique offre à nos méditations journalières. Il faut en effet déclarer que les paralysies telles qu'on les a observées chez nos deux malades sont sans lésion, ou bien qu'elles ont pour cause un trouble temporaire de la circulation dans la partie atténante du système nerveux. Entre ces deux hypothèses, la dernière est infiniment plus en rapport avec ce que l'on sait du fonctionnement des centres d'innervation. Il suffit de comprimer une grosse artère pour engourdir la pensée par défaut de sang dans l'encéphale. La congestion du cerveau produit les mêmes résultats.

Tout état nerveux qui produit, temporairement, dans la moelle et dans le cerveau, soit une anémie ou une ischémie partielles, soit une congestion limitée, peut donc occasionner l'engourdissement du toucher, l'affaiblissement musculaire ou la paralysie et l'abolition plus ou moins complète des sens. Ainsi s'expliquent les paralysies et les attaques de l'hystérie, certains accès d'épilepsie, certaines syncopes, etc.

Les deux malades que je vous ai fait voir ont donc des paralysies anémiques ayant produit un trouble de la circulation capillaire de la moelle avec paraplégie dans un cas et paralysie des quatre membres dans l'autre. Pour moi, ce trouble est une congestion spinale, et ma raison est que la cérébroscopie m'a permis, à l'aide de l'ophthalmoscope, de voir dans les yeux une hyperémie papillaire qui m'engage à conclure l'existence d'une hyperémie méningée spinale. Cela ne manque pas toutes les fois que la moelle ou ses enveloppes sont malades; il se fait toujours par le grand sympathique une hyperémie de la papille qui peut être assez forte pour rendre cette partie assez confuse, et avec le temps, produire son atrophie.

Chez l'un de ces enfants, il y a une simple hyperémie de la papille, et chez l'autre, une hyperémie infiniment plus forte d'un côté que de l'autre, preuve manifeste de l'existence d'un état pathologique. J'ai dû penser que j'avais à faire à des paralysies par lésion passagère de la moelle, déterminées par l'état chloro-anémique.

Discuterai-je maintenant la question de l'influence d'une rétention de virus variolique ou morbilleux dans le sang jouant un rôle dans la production de ces paralysies? Assurément non. Ce serait du temps perdu. J'ai dit mon opinion à ce sujet, et je n'y reviendrai pas.

Il me paraît bien plus utile d'aborder les questions relatives au traitement. En venant à cette clinique, vous trouverez toujours, à côté de l'élément scientifique du diagnostic et de la nosographie, l'élément professionnel si négligé partout, le plus important pour vous, qui êtes destinés à faire des praticiens.

Il y a deux choses à distinguer dans le traitement des névroses congestives de la moelle épinière, l'une relative au principe même de la maladie, et l'autre à des effets paralytiques, convulsifs, névralgiques, vésaniaques ou spasmodiques. Ici il ne s'agit que d'un effet paralytique.

En ce qui concerne la cause, le traitement doit avoir pour objet de guérir l'anémie.

Dans ce but, j'ai prescrit le perchlorure de fer, *un* gramme par jour, et l'effet a été aussi heureux qu'on pouvait le désirer. On aurait aussi bien pu prescrire le sous-carbonate de fer, *un* gramme par jour; le fer réduit par l'hydrogène à la même dose et de la même façon; le sirop de pyrophosphate de fer; l'oxide de fer soluble, une cuillerée à café dans un demi-verre d'eau, etc.

J'ai également ordonné la tisane avec la décoction de quinquina (*huit* grammes par litre d'eau), ce qu'on peut remplacer par les différents vins de quinquina en usage dans le commerce de la pharmacie.

Pour remplir la seconde indication, qui est d'agir sur les parties paralysées afin d'arrêter l'altération moléculaire des muscles si prompte à se produire chez les enfants, j'ai recours aux frictions avec le baume de Fioraventi, avec de l'essence de lavande ou de thym, avec les liniments ammoniacaux ou térébenthinés. Je prescris des bains salés ou des bains avec le sel de Krentnach, des douches de vapeur matin et soir. Pour cela, il faut avoir un appareil portatif qu'on garde à domicile et qu'on fait fonctionner deux fois par jour pendant une heure, celui que j'ai fait construire par Galante, et que vous avez vu ici, remplit toutes ces conditions. Il donne un jet de vapeur d'un demi-mètre dont le contact rougit et anime fortement la circulation capillaire des parties paralysées. C'est le même appareil qu'il me faut

pour préparer le vaporarium dans lequel je place les sujets atteints de maladies chroniques de la poitrine.

En outre des bains de vapeur, il faut, à part ou concurremment, avoir recours à l'électrisation. Dans les paralysies de l'enfance dues à la convalescence ou aux atrophies granulo-graisseuses, l'emploi de l'électricité fait convenablement est une des choses les plus utiles à employer. La difficulté réside seule dans le mode d'emploi et dans l'espèce de courants à mettre en usage.

On a beaucoup employé les courants d'induction pendant quelques années, avec avantage dans bien des cas, inutilement dans beaucoup d'autres. Ces courants sont très-utiles, d'un emploi commode en raison des appareils portatifs qui les produisent, mais il y a beaucoup mieux à faire au moyen des courants continus.

L'action de ces courants a été surtout mise en évidence par Remack et par son traducteur Morpain il y a quelques années. Depuis lors, quelques médecins ont constaté le fait annoncé que par ces courants on agissait beaucoup plus énergiquement sur la circulation capillaire et sur la nutrition des parties électrisées que par les courants d'induction. Je l'ai constaté dans nos salles à l'aide du grand appareil de 36 éléments que j'ai fait monter et dont vous avez apprécié la force. Je l'ai constaté sur un de mes enfants guéri de cette manière, par le docteur Chéron, d'une paralysie atrophique du deltoïde qui pouvait le rendre infirme. Cela me suffit pour former ma conviction, et je n'hésite pas à vous conseiller de recourir, quand vous le pourrez, aux courants continus, si vous avez des paralysies de l'enfance à traiter par l'électrisation.

DES TENTATIVES DE CONSERVATION DANS LES CAS DE SÉPARATION ACCIDENTELLE DU PAVILLON DE L'OREILLE (1)

Par le Dr BÉRENGER-FÉRAUD,
Médecin principal de la marine impériale.

B. *Cas où la section était complète.*

OBS. I. — *Fait du docteur Magnin* (*Recueil des mémoires de médecine et de chirurgie militaires*, t. VI, 1819, p. 394).

La Halle, chasseur au 3e escadron, reçut le 2 septembre 1819, un coup de sabre sur la partie latérale droite du crâne qui fit une plaie pénétrant jusqu'à l'os, et de la longueur de 3 pouces environ, depuis la partie supérieure du pariétal droit jusqu'au niveau du conduit auditif externe. De là, l'instrument étant relevé coupa entièrement la partie de l'oreille située au-dessus de cette ouverture, et la sépara de la portion inférieure restante. Le docteur Magnin s'occupe d'abord de la plaie de la tête, et arrête le jet d'une artériole; il réunit par première intention les téguments, et s'occupe après de l'oreille détachée. Le blessé voulait qu'on la jetât, mais le chirurgien la mit en place, et l'y maintint à l'aide de deux morceaux d'emplâtre agglutinatif placés l'un en avant, l'autre en arrière. Charpie mollette et pansement légèrement serré.

Le quatrième jour l'oreille ne paraît pas avoir repris, mais le dixième jour, en enlevant les morceaux d'emplâtre, on constate qu'elle est réunie sans suppuration. Le quinzième jour on enlève tout pansement, et l'oreille portant une cicatrice circulaire linéaire, est colorée et sensible comme à l'état normal.

Le docteur Magnin a fait signer, par les membres du conseil d'administration du régiment, une attestation de l'authenticité de ce fait.

OBS. II. — *Laurent*, neveu de Percy (*Bibliothèque médicale*, juillet, 1820, p. 113).

Observation analogue à celle du docteur Magnin.

OBS. III. — *Fait du docteur Manni* (*Filiatre Sebezio*, mai 1834, *Archives générales*, 2e série, t. V, p. 300).

En juin 1833, un meunier, qui s'était rendu la nuit dans une maison publique, reçut un coup de sabre qui lui coupa entièrement l'oreille droite. Avant de partir de la maison il prit l'oreille qui était par terre, et la conserva dans sa poche. Le lendemain, de bonne heure, il alla trouver le médecin et lui présenta l'oreille froide et un peu écrasée. Le médecin lava l'oreille dans un peu d'esprit de vin étendu d'eau, et il rafraîchit d'une ligne les bords de la plaie de la partie restante de l'oreille et de la partie enlevée. Après avoir rapproché bien exactement ces parties, il les maintint à l'aide de 4 points de suture, et fit le pansement avec des bandelettes agglutinatives, des compresses et avec un bandage approprié. Un jour après, on enleva en partie l'appareil, afin de s'assurer si les parties étaient toujours en contact, et on observa que l'endroit de la réunion était rouge. Le malade avait de la fièvre avec de la soif et de la céphalalgie. Au bout de huit jours ces symptômes disparurent, et le pavillon commença à reprendre sa chaleur vitale. L'extrémité lobulaire fut réunie la première, les autres points suppurèrent et des bourgeons charnus se développèrent sur les cartilages. Dans l'espace à peu près d'un mois la guérison était complète. Le malade conserva son oreille droite presque dans le même état que l'oreille gauche, et on ne remarquait pas autre chose dans le lieu de la réunion qu'une cicatrice linéaire elliptique.

OBS. IV. — *Fait de Regnault* (*Gazette salutaire*, 1774, no 26, p. 4. — Velpeau, *médecine opératoire*, t. Ier, p. 617.)

« J'ai été dans le cas de remettre en place toute une oreille externe enlevée par la morsure d'un cheval sans aucune mauvaise suite. »

Continuant à suivre la marche que nous avons adoptée jusqu'ici dans notre étude des diverses tentatives de conservation des organes séparés accidentellement du corps, nous devons maintenant jeter un coup d'œil synthétique sur les observations que nous venons de citer afin d'en tirer les enseignements qu'elles présentent. Et d'abord, remarquons que si nous prêtons foi au dire des observateurs de la seconde série, nous n'aurons pas à discuter pour savoir si nous devons admettre sans conteste les faits de la première. Or, peut-on révoquer en doute l'authenticité des faits de séparation complète que nous venons de citer? La chose me paraît impossible, à moins de se renfermer dans ce système absolu qui nie méthodiquement tout ce qu'il ne voit pas au moment même. En effet, les faits qui appartiennent au docteur Manni, au docteur Magnin sont si clairement exposés qu'on ne saurait admettre qu'il y a la moindre équivoque, et, pour ma part, je n'hésite pas à proclamer qu'il faut absolument croire à leur véracité.

La possibilité de la réunion d'une oreille détachée complétement étant admise, il faut se demander dans quelles conditions cette réunion s'est faite afin de se mettre, le cas échéant, dans les mêmes conditions, autant que possible. Or, nous voyons d'abord que, dans l'observation du docteur Magnin, il s'est écoulé un certain temps entre la blessure et le pansement, puisqu'on s'occupa d'abord d'une plaie à la tête et de l'hémostasie d'une artériole.

Dans celle du docteur Manni, nous voyons qu'il s'est écoulé plusieurs heures, et je crois, d'après l'observation de bien des faits analogues, que cette distance entre la séparation et la réunion, que l'on n'a considérée jusqu'ici que comme le côté merveilleux de l'histoire, a été au contraire une condition importante dans le succès. En effet, je crois que le grand obstacle à la réunion, dans les cas qui nous occupent, est la persistance du suintement sanguin à la surface de la plaie après le pansement, persistance qui fait que les parties sont séparées par une petite couche de sang condamné à mourir et par conséquent formant corps étranger, de sorte que dans les cas où il s'est écoulé plusieurs heures entre la division et la réunion, le saignement de la surface traumatique était étanché, et la continuité a pu s'établir plus facilement entre les organes. Par conséquent, j'estime que, de l'examen des faits, il ressort cette indication capitale qu'il faut que toute exhalation sanguine soit tarie avant le pansement définitif; et les lavages à l'eau tiède d'abord, pour bien faire saigner, puis à l'eau froide, enfin, à l'eau alcoolisée, dans d'assez grandes proportions même, doivent être faits avec une certaine insistance.

D'autre part, la réunion doit être faite avec l'exactitude la plus rigoureuse, et une légère compression, s'ajoutant aux moyens de réunion, rend la coaptation parfaitement solide. Faut-il assurer cette coaptation par la suture, ou bien, partageant plus ou moins la répulsion des chirurgiens des siècles antérieurs pour *la cousture des cartilages*, doit-on se borner aux agglutinatifs?

Je suis d'avis d'employer la suture sans hésitation ; seulement, en nous souvenant que les sutures sont autant de causes de suppuration, et que toute suppuration doit être évitée avec le plus grand soin, je conseille, pour les cas qui nous occupent, d'abord de ne faire que le nombre de sutures rigoureusement nécessaires; en second lieu, de ne comprendre dans ces sutures que la peau et non le fibro-cartilage. Un excellent moyen de compléter l'action de cette suture sera, en outre, de mettre une mince couche de collodion, favorisant la coaptation et empêchant le contact de l'air sur la plaie.

En troisième lieu, la suppuration doit être évitée de toutes les manières pour faciliter le succès de la réunion, de sorte que les pansements à l'eau alcoolisée et à l'eau-de-vie ou au vin chaud me paraissent devoir être préférés aux pansements cératés, et j'estime que le chirurgien doit s'attacher de toutes ses forces à mener le malade à guérison sans qu'il y ait eu sécrétion purulente, car la présence du pus est une des grandes causes d'insuccès dans les cas qui nous occupent.

Dans les observations de réunion de l'oreille, on n'a pas noté la mortification du fibro-cartilage, phénomène qui a son analogue dans la nécrose de la phalange observée si souvent dans les cas de réunion d'un doigt divisé. Ce fait peut-il s'expliquer par la vitalité relative plus grande du fibro-cartilage? Je ne chercherai pas à le discuter, et je me borne à le signaler pour montrer, qu'en somme, cette rareté de la mortification du squelette du pavillon est de nature à nous faire penser que la réunion peut se faire assez facilement, toutes choses égales d'ailleurs.

Pour résumer mon étude en quelques mots, je dirai :

1° Les faits de réunion d'un pavillon de l'oreille complétement détaché sont assez concluants pour justifier désormais les tentatives de conservation dans tous les cas;

2° Il faut attendre la cessation absolue du suintement sanguin avant de faire la réunion, cet écoulement sanguin étant une des causes les plus puissantes d'insuccès, d'après ce que je crois avoir observé dans les cas analogues à ceux qui nous occupent :

3° La coaptation solide et la réunion exacte doivent être faites avec le soin le plus minutieux, car cette condition est importante pour le résultat ;

4° Enfin, le chirurgien doit s'attacher avec le plus grand soin à éviter la suppuration et l'inflammation, causes puissantes et fréquentes de l'insuccès dans les tentatives de réunion des parties accidentellement séparées du corps.

(1) Fin. — Voir le numéro du 21 juin 1870.

EXPÉRIENCES SUR L'ABSORPTION CUTANÉE (1)

par M. le docteur Bloch.

L'imbibition est un fait tellement facile à constater qu'on ne comprend pas comment il peut être mis en doute.

Ainsi, la plupart des matières colorantes pénètrent dans l'épiderme au moindre contact : encre, eau de cochenille, teintures colorées, jus de fruits, etc.

Pour les liquides odorants, l'imbibition est encore plus facilement reconnue.

Tous les médecins savent combien l'odeur est persistante, lorsqu'on a plongé un peu de temps la main dans des liquides puants : caillots anciens, pus de mauvaise nature, etc.

Si on se lave ensuite avec une eau de toilette, la mauvaise odeur reviendra quand la bonne se sera dissipée.

Pour éviter ce retour, il faut baigner longtemps la main dans l'eau de senteur, afin que la peau s'imbibe aussi profondément que dans le premier liquide et laisse neutraliser l'odeur de celui-ci.

La peau s'imbibe d'autant plus :

1° Que le bain est plus long;

2° Que la température est plus élevée, (j'ai expérimenté à 12°, 17°, 35°, 41°);

3° Que la pression atmosphérique est moindre. (J'ai pris un bain local à deux atmosphères, un sous ventouse, un à la pression normale.)

L'imbition gagne en profondeur peu à peu, car :

1° Plus le premier bain est long, plus la coloration est intense après le second;

2° Plus on laisse de temps entre les deux bains, plus il faut que le second soit long pour que la coloration soit obtenue.

Dès lors l'absorption lente et graduelle est déjà presque prouvée, car l'obstacle est à la surface, et cette surface est franchie.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 21 juin 1870. — Présidence de M. WURTZ.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport final de M. le docteur Chantreuil sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Beaumont (département du Nord) ;

2° Un rapport final de M. le docteur Leudet sur une évidence de fièvre typhoïde qui a régné au lycée de Rouen;

3° Un rapport final de M. le docteur Cressant sur une épidémie de variole qui a régné dans la commune de Bourg-d'Hem (Creuse) ;

4° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné pendant l'année 1869 dans l'arrondissement d'Orléans, dans les départements de la Haute-Vienne, de la Somme, de la Dordogne, de l'Ardèche, de la Moselle, de l'Ariége, de Tarn-et-Garonne et de la Charente-Inférieure. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Un mémoire sur une méthode d'assainissement des hôpitaux, par M. Rabot, pharmacien (Commissaires : MM. Vernois et Verneuil) ;

2° Un travail sur les épidémies qui ont régné en 1869 dans l'arrondissement de Pontoise, suivi d'une note sur le vaccin et la vaccine, par M. le docteur Borin (Commission de vaccine) ;

3° Une lettre de M. le docteur Liéger (de Rambervilliers), accompagnant l'envoi de divers travaux à l'appui de sa candidature dans la classe des membres correspondants (Commission des correspondants nationaux);

4° Une lettre de M. le docteur Billod, accompagnant l'envoi d'un pli cacheté (Accepté) ;

5° Une lettre de M. Warlomont (de Bruxelles), contenant des rectifications sur la communication faite dans la dernière séance par M. Jules Guérin. (Commission de vaccine.)

Les ouvrages suivants sont présentés à l'Académie :

A. Par M. TARDIEU, 1° au nom de M. Decaisne, une brochure sur l'usage des machines à coudre et son innocuité au point de vue hygiénique, par M. Larret.

Voici les conclusions de ce travail :

De mes observations recueillies sur 661 ouvrières travaillant à la machine à coudre, je crois pouvoir conclure :

« 1° Les effets du travail à la machine à coudre sur le système locomoteur ne diffèrent en rien de ceux qui sont produits par tout travail musculaire excessif et exerçant principalement certains membres à l'exclusion des autres. En effet, ces douleurs dans les muscles, aux reins, la courbature des cuisses, etc., n'existent pas chez les femmes qui ne travaillent que deux ou trois heures par jour, et disparaissent en général, après un certain temps, chez celles qui travaillent davantage.

« 2° Tout en admettant qu'un travail excessif peut et doit être chez la femme une cause puissante de trouble pour l'estomac, il m'est

(1) Voir la *Gazette des hôpitaux* du 21 mai.

impossible d'accuser la machine à coudre de ces désordres digestifs qu'on rencontre à Paris seize fois sur vingt chez les ouvrières de tous les métiers.

« 3° Si l'on compare, comme je l'ai fait, l'état de l'appareil respiratoire chez les ouvrières à la machine et celui de celles qui travaillent à l'aiguille, on trouve que certaines affections des voies respiratoires, comme la dyspnée par exemple, se rencontrent dans la même proportion chez toutes les ouvrières indistinctement.

« 4° Comme influence sur le système nerveux, on a assigné le bruit que fait la machine. Ce reproche est peu fondé, car s'il est vrai que la trépidation de l'instrument produise un peu de malaise dans le commencement, il est certain aussi, de l'aveu de toutes les ouvrières, qu'elles s'y accoutument bien vite et qu'elle n'a aucun effet sur la santé.

« 5° Sans dire positivement que la machine à coudre soit étrangère à certaines excitations congénitales, j'ai été conduit à admettre que les observations publiées à ce sujet, et la généralisation qu'on a voulu en tirer n'ont aucune valeur. Là encore, et comme je le démontre dans mon travail, le mal a été rarement le fait de la machine à coudre, et presque toujours j'ai trouvé dans des habitudes antérieures, dans la perversion morale ou dans des troubles physiques particuliers, la raison de certaines manœuvres et des excitations auxquelles je fais allusion.

« 6° Une enquête m'a prouvé que les ouvrières mécaniciennes n'étaient pas, comme on l'a prétendu, toutes choses égales d'ailleurs, plus sujettes que les autres ouvrières aux métrorrhagies, aux fausses couches, à la péritonite et à la leucorrhée, et que les faits qu'on invoque ne sont évidemment que de simples coïncidences et le résultat d'un travail au-dessus des forces de la femme.

« 7° S'il était d'ailleurs démontré que certains reproches faits à la machine à coudre peuvent, dans quelques cas particuliers, être fondés, ils n'auraient plus une très-grande importance avec l'usage généralisé aujourd'hui de la vapeur et des divers moteurs inventés depuis quelques années, soit pour les ateliers, soit pour les ouvrières en chambre, et dont le prix tend à baisser chaque jour.

« 8° Pour ce qui regarde les machines ayant la femme comme moteur, les machines à pédales isochrones doivent être préférées à celles à pédales alternatives; on mettra par là les ouvrières à l'abri de toute excitation.

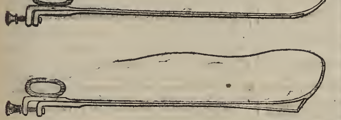
« 9° En somme et pour nous résumer, nous pensons que la machine à coudre ayant la femme pour moteur, quand elle est employée dans des limites raisonnables et sans surmener l'ouvrière, comme on le fait trop souvent, n'a pas plus d'inconvénients pour la santé que le travail à l'aiguille. Ce qui le prouve, c'est qu'il m'a été impossible de constater, sur 28 femmes de 18 à 40 ans travaillant de trois à quatre heures par jour, aucun effet quelconque qu'on pût attribuer à la machine à coudre. »

2° Au nom de M. Armieux, médecin principal de l'armée : *la Topographie médicale de Baréges*; 3° de la part de M. Bérenger-Féraud, une brochure intitulée : *De la dilatation du canal par l'urine elle-même, dans les cas de rétrécissement de l'urètre.*

B. Par M. RICORD : trois brochures de M. le docteur Jacquemet, dont la première a pour titre : *Du phagédénisme*; la deuxième : *Un cas de traumatisme compliqué du crâne sans symptômes pathognomoniques*; et la troisième : *De l'emphysème traumatique.*

C. Par M. DEPAUL, au nom de M. le docteur Poupon, une brochure intitulée : *L'art de ramener la vie à bon marché, de prévenir les inondations et de créer des ressources incalculables.*

M. Jules Béclard présente, au nom de M. Paul Labarthe un *divulseur rétrograde* pour le traitement des rétrécissements de la partie profonde de l'urèthre, construit sur ses indications par MM. Robert et Collin.



Les deux figures ci-jointes représentent l'instrument fermé et ouvert.

M. JULES GUÉRIN, à l'occasion de la lettre de M. Warlomont, déclare qu'il a inséré textuellement, dans la *Gazette médicale*, la lettre qu'il avait reçue de M. Warlomont, et qu'il avait, dans la dernière séance, communiquée à l'Académie de médecine. Il déclare en outre n'avoir rien à changer aux conclusions qu'il a cru devoir en tirer.

ÉLECTIONS

L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection d'un membre associé libre. La commission présente : en première ligne, M. Payen; en deuxième ligne, M. Théophile Roussel; en troisième ligne, M. Brochin. Le nombre des votants étant de 77, la majorité de 39, M. Payen obtient 53 suffrages, M. Roussel 19, M. Brochin 5. En conséquence, M. Payen est proclamé élu membre associé libre.

Discussion sur le vinage.

M. BERGERON. Tout d'abord, je réclame pour mon rapport, comme je l'ai toujours fait, l'indulgence de mes collègues. J'avoue même qu'il est loin de posséder toute la perfection désirable, et qu'il demande à être sérieusement modifié en quelques endroits. Mais je tiens à en affirmer de nouveau les principes. La question qui nous occupe a en effet une grande importance hygiénique; elle touche à des intérêts commerciaux considérables. Il importe donc de ne rien brusquer et de ne rejeter ou de n'accepter mes conclusions qu'avec parfaite connaissance de cause. Encore une fois, je ne veux et n'ai jamais voulu surprendre un vote de l'Académie. Je désire être critiqué, je désire être éclairé, et je vois avec plaisir la discussion contradictoire se développer et s'agrandir.

Étant dans de pareils sentiments, j'ai tout lieu d'être satisfait, car les critiques ne m'ont pas manqué. J'ai même subi de la part de la presse extra-scientifique les attaques les plus vives. Mais d'un autre côté, la presse médicale s'est généralement abstenue de se joindre à cette croisade des feuilles agricoles et financières. Dans cette enceinte, je m'attendais à être combattu par les chimistes, et je l'ai été. Mais je l'ai été surtout par les vétérinaires, et je suis encore à me demander pourquoi? Quant aux médecins, quant aux hygiénistes....

M. BOULEY. Je ne puis comprendre pourquoi M. Bergeron veut faire des catégories parmi les membres de cette Académie. Cela ne s'est jamais vu.

M. LE PRÉSIDENT. M. Bergeron ne peut avoir l'intention de faire des catégories parmi ses collègues.

M. BROCA. Je demande la parole. J'espère que *quoique chirurgien* je pourrais être joint aux *médecins* amis du vinage.

M. BERGERON. Je n'ai voulu blesser personne. J'ai voulu seulement dire que les hygiénistes partageaient généralement mon opinion. On m'a opposé l'avis du comité consultatif d'hygiène. Ce comité comprend des administrateurs, des savants, des chimistes et des médecins. Parmi les médecins, je citerai MM. Lévy et Fauvel. Or, l'un et l'autre étaient bien moins que les chimistes disposés à accepter les conclusions du rapport de M. Lhéritier.

Dans cette enceinte, mes adversaires ont été nombreux, je l'avoue, mais plusieurs d'entre eux n'avaient pas bien compris mon rapport. M. Bouley lui-même, orateur remarquable, et dont je ne nie en aucune façon la compétence, a eu le tort de confondre trop souvent mes opinions avec celles de M. Poggiale, dont elles diffèrent pourtant en plus d'un point. Je discuterai plus à fond à la fin de ce discours les propositions si habilement soutenues par M. Bouley.

M. Chevalier n'est ni pour le rapporteur ni pour M. Bouley. Il est dans un tiers parti assez difficile à définir. Autrefois, il attaquait très-vivement le vinage. Maintenant, il paraît qu'à ses yeux les faits ont changé, et que, grâce à des modifications apportées dans le commerce de l'alcool, le vinage lui semble moins coupable.

M. Bouley a parlé de conciliation. Il l'appelle de tous ses vœux, et je fais de même. J'ajouterai plus : je crois que la conciliation sur cette matière est beaucoup plus facile qu'on ne le suppose généralement.

M. Raynal n'a pas lu mon rapport, avant de l'attaquer. C'est le plus grand reproche que je puisse lui faire.

M. RAYNAL. Je ne l'avais pas.

M. BERGERON. Je le déplore. En ce qui touche l'objet même de la discussion, M. Raynal a soulevé la question du vitalisme : vitaliste, je le suis en ce sens que la vie me semble inimitable par tous les procédés chimiques ou physiques.

Si j'ai nommé le vin *liqueur vivante*, je n'ai pas voulu lui attribuer la plénitude de la vie, mais il faut reconnaître que, depuis la cuve où elle fermente, jusqu'à la bouteille où elle se modifie encore, cette liqueur possède une sorte d'existence. Rassurez-vous, je ne veux pas dire que le vin ait une âme, mais du moins il a un je ne sais quoi que la chimie ne peut ni remplacer ni produire. La nature a encore ses secrets.

M. Raynal ne m'avait pas lu; aussi m'attribue-t-il des choses que je n'ai jamais dites. Il me croit un ennemi irréconciliable du vinage, et pourtant je ne le suis pas. S'il avait lu mon rapport, il aurait pu voir que j'admets même des circonstances où le vinage est utile et en quelque sorte nécessaire.

M. RAYNAL. Permettez-moi de vous lire certains passages de votre rapport.

M. BERGERON. Ce ne sont pas sans doute ceux dont je parle. Ainsi, laissez-moi continuer. M. Raynal m'a aussi appelé protectionniste; je ne le suis pas, bien qu'il y ait des cas dans lesquels toute société bien organisée prend des mesures générales dans l'intérêt commun. Enfin, mon honorable collègue insiste surtout sur la différence qu'il y a entre l'alcoolisme et le vinage. J'avoue que je ne comprends pas cette distinction, trop subtile pour moi. A mes yeux, l'acoolisation, improprement appelée vinage, n'est pas autre chose que l'addition de l'alcool au vin. Aussi, je ne partage en aucune façon l'enthousiasme de M. Bouley pour le mot *vinage*. « Mot profond! » s'écrie M. Bouley. — Habile, oui; profond, non! — répondrai-je; et même, à bien dire, cette expression est tout à fait mal appliquée, puisqu'elle servait à désigner primitivement le coupage opéré entre plusieurs espèces de vins. Ce mot, attribué à l'alcoolisation est donc une véritable tromperie. Dans ce qu'on appelle improprement vinage, il y a alcoolisation utile, indifférente ou nuisible, mais il y a toujours alcoolisation. Pratiquement, M. Raynal a dit que l'alcoolisation était une opération si inoffensive que l'administration hospitalière elle-même l'autorisait. C'est une erreur. L'administration hospitalière n'admet jamais que le coupage pour ses vins, et non le vinage.

M. HUSSON. Ceci est parfaitement exact.

M. RAYNAL. Je démontrerai le contraire.

M. BERGERON. Un point sur lequel mes honorables contradicteurs ne sont pas d'accord, c'est le vinage à la cuve. M. Raynal le repousse, M. Bouley l'accepte, ainsi que M. Thénard. Moi aussi, je l'accepte dans les cas où le vinage est nécessaire pour modifier heureusement l'état d'un vin peu transportable ou trop acide. Cette méthode a beaucoup moins d'inconvénients que le vinage au tonneau.

Vis-à-vis de M. Bouley, je suis dans une position moins tranchée qu'avec M. Raynal, et pourtant je me trouve encore en dissidence avec lui sur quelques questions de principes et sur pas mal de faits.

Et d'abord M. Bouley parle du progrès; il nous traite de colbertistes et nous fait remonter à Colbert. Et bien je me permettrai de lui répondre que lui-même date du déluge. Et en effet, avec le vinage tous les clos sont égaux, puisqu'ils peuvent tous être également modifiés. Il n'y a plus dès lors aucune amélioration utile dans les plans et dans la culture de la vigne, et tout progrès est rendu impossible. Encourager le vinage, c'est encourager la paresse du vigneron. Faire de bons plans, modifier les cépages, voilà en quoi consistent les véritables progrès de la viticulture. Nous voulons donc qu'on cultive, qu'on améliore, qu'on soigne : et qu'on vine le moins possible. C'est le cas de répéter ici une maxime que j'ai vue gravée sur le seuil d'une ferme en Touraine. « Le sol, c'est la patrie, améliorer l'un, c'est servir l'autre. » Aussi ne puis-je partager en aucune façon le *vœu impie* de M. Bouley, qui souhaitait que la chimie pût faire enfin du vin de toutes pièces et se passer de la nature. Le jour où on sera arrivé à ce résultat, les chimistes régneront, il est vrai. Ils seront dieux. Mais combien cela durera-t-il? Bientôt la nature insultée reprendra ses droits, et cette évolution définitive périra d'ennui. D'ailleurs on ferait aussi de la viande et il n'y aurait plus de vétérinaires.

Cependant je ne veux pas prescrire tout à fait le vinage, non. Il y a des cas où cette opération est véritablement utile. Certaines années sont mauvaises. Les vins, ne renfermant pas assez d'alcool, ne sont pas transportables, etc. Il faut viner alors, de préférence dans la cuve même et avec de l'eau-de-vie de raisin. Mais ces réserves une fois faites, je tiens à affirmer que l'alcool ajouté aux vins n'y joue pas du tout le même rôle que l'alcool qui s'y trouvait naturellement. Il suffit pour s'en assurer d'entrer dans la boutique d'un débitant de vin parisien, on y sent de suite une odeur alcoolique qui vous saisit à la gorge, et pourtant ces vins qui se trouvent là ne se trouvent pas survinés; ils ont tous été réduits au degré d'alcoolisation ordinaire des vins naturels. Et puis il y a pour le vin un creuset infaillible : c'est l'estomac. Cette épreuve est presque toujours fatale pour des vins coupés et vinés.

Il y a bien longtemps que l'on vine dans l'Hérault, répond à cela M. Bouley. Quel inconvénient en est-il résulté? Je ferai observer d'abord qu'autrefois on vinait avec le trois-six de Montpellier qui était extrait du raisin lui-même. Or cet alcool-là était bien préférable à l'alcool de pommes de terre et de grain. Et puis regardez autour de vous, dans les villes, cette population anémique et blafarde, le vinage n'est certainement pas l'unique cause de ce dépérissement, mais c'en est une des causes. Beau disait que les trois quarts de la pathologie prenaient leur source dans la dyspepsie. Or le vinage et le coupage des vins ne sont pas pour rien dans l'augmentation de cette dernière affection. On me reproche d'affirmer ici sans preuve et de n'avoir pas fait assez d'expériences, Mais sur qui aurais-je pu les faire? non pas certes sur moi, ni sur mes amis. J'ai pourtant tenté quelques expériences sur des lapins : ils sont tombés foudroyés dès que je leur eus fait avaler le vin alcoolisé.

M. BOULEY. Défaut d'habitude.

M. BERGERON. Les expériences sont donc impossibles sur les animaux que l'alcool tue.

M. COLLIN. Il fallait choisir des chevaux. Les lapins meurent étouffés quand on veut les forcer à boire.

M. BERGERON. Mes lapins ont été foudroyés par l'alcool étendu d'eau, mais ils ne sont pas morts. Je continue.

On a prétendu que le vinage empêchait les progrès de l'alcoolisme dans les masses. Ceci n'est pas exact. En Bourgogne même, où le vin ne manque pas, l'alcoolisme fait des progrès constants. Il faudrait, pour lutter contre le mal, imiter l'Angleterre, faire beaucoup de propagande et des publications à l'infini. A cet égard je ne saurais trop recommander le livre de M. Jules Guyo, qui est un vrai modèle du genre. Il y a là un intérêt de santé publique.

Au reste, le vinage lui-même a pour grand inconvénient de provoquer rapidement l'alcoolisme. Le vin ainsi traité n'est qu'une dilution d'alcool. Ce n'est plus du vin, et l'alcool exerce alors une influence plus directe et plus rapide sur le cerveau et sur le foie.

M. Poggiale se sépare ici de moi. Il ne croit pas à *l'état isolé* de l'alcool dans le vin viné, mais il reconnaît du moins que ce mélange trouble la constitution du vin, ce qui revient au même.

M. POGGIALE. Surtout quand on ajoute de l'eau au vin viné.

M. BERGERON. Au reste, je ne sais trop pourquoi M. Bouley prétend que le vinage est interdit depuis 1865. Il est parfaitement libre. On s'est borné à cette époque à faire cesser une injuste anomalie. Depuis quelques années, sept départements du Midi étaient exempts de la taxe de l'alcool. On les a rétablis dans le droit commun. Si maintenant l'Académie déclare le vinage une opération salutaire et moralisatrice, on réclamera bientôt la même exemption des taxes; et cette exemption est un privilége, il ne faut pas qu'on s'y méprenne. Avant de terminer il importe de relever encore une erreur de M. Bouley, notre éloquent collègue a prétendu que l'alcool était toujours $C^4 H^6 O^2$.

Pratiquement, cet alcool est un véritable mythe. C'est pour cela que nous recommandons toujours l'eau-de-vie de raisin pour les coupages. Car les essences volatiles des eaux-de-vie de pommes de terre et de grain n'ont pas toujours disparu dans les alcools rectifiés du commerce, en outre il y reste certaines substances étrangères, telles que l'alcool amylique.

M. VURTZ. C'est une des essences en question.

M. BERGERON. Je ne le crois pas. D'ailleurs, par elles-mêmes, les essences volatiles de ces eaux-de-vie étant isolées, ne sont pas toxiques. Le principe nuisible est donc ailleurs.

En résumé, nous pensons qu'il faut, tout en rectifiant quelques-unes des conclusions de notre rapport, en conserver l'esprit. Reconnaître la nécessité du vinage dans certains cas, mais ne pas l'approuver comme mesure générale.

La séance est levée à cinq heures et quart.

L'administration de l'Assistance publique a fondé à Berck-sur-Mer (Pas-de-Calais) un hôpital maritime pour le traitement des enfants scrofuleux de Paris.

Après des essais heureux suivis depuis 1861, dans un petit hôpital de cent lits, l'administration s'est occupée de procurer à ses jeunes malades des moyens curatifs en rapport avec les besoins de la population parisienne, et elle a fait édifier sur la plage de Berck un nouvel hôpital de cinq cents lits, parfaitement approprié, que S. M. l'Impératrice a inauguré dans le mois de juillet dernier.

Mais voulant assurer le bienfait du traitement maritime, non-seulement aux enfants pauvres de Paris, mais encore à ceux des familles peu fortunées auxquelles il serait impossible de supporter la dépense d'un séjour à la mer, elle a affecté le petit hôpital à des enfants dont les frais de traitement (1 fr. 80 c. par jour) pourraient lui être remboursés.

Quatre-vingts places sont ainsi mises à la disposition des familles parisiennes qui se trouvent dans le cas prévu, et les vingt autres sont réservées à des enfants scrofuleux des départements du Nord.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1870.

85. Pasquet-Labroue. Des injections sous-cutanées hydriques.
86. Régnault (Paul). De l'hygroma du genou; traitement par la ponction suivie d'injection iodée.
87. Bureau (A). Essai sur l'utilité du seigle ergoté dans les suites de couches.
88. Bourgain (Louis). De l'uréthrotomie externe; son conducteur; procédé du docteur Gouley.
89. Lelandais (Casimir). De l'adénite dans la variole et de sa valeur séméiologique et pronostique.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

PENDANT L'ANNÉE 1870.

16. Thomas (Edouard). Examen des principaux procédés de la restauration de la lèvre inférieure.
17. Maget. Généralités sur le climat du littoral provençal. Son influence sur les gens du Nord.
18. Bourely. Du sang et des nerfs en médecine d'après les données de la physiologie expérimentale.
19. Duhallé. Notes recueillies sur l'établissement pénitentiaire du Maroni (Guyane française).
20. Fabre (Auguste). Luxation de l'avant-bras en arrière.
21. Amouretti. De l'ipéca.
22. Grange. Du tampon et du tamponnement du vagin.
23. Forné. Contribution à la géographie médicale.
24. Husseau. De la paralysie diphthéritique.
25. Damon. De l'arsenic et de son emploi dans le traitement de la phthisie pulmonaire.
26. Martin Élisée. De la chute du rectum.
27. Wollaston. Étude clinique sur les altérations fonctionnelles du conduit du col de l'utérus en état de vacuité.
28. Jean. Considérations sur l'hépatite et les abcès du foie observés au poste de Bakel (Haut-Sénégal).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— La Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse vient de proclamer le résultat du concours pour son grand prix triennal de pharmacie.

Le sujet du concours était : *Des principaux extraits pharmaceutiques et de leurs divers modes de préparation.*

1er prix : M. Lepage, pharmacien à Gisors, une médaille d'or de 200 francs.

2e prix : M. A. Richard, pharmacien à Grenoble, une médaille d'or de 100 francs et le titre de membre correspondant.

Mention honorable : M. J. Lapeyrère, pharmacien de marine à Rochefort, avec le titre de membre correspondant.

— Le docteur Stopin recommencera son cours d'accouchement, manœuvres, polyclinique, le lundi 4 juillet, à son dispensaire n° 6, rue des Quatre-Vents. Les leçons auront lieu tous les jours, sauf les mercredis, à huit heures et demie du soir.

On s'inscrit n° 49, rue de Seine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Leçons sur le traitement des maladies chroniques en général et des affections de la peau en particulier, par l'emploi comparé des eaux minérales de l'hydrothérapie et des moyens pharmaceutiques professés à l'hôpital Saint-Louis, par le docteur Bazin; rédigées et publiées par M. E. Maurel, interne des hôpitaux; revues et approuvées par le professeur. 1 vol. in-8° de 500 pages, cartonné, toile. — Prix : 8 francs.

De l'efficacité des injections iodées dans la cavité de l'utérus pour arrêter les métrorrhagies qui succèdent à la délivrance et de leur action comme moyen préventif de la fièvre puerpérale, par le docteur Dupierres. Brochure in-8°. — Prix : 2 francs.

Mémoires sur le traitement médical et la guérison des affections cancéreuses, par Lucien Massey. Brochure in-8°. — Prix : 1 franc.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

CONFÉRENCE MÉDICALE DE PARIS

Séance du 15 juin 1870. — Présidence de M. CAFFE.

Le procès-verbal de la séance précédente est adopté.

CORRESPONDANCE

M. DALLY, l'un des secrétaires, procède au dépouillement de la correspondance. Elle comprend des mémoires, des notes et des lettres dont suivent des extraits et des analyses.

Épidémies de variole.

M. LOUIS CARADEC (de Brest) envoie un mémoire volumineux sur l'épidémie de variole qui a régné à Brest en 1869.

Ce mémoire contient le relevé complet des observations météorologiques recueillies chaque jour à l'observatoire de la marine de Brest. Les vents du sud-ouest au nord-ouest ont prédominé cette année comme la précédente et, remarque M. Caradec, les résultats diffèrent ici de ceux signalés par M. Tardieu. Ailleurs, à propos de l'ozone, M. Caradec s'exprime ainsi :

On a déjà découvert l'ozone. On a voulu lui faire jouer un rôle très-important dans la venue des épidémies; mais l'expérience et le temps n'ont pas confirmé les brillantes promesses que l'humanité attendait comme le Messie. L'inconnue est toujours à chercher, et nous attendrons encore bien longtemps peut-être l'heureux mortel qui nous découvrira l'*x* ou l'*y* de l'équation qu'il s'agit de résoudre. Dans ces graves problèmes, ce que nous voulons, ce que nous appelons de tous nos vœux, c'est la modestie jointe à la probité scientifique qui s'abstient de donner comme vrai ce qu'aucun fait n'établit d'une manière authentique. Agir ainsi, c'est rechercher une vaine gloire; c'est abaisser la profession médicale et nuire aux progrès des sciences.

Des tableaux : 1° de la mortalité dans la ville de Brest, à partir de l'année 1853 ; 2° des décès varioliques, répartis mois par mois, avec indication des conditions météorologiques correspondantes; 3° des entrées de varioleux dans les divers hôpitaux de la ville, et de nombreux renseignements sur l'état sanitaire de la ville de Brest sont annexés à ce mémoire, dont voici quelques courts extraits :

L'état du ciel ne nous paraît pas avoir eu une influence prédominante sur l'apparition de l'épidémie. En 1855, l'épidémie de variole (*Voir* le tableau comparatif météorologique de 1856 et 1869) fut très-bénigne à Brest. Si elle a pris du développement sur l'escadre, cela tient à ce que l'équipage de chaque bâtiment était composé d'hommes qui avaient quitté leur pays depuis peu, qui s'étaient livrés à des excès de tous genres, dont le corps était surmené par de rudes exercices, et qui, entassés dans un entrepont ou une batterie mal aérée la nuit, soumis à un sommeil trop peu réparateur, par suite des exigences du service, offraient des conditions favorables à l'apparition d'un mal déjà à l'état d'incubation dans l'organisme....

A la fin de novembre 1869, le vaisseau-école d'application, *le Jean-Bart*, rentre au port de Brest avec une épidémie de variole qui avait commencé aux Açores. Le commandant n'en continua pas moins sa route pour Gorée, mais sous l'influence de la chaleur tropicale, de l'air saturé d'humidité que l'on respire à bord de tout bâtiment, la maladie progressa. Le commandant fit route pour Brest et débarqua plusieurs malades qui furent dirigés sur l'hôpital. Tout le personnel fut vacciné, le bâtiment soumis à des fumigations réitérées, et les mesures hygiéniques prises par les médecins de la marine furent couronnées d'un tel succès, qu'à partir de ce moment, l'épidémie ne reparut plus à bord....

Les revaccinations de bras à bras sont les seules employées à Brest (notre confrère Carot, après avoir inoculé avec succès du vaccin à une génisse, s'est servi de ce nouveau virus pour ses clients, mais ses résultats ont été négatifs); elles ont été employées sur les troupes de toutes armes, et l'état des malades entrés à l'hôpital de la marine, montre le peu de varioleux que l'on a eu à traiter. La garnison de Brest, y compris les matelots des bâtiments, les pupilles, etc., est de plus de 6,000 hommes ; la division des équipages de ligne varie de 2,500 à 6,000 hommes ; à cela, il faudrait ajouter les ouvriers du port, qui comptent aujourd'hui plus de 6,000 hommes, lesquels ont droit à l'hôpital, seulement nous ferons observer que la plupart n'en profitent pas. Partout les revaccinations de bras à bras ont réussi à arrêter la variole, et c'est à cette sage précaution que la ville de Brest est redevable d'avoir payé un si faible tribut à l'épidémie (moins de 500 décès).

Sans doute il est des cas où la variole a reparu après la vaccination, mais devons nous en accuser le vaccin ou notre propre incurie. Le vaccin est tout à fait étranger à l'apparition de la variole ; le fait qui s'est passé tient à ce que l'on n'a inoculé que du sérum. Il s'est développé alors des boutons blancs, opaques, remplis de pus, mais non ces pustules ombiliquées, argentinées et caractéristiques du bon vaccin. Voilà ce qui a causé le mécompte, ce qui a fait jeter le cri d'alarme et accuser le vaccin d'avoir fait son temps.

Depuis trente-deux ans que nous fréquentons les hôpitaux, que nous faisons de la médecine, nous n'avons jamais eu à constater chez nos malades un seul cas de syphilis produit par le virus-vaccin. Cependant si le germe est réellement bon, le virus syphilitique devra se développer et contaminer tous ceux qui offrent un terrain bien préparé à le recevoir. Comment donc ne l'avons-nous jamais remarqué, comment expliquer cette exception dans nos ports maritimes surtout, où par suite des mouvements incessants de la population, des départs et arrivées des marins, la vérole fait chaque jour d'effrayants ravages. Ici, c'est un mari qui rapporte la syphilis à sa femme, là c'est une nourrice qui la communique à l'enfant confié à ses soins. Ces enfants qui naîtront avec la syphilis ou qui l'auront reçu de leur nourrice n'en seront pas moins vaccinés avec la même lancette, n'en fourniront pas moins du vaccin à d'autres enfants; car rappelons-nous, messieurs, que les médecins ne sont pas seuls chargés de cette opération. Eh bien ! Ces vaccinifères syphilitiques ne transmettent pas la syphilis, c'est que pour nous, un virus inoculé ne peut se reproduire que sous la même forme, si vous l'inoculez sur un individu, un être de la même famille. Ce fait a été remarqué par bien des observateurs, ainsi à la page 27 de la *Topographie médicale* de la ville de Saint-Claude (département du Jura), M. Guichard déclare qu'après avoir vacciné et revacciné pendant cinquante ans, dans les arrondissements de Saint-Claude et de Nantua, son père et lui n'ont vu survenir aucun cas de syphilis sur 21,000 personnes qu'ils ont vaccinées.

Nous voulons bien admettre que l'inoculation de la sérosité, du sang, de la salive provenant d'un individu porteur de chancres puisse communiquer la syphilis, mais si l'instrument ne dépose que le virus-vaccin, il produira toujours des pustules vaccinales....

Qu'il nous soit permis de citer un fait qui vient de se passer à la caserne du Château, et que nous devons à l'obligeance du médecin-major du 70e régiment de ligne. Tous les hommes arrivés au corps ont été revaccinés, et à part un seul tous ont été préservés de la variole. Ce militaire venait d'être vacciné, lorsqu'il eut la malencontreuse idée d'aller coucher avec une fille publique, atteinte de variole déjà arrivée à la période suppurative. Il n'en fallut pas d'avantage pour l'infecter, aussi fut-il pris quelques jours après de variole grave, affection à laquelle il succomba.

La variole existait évidemment chez cet homme à l'état d'incubation, et il n'a fallu qu'une prédisposition et l'absorption des miasmes auxquels il a été soumis en passant la nuit avee cette fille pour faire naître la maladie.

M. DE GOESBRIAND, de Haugmeur (Finistère). Voici maintenant les observations que j'ai pu faire, pendant la durée de l'épidémie, sur 1,800 personnes vaccinées, 6 ont ressenti une légère atteinte de la maladie ; l'une, après avoir soigné pendant trois semaines 4 cousins germains non vaccinés, qui tous sont morts, a gardé le lit deux jours seulement, n'a eu que quelques légers boutons. Les 5 autres, ébulition à peine apparente.

Le vaccin a toujours réussi sur les femmes enceintes et les nourrices, moins bien sur les jeunes filles et les jeunes gens de 18 à 25 ans.

M. LE Dr DAGAUD (d'Albi, Haute-Savoie) adresse des observations sur les épidémies de variole qui ont sévi sur le canton d'Albi, situé sur un plateau de 470 mètres d'altitude. Il constate tout d'abord, que depuis l'introduction de la vaccine les épidémies de variole, autrefois fréquentes et meurtrières, étaient devenues rares ; on n'en a compté que trois de 1806 à 1864. Cependant la varioloïde et la varicelle y sont très-fréquentes. En 1864, un jeune homme de 23 ans non vacciné arrive de Paris où régnait la variole et où douze jours avant son départ il avait été visiter un jeune homme atteint de cette maladie ; en arrivant chez ses parents cet homme se met au lit et le lendemain l'éruption purulente se manifestait. Trois jours après un nouveau cas se déclare chez un individu vacciné qui avait soigné le premier. Le mois suivant 10 familles, voisines des premières, sont atteintes et 10 individus ont la variole ; en novembre, 18 cas ; en décembre, 11 cas. En janvier l'épidémie disparaît après avoir atteint 41 individus et fait 4 victimes parmi les enfants non vaccinés. Au total le village de la Troppez où a débuté l'épidémie a vu 24 familles sur 52 être atteintes ; ces 24 familles étaient composées de 132 individus dont 113 étaient vaccinés, 19 ne l'étaient pas ; ces 19 ont tous eu la variole et c'est parmi ces 19 que la maladie a frappé de mort 4 victimes. Les 23 vaccinés qui ont été atteints ont tous guéri ; la durée moyenne de la maladie a été de 16 jours, elle a été de 31 jours chez les non vaccinés. Enfin, les non vaccinés ont tous été atteints les premiers de leur famille.

Ici M. le docteur Dagaud relate les précautions sanitaires qu'il prend dans la commune de Cusy et dans celle d'Albi où 4 cas de varioloïde s'étaient montrés. Malgré ces précautions, du 10 janvier au 8 avril, l'épidémie parcourt tous les villages du canton et débute constamment par des sujets non vaccinés et, pendant deux ans, suit une marche contagieuse parfaitement tracée dans le mémoire.

A la fin du mois de décembre, dit M. Dagaud, je pus croire l'épidémie terminée, il n'y avait plus de malades à la Troppez, et il n'y en avait pas encore dans les villages voisins, quand du 10 au 20 janvier, deux nouveaux cas de variole apparaissent au village des Massettes, voisin de celui de la Troppez, et un au village des Rey, qui en est fort éloigné. Ces trois cas surviennent chez des sujets non vaccinés. Du 10 janvier au 8 avril 1861, l'épidémie parcourt tous les hameaux de la commune de Cusy, elle atteint 28 sujets, dont 24 avaient été vaccinés et 4 n'avaient pas été vaccinés. Des 4 non vaccinés, 2 sont morts et deux ont été gravement malades. Chez les vaccinés la durée moyenne de la maladie a été de 16 à 18 jours. Plusieurs ont présenté au début des symptômes graves, mais de courte durée. 4 vaccinés atteints ont eu la face gravée par les cicatrices de la variole. Sur les 24 vaccinés atteints par l'épidémie, 3 avaient moins de 12 ans, 8 avaient de 12 à 20 ans, 11 de 20 à 30 ans, et 2 de 30 à 40 ans.

Au commencement du mois de juin, l'épidémie de variole avait disparu de la commune de Cusy, pour ne plus y revenir. Mais les communes voisines de Cusy, du département de la Savoie, Saint-Ours et les Saint-Offenge se trouvaient atteintes, et l'épidémie marche, de commune en commune, par le nord du canton d'Aix jusqu'à Chambéry, où elle sévit en décembre 1865 ; puis elle revient sur ses pas, en suivant les communes situées au sud du canton d'Aix, d'où elle pénètre dans le canton d'Albans, au commencement de l'année 1866 ; et de la commune d'Albans, elle s'introduit dans la commune de Saint-Félix, du canton d'Albi, qui lui est limitrophe ; elle sévit dans cette commune pendant les mois de février et de mars 1866.

Le premier sujet atteint avait puisé le germe de sa maladie auprès d'un varioleux, à Alhans, et, pendant un mois, l'on a pu suivre la filiation de tous les cas survenus de maison à maison et de village à village.

Au commencement du mois d'avril, la femme du maire de Chainaz va faire une visite à une femme atteinte de la variole à Saint-Félix ; huit jours après cette visite, elle est prise elle-même de la variole, qui sévit d'abord sur les membres de sa famille, et de là s'irradie sur toute la commune. A la même époque, une femme de Marigny, originaire de Saint-Félix, qui était venue visiter ses parents varioleux, gagne la maladie et la transporte à Marigny. Une femme varioleuse étant décédée à Saint-Félix, on confie l'enfant qu'elle allaitait à une nourrice d'Albi ; cet enfant est bientôt atteint de la variole et la communique à la famille de sa nourrice, sans que l'épidémie s'étende à la commune d'Albi. L'épidémie continue à sévir sur les communes de Saint-Félix, de Chainaz, de de Marigny et d'Héry jusqu'au mois de juillet ; à cette date, elle disparaît définitivement du canton d'Albi, pour continuer sa marche, toujours de commune à commune, dans le canton de Rumilly.

Pendant les cinq mois qu'a duré l'épidémie dans les communes de Saint-Félix, Chainaz, Marigny et Héry, d'une population totale de 2,692 habitants, presque tous vaccinés, elle a atteint 127 individus, dont 117 étaient vaccinés, et 14 n'étaient pas vaccinés ; elle a gravé ou laissé des infirmités à 32 individus, dont 23 vaccinés et 9 non vaccinés ; 5 sujets atteints sont morts, 4 non vaccinés et 1 vacciné : c'est de 15 à 40 ans que le nombre des sujets vaccinés atteints par la variole est le plus considérable.

De 0 à 5 ans.....	11	atteints,	3	vaccinés,	8	non vaccinés.
De 5 à 10 ans.....	13	—	12	—	1	—
De 10 à 15 ans.....	17	—	16	—	1	—
De 15 à 20 ans.....	21	—	21	—	0	—
De 20 à 30 ans.....	41	—	41	—	0	—
Au-dessus de 30 ans.	24	—	20	—	4	—

Il est à noter que dans les communes atteintes, tous les originaires de ces communes étaient vaccinés ; les étrangers seuls ne l'étaient pas.

Pendant le cours de cette épidémie, j'ai pratiqué un grand nombre de revaccinations : un sixième de ces revaccinations a produit de la bonne et belle vaccine, deux sixièmes ont produit des boutons de fausse vaccine, et trois sixièmes n'ont rien produit du tout. Cependant, est-ce là un simple hasard ? j'ai constaté qu'aucun individu revacciné n'avait été atteint par l'épidémie, soit que la revaccination eût réussi, soit qu'elle n'eût pas réussi. Le sujet réfractaire à la revaccination serait, paraît-il, réfractaire également à la variole.

Nous avons en outre fait une remarque qui paraît en contradiction avec ce qui a été observé jusqu'à ce jour, c'est que très-peu d'enfants au-dessous de six mois, quoique non vaccinés, ont été atteints par la variole. Serait-ce là un fait exceptionnel et propre seulement à cette épidémie ?

M. TOUSSAINT (de Saint-Jean-de-Luz). L'épidémie a débuté ici le 2 décembre 1869 et s'est éteinte le 10 avril de cette année. La ville était déjà menacée avant l'apparition du premier cas, puisque la variole faisait des ravages à San Sébastian et dans quelques villages espagnols. De plus, elle s'était déclarée au commencement du mois de septembre à Bidart, commune sise entre Bayonne et Saint-Jean-de-Luz, et distante de 8 kilomètres de notre ville. Un jeune mousse venu de Rochefort, atteint de varioloïde le troisième jour de son arrivée, devait être le foyer d'infection de cette malheureuse commune. Je prévins le curé, le vicaire, l'instituteur, que ce simple cas de varioloïde pouvait donner naissance à une épidémie de variole, et que leur devoir était de prévenir les habitants de se faire vacciner au plus tôt.

J'arrivai trois jours après muni de vaccin. Je vaccinai deux enfants de six mois, qui devaient servir à propager le virus; mais sur une population de 1,500 âmes, 40 à peine se rendirent à l'appel.

La population persista à se montrer rebelle, et elle fut décimée par la maladie. Ce que voyant, j'essayai de vacciner notre ville avant l'arrivée du fléau. Peine inutile, ne voyant pas l'ennemi, on ne voulut pas se mettre sur la défensive.

Après l'apparition du premier cas, l'alarme est jetée. Malheureusement ce fut un des cas les plus graves, les personnes qui habitaient ce quartier furent presque toutes atteintes; 80 en deux jours. On demande alors du vaccin à grands cris, plusieurs personnes se font vaccinées, et quelques jours après elles étaient atteintes; elles s'étaient présentées ayant déjà le germe. Alors refroidissement général. Horreur profonde pour le vaccin qui donne naissance à la petite vérole. Anathème sur les médecins qui vaccinent dans le but unique de se *tailler de la besogne* (*sic*). Cependant la première terreur passée, on revint un peu sur le premier mouvement, et les vaccinations et les revaccinations se pratiquèrent en assez grand nombre.

Sur 125 malades, j'ai eu 27 morts. Sur ces 27, aucun n'avait été vacciné. Ils se décomposent ainsi:

7 enfants de 3 à 9 mois, *variole confluente*.

8 enfants de 3 à 11 ans, *variole confluente*.

6 de 18 à 45 ans, *variole confluente*.

5 femmes de 16 à 50 ans de *variole hémorrhagique*.

1 femme de 31 ans, enceinte de 6 mois, accoucha trois heures avant la mort.

(Sur les 7 enfants décédés, je dois en compter 3 vaccinés avec le germe de la maladie : 1 de 6 mois, 1 de 7 mois, 1 de 3 ans).

Sur les 98 guérisons, il y avait :

7 enfants de 2 à 6 ans, non vaccinés : 5 eurent une *variole confluente*; 2 une *variole discrète*.

5 enfants de 4 à 8 ans, vaccinés avec le germe : 3 *varioles confluentes*, 2 *discrètes*.

50 de 60 à 74 ans eurent la *varioloïde*.

10 de 8 à 30 ans eurent une *variole confluente*.

21 de 18 à 45 ans, eurent une *variole discrète*.

1 femme de 72 ans eut une *variole confluente* avec *hémorrhagie rectale*.

1 fille de 35 ans eut une *varioloïde confluente* avec *hémorrhagie utérine*.

1 fille de 14 ans eut une *variole confluente* avec *hémorrhagie buccale et nasale*.

1 femme de 33 ans eut une *varioloïde confluente; enceinte de 4 mois*, elle n'avorta pas.

1 femme de 32 ans, atteinte d'abord de varioloïde légère, prise pendant sa convalescence de symptômes graves, et vingt jours après le début de la première éruption une variole très-confluente. Notons que l'été dernier j'avais observé chez un enfant de cette femme une récidive de *rougeole* au bout de 25 jours.

Il a été observé en ville deux autres cas semblables au mien. D'abord varioloïde, puis variole très-grave. Tous les trois étaient vaccinés.

J'ai fait 615 vaccinations, dont 435 revaccinations.

Sur ces 435 revaccinations, 362 succès, 73 insuccès.

Sur les 180 vaccinations, 168 succès, 12 insuccès. Sur ces 12, 4 eurent une varioloïde légère, 5 n'eurent rien; j'ai perdu de vue les 3 autres.

En général, la vaccine a protégé depuis le premier âge jusqu'à 8 ou 10 ans. J'ai remarqué quelquefois une varioloïde et même une variole confluente sur des enfants de 3 à 5 ans, porteurs de belles cicatrices vaccinales. C'est pour ce motif que, durant l'épidémie, j'ai vacciné toutes les personnes qui se présentaient à moi, sans distinction d'âge.

On a observé plusieurs récidives de variole, quelques-uns sont morts après avoir eu déjà la maladie, mais ceux-là n'avaient jamais été vaccinés.

Bien que mes chiffres ne soient pas très-forts, ils parlent assez haut en faveur du vaccin comme préservatif de la variole. Je n'ai pas expérimenté le cow-pox. Je crois qu'en temps d'épidémie, il vaut mieux s'en rapporter aux choses connues qui ont fait leurs preuves, que d'aller courir après l'incertain, on évitera ainsi beaucoup d'insuccès.

Il ne m'a pas toujours été donné de connaître la source de la contagion; je puis affirmer que plusieurs personnes ont été atteintes sans avoir jamais été en rapport avec des varioleux. J'ai observé que le moment le plus favorable à la contagion était celui de la période de dessication des pustules, alors que celles-ci desséchées abandonnent ces pellicules tenus, qui vont là où le vent les pousse, où les personnes les transportent. Nous devons être, nous médecins, bien souvent la cause innocente de ce mode de contagion.

J'ai observé, durant l'épidémie, beaucoup de cas de rougeole, de scarlatine, quelquefois avec les symptômes de la variole. On n'a pas vu pendant ces quatre mois, dans les localités où régnait la maladie, un seul cas de fièvre typhoïde. Il y en avait eu un certain nombre deux mois avant.

Comme thérapeutique, je n'en ai pas fait, je me suis contenté de traiter les complications. L'eau froide est l'agent qui m'a le mieux réussi dans les hémorrhagies; j'employai en même temps les toniques sous toutes les formes.

L'acide phénique que j'ai essayé dans les derniers mois de la maladie, ne m'a donné aucun résultat. Je n'ai pas observé qu'il ait eu le pouvoir de diminuer la fièvre de suppuration.

Variole et vaccine concomittante.

M. BOURGOGNE (de Condé) :

Palmyre B..., âgée de 23 ans, ménagère, domiciliée à Fresnes (Nord), jouissant d'une excellente santé, d'une bonne constitution, va, le 20 mai 1869, rendre visite à une amie, atteinte depuis quelque temps d'une variole confluente. Mais, saisie d'horreur à la vue de cette figure déformée par des plaies hideuses, recouvertes de croûtes noirâtres le tout exhalant une odeur repoussante, elle se hâte de prendre congé de la malade, se promettant bien lors de son retour d'Anzin, où elle devait séjourner deux ou trois jours, de se faire vacciner, afin de se soustraire à une pareille calamité.

De plus, Palmyre a un enfant; et que dirait l'amoureux absent en ce moment, s'il retrouvait sa fiancée, naguère si fraîche et si jolie, portant sur la face les stigmates de cette dégoûtante maladie?

Le 23 mai, elle s'empresse, dès son arrivée à Fresnes, de se faire vacciner : 4 piqûres sont pratiquées sur le bras droit avec une lancette imprégnée d'un excellent vaccin, et 4 pustules magnifiques, suivant leur évolution normale, fournissent, neuf jours après l'inoculation, un vaccin abondant où chacun s'empresse de venir puiser, Douze personnes de tout âge se font vacciner, et chez toutes le succès est complet.

Tout allait à ravir, quand le 1er juin, notre jeune fille est prise subitement de frissons, de nausées, de crachotements, avec lombago, pesanteur de tête, etc.

Mandé le lendemain, je n'hésite pas à confier à sa famille que je craignais l'apparition d'une variole, cette affection règnant depuis quelques mois dans le village.

C'est alors qu'on m'objecte la vaccination pratiquée 12 jours auparavant, le tout accompagné des détails que je viens de relater.

Comme je ne paraissais pas complétement convaincu, on m'exhibe le bras sur lequel je vis parfaitement les 4 pistules.

En attendant les événements : Des compresses d'eau fraîche sur le front, — de l'orangeade, — quelques lavements émollients, — des cataplasmes sinapisés et la diète : Tels furent les moyens prescrits jusqu'au lendemain.

Le 2 *juin*, je vois la malade; mais la scène avait complétement changé; il n'y avait plus d'illusions à se faire : de nombreuses tâches rosées apparaissaient sur les diverses parties du corps; et la famille qui, la veille encore, était complétement rassurée, commença à me donner raison.

Au surplus, le lendemain le diagnostic ne laissait plus aucun doute dans l'esprit de personne : l'éruption papuleuse apparut suivie bientôt de vésicules qui se transformèrent à leur tour en pustules grossies, confluentes, principalement sur la face.

Le traitement fut des plus simples : Boissons émollientes, — potions répétées d'eau de mauve sur la figure, surtout sur les paupières, les fosses nasales et les lèvres, — gargarismes adoucissants, — linge changé chaque jour, — température de la chambre maintenue à un dégré convenable pour permettre à l'éruption de se produire dans les conditions les plus favorables possibles, — Aération bien ménagée de l'appartement, etc.

Lorsque les pustules furent parvenues à un dégré de suppuration convenable, j'ouvris à l'aide d'une lancette toutes celles qui siégeaient sur la face, et avec une éponge imbibée d'eau de mauve, le pus en fut exprimé par des pressions ménagées avec soin, et répétées plusieurs fois par jour. Le soir, une onction était faite sur la même région avec un mélange composé de pommade aux concombres, de glycérine et d'un peu de teinture de Benjoin. Une parente se chargea de répéter la même opération sur les différentes parties du corps, et par ce procédé, nous obtînmes une guérison prompte : quant à la figure, elle ne conserva que quelques traces insignifiantes de la variole.

Le régime se composa d'abord de bouillon de veau, puis de bouillon gras, auxquels on ajouta du tapioca, de potages au lait, puis d'œufs à la coque.

Un état saburral fut balayé par une limonade de Rogé.

L'état de la gorge réclama l'usage d'un gargarisme astringent.

Puis, enfin, un grand bain fut prescrit pour enlever les impuretés adhérentes à la surface du corps.

Le tout fut terminé par une potion au quinquina, chargée de reconforter l'organisme. — Régime tonique.

Cette observation est curieuse à plus d'un titre, et elle vient de confirmer une fois de plus ce qu'avaient constaté d'autres observateurs :

1° L'empoisonnement variolique, à l'état *latent*, n'empêche pas le virus vaccinal inoculé de produire son effet.

2° Et ce nouveau vaccin, recueilli à l'aide d'une lancette, et inoculé à des personnes indemnes de toute souillure variolique, est suivi de résultats aussi satisfaisants que s'il était puisé à la source la plus pure.

L'essentiel dans le cas, qui nous occupe est de ne pas permettre à l'instrument piquant d'aller puiser, au delà des limites de la pustule, des éléments d'infection variolique dans le sang du sujet empoisonné.

M. Bourgogne termine cette lettre par quelques réflexions sur l'efficacité du tannate de quinine, employé par lui comme traitement abortif dans deux cas de varioloïde.

Traitement de la variole.

M. CARON écrit que son intention n'avait pas été spécialement d'attaquer la vaccine, mais de préconiser un mode de traitement contre la variole.

M. PARISEL. Voici ma formule :

Alcali volatil (suivant le sexe et la force)...	1 à 1.50
Sirop de menthe........................	35
Eau de tilleul..........................	100
F. S. A.	

Employée au début de la maladie, après un émétique et concurremment avec des compresses locales d'alcali faible ou applications de collodion élastique, elle constitue un traitement qui fait complétement avorter la maladie. J'en ai plusieurs remarquables exemples. Quand le médecin est appelé trop tard, que les boutons sont tout à fait parus, elle diminue extrêmement l'intensité et hâte la convalescence.

M. ARNAYE adresse quelques réflexions théoriques sur le traitement de la variole par l'acide phénique.

Vaccin de génisse et vaccin d'enfant.

M. DUROZIEZ. La vaccination animale a rendu et rendra des services.

Sur 145 enfants que j'ai vaccinés sur la génisse pour la première fois, j'ai eu 5 insuccès, c'est-à-dire 1 sur 29. Les insuccès disparaissent à une seconde incubation.

Pour les revaccinations, j'ai réussi, dans le tiers des cas, 9 fois sur 25.

Ces résultats approchent de ceux fournis par la vaccination de bras à bras.

Les insuccès arrivent au moment des nombreuses vaccinations, au mois de mai, et non en hiver.

Je n'ai plus reconnu la vaccine animale pendant cette dernière épidémie.

Un enfant de 1 mois n'a eu qu'un bouton sur deux piqûres.

Sur un autre enfant de 3 semaines, le résultat a été nul. Il est vrai de dire que, dans ce cas, avec du vaccin d'enfant sur plaque ou sur lancette, je n'ai rien obtenu. Le succès n'a eu lieu que de bras à bras.

Sur 20 personnes revaccinées sur la génisse, je n'ai obtenu que 2 ou 3 succès, encore n'y a-t-il eu qu'une pustule sur 6 piqûres; mais, dans la plupart des autres cas, il y a eu manifestation du vaccin sous la forme de papules plus ou moins développées. Le résultat n'a donc pas été complétement nul.

Le vaccin d'enfant sur lancette, employé sur 8 personnes que je revaccinais, a fourni 2 succès, à savoir : chez une dame de 50 ans et sur une enfant de 2 ans, déjà vaccinée quelque temps après sa naissance, sur la génisse, qui n'avait produit qu'une pustule de mauvais aloi. C'était au mois de mai, mois où les vaccinations sont le plus nombreuses.

Le vaccin d'enfant en tubes a fourni de la fausse vaccine avec point central liquide chez une dame revaccinée sans aucun résultat quelques mois auparavant sur la génisse. Chez un homme de 45 ans, il a produit deux pustules d'ecthyma avec angiolcacite. Enfin, résultat complétement nul chez un homme de 48 ans.

En somme, après avoir été partisan très-déclaré de la vaccine animale, j'avoue y avoir renoncé dans ces derniers temps, tout décidé à y revenir, mais averti.

La vaccination animale est acquise à la pratique, et, pour ma part, je reconnais le service rendu par MM. Lanoix et Chambon, deux noms que l'on ne devrait pas séparer.

M. MOUSTEU. Au début de l'épidémie, j'ai vacciné avec du vaccin de génisse, pris en tubes chez M. Lanoix, 4 enfants, sans résultat.

Plus tard, j'ai vacciné une deuxième fois un de ces enfants sur la génisse qui avait été conduite chez un de mes clients, et avec laquelle j'ai pratiqué 8 revaccinations. Je n'ai encore obtenu aucun résultat.

J'ai renoncé dès lors à employer le vaccin de génisse et me suis procuré des enfants vaccinifères.

A partir de ce moment, toutes mes vaccinations au nombre de 16, ont réussi.

Et les revaccinations, au nombre de 100, m'ont donné un tiers de succès, surtout lorsque je me suis servi du vaccin au septième jour.

Je dois ajouter qu'une jeune fille de 18 ans, revaccinée sans résultat avec la génisse de M. Lanoix, a eu, un mois après, une varioloïde confluente.

M. CHALAGNOUX (de Saint-Vrain). — Sur 61 vaccinations que j'ai pratiquées en mai 1870, j'ai eu :

1° Par le vaccin en tubes, sur 26 personnes, — 2 vaccinations, 3 vaccinoïdes;

2° Par le vaccin en plaques, sur 25 personnes, — 1 vaccination, 2 vaccinoïdes;

3° De bras à bras, sur 10 personnes, — 8 vaccinations.

Voici maintenant l'âge des personnes qui ont été vaccinées avec succès :

1° Enfant de 1 an, — tube;

2° Fille de 16 ans, — tube;

3° Femme de 40 ans, — plaque;

4° Enfant de 1 an, déjà vacciné deux fois sans succès par du vaccin en tubes, — de bras à bras;

5° Fille de 28 ans, vaccinée une fois sans succès par du vaccin en plaques, — de bras à bras;

6° Enfant de 4 mois, vaccinée une fois sans succès par du vaccin en plaque, — de bras à bras;

7° Femme de 35 ans, 8° enfant de 4 mois, 9° fille de 12 ans, 10° fille de 5 mois, 11° enfant de 3 mois, — de bras à bras.

Le peu d'importance de ma statistique, eu égard au nombre de vaccinations que j'ai pratiquées, ne me permet pas de donner hautement mon opinion. Seulement, je crois que, de toutes les méthodes de vaccination, la meilleure est celle qui peut se faire de bras à bras.

Mme CHEVREL, sage-femme. Voici le résultat des vaccinations et revaccinations faites chez moi d'avril à mai 1870 avec du vaccin de génisse que m'a fourni le docteur Lanoix.

Sur 22 enfants : 21 vaccines légitimes, 1 sans pustule.

Sur 70 revaccinations : 51 vaccines légitimes; 19 sans pustule.

Mme BACAUD-DELAPORTE, sage-femme. Depuis le mois de janvier dernier, j'ai vacciné *environ* 350 *enfants* qui ne l'avaient jamais été, mes opérations ont été couronnées de succès, car sur tous le vaccin a parfaitement réussi. J'ai vacciné environ 200 *adultes*, qui déjà l'avaient été dans leur enfance; chez le tiers de ces personnes le vaccin a parfaitement pris, chez les autres il est resté sans résultat.

Je me suis toujours servie de vaccin humain et je vaccine de bras à bras.

Huit enfants de mes clientes avaient été à la mairie du 17e arrondissement pour avoir du vaccin de génisse, le vaccin n'ayant pas pris je les ai vaccinés avec du vaccin pris sur un enfant, et tous les 8 ont eu de beaux boutons. 6 adultes primitivement vaccinés ont également essayés du vaccin de génisse sans aucun résultat, je les ai revaccinés avec du vaccin humain, 2 ont réussi à avoir de beaux boutons, les 4 autres sont restés sans succès.

Un enfant de 4 mois fut vacciné avec du vaccin de génisse, il eut deux boutons qui paraissaient fort beaux; quinze jours après je revaccine l'enfant sur un autre enfant, je lui fis 6 piqûres et toutes six ont réussi aussi bien que s'il n'avait jamais été vacciné. J'ai voulu faire cette expérience sur un enfant vacciné avec du vaccin humain, je l'ai essayé 2 fois mais sans succès.

Toutes les personnes que j'ai vaccinées et revaccinées n'ont pas

eu la variole, étant toutes des personnes de connaissances je m'en suis assurée.

Vaccine vraie et vaccinoïde.

M. CATEL (de Saint-Dizié). Comment reconnaître d'une manière certaine que le résultat d'une revaccination est légitime, efficace, préservateur?

Dans les nombreuses revaccinations (plus de 500) que j'ai pratiquées depuis le commencement de cette année, et toujours de bras à bras, au huitième jour dans les temps froids, au septième jour depuis les chaleurs, cette petite opération a donné quatre résultats différents :

1. La piqûre n'était le siége d'aucune modification de la peau; le résultat était nul.

2. Le lendemain, la piqûre offrait un petit bouton, une pustule accentuée, sans inflammation, seulement un peu de démangeaison; au bout de sept à huit jours, il ne restait rien qu'une tache rouge, qui bientôt s'effaçait.

C'est la fausse vaccine. (Est-ce la vaccinoïde de M. Danet?)

Dans les deux cas, l'individu revacciné est-il toujours sous l'influence de la première vaccination? Peut-il en rien craindre de la variole? Peut-il compter pendant longtemps être préservé?

3. Le troisième résultat est remarquable. Là, le doute commence.

Quelquefois, à la fin du deuxième jour, ou dans le courant du troisième après l'opération, la piqûre s'enflamme et une pustule paraît; bientôt elle est entourée d'une auréole inflammatoire, souvent irrégulière, quelquefois très-étendue; l'aisselle devient douloureuse, et quoique sans fièvre, le vacciné éprouve du malaise.

Ces pustules sont pla tes, au centre une légère dépression; au bout de deux à trois jours, le liquide est déjà purulent et bientôt remplacé par une croûte brune, qui persiste douze à quinze jours quand le patient ne les a pas déchirées, incommodé qu'il est par la démangeaison qu'il éprouve.

Ces croûtes laissent à leur place une cicatrice de petite dimension, nullement gauffrée, plus ou moins arrondie.

Comment classer ce résultat? Le revacciné est persuadé que son vaccin a pris, qu'il est bon. Le médecin peut-il être aussi rassuré?

4. Maintenant, mais très-rarement, et comparativement plus souvent chez les personnes d'un certain âge et plus éloignées de leur premier vaccin, après une incubation de quatre à cinq jours, alors que l'on croyait à un insuccès, la pustule paraît; sa marche est la même que celle du vaccin du premier âge, et assez souvent la cicatrice a l'aspect gauffré de la vaccine légitime, ainsi que le démontre si complétement la description si bien faite par M. le docteur Henry Bonnet dans ses quelques observations sur la vaccine publiées en 1857.

Ici, il n'y a pas de doute, l'opéré est à nouveau préservé de la variole comme lors de sa première vaccination; c'est un nouveau bail, différent pour chaque individu, qu'il sera nécessaire de renouveler plus ou moins souvent dans le cours de la vie, suivant l'aptitude à contracter la vaccine ou la variole.

Il n'y aurait donc de doute que sur le résultat n° 3 dont j'ai parlé, et ce doute aurait besoin d'être éclairci pour la sécurité des familles et du vaccinateur.

Revaccination renouvelée avec succès.

M. ROUHIER. Une petite fille de Grancey-le-Château (Côte-d'Or), âgée d'environ 2 mois et née d'une mère sujette à des accès d'asthme fut prise de coqueluche.

Appelé près d'elle le 3 juillet 1851, une douzaine de jours après l'invasion de la maladie, je lui donnai sans succès de la poudre de belladone; une potion contenant *deux* gouttes de laudanum et de l'oxyde de zinc parut plus efficace. Le 9 juillet, je vaccinai l'enfant; cette vaccination réussit, mais la coqueluche n'en fut pas amendée.

Le 16, je recommençai l'opération sans me rebuter; *l'éruption eût lieu une seconde fois*, et la malade fut dès lors guérie.

Accidents vaccinaux.

M. DEHARME (de Chatou). Le 24 juin 1867, j'avais vacciné un petit garçon de deux mois bien portant, d'une belle carnation, allaité par sa mère, âgée de 22 ans, et d'une santé parfaite; le père était un Anglais, très-sain et bien constitué, n'ayant jamais eu, pas plus que sa femme, le moindre mal vénérien. Leur enfant était donc, en réalité et en apparence, un vaccinifère d'élite. On me demanda de son vaccin à l'envi. Je fus autorisé par sa mère à en porter de bras à bras dans une commune voisine de ma résidence et d'en distribuer à cinq enfants. Ceux-ci, huit jours plus tard, m'en fournissait pour vacciner dans la même localité 10 autres enfants, en tout 15 qui, dans le même lieu, soumis aux mêmes influences, furent tous atteints, à peu de jours d'intervalle, d'un érysipèle vaccinal des plus graves. Au tour des pustules, vers le dixième jour, à dater de leur éclosion, il se développa dans l'espace de cinq ou six jours un bourrelet inflammatoire d'un centimètre et demi de large, d'un centimètre d'épaisseur, dur, d'un rouge vif, violacé, douloureux à la pression. Chaque pustule avait l'aspect d'un petit anthrax. Dans les cas les plus heureux, l'inflammation se terminait par suppuration au bout de quatre à cinq semaines. Chez quelques enfants plus gravement malades, ces pustules phlegmoneuses étaient accompagnées d'un engorgement des ganglions axillaires, ou de phlegmons de même nature, disséminés sur divers points de la poitrine et dans le voisinage des clavicules. Un état fébrile intense se joignait aux autres désordres de l'économie. 4 enfants succombèrent. Chez quelques-uns de nos petits malades, la poitrine, le cou et les bras, avaient été le siége d'un érythème symptomatique, qui fut confondu par quelques médecins traitants avec une éruption syphilitique. De là, l'épidémie d'érysipèle vaccinale fut taxée de syphilis vaccinale.

La rumeur publique s'éveilla à mon endroit; les accidents dont il s'agit me furent imputés; les pères de familles dont les enfants avaient péri soulevèrent même la question de m'intenter un procès qui fut abandonné, sans doute parce que la raison des dommages-intérêts faisait défaut.

J'ai eu, d'autre part, en 1868, la douleur de perdre, sous mes yeux, une de mes petites-filles, atteinte de ce même érysipèle vaccinal. Il nous reste à tirer une induction de la mention des faits cidessus : à savoir la méprise que d'honorables praticiens ont commise, et que d'autres ont aussi pu connaître. Je ne nie pas la possibilité d'une infection vénérienne par l'inoculation d'un vaccin impur; mais je crois que les sinistres de ce genre sont très-rares et se comptent, tandis que les vaccinations régulières sont innombrables et ne se comptent pas plus que les étoiles au ciel.

LECTURES ET COMMUNICATIONS ORALES

M. LEDUC (de Versailles). Chargé du service public des vaccinations à Versailles, je dois, avant d'exposer les résultats de ce service pour l'année courante, et avant de tirer aucune conclusion pratique, faire connaître l'origine du vaccin dont je fais usage. C'est du *horse-pox* recueilli par M. Moser, vétérinaire, sur un cheval de la Compagnie du chemin de fer américain, a l'aide duquel on avait inoculé au naseau un cheval arabe d'origine pure et de bonne constitution. Avec les pustules ainsi produites, on a rempli plusieurs tubes, dont un me fut adressé par les soins du conseil d'hygiène de Seine-et-Oise, pour me livrer aux premières expériences.

Le 23 juin 1867, sans faire passer le virus par la race bovine, j'inocule un enfant, et depuis cette époque, il y a bientôt trois ans, c'est un vaccin pour ainsi dire personnel, dont j'ai consigné sur mon registre particulier la filière de transmission, et dont je pourrais, un jour de loisir, reconstituer l'arbre généalogique.

Depuis le 1er janvier jusqu'au 8 juin, j'ai pratiqué 1,654 vaccinations, parmi lesquelles 1,308 revaccinations, les seules qui doivent nous occuper ici, pour servir de documents à l'étude comparative de la vaccine animale et de la vaccine humaine.

Sur les 1,308 revaccinations, je n'ai pu recueillir les résultats que sur 608 personnes, qui m'ont donné :

154 succès,
148 fausses vaccines,
306 insuccès.

Les personnes inoculées étant de tout âge, de toute condition, j'obtiens ainsi un quart de réussites.

Si on se livre à des examens partiels, chez des personnes de même âge, placées dans les mêmes conditions d'existence et de travail, le chiffre varie un peu à l'avantage des revaccinations.

Chez les militaires par exemple, entre 20 et 35 ans, au nombre de 286 inoculés, j'ai obtenu sur 171 renseignements, 52 succès, plus du tiers.

Dans deux orphelinats de jeunes filles, de 8 à 22 ans, sur 99, je trouve 33 succès, juste le tiers.

Dans des écoles d'externes, sur des enfants des deux sexes de 9 à 12 ans, au nombre de 50, j'obtiens 18 succès, plus du tiers.

Tels sont les chiffres que j'ai voulu fournir, afin qu'ils puissent être joints aux documents déjà connus qui seront invoqués pour juger les deux modes de vaccination aujourd'hui en présence.

Il me reste à vous entretenir de certaines questions qui me paraissent importantes au point de vue de l'efficacité et de la préservation variolique qu'on doit attribuer aux vaccinations, et surtout aux revaccinations.

I. Combien peut-on inoculer de personnes avec la même pustule, sans inconvénient pour le vaccinifère, et avec la certitude de fournir au vacciné le véritable virus-vaccin? Je crois que ce nombre peut s'élever à 50 : ainsi en 1868, 1869 et 1870, dans plusieurs orphelinats, j'ai pu inoculer une fois 74 jeunes filles avec deux boutons seulement; une seconde fois, 41, et une troisième, 43, avec un seul bouton; dans la dernière dizaine, comme dans la première, j'ai constaté des succès francs et incontestables. Au delà de 40, on risque de ne plus inoculer qu'une sérosité sans virulence.

II. — Dans certaines circonstances, on est amené à pratiquer des revaccinations à l'aide de virus recueilli sur des adultes revaccinés avec succès. Dans l'armée par exemple, ce mode d'opération est employé sur une grande échelle. Sans vouloir blâmer les médecins qui agissent ainsi, il me paraît néanmoins utile d'établir qu'un grand nombre de ces sujets échappent aux bienfaits de l'inoculation. Par ce procédé, le nombre des succès est toujours inférieur à celui qu'on obtient à l'aide du virus recueilli sur un vaccinifère enfant ou sur un adulte à la première vaccination. C'est ainsi que dans la 4e section d'ouvriers d'administration, 5 sous-officiers inoculés au corps sur un camarade n'offrirent aucun résultat favorable. Revaccinés par moi au bout de trois semaines, au service municipal, j'obtins deux succès.

Du reste, les médecins de l'hôpital militaire et ceux des régiments avec lesquels je suis en bonnes relations, sont de cet avis. M. le docteur Froppot, médecin en chef de l'hôpital militaire de Versailles, m'adressait un rapport sur les revaccinations pratiquées par les infirmiers, et m'accusait les résultats suivants :

159 hommes avaient été revaccinés.
109 avec des enfants, ont donné 40 succès : plus du tiers.
50 avec des adultes, 15 succès, moins du tiers, et les pustules, chez ces derniers, étaient moins développées.

Et M. le docteur Froppot terminait sa lettre par ces mots: « *Vous remarquerez que le vaccin d'enfant nous a toujours donné des résultats meilleurs que celui d'adulte. C'est du reste un fait depuis longtemps acquis.* »

Pourquoi donc se laisser aller à une pratique reconnue défectueuse? Pour que les revaccinations soient véritablement utiles, il faut, à mon avis, qu'elles soient toujours faites à l'aide de virus d'enfant. Les cas de variole chez les revaccinés, qui ont tant ému le public, pouvaient bien être la conséquence de l'emploi de virus d'adulte, chez des personnes qui se croyant indemnes, à cause même de la non réussite, n'ont pas craint de s'exposer au contact de la maladie.

III. Je n'ai pas employé personnellement le vaccin de génisse, mais j'ai fait auprès de mes confrères une enquête sérieuse; presque tous ont eu à leur disposition, soit des tubes, soit des lancettes provenant de l'Académie ou du cabinet de M. le docteur Lanoix, et jamais ils n'ont obtenu une réussite légitime (1). Cette observation doit s'ajouter à bon nombre d'autres, fournies par nos confrères de province. Sans vouloir refuser au vaccin animal son activité par l'inoculation directe (sur ce point les statistiques sont contradictoires), on doit reconnaître que, vu la petite distance qui sépare Versailles de Paris, le vaccin de génisse serait inférieur au vaccin jennérien en ce qui concerne la conservation et le transport. Bien des fois j'eus l'occasion de remettre ou d'expédier à des médecins ou à des sages-femmes du département des plaques ou des lancettes chargées de mon virus, et bien rarement il fit défaut.

Je m'inscris donc parmi les défenseurs de la vaccine jennérienne, à laquelle j'ai cru devoir uniquement m'adresser, parce que, pour moi et pour beaucoup de médecins, la valeur réelle de la vaccine animale n'était pas suffisamment établie. Pour se former une conviction sincère, il eût fallu se livrer à un trop grand nombre d'expériences comparatives; or je ne pense pas qu'un temps d'épidémie soit moralement opportun pour entreprendre un pareil travail. Il importe avant tout, pour celui qui a peur et qui veut être à l'abri de la variole, d'avoir un virus sur l'efficacité duquel il puisse compter, et quand, en moyenne, on assure un succès sur trois vaccinés, on est en droit de se regarder comme possesseur d'un vaccin suffisamment préservateur, et on n'a pas de raison de le changer. Pour faire utilement de la médecine expérimentale, il faut tout le sang-froid des temps calmes. C'est pourquoi j'ai, en ce moment du moins, vivement résisté à l'engouement parisien.

IV. Je termine par quelques mots de réponse à l'incroyable opinion émise dans cette enceinte à la dernière séance, que les vaccinations et les revaccinations étaient inutiles et même dangereuses; que les vaccinés et les revaccinés étaient atteints, et mouraient aussi souvent et même plus de la variole que ceux qui ne l'étaient pas.

On est bien obligé de reconnaître que, dans l'épidémie actuelle, les personnes qui sont frappées et meurent sont des enfants jeunes non encore vaccinés, des jeunes gens au-dessus de 12 ans, des adultes et même des vieillards. Nous ne voyons que par une très-rare exception les sujets au-dessous de la 12e année, vaccinés dans leur première enfance, devenir varioleux et *succomber* à la maladie. A quoi doivent-ils cette immunité, si ce n'est à l'inoculation vaccinale qu'ils ont subie?

Sous les règnes de Louis XIV et Louis XV, dans Paris et même dans les campagnes, pour certaines épidémies de variole, il y avait une victime sur dix habitants. — Aujourd'hui, dans Paris transformé, agrandi, composé de 1,800,000 habitants, avec une épidémie grave dans certaines de ses formes et dans sa durée, vous arrivez à peine à 8,000 décès pour une année entière. — Une pareille différence dans la mortalité doit évidemment trouver sa cause dans l'emploi raisonné de la découverte de Jenner, à côté de laquelle est venue se placer l'application des règles de l'hygiène publique et privée, mieux comprises et mieux ordonnancées. La note de M. Husson, communiquée au comité central d'hygiène et récemment publiée, vient encore à l'appui de la thèse que je défends.

Pratiquons les revaccinations à temps, c'est-à-dire à partir de la dixième année, recommençons-les à chaque période décennale de notre existence, et nous rendrons aux populations, avec les bénéfices d'une méthode reconnue antivariolique, la sécurité qu'elles réclament de notre science et de notre sollicitude.

Dans cette conduite seule réside le moyen de combattre et d'éviter la variole épidémique, et c'est elle que je m'engage à suivre et à recommander dans le milieu médical où je suis placé.

(*A suivre.*)

(1) Renseignements fournis par MM. Battaille, Chaix, Delaunay, Godard, Godefroy, Lebaut, Marchand, Ozanne, Randon du Landre, Veltein, et Broussin (de Marly-le-Roy).

DES RÉTRÉCISSEMENTS ORGANIQUES DE L'URÈTHRE

chez la femme

Par le docteur TH. DAVID.

Les rétrécissements de l'urèthre chez la femme se rencontrent rarement; on n'a même guère observé que des rétrécissements spasmodiques. La raison de ce fait est facile à concevoir et n'a pas besoin d'autres explications.

Cependant si les rétrécissements organiques de l'urèthre sont rares chez les femmes, il est une lésion de ce conduit qui se présente assez souvent, et qui peut bien être considérée comme un véritable rétrécissement organique : je veux parler des tumeurs du méat urinaire. J'écarte de ce cadre les tumeurs encéphaloïdes et carcinomateuses qui, par leur nature, offrent un caractère tout spécial et un danger autrement grave que le simple rétrécissement. Je veux parler seulement des tumeurs fibreuses ou vasculaires qui se développent au niveau du méat urinaire, envahissent le canal et forment un véritable rétrécissement organique dont la production est différente chez l'homme, dont le résultat est le même.

Les causes de ces tumeurs sont en général très-obscures. Il est probable qu'une inflammation du pourtour de l'orifice peut avoir une certaine influence. Mais surtout les grossesses répétées, par la congestion physiologique qui les accompagne et qui peut se prolonger après la gestation, peuvent produire une inflammation ou du moins une dilatation des vaisseaux, et quelquefois une lésion de nutrition amenant une hypertrophie du tissu cellulaire, qui entoure l'urèthre (1).

J'ai en ce moment, dans ma clientèle, un cas d'hypertrophie du tissu péri-uréthral, que je crois pouvoir attribuer à une antéversion de l'utérus. Cet organe déplacé, presse en effet sur le canal de l'urèthre et y entretient une inflammation chronique, qui a produit l'hypertrophie, et par suite le rétrécissement de l'urèthre.

Quoi qu'il en soit, si on peut expliquer quelquefois la formation de certaines de ces tumeurs, il arrive le plus souvent que la cause nous échappe, et nous devons nous arrêter à la constation du fait. Ma pratique vient de me fournir un cas de ce genre, dont je me permets de rapporter ici l'observation.

Il s'agit d'une femme âgée de 45 ans, veuve depuis dix ans,

(1) *De la grossesse au point de vue de son influence sur la constitution physiologique et pathologique de la femme*, par le docteur TH. DAVID. — Paris 1868, J. B. Baillière.

n'ayant jamais eu d'enfants et encore parfaitement réglée. Depuis deux ans cette femme se plaignait de difficultés pour uriner ; mais ne s'étant pas soumise à un examen régulier, elle avait été traitée jusqu'ici par des diurétiques divers qui n'avaient produit aucune amélioration.

Au contraire les douleurs augmentaient toujours, la miction devenait presque impossible. Cette malheureuse était obligée de passer des heures entières pour arriver à évacuer quelques gouttes d'urine, et continuellement elle était tourmentée par le besoin d'uriner sans pouvoir le satisfaire en entier. C'est alors qu'elle se soumit à un examen complet, ce qui fut fait par mon honorable confrère le docteur Rauzières ; celui-ci constata une tumeur comprenant le méat urinaire et le bouchant presque complétement. Mon confrère m'appela alors pour examiner sa malade et décider ce qu'il y avait à faire pour soulager cette femme dont la position était intolérable.

Je trouvai une tumeur d'un aspect blanc rosé, ayant les dimensions d'un œuf de pigeon, située au niveau du méat urinaire et faisant un peu saillie entre les petites lèvres qu'elle tenait écartées. On ne reconnaissait plus le méat, néanmoins en cherchant on trouvait que cette tumeur était percée en son milieu d'un conduit qui n'était autre que le canal de l'urèthre.

La tumeur, imparfaitement pédiculée, remontait un peu le long de l'urèthre, qui ne permettait l'introduction que d'une bougie filiforme, et cette introduction était encore très-douloureuse.

Dure, élastique, peu douloureuse à la pression, cette tumeur ne causait de vives douleurs que pendant la miction, et n'avait pas influencé d'une manière sensible l'état général de la malade. Évidemment, nous avions affaire ici à une tumeur de nature purement fibreuse ou bien vasculaire. La coloration pâle et toujours uniforme me fit croire plutôt à une tumeur fibreuse.

L'indication était trop précise pour qu'on ne pût hésiter ; il fallait rendre la miction possible, et par conséquent enlever l'obstacle à l'accomplissement de cette fonction. A l'aide du serre-nœud ou contricteur de Maisonneuve, je saisis la tumeur et l'enlevai en son entier ; cela fait, il y eut une petite hémorrhagie sans importance, et qui s'arrêta tout de suite après l'application d'un caustique sur la surface saignante.

Aussitôt après cette opération, il me fut possible d'introduire dans le canal urinaire des sondes du plus gros calibre ; j'y laissai même durant 24 heures une sonde à demeure.

Trois jours après cette opération, la femme était guérie ; la miction se faisait très-bien sans douleur et sans aucune difficulté ; au bout de huit jours la cicatrisation était complète.

En examinant cette tumeur après l'opération, j'ai constaté qu'une partie de la muqueuse uréthrale avait été enlevée, que le méat urinaire par conséquent faisait partie de la tumeur, on voit quelques vaisseaux de petit calibre pénétrer dans le tissu de la tumeur, qui présente du reste une texture fibreuse ; ces vaisseaux sont entourés par du tissu conjonctif hypertrophié. Enfin le tout est recouvert par une membrane muqueuse.

Ces détails suffisent bien pour démontrer que le développement de ce tissu hypertrophique s'est fait autour de l'urèthre, et a produit un véritable rétrécissement organique.

La récidive est-elle à craindre ? Oui. Cependant j'ai pris le soin d'enlever tout ce qui me paraissait faire partie de la tumeur, et après l'excision, j'ai cautérisé avec le nitrate acide de mercure. Ces précautions me font espérer une guérison radicale. Voilà aujourd'hui quatre mois que l'opération a été faite, et le succès jusqu'ici devait être complet. Aussi, quoique je doive encore avoir quelques craintes, je peux néanmoins espérer que la tumeur ne se reproduira pas ; d'ailleurs, si la récidive avait lieu, une nouvelle opération délivrerait cette femme.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1870.

90. Martin (H.-G.) De la circoncision avec un nouvel appareil inventé par l'auteur pour faire la circoncision en modifiant les procédés de Vidal (de Cassis) et de M. Chassaignac. Nouveau procédé pour faire le débridement du phimosis congénital.

91. Le Beuf (Jules). Étude critique sur l'expectation dans la pneumonie.

92. Pomier (Amédée). Étude sur l'iridectomie. Application et procédé opératoire.

93. Lubac (Henri). Du bassin régulièrement rétréci.

94. Démétriesco (N.) Étude sur les ovules mâles.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De l'influence des courants électriques sur la circulation et de quelques déductions thérapeutiques, par A. Cocky-Moncan, docteur en médecine de la Faculté de Paris. — Prix : 2 fr. 50.

Angines aiguës ou graves, origine, nature, traitement, par le docteur Mouva. In-8° de 68 pages. — Prix : 2 francs.

Étude médicale sur la cure de Carlsbad (Bohême), par le docteur Caulet, ancien interne. Brochure in-8°. — Prix : 1 fr. 25.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois.. 8 fr. 50 c.
Six mois.. 16 —
Un an..... 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 27 juin 1870.

On comprend que les adversaires irréconciliables de la vaccine, ceux qui travaillaient à répandre des préjugés funestes, ne soient pas satisfaits de la *Conférence médicale.* Quand on a vu qu'ils n'apportaient aucune observation à l'appui de leurs doctrines, on ne s'en est plus inquiété ; et les revaccinations recommencent en grand nombre.

Du reste, le succès éclatant de la *Conférence médicale* s'affirme de plus en plus à chaque nouvelle séance. Pour en douter de bonne foi, il faut, comme M. Latour, s'être gardé d'y assister jamais.

Dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, M. Dechambre répond aujourd'hui à des critiques qui furent formulées à tout hasard et dont chacun s'étonne.

« D'où vient cette hostilité imprévue, et que veut-on? M. Lapeyrère n'aime-t-il que les syndicats, et M. Latour que les congrès? M. Revillout, dans la *Gazette des hôpitaux*, paraît tenir pour l'une au moins de ces suppositions. Mais non : une appréciation inexacte des conditions toutes nouvelles et toutes spéciales de la réunion a seule égaré la plume de nos collègues. Ils ont voulu exiger de ce qui est occasionnel, transitoire, simple, ce qui est bon uniquement pour le permanent et le compliqué : la tenue sévère et la réglementation. Le rédacteur de l'*Union médicale*, figé dans ses antécédents, rêve comme remède aux « impédiments, » aux « excentricités, » aux « bavardages, » des divisions du travail, des commissions d'études, des rapports, des conclusions, des votes, que sais-je? Un secrétaire général peut-être... A propos de quoi? De conversations sur la variole et la vaccine! Heureusement l'instinct de l'assemblée a été plus juste ; elle a compris que rien ne vaudrait, pour le règlement de l'ordre du jour et la conduite des débats, la vive et alerte action du bureau ; et quant à la gent excentrique ou bavarde, qui ne peut jamais être exclue préventivement, on ne voit pas ce qu'une mécanique réglementaire eût pu contre elle, que ne puisse et ne fasse chaque jour l'autorité du président. Aussi, grâce à l'énergie et au bon sens de M. Caffe, les conférences suivent maintenant un cours régulier, et l'expérience a montré qu'il sera toujours possible à une assemblée du genre de celle-ci de se débarrasser des « faiseurs, » ce dont ne pourraient se vanter toutes les Académies, ni toutes les Sociétés organisées. Six cents personnes au moins assistent aux conférences ; les documents y arrivent en foule ; et c'est là vraisemblablement qu'il faudra désormais aller puiser le gros des éléments propres à résoudre les graves questions qui intéressent en ce moment la santé publique.

« Ce premier essai a donc réussi. Il faut le renouveler et le renouveler de la même manière. Il y a là, pour le corps médical, une perspective encourageante. Le corps médical, — oserai-je le lui dire? — est aussi malléable et dépressible qu'il est intelligent. C'est un riche dépôt de forces vives dont on sera peut-être étonné d'apprendre que le courant ne va, pour une grande part, ni aux sociétés savantes ni aux associations, et se perd, inutile à la science comme à la profession, dans le silence et l'obscurité. Sous l'impulsion d'un mouvement public d'opinion, dans une atmosphère plus large et plus échauffée que ne l'est généralement celle des sociétés médicales, avec un champ d'études illimité, des matériaux plus nombreux, une contradiction plus forte, une plus grande liberté de discussion, ces forces se dégageraient rapidement, et le jour ne tarderait pas à luire où *le peuple* médical aurait sa place et jouerait son rôle, sur le terrain professionnel et sur le terrain scientifique, *à côté* des dignitaires de tout ordre et de tout rang. »

Les réponses rectificatrices n'ont pas manqué d'ailleurs à M. Latour.

Voici d'abord comment M. Caffe a rétabli les faits :

« Les *faiseurs* ne s'exposent qu'avec timidité ; leurs ficelles (pardon de l'expression technique) sont trop vite vues et cassées, quand elles s'agitent devant un public compétent, il serait à souhaiter même qu'ils vinssent les exhiber plus souvent.

« Les *excentriques* ont un côté comique; ils rompent la monotonie des séances, qui durent trois heures, ce dont personne ne se plaint.

« Les *bavards* : quant à ses derniers, le Président, qui dispose d'un pouvoir discrétionnaire d'autant plus respecté qu'il lui a été donné à l'unanimité, coupe incontinent la parole à l'orateur et lui impose silence, s'il y a lieu, par le vote de l'assemblée aussitôt invoqué.

« Pour ce qui est des documents adressés par les médecins éloignés de Paris, les secrétaires plient sous le nombre des mémoires, l'Académie en reçoit moins dans un semestre tout entier. »

« Dans toute assemblée libre, a dit de son côté la *Revue médicale*, il y aura toujours des faiseurs, des bavards et des excentriques. Ce qui m'a étonné, c'est que ces trois catégories de personnes n'aient pas été plus nombreuses, et surtout que l'assemblée en ait fait aussi bien justice. »

Enfin, l'*Union médicale* elle-même, par l'organe de M. Garnier, son rédacteur le plus autorisé, le seul autorisé pour juger la question, puisqu'il est le seul à parler en connaissance de cause, l'*Union médicale* travaille en ces termes à rassurer M. Latour :

« A mesure que les séances du gymnase Paz se succèdent, la discussion se discipline, se règle. Plus de tumulte ni de trouble dans celle du 22 juin ; l'ordre et le calme y ont régné d'un bout à l'autre. Des fauteurs de doctrines erronées ont bien encore tenté de parler ; mais l'assemblée édifiée leur a immédiatement imposé silence, et M. le Président, malgré son extrême tolérance, pour mieux s'en rendre l'organe, leur a ôté la parole avec des apostrophes énergiques qui sont restées sans réponse.

« De plus en plus aussi, la correspondance des départements devient la partie capitale. Des documents arrivent de toutes parts, comme pour justifier notre remarque du début de ces conférences, pour faire appel aux médecins de province. Paris donne en personne et a allumé le feu ; mais c'est la province qui l'entretient et l'anime aujourd'hui, en démontrant, par ses statistiques, l'efficacité préservatrice de la vaccine sur la variole, alors que des esprits aventureux, aveugles, éperdus et affolés d'amour-propre, avaient rêvé le contraire et prétendaient le soutenir ici, en opposant leur simple opinion personnelle à des faits journaliers, universels, éclatants... »

Suit le compte rendu de la séance, où nous devons surtout signaler le discours vraiment académique et magistral de M. Gallard.

Les journaux de médecine anglais qui se sont fait représenter à la *Conférence médicale de Paris*, sont unanimes à exprimer l'espoir et le désir de voir ces grandes assises médicales devenir une institution permanente dans notre pays.

Quoi qu'il en soit de l'avenir, mercredi prochain aura lieu la dernière séance de l'enquête sur la vaccine et la variole.

Nous prions ceux de nos confrères qui n'auraient pas fait parvenir leurs documents à cette date, de nous les adresser au plus tôt pour qu'il en soit tenu compte dans le rapport général. On se hâte : encore 238 décès par variole cette semaine !

Dr VICTOR REVILLOUT.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. MESNET.

Variole. — Vaccine.

La variole est, parmi les questions à l'ordre du jour, celle qui préoccupe le plus vivement la presse et l'opinion.

Aux débats académiques ont succédé les discussions des sociétés médicales, puis sont venues les réunions particulières, au milieu desquelles les assertions les plus contradictoires ont été débattues. Et pendant que chacun affirme ou contredit les qualités virulentes du vaccin, ainsi que les vertus prophylactiques de la vaccine, la variole fait des progrès, les hôpitaux augmentent le nombre de leurs lits, le monde qui nous entoure proclame bien haut notre impuissance, met en doute l'utilité de la vaccine, et va même jusqu'à l'accuser d'entretenir peut-être, de multiplier la variole.

Gardons-nous de laisser s'accréditer de pareilles erreurs; car tout jugement *ab irato* porte l'empreinte des conditions passionnelles au sein desquelles il est né. Les faits, qui chaque jour se multiplient, prouvent de plus en plus l'efficacité de l'inoculation vaccinale, qui, si elle ne préserve pas à tout jamais de l'infection varioleuse, présente au moins l'incontestable avantage d'atténuer la gravité du mal, en le réduisant aux termes les plus simples. Entre mille exemples, j'ai voulu donner la publicité au fait que voici :

Deux frères, l'un âgé de 17 ans, l'autre de 30, tous deux terrassiers, travaillant ensemble, habitant rue Saint-Maur, passage Maurice, le même garni, où se trouvait un malade atteint de variole, couchant tous deux dans le même lit, sont pris ensemble du même mal, et entrent ensemble le même jour dans mon service, salle Saint-Hilaire, à l'hôpital Saint-Antoine.

L'aîné, âgé de 30 ans, de robuste constitution, n'a jamais été vacciné. Le dimanche 12 juin, à quatre heures du soir, se manifestent en lui les premiers troubles de l'infection varioleuse, brisure des membres, céphalalgie, douleurs de reins, fièvre intense, etc.

Dès le lendemain, 24 heures après le début, commencement d'éruption, papules multiples sur tout le corps.

Deux jours après, variole confluente avec pustules irrégulières, de couleur terne, délire, et mort le huitième jour.

Le plus jeune, âgé de 17 ans, de constitution assez chétive, a été vacciné dans son enfance, et porte aux deux bras, des cicatrices de bonne et légitime vaccine. Lundi matin, 13 juin, il est pris de céphalalgie, de courbature, de malaise général avec fièvre intense, et entre à l'hôpital avec son frère. Quarante-huit heures après le début, apparaît l'éruption varioleuse ; la fièvre tombe presque aussitôt, et ce malade, après avoir parcouru les phases de la varioloïde la plus discrète, sort guéri de l'hôpital le huitième jour, au moment même où son frère succombait.

Le rapprochement de ces deux faits m'a semblé être la réponse la plus péremptoire qu'on puisse opposer aux détracteurs de la vaccine. En effet, si le vaccin ne donne point une immunité complète, toujours et quand même, peut-on, sans fermer les yeux à l'évidence, lui refuser une influence heureuse contre la gravité de la variole. Qu'avons-nous eu sous les yeux? Deux malades qui, en même temps, au même lieu, soumis aux mêmes influences, ont subi l'action du même contagium.

La source à laquelle ils se sont empoisonnés étant la même, pourquoi cette différence essentielle dans la manière d'être de chacun d'eux vis-à-vis du poison ?

La semence était une, mais le terrain sur lequel elle a germé n'était point dans des conditions identiques. Chez l'un, l'organisme, vierge de toute vaccination antérieure, a laissé libre champ à la variole, qui a évolué avec toute son énergie d'action. Chez l'autre, le germe n'a pu qu'à grand'peine prendre pied, — la vaccine avait porté atteinte aux conditions mêmes de son développement, — il s'est éteint en laissant à peine la marque de son passage.

L'observation de ces deux faits, simultanément développés sous mes yeux, m'a paru la démonstration la plus pressante de l'utilité incontestable de la vaccine, c'est pourquoi je la livre aux méditations de ses contradicteurs comme un témoignage irréfragable pris aux sources mêmes de l'épidémie : *ab uno disce omnes.*

NOTE

SUR LE CATALOGUE DU MUSÉE MÉDICAL

CHIRURGICAL ET MICROGRAPHIQUE DE L'ARMÉE DES ÉTATS-UNIS

Par le docteur BÉRENGER-FÉRAUD.

Les Américains du Nord sont véritablement un peuple de géants. Nés d'hier à peine, ils sont aujourd'hui presque aussi avancés que les peuples de l'ancien continent pour les œuvres qui ne se font qu'avec le temps, et pour ce que l'intelligence humaine peut engendrer rapidement par le seul effort de son énergie et de son activité, ils nous dépassent déjà ; ils nous distanceront bientôt si nous n'y prenons garde.

Ils ont cette admirable fécondité des races récentes qui édifient leur civilisation avec toute la vigueur, toute la pétulance de la jeunesse, et le temps n'est pas loin peut-être où nous serons obligés d'aller leur demander, nous, vieille société et vieille science, des renseignements et des conseils sur des questions nées chez nous, il est vrai, mais mieux étudiées et mieux approfondies par eux, grâce à cette activité admirable d'intelligence qui les fait marcher si vite et si largement dans la voie des progrès de toutes sortes.

Se bornant, dans les premiers temps de leur existence, aux objets et aux œuvres intellectuelles d'absolue et d'immédiate nécessité, ils ont abordé bientôt les choses qu'on pourrait appeler de luxe dans les sciences et dans les arts; si bien qu'aujourd'hui il est juste de les appeler un grand peuple, non-seulement à cause de leurs richesses industrielles et de leurs relations commerciales, mais aussi en ne faisant allusion qu'à leurs propriétés scientifique et artistique même.

Dans un pays où la population est encore si clair-semée relativement à l'étendue des terres, où les bras manquent toujours et partout, où la vie de l'homme a pour ainsi dire un double prix, il était naturel que la médecine, cette science conservatrice de l'existence par excellence, fût poussée par eux avec la même activité que toutes les autres branches des connaissances humaines, et en effet, bien des médecins, des chirurgiens, des micrographes du Nouveau-Monde peuvent déjà marcher de pair avec les hommes que nous sommes habitués à considérer comme les premiers parmi nous. Voudrait-on le contester que je citerais, à l'appui de mon dire, les journaux de médecine, les livres classiques, les monographies, les musées des États-Unis, et c'est particulièrement d'un de leurs musées, du musée de l'armée des États-Unis du Nord dont je veux m'occuper aujourd'hui pour montrer quelles richesses les Américains savent accumuler quand ils entreprennent d'accumuler.

Dans la seconde moitié du siècle dernier, quand l'esprit de théorisation commença à perdre du terrain dans la science et que le besoin de l'observation précise se fit sentir, les chirurgiens de France, d'Angleterre et d'Allemagne comprirent qu'il y avait une utilité sérieuse à conserver les pièces anatomiques remarquables pour les étudier, les comparer et en tirer des enseignements utiles et pour ainsi dire intarissables, les musées chirurgicaux, anatomiques, anatomo-pathologiques commencèrent à se créer, se développer et se répandre, grâce à cette idée. Chacun apporta, avec un empressement très-louable, sa pierre à l'édifice; et quand hier, après plus de cent années de patience, nous voyions cette accumulation de pièces remarquables, ces collections si complètes et si variées, nous avions le droit d'être fiers de pareilles richesses ; mais voilà aujourd'hui que les États-Unis, trouvant l'idée bonne, l'ont adoptée, mise en pratique, et ont fait en cinq années autant que nous en un siècle. C'est au point que quand on jette un coup d'œil sur ce qu'ils ont amassé en un moment comparativement à notre labeur de longue haleine, on est vraiment frappé de stupeur; et d'ailleurs, pour sonder toute la profondeur de ces richesses que possède aujourd'hui l'anatomie pathologique, étudions d'un peu plus près le catalogue du musée chirurgical, médical et micrographique de l'armée des États-Unis, que nous venons de citer, et de prendre pour exemple de la grandeur d'allures du grand État du Nouveau-Monde.

Cet énorme volume in-12, très-maniable, et dans les bonnes proportions pour un livre de bibliothèque, a été fait sous la direction du surgeon général de l'armée des États-Unis. Il est partagé en trois grandes divisions : 1° Catalogue de la section chirurgicale ; — 2° Catalogue de la section médicale ; — 3° Catalogue de la section micrographique.

Cette section, faite par le docteur Alfred Woodhull, assistant surgeon and brevet major N. S. army, est divisée d'abord en 30 chapitres ci-après : crâne, face, parois thoraciques, épaule, humérus, coude, avant-bras, carpe, main, bassin, hanche, fémur, genou, jambe, tarse, pied, organes de la circulation, de la respiration, abdominaux, résultats des opérations sur les tissus mous, affections des tissus mous, érysipèles, tumeurs, blessures, moulages, photographies et gravures, armes et projectiles, matériel chirurgical, articles divers, pièces pathologiques provenant d'animaux.

Chacun des chapitres est subdivisé d'une manière uniforme en deux, trois ou quatre sections. Citons en une au hasard pour avoir une idée de la marche suivie.

V. Coups et maladies de l'épaule.

A. *Coups de feu. — Primitifs.*

a. Contusions et fractures incomplètes. — *b.* Fractures complètes. — c. Excisions. — *d.* Amputations. — *e.* Autres opérations.

Coups de feu. — Secondaires.

a. Contusions et fractures incomplètes. — *b.* Fractures complètes. — c. Excisions. — *d.* Amputations. — *e.* Autres opérations.

B. *Coups non causés par les armes à feu. — Primitifs.*

a. Contusions et fractures incomplètes. — *b.* Fractures complètes. — *c.* Excisions. — *d.* Amputations. — *e.* Autres opérations.

Coups non causés par les armes à feu. — Secondaires.

a. Contusions et fractures incomplètes. — *b.* Fractures complètes. — c. Excisions. — *d.* Amputations. — *e.* Autres opérations.

C. *Maladies.*

Les pièces anatomiques portent deux numéros : le premier probablement le numéro d'ordre général donné à l'entrée dans le musée et n'ayant aucune relation avec ses voisins; ainsi on trouve le n° 94 entre le n° 451 et le n° 3,265. Le second est un numéro d'ordre particulier en relation avec les pièces analogues, et allant avec une des petites lettres *a*, *b*, *c*, de telle sorte que si nous parcourons les amputations primitives de l'épaule, représentées d'après la division que nous venons de citer par V. A. 1. *d*, nous trouvons : *d* 1 amputation de l'extrémité supérieure de l'humérus gauche, etc., etc.; *d* 4 portions supérieures de l'humérus droit, etc., etc.

Enfin, chaque note sommaire des pièces est aussi explicite que possible, et l'exemple suivant va nous en donner une idée :

V. A. 1. *d*. 1 extrémité supérieure de l'humérus gauche amputée dans l'épaule; une balle conique l'avait traversé et s'était logée dans la tête de l'os enveloppée de morceaux de vêtements. Le projectile a frappé par derrière, a fracassé la grosse tubérosité et fracturé la portion articulaire en plusieurs fragments. La fracture ne s'est pas étendue au delà du col chirurgical. Pièce provenant de B... du 88e Pensylvanie : amputé par le chirurgien J. W. Rawlings du 88e Pensylvanie. Congédié le 19 octobre 1864. Pièce offerte par l'opérateur.

Le catalogue de la section médicale fait par J. J. Woodward, assistant surgeon N. S. army, est partagé en huit chapitres : Système nerveux. Organes de la circulation, respiratoires, digestifs, génito-urinaires, de la locomotion, tégument, anomalies et monstruosités.

Chaque chapitre est divisé en section; ainsi, par exemple, le système nerveux en comprend cinq : 1° cerveau; 2° membranes du cerveau; 3° glande pinéale; 4° vaisseaux sanguins de l'encéphale; 5° moelle épinière.

Le système respiratoire en comprend 2 : 1° Conduits aériens; 2° poumons et plèvres, etc., etc.

Voyons quelques-unes des subdivisions de ce dernier chapitre pour fixer les idées.

La 1re section, conduits aériens, est partagée en cinq catégories : *A.* Ulcération du larynx et de la trachée. — *B.* Abcès du larynx. — *C.* Œdème de la glotte et de l'épiglotte. — *D.* Dyphtérite. — *E.* Corps étrangers dans les voies respiratoires.

La 2e section, poumons et plèvres, est partagée en 8 catégories : *A.* Pneumonie. — *B.* Foyers purulents. — *C.* Pleurésie. — *D.* Tubercules pulmonaires. — *E.* Vomiques tuberculeuses. — *F.* Pleurésies tuberculeuses. — *G.* Cicatrices sur la surface des poumons. — *H.* Cancer des poumons.

Le numérotage des pièces étant fait d'après le principe qui a procédé à la classification de la section chirurgicale, ne doit plus nous arrêter.

Le catalogue de la section micrographique préparé par M. Edward Curtis, assistant surgeon N. S. Army, est partagé en trois parties :

1° Préparations montées pour le microscope;

2° Photographies négatives d'objets microscopiques;

3° Photomicrographies offertes au Muséum.

Les deux premières parties sont subdivisées en 18 catégories : tissu connectif, — tégument externe, — système musculaire, — osseux, — vasculaire, — nerveux, — organes digestifs, — respiratoires, — urinaires, — sexuels, — de la vision, — de l'ouïe, — de l'odorat, — grossissements pathologiques, — parasites, — articles de nourriture, vêtements et de matière médicale divers.

Chaque catégorie comprend trois parties : 1° provenant de l'homme, 2° provenant des animaux, 3° pièces pathologiques; enfin pour le numérotage, c'est toujours le même système, donc rien de particulier à ajouter.

Si nous ajoutons que la section chirurgicale comprend 4,719 pièces pathologiques; la section médicale, 877; la section micrographique 2,120, nous donnerons, j'espère, une idée de cette immense accumulation de pièces scientifiques qui représente à elle seule un chiffre plus élevé que celui de presque tous les musées anatomo-pathologiques d'Europe réunis.

Je regrette bien vivement de ne pouvoir m'étendre plus longuement sur cet admirable catalogue du musée médical de l'armée des États-Unis qui, pour être plus complet encore, a été enrichi de plus de 200 figures et de cinq superbes lithographies représentant les choses les plus importantes ou les plus curieuses de la collection. Et j'engage le travailleur qui pourra le consulter à le parcourir avec soin. Quelle que soit la direction de ses études médicales, sa spécialité, son érudition, il retirera certainement grand profit à le feuilleter.

Quand on a fini de parcourir cet remarquable catalogue dont je viens de donner un rapide aperçu, on est malgré soi saisi d'un profond sentiment de tristesse en songeant à ce que le vieux monde eût pu, eût dû accumuler de richesses de ce genre depuis trois siècles; et en énumérant dans son esprit tous les enseignements que des musées considérables eussent apportés à la chirurgie et à la médecine. Quelles connaissances n'aurions-nous pas déjà acquises sur des faits encore obscurs; avec quelle sûreté notre marche ne serait-elle pas guidée dans le traitement des mille maladies externes ou internes qui se déroulent chaque jour sous nos yeux, si au lieu d'avoir été obligés de bâtir nos théories et nos convictions sur quelques rares faits épars, nous pouvions les édifier sur des milliers de pièces vieillies et formant par leur grande variété une gamme imposante par le nombre et la puissance, en même temps que facile à saisir d'un seul coup d'œil? Les musées sont appelés à un grand avenir dans les sciences médicales qui, on le sait, sont des sciences d'observation par excellence. Il faut les agrandir, les multiplier, les vulgariser, voilà la nécessité actuelle, impérieuse, nécessité que les Américains du Nord ont mieux comprise, ont mieux mise en pratique que nous, et maintenant qu'ils ont de si admirables matériaux, leurs travailleurs n'auront pas de peine à faire plus et mieux que nous, à somme de travail, à valeur intellectuelle égales.

Une fois lancé dans ces réflexions, jusqu'où ne va pas l'esprit? La raison ne nous porte-t-elle pas à penser que si les Américains sont arrivés dans cette grande guerre de sécession à de si prodigieux résultats, c'est assurément parce qu'ils ont procédé d'une manière différente de la nôtre. Au lieu de suivre la vieille ornière de la routine, au lieu de laisser atrophier les jeunes hommes dans une longue et pénible série d'épreuves, de stages, de noviciats où le plus pur de l'intelligence humaine est perdu si complètement en choses secondaires ou inutiles, qu'il ne reste souvent plus à celui qui est arrivé au but que l'enveloppe usée d'un esprit épuisé par l'attente et le labeur impuissant. Au lieu, en un mot, de suivre les errements de la vieille société européenne, les Américains ont ouvert aux individus une voie assez large pour que l'esprit de chacun pût librement se développer; ils ont pensé, peut-être avec raison, que les intelligents sont encore assez rares dans l'espèce humaine pour qu'il faille les prendre partout où ils se trouvent; les utiliser tous, et c'est peut-être l'organisation, plus large, plus malléable de leur personnel qui leur a fait obtenir ces résultats qu'on ne peut s'empêcher d'admirer. Il y a là un grand sujet de réflexion pour les hommes qui par position sont appelés à diriger les autres. Mais de près ou de loin, je ne puis m'y laisser aller actuellement, n'ayant ni qualité ni mission ni désir même de faire de la critique, et je termine mon étude en engageant tous les travailleurs à parcourir avec soin le catalogue du musée médical de l'armée des États-Unis, quelle que soit la direction de leurs études, leur instruction déjà acquise, ils y trouveront des enseignements précieux.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 8 juin 1870. — Présidence de M. Alph. Guérin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine : *L'Art dentaire;* — Les *Archives générales de médecine;* — Le *Sud médical;*

— *Mémoires et bulletins de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux et hospices de Bordeaux*, t. IV, 2e fascicule;

— Docteur Reliquet : *Actions des courants électriques continus sur les spasmes de la vessie, de l'uréthre et des uretères causés par des graviers rénaux;*

— Docteur Ed. Simonin (de Nancy) : *Comparaison des résultats des grandes opérations faites par l'auteur avant et après l'emploi des anesthésiques. — Perforation du sternum par un anévrysme de l'aorte. — Luxation ischio-pubienne, réduction, guérison;*

— *Sunto ed esame dell'opera del barone ipp. Larrey : Études sur la trépanation du crâne*, par le professeur Franc Cortèse;

— *Étude sur les névralgies réflexes symptomatiques de l'orchi-épididymite blennorrhagique*, par Ch. Mauriac. — La Société remercie;

— *Essai sur les pseudarthroses consécutives aux fractures des membres et sur les moyens d'y remédier.* Thèse inaugurale par M. Gustave Puel;

— Le docteur Puel adresse un travail manuscrit intitulé : *Observations de quelques cas intéressants de pratique chirurgicale.* — Renvoyé à une commission composée de MM. Le Fort, Després et Liégeois.

M. Labbé communique le fait suivant :

Observation d'hématocèle parenchymateuse. (M. le docteur Notta, chirurgien de l'hôpital de Lisieux.) — Pierre L..., journalier, âgé de 48 ans, entre le 10 octobre 1869, à l'hôpital de Lisieux pour une tumeur du testicule droit.

Cet homme qui est habituellement d'une bonne santé, n'a pas maigri dans ces derniers temps, il ne tousse pas et n'a jamais craché de sang. Il n'a jamais eu ni chaude-pisse, ni affection syphilitique. Il est père de cinq enfants, et son dernier n'est âgé que de onze mois.

Il y a vingt ans en émondant un arbre, il est tombé à califourchon sur une branche, il ressentit aussitôt une vive douleur dans le testicule droit, qui augmenta beaucoup de volume. Il n'y eut pas de coloration noire de la peau du scrotum. Il fut obligé de garder le lit pendant quatre jours seulement. Il put ensuite reprendre ses occupations, mais le testicule resta gros comme le poing, sans toutefois être le siége d'aucune douleur. Il y a douze ans, il reçoit un coup de pied de cheval dans le même testicule, la tumeur augmente de volume, ne se colore pas en noir, il garde le lit pendant trois ou quatre jours; puis il reprend ses occupations : peu à peu, la tumeur diminue et revient à son volume primitif.

Au mois d'août dernier, sans autre cause appréciable que la fatigue de son travail, il faisait la moisson, la tumeur se met à grossir et en huit jours elle double de volume. Il continue néanmoins à travailler. Enfin, il y a trois semaines, il est obligé de garder le repos. Il éprouve alors de la difficulté à uriner, et, depuis, cette gêne dans la miction a persisté. En même temps il ne peut plus aller à la garde-robe. On le fait évacuer à l'aide de purgatifs, et quand il va à la garde-robe, il ne s'en aperçoit pas. Quatre jours avant son entrée à l'hôpital son médecin pratique une ponction qui n'amène pas de liquide.

État actuel : 11 octobre. Le scrotum se présente sous l'aspect d'une énorme tumeur ovoïde à grand diamètre vertical ayant 40 centimètres de circonférence et 20 centimètres de hauteur. Cette tumeur est dure, fluctuante dans certains points, et présente quelques bosselures volumineuses, mais peu saillantes. Sur le côté gauche se trouve le testicule gauche qui est sain et très-mobile. Cette tumeur n'est le siége d'aucun élancement, d'aucune douleur spontanée. Une forte pression n'y développe aucune douleur, aucune sensation caractéristique, le testicule sain présente la même particularité. Le cordon est sain et ne présente aucune induration. La peau est normale elle est seulement parcourue par quelques veinules variqueuses. La verge a complétement disparu dans la masse de la tumeur. Si on soulève la tumeur on sent qu'elle est très-pesante, et en effet, elle cause au malade un sentiment de tiraillement très-douloureux dans les reins et jusque dans le dos

quand il est debout. Il marche difficilement, et est obligé de soutenir sa tumeur avec un mouchoir.

Dans les deux aines, il y a quelques petits ganglions gros comme de petits haricots, mobiles, indolents, mais ils ne sont pas plus développés d'un côté que de l'autre.

Le ventre est tendu, la région hypogastrique saillante. Cette saillie est due à l'énorme développement de la vessie qui remonte jusqu'à l'ombilic. Le malade n'urine que très-peu à la fois et par regorgement, il se plaint de souffrir dans le bas-ventre. Il y a six mois les fonctions de la génération s'accomplissaient encore régulièrement; dans ces derniers temps elles étaient abolies.

Le malade étant chloroformisé, une incision longitudinale met à nu la tumeur qui est énucléée rapidement. Le cordon est incisé à petits coups, une ligature est placée sur chaque vaisseau à mesure qu'il est divisé. Toute cette vaste plaie est lavée avec de l'alcool et pansée avec de la charpie imprégnée de ce liquide, puis le malade est sondé, et on retire de la vessie environ deux litres et demi d'urine. A l'aide d'un pansement approprié les bourses sont maintenues relevées.

Le 12 octobre, le malade va très-bien. Il est apyrétique. Hier il a dormi dans le jour : la nuit a été excellente. Il n'a pas uriné. La vessie est distendue. Cathétérisme. La vessie n'a pas de ressort, il faut presser sur les parois abdominales pour la vider. On place une sonde à demeure. Les jours suivants le malade va très-bien, a de l'appétit : vin de quinquina, rôti, vin de Bordeaux.

Le 14 octobre, il n'a pas eu de garde-robe depuis huit jours : *quinze* grammes de séné dans une décoction de pruneaux.

Le 15 octobre. Garde-robes nombreuses involontaires, pendant la nuit. Il n'en a aucune conscience. La peau des bourses, de la verge et des fesses a conservé sa sensibilité normale.

Le 17 octobre. 5 à 6 garde-robes involontaires tous les jours, en dévoiement. La plaie devient grisâtre. — Diascordium, *quatre* grammes; eau de riz; potion avec sirop de quinquina au vin, et *quatre* grammes alcoolature Aconit.

Le 19 octobre. Toujours de la tendance au dévoiement. Le malade s'affaiblit. La plaie a mauvais aspect. Toute la surface est touchée avec de la teinture d'iode; pansement alcoolique.

Le 21 octobre. Le malade est pris d'un violent frisson avec claquement de dents; faiblesse de plus en plus marquée; persistance de la diarrhée et de l'atonie de la vessie.

Le 22 octobre, même état; *subdelirium*.

Le 25 octobre. Langue noire fuligineuse. La peau prend une teinte jaunâtre. Il se plaint d'une douleur dans l'épaule droite. La peau est sèche et grisâtre. Les urines s'écoulent involontairement. Agitation, délire, frissons.

Le 28 octobre, il meurt dans la matinée.

Autopsie au bout de vingt-quatre heures : Roideur cadavérique prononcée; teinte jaunâtre du cadavre. La plaie des bourses est grisâtre, sèche.

Le foie est hyperémié; mais on n'y trouve pas de traces d'abcès métastatique. La rate est assez volumineuse; son tissu est ramolli, diffluent, mais ne renferme pas d'abcès. Les uretères sont du volume d'un grosse plume d'oie. Les reins sont hyperémiés, mais sains; les calices sont dilatés. La vessie, distendue, remplit tout le petit bassin, et remonte à trois travers de doigt au-dessus du pubis. Largement incisée, elle laisse échapper près d'un litre d'urine, et elle ne revient pas sur elle-même. Sa surface interne présente des arborisations et des plaques ecchymotiques; elle est ramollie et couverte d'un enduit muco-purulent. Les parois de la vessie sont amincies, ce qui tient à sa distension. La plèvre gauche renferme des fausses membranes infiltrées de pus. Le poumon correspondant est fortement congestionné, surtout à sa base. Le poumon droit est sain; l'articulation sterno-claviculaire droite est pleine de pus; le tissu cellulaire de la partie supérieure du médiastin antérieur est infiltré de pus. L'examen le plus attentif du bassin et de l'abdomen n'a fait découvrir aucune altération des ganglions lymphatiques.

Examen de la tumeur. — La tumeur, incisée suivant son grand axe, laisse écouler de sa cavité centrale un demi-verre environ de sang noir, épais, semblable à de la mélasse. L'examen de la coupe nous permet de constater que l'enveloppe fibreuse formée par l'albuginée a de 2 à 3 millimètres d'épaisseur. De la face interne de cette membrane, partent des cloisons fibreuses qui divisent la tumeur en plusieurs loges. L'une d'elles, la plus grande, située au centre et formant à elle seule plus du quart de la tumeur, contenait le sang qui s'est écoulé au moment de la section. Elle renferme encore des caillots sanguins, mous, ramollis au centre, mais durs, fibreux, jaunâtres à la circonférence et rappelant l'aspect de ces caillots que l'on observe dans les tumeurs anévrysmales. Les autres loges de la tumeur contiennent un tissu amorphe formé par des caillots fibrineux, jaunâtres fort anciens; entre elles, se trouvent des surfaces formées de tissu fibreux hypertrophié. Enfin, à la partie inférieure et antérieure est un tissu mou, grisâtre, qui paraît formé par la substance du testicule, lui-même hypertrophié. La pression de ces diverses parties ne donne lieu à aucun écoulement de suc lactescent miscible à l'eau. On ne retrouve aucune trace de l'épididyme.

Remarques. — La chronicité de la tumeur, son origine traumatique, le siége dans l'épaisseur même du parenchyme testiculaire avec atrophie de l'organe, la paralysie de la vessie et du rectum, enfin l'issue fatale de l'opération font de cette observation un cas à part différent de ceux publiés par Béraud dans son mémoire (*Archives générales de médecine*, 4e série, t. XXV), dans lesquels la lésion est de date toute récente.

M. Verneuil. Bien que l'examen à l'œil nu ait prouvé l'existence de caillots, il se pourrait qu'une analyse microscopique démontrât la nature cancéreuse de la tumeur. Deux testicules ainsi altérés, examinés par M. Verneuil, n'étaient que des encéphaloïdes avec des nombreux foyers apoplectiques.

M. Desprès croit qu'il s'agit d'une tumeur cancéreuse kystique comme on en trouve des exemples dans la thèse de M. Gonche, de Lyon, et cite un cas du service de Nélaton, consigné dans les *Bulletins de la Société anatomique pour* 1860, où il s'agissait d'un cancer pris tout d'abord pour une hématocèle intra-testiculaire.

M. Demarquay admet la difficulté de se prononcer, et cite un cas où il avait cru à une hématocèle dans le parenchyme, alors qu'il n'avait réellement à faire qu'à une hématocèle vaginale.

M. Giraldès se refuse de voir dans cette pièce une hématocèle parenchymateuse du testicule. En pareil cas, la substance testiculaire s'enflamme, ce qui n'a pas lieu ici.

M. Giraldès a été à même de voir, à l'hôpital Necker, une hématocèle parenchymateuse à la suite d'un écrasement du testicule par une main ennemie.

Il y eut douleur vive, rougeur, gonflement rapide, puis fluctuation qui nécessita une ponction, d'où il est sorti du sang liquide. Le volume de la tumeur allant en augmentant, on fit la castration, ce qui permit de constater qu'il s'agissait bien réellement d'une hématocèle traumatique intra-testiculaire.

M. Trélat. Il semblerait résulter de la citation faite par M. Desprès que toute affection kystique du testicule est par cela même cancéreuse, tandis qu'il admet, pour son compte, avec M. Broca, que parmi les productions kystiques du testicule, hématiques ou non, il y en a de véritablement bénignes.

M. Larrey. Bien qu'il n'ait pas été à même d'observer d'hématocèles parenchymateuses du testicule, il pense que l'on ne doit pas procéder à la castration avant d'avoir esssayé la ponction ou l'incision.

Du reste, l'hématocèle intra-testiculaire doit être très-rare, attendu que, sur un grand nombre d'hématocèles observées par M. Larrey chez des cavaliers, par suite de coups contre le pommeau de la selle ou à la suite des exercices du cheval de bois, il n'a vu que des épanchements dans la tunique vaginale, et jamais dans l'épaisseur de l'organe.

M. Ricord. Comme on a parlé d'hématocèle vaginale, il saisit l'occasion pour poser en fait, que l'*incision* suffit, le plus souvent. Si l'insuffisance de l'incision lui est démontrée, il pratique alors l'excision de la vaginale et ne se décide à la castration que tout à fait en dernier lieu.

Ainsi, ajoute M. Ricord, il faut procéder par gradation et ne se décider à sacrifier le testicule, que tout à fait à défaut de mieux. Il lui est arrivé, en procédant de la sorte, d'enlever une tumeur veineuse kystique des bourses, en respectant le testicule.

M. Desprès admet, comme M. Trélat, que toutes les tumeurs kystiques du testicule ne sont pas cancéreuses. Seulement elles le sont, dit-il, pour la plupart.

M. Demarquay ne propose la castration que pour les vieilles hématocèles, à parois épaisses et comme cartilagineuses. Pour celles récentes, il s'est très-bien trouvé du drainage.

M. Panas dit qu'on ne peut nier l'existence de l'hématocèle parenchymateuse du testicule. En 1857, il fut à même d'observer un exemple dans le service de M. Nélaton, qui pratiqua la castration croyant à un sarcocèle avec léger épanchement de sérosité dans la vaginale. La dissection de la tumeur, du volume d'un œuf de poule, démontra à l'examen microscopique, fait par M. Robin, qu'il s'agissait bien réellement là d'un foyer apoplectique dans le centre du testicule. Cette pièce fut présentée par M. Panas à la Société anatomique.

La tumeur dont a parlé M. Ricord et qu'il a extirpée à l'hôpital du Midi en 1855 en présence du professeur Riberi (de Turin) et des internes de l'hôpital dont M. Panas faisait partie, était formée par les veines du cordon et des kystes multiples. Si donc M. Ricord a pu conserver dans ce cas le testicule, c'est qu'il s'agissait d'une tumeur du cordon indépendante de la glande. D'ailleurs, le canal déférent intimement adhérent à la tumeur avait été intéressé.

M. Labbé. Avant de nous prononcer définitivement sur la nature de la tumeur, je demanderai à la Société de lui permettre d'en faire faire un examen histologique complet.

Plaie de l'artère poplitée à son origine. Ligature des deux bouts. Phlegmon diffus consécutif de la cuisse. Mort. Autopsie. — M. Le Fort communique cette observation au nom de M. Ch. Laurent, interne des hôpitaux.

Il s'agit d'une petite fille de huit ans qui, le 29 septembre 1869, est entrée à Lariboisière dans le service de M. Verneuil.

Deux heures avant son entrée dans les salles, elle s'était donnée un coup de couteau à la cuisse, qui fut suivi, au dire des parents, de l'effusion d'une grande quantité de sang. L'hémorrhagie s'arrêta à l'aide d'une compression directe, et au moment de l'examen, la jeune fille ne perd plus de sang. On constate chez elle l'existence d'une plaie linéaire de 1 centimètre de long, située à la partie antéro-interne de la cuisse, vers la jonction du tiers moyen avec le tiers supérieur.

Vue l'absence d'hémorrhagie, de gonflement notable et de battements, on se borne à prescrire le repos et des compresses humides.

Le 1er octobre au soir, hémorrhagie brusque et abondante par jet saccadé, qu'on évalue à *cinq* ou *six cents* grammes. On l'arrête en appliquant un garrot à la racine de la cuisse et une compression directe sur la plaie, remettant pour le lendemain matin, 2 octobre, la ligature des vaisseaux.

M. Verneuil, après avoir agrandi la plaie, pratique la ligature des deux bouts. L'opération, d'une exécution très-pénible, n'a pas duré moins de 40 minutes, et a exigé des débridements assez grands. Le sang provenait manifestement du bout inférieur de l'artère, qui n'a pu être lié que médiatement et en comprenant dans l'anse du fil la veine. On est allé alors à la recherche du bout supérieur, qui fut lié à son tour, en ouvrant l'anneau du troisième adducteur, ne pouvant pas saisir convenablement le bout dans la plaie.

Le 4 octobre il survient du délire, une fièvre très-violente, avec tous les signes d'un phlegmon diffus grave.

Les jours suivants, le phlegmon devient gangreneux.

Le 11e jour, la ligature du bout inférieur tombe. L'état ataxo-adynamique se prononce de plus en plus, et le 16 octobre, la jeune fille succombe dans la soirée.

Autopsie. — La cuisse est infiltrée de pus et de gaz; les muscles sont détruits et remplacés par une bouillie grisâtre, infecte, où l'on reconnaît encore quelques fibres musculaires. La peau est sphacelée dans presque toute son étendue. Le périoste et le fémur sont intacts.

L'articulation du genou renferme un peu de sérosité louche, avec injection légère de la synoviale.

Les deux bouts de l'artère sont distants de 10 centimètres. L'oblitération est parfaite. Dans le bout supérieur, petit caillot très-adhérent aux parois artérielles. La première collatérale est à 10 millimètres de la ligature; dans le bout inférieur elle est à 13 millimètres.

La veine poplitée est coupée, et les deux bouts ne sont pas éloignés l'un de l'autre. Dans le bout inférieur, adhérent à l'artère, et dont les parois sont épaissies et indurées, se trouve un caillot mou, diffluent. Le bout supérieur est libre jusqu'à l'aine, et ne renferme pas de pus. La veine iliaque est saine.

Ni le foie, ni le poumon, ni aucune grande articulation ne renferment du pus, seulement le foie présente une dégénérescence graisseuse très-avancée; les cellules hépatiques renferment des granulations qui les distendent et qui se dissolvent dans l'éther.

ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE

Le nombre des membre présents est de *trente;* majorité absolue : *seize*.

Ont obtenu :

1er tour de scrutin.

MM. P. Horteloup	15	voix.
Dubreuil	8	—
Lannelongue	7	—

2e tour de scrutin.

MM. P. Horteloup	16	voix.
Dubreuil	10	—
Lannelongue	4	—

M. Horteloup ayant obtenu la majorité, est déclaré membre titulaire de la Société de chirurgie.

RAPPORT

M. Duplay fait un rapport verbal au nom d'une commission chargée d'examiner un travail de M. le docteur Eugène Facieu (de Gaillac) intitulé : *Deux cas de plaie pénétrante du genou. Injections quotidiennes pratiquées à l'aide d'un irrigateur. Guérison avec ankylose*.

Ce travail comprend deux observations très-longuement et très-consciencieusement recueillies. Dans l'une, concernant un enfant de 8 ans, il s'agit d'une plaie contuse très-étendue de la jambe et de la cuisse, avec pénétration dans l'articulation du genou, qui fut suivie d'une arthrite suppurée et d'accidents généraux très-graves. Les débridements, l'emploi de tubes à drainage, les injections quotidiennes, ont amené la guérison au bout de 146 jours, mais avec une ankylose du genou.

Le second fait se rapporte à un jeune homme de 23 ans, qui reçut presque à bout portant dans le genou la charge d'un pistolet d'arçon chargé de gros plomb. L'arthrite suppurée qui en fut la conséquence et qui s'accompagna de fusées purulentes, fut traitée d'après les mêmes principes, et la guérison avec ankylose fut obtenue au bout de trois mois.

Ces deux observations s'ajoutent aux faits plus ou moins analogues qui ont été déjà rapportés, et qui doivent encourager les tentatives de conservation dans les cas mêmes qui semblent les plus désespérés.

M. Facieu fait remarquer avec juste raison que le succès doit être attribué à l'âge des deux blessés, aux conditions hygiéniques dans lesquelles ils se trouvaient; enfin il accorde une grande influence au traitement employé : incisions, drainage, injections avec l'irrigateur.

Je propose à la Société :

1° De déposer aux Archives les deux observations dont je viens de donner un résumé succinct;

2° D'inscrire le nom de M. le docteur Facieu, suivant sa demande, à titre de membre correspondant.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

Cancer de l'ombilic. — M. Demarquay. Je désire attirer un instant l'attention sur un cas de cancer de l'ombilic que j'ai opéré récemment, dans mon service, d'autant mieux que depuis quelques années j'ai eu occasion d'en observer deux autres cas. La tumeur que je vous présente, et qui avait au moment de l'opération le volume d'un œuf, a été enlevée sur une dame âgée de 54 ans, entrée le 2 mai dans mon service. La santé de cette malade a toujours été bonne, elle a cessé d'être réglée depuis deux ans. A cette époque, elle s'est aperçue qu'un nævus congénital qu'elle portait au-dessous de l'ombilic, mais se prolongeant un peu dans l'infundibulum formé par cet ombilic, prenait du développement. Bientôt même, la tumeur se développant, elle finit par s'excorier et donner lieu à de petites hémorrhagies et aux écoulements d'un liquide sanieux peu odorant.

C'est dans cet état que la malade est entrée dans mon service. J'hésitai un instant à la débarrasser de cette tumeur, à cause de deux petites tumeurs existant dans la région des aines; mais, tenant compte de son origine cutanée, qui me permettait de faire cette opération sans ébranler l'organisme, je me décidai à enlever cette tumeur framboisée, légèrement pédiculée.

Les suites de l'opération furent bien simples. Le microscope nous a démontré que nous avions à faire à un papillome. Je pensais que l'ablation de la tumeur étant effectuée, les ganglions de l'aine n'étant plus irrités par l'excitation constante de la tumeur, diminueraient de volume. Il n'en fut rien; depuis dix à quinze jours, nous les voyons grossir, marcher vers une dégénérescence identique à celle probablement que le nævus ombilical a subi. La santé de la malade s'altère, et tout me fait craindre une issue fatale, dans un temps plus ou moins éloigné. Je n'aurais point entretenu la Société de chirurgie de ce fait assez rare si je n'avais eu occasion d'observer deux autres faits graves de cancer de l'ombilic.

Le premier de ces deux faits m'a été présenté par un homme âgé, il y a deux ans environ. L'ombilic était occupé par une tumeur du volume du poing, présentant un aspect bleuâtre. Elle me parut adhérente au péritoine et à la peau de l'ombilic. Il était im-

possible de lui imprimer le moindre mouvement sans déplacer toute la paroi abdominale ; elle était molasse, et le malade y ressentait une douleur vive, lancinante. Je diagnostiquai une tumeur encéphaloïde de la région ombilicale. Je me refusai à toute opération en raison des adhérences indiquées plus haut. Bientôt le teint du malade finit par s'altérer, et le malade succomba.

Le dernier de mes malades a été observé récemment ; je l'ai vu avec M. le docteur Roger, un de mes anciens élèves. Il s'agissait encore d'un malade âgé de soixante et quelques années : il portait une large tumeur aplatie dans la région ombilicale ; elle était molle, pâteuse, demi-fluctuante, et comprenait toute l'épaisseur de la paroi abdominale dans l'étendue des deux mains. Elle avait débuté par l'ombilic, et elle avait envahi petit à petit les tissus voisins. Elle s'était ouverte sur plusieurs points, et il était sorti de ces ouvertures des masses fongueuses, tremblottantes, et laissant écouler une quantité incroyable de liquide. Le plus petit contact de ces masses les faisait saigner. Cette masse se laissait pénétrer par un stylet presque dans toutes les directions. Le malade fut vite épuisé par ces pertes séro-sanguines, et il succomba.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le secrétaire annuel : F. Panas.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 24 juin 1870, rendu sur la proposition du maréchal ministre de la guerre, ont été nommés :

Au grade de médecin principal de 1re classe : M. Laforêt (Joseph-Charles), médecin principal de 2e classe, à l'hôpital militaire de Nancy.

M. Champenois (Paul-Athanase), médecin principal de 2e classe, à la division d'Alger.

M. Blanvillain (Édouard), médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Valenciennes.

Au grade de médecin principal de 2e classe : M. Besançon (François-Marie-Victor), major de 1re classe, à la division d'Alger.

M. Molard (Jean-Baptiste-Paul-Marie), major de 1re classe, à l'hôpital militaire de Metz.

M. Frison (Vincent), major de 1re classe, à la division d'Alger.

— Les médecins de l'état civil de la ville de Paris viennent de former une Société.

Le but de la *Société des médecins de l'état civil* est d'étudier et de discuter tous les sujets relatifs à la constatation des naissances et à la vérification des décès, de recueillir et de porter à la connaissance de l'administration, s'il y a lieu, tous les faits propres à enrichir la statistique, à éclairer la justice, à servir les sciences médicales, surtout l'hygiène publique et privée, de s'occuper enfin de toutes les questions touchant à la dignité et aux intérêts professionnels.

Dans ses deux dernières réunions, la Société a voté définitivement son règlement et constitué son bureau pour l'année 1870.

Ont été nommés : Président, M. Josat; vice-président, MM. Guillier et Coffin; secrétaire général, M. Linas; secrétaire des séances, MM. Allaire et Lecoq; archiviste-trésorier, M. Duchesne.

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 19 au 25 juin 1870, donne les chiffres suivants :

Variole, 238.—Scarlatine, 23.—Rougeole, 16.—Fièvre typhoïde, 22. Typhus, ». — Érysipèle, 9. — Bronchite, 64. — Pneumonie, 93. — Diarrhée, 30. — Dysenterie, 1. — Choléra, 1. — Angine couenneuse, 3. — Croup, 8. — Affections puerpérales, 7. — Autres causes, 634.— Total : 1,149.

Celui de Londres donne les chiffres suivants, du 12 au 18 juin 1870 :

Variole, 7.—Scarlatine, 100.— Rougeole, 36.—Fièvre typhoïde, 16. — Typhus, 16. — Érysipèle, 10. — Bronchite, 80. — Pneumonie, 50. — Diarrhée, 56. — Dysenterie, 1. — Choléra, ». — Angine couenneuse, 7. — Croup, 6. — Affections puerpérales, 6. — Autres causes, 901. — Total : 1,292.

— On écrit de Djeddah que la commission médicale égyptienne chargée de se rendre à Yambo, pour y surveiller l'embarquement des pèlerins revenant de Médine, s'est acquittée de la tâche qui lui était dévolue. Elle a veillé à l'exécution de mesures semblables à celles qui avaient été prises avec succès sur son initiative à bord des vapeurs égyptiens dans la rade de Djeddah. Le retour des pèlerins par la voie de Yambo s'est effectué avec calme et régularité.

Du 18 avril au 3 mai, 5,336 hadjis ont été successivement embarqués sur les vapeurs égyptiens et le vapeur anglais le *Pearl*. On estime que le nombre des hadjis qui, en revenant de Médine, se sont embarqués à Yambo pour l'Egypte se sera élevé, cette année, à 10,000 musulmans. A Suez, les vapeurs anglais ont pris leurs dispositions pour ramener les pèlerins soit dans le golfe Persique, soit dans les ports des Indes anglaises, et se sont appliqués à n'embarquer sur les navires que le nombre de passagers accordé par les règlements. Les mesures de préservation ont été prises également à la Mecque, à Mina et à Arafat.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois... 8 fr. 50 c. Six mois... 16 — Un an..... 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Encore une séance consacrée à cette question du virage qui ne peut faire de progrès, car les expériences font défaut. Chacun se borne à critiquer les doctrines de ses adversaires sans fournir de preuve nouvelle à l'appui des siennes.

En attendant que l'Académie aborde des sujets vraiment plus scientifiques, on en est réduit à feuilleter les pièces de la correspondance et les ouvrages présentés.

Parmi ces derniers, nous en avons remarqué un d'un intérêt plus qu'ordinaire. C'est une circulaire médicale de provenance américaine.

Comme l'a dit avec raison M. Béranger-Feraud, les Américains mettent à profit, avec un zèle infatigable, les documents pathologiques et les richesses chirurgicales, si je puis m'exprimer ainsi, que la guerre de sécession leur a permis de rassembler.

Ils ne craignent pas de revenir à plusieurs reprises sur les mêmes faits, corrigeant, complétant leurs statistiques, les rapprochant de celles qui ont été recueillies, soit aux États-Unis en dehors de la guerre, soit même dans la vieille Europe.

Ils arrivent ainsi à tracer d'admirables monographies que le département de la guerre publie à ses frais, et que le *chirurgien général* envoie officiellement à ses subordonnés.

Celle qui vient de nous passer sous les yeux est l'histoire des résections de la hanche à la suite de blessures par armes à feu. N° 2 d'une nouvelle série, elle reprend donc un sujet traité dans la circulaire n° 6 de 1865.

La statistique a beaucoup augmenté. Aux 32 faits de 1865 sont venus s'en joindre 34 autres ; mais trois des premiers ont dû être éliminés préalablement comme mal classés ou faisant double emploi (les anciens nos 24, 29 et 30).

Les 63 observations qui forment le total actuel ont été divisées en trois groupes :

1° *Excisions primaires*, c'est-à-dire faites peu de temps après la blessure, 24 heures au plus.

2° *Excisions intermédiaires*, faites pendant la période de fièvre inflammatoire (entre le 12e ou le 24e jour).

3° *Excisions secondaires* pratiquées plus tard, lorsque la blessure est pour ainsi dire passée à l'état chronique.

Le nombre des succès a été de 5, ainsi répartis :

Sur 32 résections *primaires*, 2 succès : = 1/16;

Sur 22 résections *intermédiaires*, 2 succès : = 1/11;

Sur 9 excisions *secondaires*, 1 succès : = 1/9.

La moyenne générale est de 1 sur 12,6.

Le *chirurgien assistant* auteur de cette circulaire, M. Georges Otis, considère cette proportion comme encourageante, car presque toujours la résection a été pratiquée en désespoir de cause.

Deux des opérés qui ont été guéris, ceux qui avaient subi la résection primaire, ont été transportés immédiatement après à de longues distances dans ces admirables *wagons-hôpitaux* ou *steamers-hôpitaux*, dont les modèles ont figuré à l'Exposition universelle.

Sur les 5 succès, 4 peuvent être considérés comme complets. 4 opérés ont pu marcher sans béquilles ; il est même noté que deux d'entre eux ont pu porter de lourds fardeaux.

Quant au cinquième, il mourut quinze mois après la résection sans avoir pu se servir de sa jambe pour la marche.

Tous les malades qui moururent ne peuvent pas être également comptés comme des insuccès. Il en est au moins un qui, 65 jours après avoir subi une *résection intermédiaire* paraît avoir succombé à des causes étrangères à l'opération.

Dans les autres cas la durée de survie a été variable. Très-courte en général, de deux à trois jours, après les résections primaires, elle atteint une moyenne de vingt jours et demi pour les résections intermédiaires et de seize jours seulement pour les résections secondaires.

Les chiffres relatés jusqu'ici se rapportent tous à la guerre de sécession. Ils ont été fournis par l'un et l'autre camp ; 15 proviennent de l'armée du Sud et 48 de l'armée du Nord.

En les rapprochant des autres faits de résection de la hanche publiés aux États-Unis, soit antérieurement soit postérieurement à cette guerre. M. Georges Otis trouve un total de 77 opérations exécutées en Amérique et ayant donné 7 succès, 1 sur 11.

La proportion devient un peu plus favorable si l'on ajoute les observations recueillies en Europe ; mais les chances d'erreur deviennent ainsi plus considérables, car plusieurs chirurgiens ne font pas connaître leurs insuccès ; la moyenne générale serait de 8 guérisons sur 85 cas, un peu plus de 1 sur 10 1/2.

M. Otis compare ces résultats à ceux que peuvent fournir soit l'expectation pure et simple, soit l'amputation coxo-fémorale. Toutes ses préférences sont évidemment pour la résection.

De magnifiques planches photographiques ou gravées, des renseignements bibliographiques considérables enrichissent cette circulaire, qui mérite certainement une lecture approfondie et fait grand honneur au corps médical américain.

Dr VICTOR REVILLOUT.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GOSSELIN.

Sacro coxalgie présumée rhumatismale. Difficultés du diagnostic.

M. le professeur Gosselin s'est longuement occupé, dans une de ses dernières leçons, d'une femme de 48 ans, bien constituée et habituellement bien portante, qui se plaint de souffrir du côté de la fesse, de la hanche et de la cuisse droites depuis quatre mois. Ces douleurs ne sont pas venues à la suite d'un coup. La malade ne leur connaît aucune cause positive ; elle sait seulement qu'ayant été occupée sur des bateaux, et allant souvent laver son linge elle-même à la rivière, elle a dû être exposée fréquemment à l'humidité. Les douleurs ont d'abord été modérées ; mais elles se sont progressivement accrues de telle sorte qu'après les avoir supportées, sans traitement, cette femme en est venu à ne plus pouvoir continuer ses travaux, parce que la marche était devenue extrêmement pénible.

En interrogeant la malade sur ses douleurs, M. Gosselin a appris qu'elles étaient devenues à peu près constantes, que sans être toujours très-intenses la nuit, elles empêchaient parfois le sommeil, et qu'enfin elles avaient toujours eu et avaient encore ce caractère dominant d'être beaucoup plus intenses dans la station verticale et la marche que dans le décubitus horizontal. M. Gosselin a invité cette femme à se lever et à marcher devant lui, et il a constaté qu'elle boitait notablement, elle indiquait d'ailleurs que sa claudication avait commencé avec les douleurs, et se prononçait, comme ces dernières, beaucoup plus après quelques heures de station debout et de marche.

Invitée à montrer avec un doigt le siége positif de ses douleurs, la malade a parfaitement montré la région sacro-iliaque, la fesse, et les parties externe et antérieure de la cuisse jusqu'au genou ; mais elle n'a nullement suivi avec son doigt le trajet du nerf sciatique. D'un autre côté, la pression et la percussion au niveau de la partie postérieure de l'os iliaque augmentent momentanément les souffrances.

En présence de cet état si douloureux, et persistant depuis si longtemps, il y avait à chercher si l'on avait à faire à une coxalgie, à une sciatique ou à une sacro-coxalgie.

M. Gosselin a successivement examiné ces trois questions. Il a d'abord rejeté la coxalgie en se fondant sur les trois circonstances suivantes :

1° La malade peut détacher le talon du lit, fléchir complétement la cuisse sur le bassin, ce qui n'a lieu ni dans la coxalgie scrofuleuse ni dans l'arthrite sèche (*morbus coxæ seculis*);

2° Les mouvements communiqués par le chirurgien ne se transmettent pas au bassin et à la colonne vertébrale, comme cela a lieu dans les coxalgies, mais se passent bien dans l'articulation coxo-fémorale ;

3° Il n'y a ni abaissement du bassin, ni cambrure lombaire, ni effacement du pli de l'aine.

Il a ensuite discuté la question de la névralgie sciatique à laquelle bien des personnes croiraient volontiers, en présence des symptômes énumérés plus haut, et aussi en considération de ce fait qu'il n'y aucune tumeur, aucune lésion physique appréciable qui puisse expliquer les souffrances. Mais M. Gosselin s'appuie sur deux raisons principales pour rejeter également la sciatique : 1° la malade n'indique pas du tout le trajet du nerf sciatique comme siége de la douleur ; 2° le maximum d'intensité de cette douleur a lieu toujours pendant la marche et s'accompa-

FEUILLETON BIBLIOGRAPHIQUE

NOTICE HISTORIQUE

SUR LES MAITRES EN CHIRURGIE D'ORLÉANS (1)

Par le docteur CHARPIGNON.

Chaque science, chaque art a ses historiens, et la médecine qui, par la nature de ses rapports et de ses applications est la science la plus vaste ou l'art le plus complexe, attend encore une histoire complète qui montre ses origines, enregistre ses hésitations et rappelle le souvenir des hommes qui ont contribué à ses progrès successifs.

La notice sur les chirurgiens d'Orléans, que vient de publier M. le docteur Charpignon, est une page inédite de l'histoire de la chirurgie ; toutefois, je lui reprocherais d'être trop abrégée, si je ne songeais que ce travail consciencieux, à vues judicieuses, élevées, et laissant percer le tact pratique, était condamné d'avance à d'étroites limites par suite de son insertion dans les mémoires d'une société savante de province. Ces sociétés, en conservant les vérités acquises, ne sont pas toujours accessibles aux allures de l'investigation scrupuleuse.

(1) In-8. Orléans, 1869.

En effet, voici des règlements, des arrêts laborieusement cherchés, savamment groupés pour édifier l'histoire des maîtres en chirurgie d'Orléans depuis 1400 jusqu'en 1789 ; et cependant, rien ou presque rien des querelles des chirurgiens et des barbiers, rien ou presque rien des faits, des doctrines, des coutumes des hommes qui ont traversé ce Moyen-Age à caractère si tranché, que nous sommes impressionnés à la vue de tout ce qu'ils ont produit... Que de choses à dire aussi sur les Guillemeau, sur les Leblanc, sur les Petit ! Quelle belle occasion de faire revivre les demeures paisibles, les costumes, les modes d'opérer, les principes de théologie, de médecine, d'art, les usages de réception, les détails de mœurs même qui caractérisaient cette époque d'étude méditative et de conceptions progressives ! Mais, je le reconnais, il eût fallu cent pages au lieu de quarante, et courir risque de ne pas recevoir la sanction de la société scientifique à laquelle cette notice était destinée.

Grâce aux travaux modernes, aux inventaires des archives départementales en voie de classement, il deviendra prochainement possible de suivre, à travers les siècles, l'élaboration, le perfectionnement de la chirurgie comme art et comme science. Esclaves et affranchis romains, clercs et abbés, barbiers, chirurgiens, marquent les étapes successivement parcourues par cet art, d'abord tout manuel, qui a précédé la médecine pour revenir ensuite se placer sous la direction absolue des médecins.

Il faut arriver au dix-huitième siècle pour voir la chirurgie élevée à la hauteur d'une science, prétendre, sinon à dominer la médecine, dont elle fut si longtemps la servante humble et humiliée, du moins s'ériger en égale par suite de droits, d'honneur et de faveurs accordés par des décrets royaux et des ordonnances des parlements.

Puis enfin les effets persistants des chirurgiens laborieux et savants finissent par renverser les barrières qui séparaient leur science de la médecine, ainsi que les priviléges qui les faisaient toujours les ministres des médecins. Depuis 1789, la science et la loi ne connaissent plus que le médecin ; car, entre la chirurgie et la médecine, la fusion est complète. Dans cette évolution de ces deux sciences, disons de cette science qui touche aux plus chers intérêts de l'humanité, on voit, par le travail de M. Charpignon, qu'Orléans a fourni sa part d'influence et son chapitre d'histoire.

A. DUREAU.

Traité du diagnostic des maladies chirurgicales, par M. Emile FOUCHER, suivi du *Traité du diagnostic des tumeurs*, par A. DESPRÈS (1).

« Ce livre doit contenir non-seulement la description des signes qui font reconnaître les maladies chirurgicales, mais encore l'indication des manœuvres qu'il faut employer pour constater ces signes. Je sais combien il est difficile de remplir un pareil but, car s'il ne faut omettre aucune des circonstances d'étiologie, de symptômes, de marche, de traitements, qui peuvent se transformer en signes, il faut aussi que tous ces éléments du diagnostic soient exposés et classés, autant que possible, suivant leurs affinités cliniques. » Ainsi s'exprimait Foucher qui, dès le début d'une œuvre qu'il ne devait pas lui être donné d'achever, ne se dissimulait, comme on le voit,

(1) 1 fort volume in-8° cartonné. 1866-1869.

gne de claudication aussitôt que la malade commence à marcher. Or, dans la sciatique, les patients ont quelquefois, souvent même, le maximum de leur douleur au lit et au repos, et n'ont pas besoin que les mouvements et la station verticale interviennent pour que ce maximum se produise. Dans la sciatique très-douloureuse et ancienne, les malades boitent, mais ils ne boitent pas aussitôt qu'ils sortent du lit, alors surtout que dans le lit, et après une bonne nuit passée, les douleurs n'existaient pas.

Ayant donc des raisons sérieuses pour rejeter une maladie de l'articulation coxo-fémorale et une maladie du nerf sciatique, M. Gosselin est tout naturellement amené à l'opinion d'une arthrite sacro-iliaque, maladie qui, dans la plupart des cas, n'a pas de signes physiques, et se traduit par des signes fonctionnels comparables à ceux de la coxalgie et de la sciatique, maladie que, pour cette raison, l'on confond très-habituellement avec une de ces dernières.

Examinant enfin la question du diagnostic étiologique, M. Gosselin regrette que l'analyse des symptômes ne le conduise pas encore, sur ce point, à des notions certaines ; il conclut cependant :

1° Qu'il ne s'agit pas d'une arthrite scrofuleuse, cette idée étant combattue par l'âge et surtout par la bonne santé habituelle de la malade ;

2° Qu'il n'est pas question non plus d'une sacro-coxalgie menacée de suppuration, la malade n'étant pas dans la condition qui, en dehors des scrofules, prédispose à cette terminaison, savoir l'état puerpéral. (Elle n'a pas eu d'enfant depuis quinze années) ;

3° Qu'il s'agit probablement d'une sacro-coxalgie rhumatismale qui, si elle est simple, disparaîtra après quelques semaines de traitement par le repos, les ventouses et les purgatifs, mais qui, si elle est arrivée, comme cela se voit assez souvent, à la variété de modifications anatomiques qui constituent l'arthrite sèche senile, ne disparaîtra pas entièrement et constituera une infirmité. Sur ce dernier point, ce sera donc la marche ultérieure de la maladie qui nous éclairera définitivement.

DE L'EMPLOI DE L'ÉLECTRICITÉ

COMME MOYEN DE DIAGNOSTIC DANS LES PARALYSIES DU NERF FACIAL

Par le docteur Onimus

(Lu à la Société de médecine de Paris le 21 janvier 1870).

Les différentes sources d'électricité nous offrent, non-seulement un plus grand nombre de moyens thérapeutiques, mais elles peuvent encore nous aider à préciser le diagnostic de certaines affections. Les différences d'action des courants électriques pourront un jour nous rendre de très-grands services dans le diagnostic et le pronostic de la plupart des maladies nerveuses et musculaires.

Je ne puis passer ici en revue les différents cas dans lesquels ces recherches pourraient faciliter le diagnostic et même le pronostic des maladies; d'autant plus que les faits sur lesquels je m'appuierais sont encore trop peu nombreux pour en tirer des conclusions rigoureuses. Je me bornerai donc à appeler votre attention sur un seul cas, celui de la paralysie du nerf facial. Ces faits sont assez nombreux pour permettre de donner une loi générale.

Depuis longtemps on avait observé que, dans certains cas de paralysie faciale, les muscles, fort peu de jours après le début de la maladie, ne se contractaient plus sous l'influence des courants induits. Ce phénomène arrive déjà après le cinquième ou le sixième jour, quoique les fibres musculaires ne présentent encore aucune altération bien marquée à l'examen microscopique. Dans ces dernières années, plusieurs médecins étrangers, entre autres Baierlacher, Giemssen, Enlenberg, Meyer, Erb, ont observé que, dans ces mêmes cas de paralysie faciale, les muscles, qui ne se contractaient pas sous l'influence des courants induits, se contractaient très-bien et même mieux que les muscles sains sous l'influence des courants continus. Ce fait d'ailleurs avait déjà été observé en partie par Hallé, professeur de la Faculté de médecine, à la fin du siècle dernier. Il avait vu, en effet, dans deux cas de ce genre, que l'électricité de la machine électrique ou d'une bouteille de Leyde, ne déterminait pas de contractions dans les muscles de la face, du côté paralysé, tandis que les courants de la pile produisaient de fortes contractions. Il guérit ainsi ces paralysies faciales, et dans son mémoire, il paraît, à plusieurs reprises, tout étonné de cette différence d'action de ces deux modes d'électrisation. C'est donc à Hallé, et non aux médecins allemands que revient l'honneur de cette découverte.

Nous avons eu l'occasion d'observer trois cas de paralysie faciale où cette différence d'action des courants induits et des courants de la pile était très-remarquable ; mais l'étude de cette question étant surtout du domaine de la physiologie, je ne m'étendrai que sur un des cas où le diagnostic, présentant quelques difficultés, la contractilité des muscles de la face nous a permis de la compléter. Voici cette observation :

M. Julien P..., ouvrier fileur, âgé de 54 ans, n'ayant eu aucune maladie antérieure, s'est réveillé, le 2 janvier 1870, ayant toute la moitié droite de la figure paralysée. Un mois auparavant, il avait eu un violent rhume de cerveau qui avait duré trois semaines, et qui avait cessé vers le 25 décembre 1869. Vers cette dernière époque, en se mouchant très fortement, il éprouva la sensation, dans l'oreille droite, d'un choc très-violent, comme d'un coup de pistolet, selon son expression, et en même temps il eut un étourdissement qui dura quelques secondes. Il n'éprouva, à la suite de cet étourdissement, aucun accident ni aucun phénomène paralytique. Deux jours après, il ressentit dans les gencives, du côté droit, une douleur assez vive, et vers la nuit, il éprouva un tintement violent dans l'oreille droite, qui disparut de nouveau pendant le sommeil.

La nuit suivante, le même tintement reparaît accompagné de douleurs, et il ne peut se coucher du côté droit. Ces symptômes disparaissent de nouveau dans la journée; mais, le lendemain matin, en se réveillant, toute la moitié de la figure se trouve paralysée. Le malade ne soupçonne aucune cause de refroidissement.

Il se présenta chez nous le 10 janvier, c'est-à-dire huit jours après le début de la maladie, et nous pûmes constater tous les symptômes de la paralysie du nerf facial.

La bouche est fortement déviée à gauche ; il ne peut ni souffler, ni siffler, ni fermer les paupières. L'œil droit est toujours plein de larmes. Aucun mouvement n'a lieu du côté droit, ni pendant qu'il parle, ni quand il rit, ni dans aucune des expressions mimiques de la face. En un mot, tous les muscles qu'innerve le nerf facial sont complétement paralysés. La luette n'est point déviée, et les muscles du voile du palais fonctionnent régulièrement.

La sensibilité, surtout pour les courants électriques, paraît être un peu exagérée du côté paralysé.

Le sens de l'ouïe est diminué, et le tic-tac d'une montre ne s'entend plus à 5 centimètres, tandis que, de l'oreille gauche, ce bruit s'entend encore à 40 centimètres.

Cette diminution de l'ouïe, donnée par Landogy comme un signe de la paralysie faciale de cause cérébrale, et les autres phénomènes accusés par le malade, tels que étourdissement, tintement dans les oreilles, etc., nous firent un instant supposer que la cause de cette paralysie pouvait être centrale. L'examen de la contractilité électro-musculaire nous fit immédiatement rejeter ce diagnostic.

Les courants induits, appliqués sur les muscles paralysés, ne donnent pas lieu à la moindre contraction. Nous les faisons aussi forts que le malade peut les supporter, et en les appliquant sur les différents muscles de la face, on n'aperçoit de contractions que dans le seul muscle masséter. Ce muscle, en effet, ne reçoit pas ses nerfs du facial, mais du maxillaire inférieur. Tous les autres muscles de ce côté de la face restent complétement immobiles, quoique le courant employé soit tellement fort, qu'appliqué du côté droit il détermine des contractions dans les muscles du côté opposé. Appliqués directement sur les muscles homologues sains, ces courants produisent des contractions très-énergiques.

Les courants de la pile (courants dits continus) déterminent, avec 10 à 16 éléments Remack, des contractions de tous les muscles du côté paralysé, excepté du masséter. Ces courants, appliqués sur le trajet du nerf facial, ne donnent lieu qu'à des contractions très-faibles; mais placés sur les muscles, ils produisent lentement des contractions très-apparentes.

Les courants continus, du côté sain, amènent des contractions des muscles de la face, mais surtout lorsqu'on agit sur les filets nerveux. Pour déterminer exactement la contraction d'un muscle sain, il faut employer un courant plus fort que pour un muscle paralysé.

Pour les muscles zygomatiques, relevant de la paupière supérieure aussi orbiculaires des lèvres du côté paralysé, il faut, pour produire une contraction, un courant de 8 à 12 éléments Remak, tandis que pour les mêmes mucles du côté sain, il faut 14 à 18 éléments.

La contraction des muscles paralysés par les courants continus n'a pas le même aspect que celle des muscles sains. Tandis que celle de ces derniers est brusquement rapide, l'autre est plus lente et plus longue. C'est là un caractère différentiel que nous avons également constaté avec M. le docteur Legros sur les muscles des embryons et sur ceux des animaux adultes, lorsque l'irritabilité musculaire s'affaiblit et disparaît. Nous les avons observés, de plus, sur des cadavres de suppliciés quatre à cinq heures après la mort. Il y a en même temps d'autres modifications de la contraction musculaire, qu'on reconnaît dans les graphiques, mais sur lesquelles il nous paraît inutile d'insister pour le moment.

En résumé, le résultat important de l'examen électrique, c'est l'absence totale de contraction par les courants induits, tandis que les courants continus donnent des contractions très-manifestes et qui nécessitent même un courant moins fort que pour des muscles sains.

L'absence de contractilité par les courants induits nous autorise à admettre que les filets nerveux périphériques sont altérés, ce que confirme l'excitation des nerfs par les courants continus. Cette excitation, en effet, ne donne que de très-faibles contractions, tandis qu'il n'en est pas de même du côté sain.

La contractilité énergique des muscles paralysés, sous l'influence des courants continus, nous permet d'affirmer que les muscles n'ont même exprimé qu'une altération très-légère, ce que pouvait mettre en doute le manque de contractilité pour les courants induits.

De plus, l'absence de contractilité pour les courants induits et sa persistance pour les courants continus nous autorise à croire que la lésion nerveuse est périphérique et non centrale.

Nous avons eu à la même époque l'occasion de traiter une maladie atteinte d'hémiplégie du côté gauche, suite d'hémorrhagie cérébrale. La jambe avait déjà repris quelques mouvements, mais le bras était complétement immobile, et la face du même côté était paralysée. La malade pouvait fermer les paupières mais elle ne pouvait ni souffler ni siffler. La bouche était fortement déviée à droite; elle éprouvait des difficultés à ramener les aliments lorsqu'ils étaient du côté de la joue gauche; ce même côté était fort peu mobile dans les différents mouvements de la figure. Aujourd'hui, beaucoup de ces symptômes ont disparu; mais lorsque je l'examinai pour la première fois, la paralysie des muscles de la face était très-prononcée. L'origine centrale de cette paralysie ne peut être mise en doute, et dans ce cas nous obtenons avec les courants électriques des effets opposés à ceux que nous avons rapportés dans le cas précédent. Les courants induits, appliqués sur les filets nerveux ou sur les muscles donnent, du côté paralysé, des contractions aussi fortes que du côté sain. Les courants continus donnent des contractions moins prononcées que celles qu'on obtient avec les courants induits, et ils agissent surtout lorsqu'on les applique sur le trajet des nerfs.

Ce qui nous autorise à croire que la paralysie du nerf facial dans le cas du malade P... n'est pas exacte, et qu'elle a lieu sur le trajet du nerf, probablement dans l'aqueduc de Fallope, c'est cette différence de contractilité des muscles de la face. On n'observe jamais cette absence de contractions par les courants induits, puisque la lésion est centrale. L'action des courants continus, d'un autre côté, nous permet non-seulement de constater l'état des muscles, qu'on

---

aucune de ses difficultés. Mais il suffit d'avoir connu cette nature forte, âpre au travail et rompue à la lutte, pour être convaincu d'avance que ces difficultés, dont il avait si bien conscience, n'étaient pour lui qu'un stimulant et un motif de plus de proportionner les efforts à la rudesse de la tâche. C'est ce que reconnaîtront aisément les jeunes chirurgiens auxquels s'adresse plus particulièrement ce livre.

On ne s'attendra pas à trouver ici une analyse ou un compte rendu détaillé d'un travail essentiellement identique. Nous nous bornerons à indiquer l'ordre et la disposition des matières dont il traite.

Le chapitre 1er est consacré à l'étude des éléments du diagnostic en chirurgie; il renferme l'indication de toutes les circonstances commémoratives, de tous les symptômes fonctionnels ou physiques qui concourent à éclairer le diagnostic.

Dans le deuxième chapitre, sous le nom de *Manœuvres du diagnostic*, l'auteur a indiqué les procédés dont dispose le chirurgien pour arriver à la constatation des signes. Il s'est contenté, en analysant ces diverses manœuvres, de signaler les notions que chacune d'elles peut fournir, se réservant de décrire complétement, à propos du diagnostic spécial, les moyens d'exploration propres à chaque région.

Avec le troisième chapitre commence, par l'étude des plaies, l'histoire des maladies chirurgicales envisagées en elles-mêmes.

Les chapitres 4e et 5e renferment le diagnostic des fractures et des luxations qu'il a fallu caractériser aussi dans chaque os et dans chaque articulation.

Les inflammations, qui jouent un si grand rôle en chirurgie, ont été décrites dans le chapitre 6e; leur histoire a été suivie dans chaque tissu, dans chaque organe où elles peuvent se développer soit primitivement, soit secondairement.

Le chapitre 7 contient, comme corollaire du précédent, le diagnostic des gangrènes.... Foucher en était là de son œuvre, lorsque la mort est venue le surprendre. Une œuvre si bien commencée et aussi avancée ne pouvait rester inachevée. M. A. Després a bien voulu se charger de la poursuivre et de l'amener à bonne fin.

Se conformant au plan de son prédécesseur, M. Després a achevé, dans un appendice, l'histoire des sujets qui devaient compléter ce septième chapitre, les ulcères, les fistules, etc., et il a traité du diagnostic des vices de développement, des maladies des yeux, des maladies des oreilles du larynx, des organes génito-urinaires dans les deux sexes et de celles de l'anus et du rectum.

Il restait à traiter un sujet important, le plus important sans contredit au point de vue du diagnostic chirurgical, qui devait, dans le plan primitif de l'ouvrage, faire l'objet du huitième chapitre; nous voulons parler des tumeurs. M. A. Després en a si bien senti l'importance, que ce qui ne devait être qu'un chapitre est devenu sous sa plume un véritable traité spécial, presque aussi volumineux à lui seul que toutes les autres parties réunies du livre, et qui en constitue le complément obligé.

L'expression de *tumeur* ne se définit pas. C'est un de ces mots sur lesquels on s'entend, sans avoir besoin d'en spécifier la valeur, et qui sont même d'autant meilleurs qu'ils sont plus vagues. Nous faisons tout aussi bon marché des systèmes de classification des tumeurs. L'important est qu'elles y soient toutes comprises, peu importe dans quel ordre, toujours plus ou moins conventionnel et arbitraire. La grande affaire ici était d'en déterminer les signes diagnostiques. Ce qui est déjà loin d'être toujours aisé.

Afin de ne rien omettre, M. Després a établi tout d'abord deux groupes, l'un embrassant les tumeurs diffuses ou tuméfactions, telles que les emphysèmes, les hydropisies, les œdèmes, les tuméfactions inflammatoires, phlegmons, abcès, etc.; l'autre comprenant les tumeurs proprement dites, qui pourraient elles-mêmes être distinguées en sous-groupes, suivant qu'elles contiennent des produits destinés à être éliminés et qu'elles ont, par conséquent, une existence plus ou moins éphémère ou qu'elles ont, par leur nature, une tendance à la persistance.

Ce second groupe a été divisé lui-même comme il suit : 1° tumeurs formées par des produits morts destinés à être éliminés, type abcès; 2° Tumeurs formées par des lésions de conduits ou par des lésions de tissus, congénitales ou accidentelles, type kyste; 3° tumeurs causées par une organisation des produits de l'inflammation ou par un exsudat ou prolifération organisable, type hypertrophie et ossification; 4° par le développement anormal et parasitaire de tissus ou d'éléments nouveaux ou embryonnaires incapables de l'organiser et susceptibles de se reproduire et de se généraliser, type cancer; 5° formées par des animaux parasites, type hydatides; 6° formées par des corps étrangers, type calculs; 7° par des déplacements d'organes, type hernies.

Dans la deuxième partie du *Traité des tumeurs*, M. Després traite du diagnostic des tumeurs dans les régions, genre de détermination qui repose sur toutes les notions exactes de l'anatomie chirurgicale et de la physiologie.

Les jeunes chirurgiens et les élèves ne sauraient trouver un meilleur guide que ce livre pour les diriger au milieu des difficultés si nombreuses et si souvent imprévues de la pratique.

Dr B...

pourrait supposer complétement altérés, mais elle nous autorise à regarder la lésion nerveuse comme périphérique, car dans tous les cas de paralysie périphérique du nerf facial (paralysie rhumatismale, paralysie traumatique), on observe exactement les mêmes phénomènes.

(A suivre.)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 28 juin 1870. — Présidence de M. Wurtz.

CORRESPONDANCE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre du directeur de l'institution des sourds-muets qui annonce que le service anniversaire, en mémoire de Itard, sera célébré le mardi 5 juillet, à 10 heures précises ;

2° Une lettre de M. le docteur Tamisier sur l'efficacité du vaccin de génisse. Il a obtenu 18 succès sur 20 piqûres avec du vaccin expédié en tubes, par M. Burcy ;

3° Une lettre de M. Bezard de Wouves sur la nature du cow-pox artificiel (Commission de vaccine) ;

4° Un rapport final de M. le docteur Demonchaux sur les épidémies qui ont régné en 1869 dans l'arrondissement de Saint-Quentin (Commission des épidémies) ;

5° Un mémoire sur le bromure de potassium, par M. Fallières de Livourne (Commissaires : MM. Goblet et Poggiale) ;

6° Une note de M. Hoffmann, pharmacien à Paris, sur la nécessité de brûler les matières organiques et les gaz des fosses d'aisance à leur sortie des ventilateurs.

M. Béclard signale dans la correspondance une lettre de M. le vicomte de Saint-Trivier, président de la section de viticulture du comice de Beaugeu, d'où nous extrayons les passages suivants relatifs au vinage.

« Le vinage à la cuve avant le commencement de la fermentation, même avec des eaux-de-vie de marc mauvais goût, m'a toujours donné un vin plus agréable à boire que lorsqu'il était fait dans le tonneau avec l'alcool le plus pur, tant que l'on n'ajoute pas à la cuve plus de 4 à 6 pour 100 d'eau-de-vie de marc à 50°. Le vin n'a presque pas le goût sec qui fait reconnaître si facilement le vin viné au tonneau, et la fermentation n'est pas ralentie d'une façon sensible. On peut surviner le vin à la cuve sans empêcher la fermentation jusqu'à lui faire atteindre le chiffre d'au moins 17 pour 100 d'alcool pur. La fermentation est calculée en raison directe d'alcool versé, mais elle ne s'arrête absolument que lorsqu'on arrive par le vinage aux environs de 18°. »

Enfin M. de Saint-Trivier accompagne son envoi d'une lettre concernant les faits suivants :

M. le docteur Pupier, de Lyon, médecin à Vichy, dans un rapport déposé à l'Institut au mois de mai 1870, rend compte d'expériences comparatives qu'il a faites sur des poulets abreuvés de vin rouge, de vin blanc, d'alcool et d'absinthe.

1° Les poulets au vin rouge se portent parfaitement ; leur crête grandit ;

2° Chez ceux abreuvés au vin blanc, l'on voit au contraire la crête diminuer, et ils sont promptement atteints d'une lésion du foie très-analogue à celle que l'on nomme cirrhose, caractérisée par la destruction des cellules hépatiques ;

3° Ceux à l'alcool dépérissent et crèvent rapidement ; ils présentent les mêmes symptômes considérablement augmentés ;

4° Quant à ceux à qui l'on ingurgite de l'absinthe, ils crèvent immédiatement.

M. Jules Guérin communique une lettre de M. Wleminckx, président de l'Académie de Belgique, dans laquelle l'auteur expose le but et le principe du procédé de M. Haeck, pour la purification prompte des boissons spiritueuses « Il n'y a rien, dit M. Wleminckg, absolument rien de secret dans cette affaire, Haeck a opéré sous mes yeux, sous les yeux de tous les membres du conseil supérieur d'hygiène et voici ce que c'est : Le liquide alcoolique, le genièvre par exemple, est échauffé lentement et maintenu pendant trois ou quatre jours à une température comprise entre 35 et 38 degrés centigrades sous l'influence de cette chauffe modérée et continue. Ce procédé Haeck exécute en quelques jours le départ des produits alcooliques et éthérés, qui jusqu'ici s'échappaient naturellement par les pores ou petites fissures des tonneaux, en même temps que la richesse alcoolique des liquides s'abaissent légèrement. »

M. Broca présente la thèse inaugurale de M. Larguier (des Bancels), intitulée : *Étude sur le diagnostic et le traitement des étranglements internes.*

M. Béhier présente une notice sur les eaux minérales de Contrexéville, par M. le docteur Debout.

M. Larrey présente : 1° un rapport sur les résections de la tête du fémur dans les blessures par armes à feu, par le docteur Joseph Berns, chirurgien général de l'armée des États Unis ; 2° un guide aux eaux de Bourbon-l'Archambault, par M. le docteur G. Périer ; 3° un relevé statistique des malades traités à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, pendant deux semestres 1868-1869, sous la direction du docteur Ripoll ; 4° une brochure sur la névrotomie dans le tétanos traumatique, par M. le docteur Létiévent.

Discussion sur le vinage.

M. Raynal. J'ai dit, à une des dernières séances, que l'administration de l'Assistance publique vinait ses vins, MM. Bergeron et Husson ont contesté ce fait. Je tiens à prouver mon dire, nous voyons en effet dans le cahier des charges de 1864 que l'administration a employé dans ses coupages 550,000 litres de vin du Languedoc, vin toujours viné, ce qui fait environ 50 p. 100. En 1861, il en a été à peu près de même. Je n'ai jamais prétendu que l'Assistance publique vinait elle-même et dans ses caves, mais elle achète pour ses coupages des vins notoirement vinés, ce qui revient absolument au même.

M. Husson. Je demande à M. Raynal la permission de dire un seul mot. Je sais fort bien qu'avant 1848 l'Assistance publique employait des vins vinés. Mais depuis cette époque les échantillons sont examinés et goûtés par une commission d'experts, lors de l'adjudication, et tout vin contenant de l'alcool sur jouté est rejeté. Au reste, le vin du Midi ne représente dans les années ordinaires que 10 p. 100 dans les coupages. L'année 1864 fait seule exception.

L'Assistance publique procède toujours par coupages et jamais par addition d'alcool. Ce n'est que par la fraude des marchands et que par la négligence involontaire des experts que le vin viné peut s'introduire dans les hôpitaux.

M. Raynal. M. Husson confirme de point en point ce que je viens de dire. On emploie à l'Assistance publique des vins déjà vinés, mais on ne les vine pas. C'est ce que je prétendais.

Quant au fond même de la discussion, je viens de lire consécutivement le beau rapport de M. Bergeron, comme j'avais écouté attentivement son éloquent discours. Ils ne m'ont persuadé ni l'un ni l'autre.

La question qui nous est posée est toute entière celle-ci : le vinage est-il, oui ou non, un danger pour l'hygiène publique ? A ce point de vue, M. Bergeron ne donne aucun fait nouveau et se borne aux inductions théoriques.

Il est assez étrange que depuis si longtemps qu'on vine le vin, on n'ait pas encore constaté pratiquement un seul des inconvénients et des dangers que cite M. Bergeron. La marine emploie chaque année 10 millions d'hectolitres de vins vinés. Bien plus, elle exige que ces liquides reçoivent, pour être acceptés, 10 à 12 p. 100 d'alcool, et souvent on vine encore de nouveau les vins à Toulon avant de les expédier à bord. On voit de même dans les mémoires de la Société d'agriculture, qu'en 1864 on a viné les vins qu'on expédiait au Canada jusqu'à 18 p. 100, et tout cela s'est effectué sans aucun inconvénient appréciable.

M. Bergeron a prétendu que, dans les conditions actuelles de l'agriculture en France, on pouvait se passer du vinage. Ceci est une erreur. Il y aura toujours en France une grande quantité d'hectolitres de vins qui ne sont transportables que grâce au vinage. Il importe donc de les viner pour livrer au commerce des vins salubres à 25 centimes le litre, qui pourront par là enrayer l'alcoolisme en fournissant une boisson saine. M. Bergeron nous a dit à ce sujet que le vin n'empêchait pas l'alcool de pénétrer en Bourgogne. Ce fait m'a paru étrange, et j'ai consulté M. Bourchardat qui l'a complétement démenti.

Mais, dit M. le rapporteur, il faut améliorer les cépages. Cela vaut beaucoup mieux que d'en viner les produits. A cela je répondrai, que pour tout viticulteur qui connaît pratiquement les choses, l'amélioration des cépages est un leurre. Les cépages de la plaine diffèrent entièrement de ceux des coteaux. Ces derniers produisent le vin meilleur, les autres en plus grande quantité. Mais on ne doit pas les changer les uns dans les autres. Car le pinault, qui est essentiellement un cépage de coteau, quand il est transporté dans la plaine perd toutes ses qualités. Il faut donc laisser les choses telles qu'elles sont et se borner à rectifier le vin par le vinage.

Vient ensuite la question du vinage à la cuve, dont M. Bergeron est très-partisan. Eh bien ! le vinage à la cuve est la plupart du temps tout à fait inutile. Il n'augmente pas la force alcoolique du vin et il faut recommencer l'opération à chaque soutirage. C'est ce qu'ont démontré admirablement les expériences de M. Marest, qui a comparé deux cuves de vendanges provenant de la même vigne, et dont l'une d'elles quoique vinée, avait à peu près les mêmes degrés d'alcool que sa voisine.

Au reste, il ne faut pas croire que le vigneron vine son vin par plaisir. Non ! non ! il est plus clairvoyant que ne le croit M. Bergeron, et il ne dépenserait certainement pas son argent en alcool s'il ne s'agissait pas de rendre transportable le fruit de sa récolte.

C'est pour cela que l'attention publique est fixée en ce moment sur les expériences qui sont en train de se faire et qui tendent à remplacer le vinage par le chauffage. Mais il faut encore attendre le résultat.

Enfin, M. Bergeron invoque sans cesse l'autorité de M. Jules Guillot. Cette autorité me semble pour ma part très-contestable, et ses idées sont loin d'être acceptées dans les pays vinicoles. Je me suis trouvé dans le Midi en rapport avec lui et dans la même commission. J'en parle par expérience. M. Guillot est doué d'une foi robuste. Il croit qu'on peut faire partout du Bordeaux, partout du Clos-Vougeot. Ce ne sont pas là des idées sérieuses.

En résumé, je ne pense pas qu'il faille être protectionniste comme M. Bergeron, car la protection appelle le protecteur, appelle le règlement, appelle la fraude. Faites disparaître les lois fiscales, les octrois, les entrées, les droits de toute nature, et la fraude disparaîtra, et permettez moi de le dire, l'alcoolisme disparaîtra aussi. En Angleterre, en Belgique, on a appliqué le système de M. Bergeron. On a frappé l'alcool de droits énormes, et pourtant l'alcoolisme augmente chaque jour. Laissez pénétrer les vins, les bons vins vinés à 25 centimes ; laissez-les pénétrer partout, et alors nous n'aurons rien à redouter de cette plaie terrible que nous déplorons ensemble.

M. Larrey. Je ne suis en rien compétent sur la question du vinage. Mais l'autorité de M. Jules Guillot en ces matières a été vivement mise en doute par M. Raynal. Je viens protester. Je comprends parfaitement que l'on puisse ne pas partager les opinions de M. Guillot, mais il me semble qu'on ne peut pas contester son autorité morale pas plus que son autorité scientifique ou ses connaissances spéciales en agriculture. Il a été envoyé pour faire des inspections dans toutes les parties de la France, et il a partout été jugé favorablement par les personnes compétentes.

M. Raynal proteste n'avoir rien voulu dire de blessant contre la personne de M. Guillot, qui est un charmant homme. Je crois seulement qu'il s'est trop occupé, en agriculture, du côté théorique, et pas assez du côté pratique.

M. Broca. Je suis bien plus étonné encore que M. Bouley ne l'était l'autre jour de me voir à cette tribune pour parler de la question du vinage.

J'y viens, — non pas comme vigneron, quoique je le sois un peu, non pas comme gourmet, quoique.....

Une voix. Je le sois un peu.

M. Broca. Je n'y viens pas non plus comme Girondin, bien que je sois de ce pays fortuné que l'harmonie préétablie a destiné à produire les meilleurs vins de l'univers. A ce dernier titre, mon patriotisme provincial m'engagerait à voter les conclusions de M. Bergeron ; car mes compatriotes ne vinent jamais et ne peuvent que gagner à la suppression du vinage. Mais nous sommes ici à l'Académie de médecine, et l'Académie ne doit admettre que des propositions scientifiquement démontrées. Comme homme d'esprit, M. Bergeron aurait assurément gagné sa cause. Il a déployé sous ce rapport toutes les ressources imaginables ; mais il ne m'a pas convaincu. Si l'on veut bien me le permettre, je remonterais à l'origine du débat, au delà même du beau rapport de mon honorable collègue, et j'en arriverais droit au fait, c'est-à-dire à la question posée par le ministre à l'Académie de médecine.

Or cette question, elle ne contient qu'une proposition et un post-scriptum.

Le post-scriptum, je n'y toucherai pas ; car il concerne tout entier l'économie politique, et nous pose « subsidiairement » des questions indiscrètes sur des intérêts surtout fiscaux. Evidemment, tout ceci ne nous regarde pas, et ce post-scriptum doit nous avoir été sans doute adressé par mégarde. Je ne mentionnerai donc que la proposition principale, qui seule nous concerne, et où on nous demande « si le vinage appliqué aux vins faits est oui ou non nuisible à la santé. » Il y a une certaine manière de poser les questions, dans le but évident d'avoir une réponse donnée. M. le rapporteur académique semble, à cet égard, partager entièrement les opinions du ministère ; il répond *oui* sur toute la ligne.

Mais le malheur de M. Bergeron, c'est qu'il a rencontré toutes sortes de questions subsidiaires touchant de près ou de loin au vinage. Il ne pouvait les négliger tout à fait. Il s'y est complu. De là, dans son rapport, les développements donnés à l'alcoolisme, qui lui ont fait perdre presque de vue la question du vinage.

Ce rapport est très-intéressant, très-instructif ; on devait s'y attendre ; j'ajouterai même qu'il est très-sage, partout ailleurs que dans les conclusions. Malheureusement lesdites conclusions n'ont aucun parallélisme avec le rapport ; je me vois donc forcé de les combattre, et je le fais d'autant plus volontiers que la discussion générale semble être bien près d'être épuisée. On peut ajouter bien peu de part et d'autre aux arguments donnés. Je m'en prends donc exclusivement à la dernière partie du rapport.

La cinquième conclusion a été abandonnée par son auteur, parce qu'elle était trop en dehors de la question hygiénique. Je n'y reviendrai pas. Mais il me semble que, par le même motif, on pourrait tout aussi bien renoncer à la dernière ayant trait aux Sociétés de tempérance. Fondons-en si vous voulez, mais n'en parlons pas ici.

Les autres conclusions peuvent se diviser en trois groupes.

Il y a d'abord les deux premières, qui ne sont qu'un contrepoids de la troisième, et constatent que le vinage est quelquefois utile. Ecartons-les pour le moment, car si la troisième, portant prohibition du vinage venait à tomber, celle-ci n'aurait plus aucune raison d'être.

Venons-en maintenant à cette terrible conclusion troisième, où l'on nous dit que le vinage offre *des inconvénients et des dangers.* Or, ces inconvénients, ces dangers se résument tous, dans le rapport de M. Bergeron, à un seul inconvénient ou un seul danger, comme on l'aimera le mieux, et le voici : « Le vinage introduit dans les vins une proportion d'alcool qui, n'ayant pas été associée intimement par la nature elle-même, reste pour ainsi dire à l'état libre, et produit sur l'organisme des effets d'intoxication stupéfiants. »

L'alcool ne se mêle pas au vin. Voilà donc l'inconvénient que nous signale M. Bergeron. Un peu plus loin, il est vrai, il semble en indiquer un autre, mais qui n'est rien autre chose que le même sous une autre forme ; car ce n'est pas lorsque l'alcool est mélangé au vin dans la cuve qu'il peut avoir des dangers, mais bien lorsqu'il est consommé, lorsqu'il est dans l'estomac. Tout le monde m'avouera bien, je pense, que ce second inconvénient n'est pas fort différent du premier.

Or ce danger, ce danger unique que M. Bergeron a tâché de rendre dans l'expression aussi multiple que possible, est-il donc bien sérieux ? M. le rapporteur en a fait le pivot de tous ses arguments et de tout son travail. Où en sont les preuves ? Sans doute dans le corps même du rapport. Eh bien ! non. Dans le rapport on trouve, à l'état de simples hypothèses, les affirmations tranchantes des conclusions. On nous dit seulement que le vin ainsi viné sent l'alcool, ce qui n'a rien de bien étonnant, et on en déduit que l'alcool a dû rester dans le vin *à l'état libre,* et qu'il agit sur l'organisme comme s'il était pur. J'avoue qu'il me faudrait des arguments plus solides pour admettre une proposition qui me semble si contraire aux probabilités de la chimie et de la médecine. Passons donc.

Venait ensuite, dans le travail de M. Bergeron, la seconde partie de ses conclusions pratiques, je voulais dire de ses interdictions.

M. le rapporteur ne veut pas qu'on mélange en aucune manière les alcools de grains ou de betteraves aux vins. Ceci est bien grave. Pour apporter une telle perturbation dans de grandes industries, il faut évidemment un intérêt bien puissant. Je ne dirai pas en employant une expression dont on se servait naguère à la Chambre, qu'il s'agit ici d'un droit primordial et antérieur aux lois de toute espèce de société. Non évidemment, le vinage n'a pas de telles prétentions. Mais enfin il s'agit d'un droit commercial antérieur au moins à la réglementation que vous voulez porter pour la restreindre. Il faut donc agir d'après des raisons sérieuses et en toute connaissance de cause.

M. Bergeron nous signale, en effet, un danger qui serait digne de toute notre attention s'il était bien réel. Il nous dit que ces alcools sont toxiques, qu'ils constituent un véritable poison. Ce poison, quel est-il ? C'est, continue M. le rapporteur, l'alcool amylique.

Mais quelle est donc la proportion de ce poison ? quelle en est la dose ? M. Bergeron nous répond dans une de ses phrases que c'est une dose infinitésimale. Messieurs, grâce à Dieu, il n'existe pas ici de section d'homœopathie. Je crois donc fort peu à l'action profonde des doses infinitésimales. Et d'ailleurs, d'après M. le rapporteur lui-même, on trouve également des *traces* d'alcool amylique dans le vin ordinaire, tandis que c'est par *doses infinitésimales* qu'on le compte dans le vin viné. Franchement la différence n'est pas grande.

Des faits bien observés, des expérimentations bien faites, voilà ce qu'il nous faudrait avant de voter les conclusions draconiennes de M. Bergeron, et c'est ce qui manque absolument dans son rap-

port... Je me trompe pourtant : il nous donne quelques faits empruntés à M. Champouillon. Les voici :

Souvent il arrive que dans les villes de garnison les soldats vont boire dans les cabarets et qu'ils en reviennent gris. Jusqu'ici rien de bien étonnant. Mais, d'après leurs dépositions, ils n'ont bu que fort peu de liquide. Il faut donc conclure, dit M. Champouillon, que ce liquide était toxique. Il contenait probablement de l'alcool anylique. Mon Dieu, je ne voudrais faire de la peine à personne, mais il me semble que ces braves conscrits peuvent n'avoir pas eu la mémoire bien nette sur la quantité exacte du vin qu'ils avaient bu. Ils avaient voulu éviter la salle de police ; c'est tout naturel. Le chirurgien du régiment s'est prêté dans une certaine mesure à ce calcul innocent. Je ne vois pas là un très-grand crime. Mais, en vérité, ce n'est pas sur de tels faits qu'on peut appuyer une opinion scientifique quelconque. Aussi M. Bergeron se borne-t-il prudemment à dire : *il paraît, il est probable, sans rien affirmer d'une manière absolue*, et autres propositions de ce genre. Eh bien, à moi, il me paraît que ce soldat s'est dit innocent, qu'on l'a cru, ou qu'on a fait semblant de le croire, et qu'en définitive on a rejeté la faute sur le cabaretier absent. Peut-on tirer de là, en guise de conclusion, la demande d'une interdiction absolue d'alcools, contre lesquels on n'a rien de plus sérieux à arguer?

En résumé, je crois qu'il faut rejeter en bloc les conclusions de M. Bergeron. Les droits d'octroi, les taxes sur lesquelles il s'étend assez longuement ne nous regardent en aucune façon: les interdictions qu'il promulgue me semblent trop sévères. Les restrictions favorables au vinage, qu'il fait dans les deux premiers paragraphes, me semblent inutiles. Les conseils moraux aux commerçants figureraient mieux ailleurs que dans un rapport académique, ainsi que le projet philanthropique des sociétés de tempérance.

Je conseille donc tout simplement de répondre directement à la question du ministre. On nous demande : « Le vinage au tonneau, dans les vins faits, est-il ou non nuisible? »

A cela il faut répondre par la conclusion suivante que je propose à l'Académie : « Comme toutes les boissons alcooliques le vin viné est nuisible à ceux qui en usent avec excès. Mais par lui-même le vinage n'a aucun inconvénient appréciable. »

M. DESPRÈS présente une malade atteinte d'un vaste chancre phagédénique serpigineux qui a guéri par un érysipèle provoqué.

Après avoir employé toutes les cautérisations, tous les remèdes internes, il a fait un pansement sec et a exposé la malade au froid de façon à provoquer un érysipèle.

M. Desprès conclut que ce qui entretient les chancres phagédéniques serpigineux est la rétraction du tissu cicatriciel qui déchire la cicatrice récente des dernières ulcérations. Ces plaies nouvelles, baignées dans le pus, se transforment en ulcérations. Les lymphatiques jouent le rôle principal dans la production de ces ulcérations, on conçoit alors comment les ulcérations peuvent s'éterniser. Chez la malade en particulier, le chancre occupant le siége, était tiraillé dans les mouvements des cuisses, ce qui ajoutait aux funestes effets de la rétraction du tissu de la cicatrice.

Pour guérir cette lésion, trois conditions étaient nécessaires : 1° épuiser la rétractilité des tissus de cicatrice pendant le temps nécessaire à la guérison des ulcères; 2° faire cesser tout mouvement de flexion; 3° oblitérer momentanément les lymphatiques autour des ulcères,

Un érysipèle a rempli ces trois conditions pendant quinze jours. Au bout de ce temps toutes les ulcérations étaient guéries.

L'état fébrile éteignait le pouvoir rétractile du tissu inodulaire, la douleur empêchait tout mouvement des membres; enfin, l'inflammation érysipélateuse a oblitéré pour quelque temps les vaisseaux lymphatiques. (Commissaires, MM. Gosselin et Verneuil.)

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Strasbourg. — Sont nommés aides d'anatomie à la Faculté de médecine de Strasbourg :

M. Wolf (Edmond), en remplacement de M. Blazer, dont la démission est acceptée;

M. Thiébault (Félix-Louis), en remplacement de M. Rédier, dont la démission est acceptée.

— *Décoration universitaire.* — Vient d'être nommé officier d'académie : M. Lilva, pharmacien, membre du conseil d'hygiène et de salubrité de l'arrondissement de Bayonne.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 1er juillet 1870, à trois heures et demie très-précises, à l'Hôtel-de-Ville.

Ordre du jour : Vote sur la candidature d'un membre correspondant national.

Discussion sur le climat des Alpes-Maritimes (travail de M. Gillebert d'Hercourt).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des maladies des yeux, par X. GALEZOWSKI, professeur d'ophthalmologie à l'École pratique de la Faculté, (première partie). 1 vol. in-8, avec 226 figures. — Prix de l'ouvrage complet : 18 fr.

Médecine et matérialisme, par le docteur BOURDIN. Brochure in-18 de 16 pages. — Prix : 50 centimes.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois.. 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

CONFÉRENCE MÉDICALE DE PARIS

Séance du 15 juin 1870 (1). — Présidence de M. CAFFE.

M. J. L. CHAMPIONNIÈRES expose les résultats d'une série de faits étudiés avec soin, qui permettent de conclure que la vaccine de la vache revenue sur l'homme s'y acclimate très-vite. Expériences sur toutes les générations. Le vaccin revenu ne diffère pas du vaccin jennérien.

Les chiffres de 214 vaccinations se décomposent ainsi :

42 Vaccinations avec la vache;

24 Succès, 11 insuccès;

7 Résultats inconnus.

Pour le vaccin d'enfant, même pris en tubes, 173 cas :

135 succès, 13 insuccès, 25 inconnus.

Les dernières 100 opérations ont donné 100 succès. Presque toutes les piqûres réussissent, contrairement à ce qui se passe pour le vaccin de vache. De ces chiffres et de ces considérations déjà publiées, on doit conclure :

Que si le vaccin de génisse prend, c'est plus difficilement, plus rarement que le vaccin d'enfant, et il ne faut pas s'y fier en temps d'épidémie.

Les vaccinations de Lanoix et de Chambon ont souvent été mal faites.

M. LANOIX donne les chiffres de 1,302 succès dans plusieurs arrondissements.

De tous côtés, on demande à M. Lanoix combien il y avait eu de vaccinés. Celui-ci dit que ceux pour lesquels il n'y a pas eu réussite reviendraient se plaindre. (Dénégations dans l'assemblée.)

M. CANDELÉ, interne des hôpitaux, a fait avec la vache 49 vaccinations sur des enfants et a obtenu un seul succès. L'un d'eux a été vacciné à plusieurs reprises.

M. DANET, il y a quinze jours, a fait 131 revaccinations et obtenu 51 succès avec le vaccin de génisse.

M. CANDELÉ, auquel on a demandé des renseignements sur son instrument, a vacciné avec une lancette de vaccin.

M. VALTIER demande qu'on donne une prime de 3 fr. aux enfants, pour faire revenir les mères et avoir des statistiques.

M. CAFFE. Cela n'est applicable qu'aux indigents.

M. LANOIX, pour démontrer que le vaccin de génisse préserve aussi bien que le vaccin humain, cite le fait d'une épidémie de variole sur un paquebot arrêtée net par des vaccinations faites avec une génisse envoyée à Saint-Nazaire. On lui avait demandé des tubes; il a refusé de crainte d'insuccès. Il y a eu des cas de variole à bord, venus du dehors, pendant le voyage, qui n'ont pas amené d'épidémie.

La moitié des revaccinations avait donné des résultats positifs.

Il ajoute qu'en Angleterre, après six semaines, on a tenté, sans succès, l'inoculation de la variole sur des vaccinés de génisse.

M. CANDELÉ a vu mourir de variole une enfant qui, dix jours après une revaccination non réussie avec la génisse, a été prise de cette maladie.

MM. MALLET ET LANOIX échangent quelques observations sur la manière dont les vaccinations doivent se faire dans les mairies.

M. REVILLOUT, à propos du fait cité par M. Candelé, dit qu'il a voulu rechercher dans les hôpitaux de Paris s'il y avait des cas de variole observés sur des gens récemment revaccinés avec succès. Il n'a pas trouvé un seul cas grave survenu au moins douze jours après la vaccination. Sa statistique porte déjà sur plus de 3,000 cas, et sur ce nombre il y a eu une vingtaine de cas de variole et vaccine coïncidentes, dont 3 cas de mort. Il cite encore un cas de varioloïde chez un vacciné par le cow-pox artificiel. Il reviendra bientôt avec plus de détails sur ces faits, qu'il a mentionnés occasionnellement pour montrer quel est actuellement l'état de la question. Quant aux faits où le résultat de la vaccination a été négatif, ils n'ont aucune valeur; on n'en peut rien conclure, puisque le vaccin peut échouer par mille causes : par la faute du virus lui-même, de l'opérateur et du hasard.

MM. STANSKI, CAFFE ET MARCHAL (de Cavi) discutent sur la préservation, la contagion et la spécificité dans les maladies.

M. DANET communique une lettre sur des revaccinations faites dans le Finistère, avec du vaccin de vache envoyé en tubes et inoculé à une génisse. Succès remarquable.

M. MARCHAL (de Calvi) demande la nomination d'une commission pour examiner les faits produits par M. Lanoix.

Une voix. Ce ne sont pas les faits qu'on attaque mais la manière de les présenter.

M. SAMAZEUIL qui vaccine dans le 16e arrondissement conteste les heureux résultats obtenus par M. Lanoix. Le nombre des enfants qui reviennent comparativement à celui des vaccinés est fort petit.

M. LANOIX dit que si les statistiques des bureaux de bienfaisance sont mauvaises, elles doivent être attribuées à leurs médecins.

M. SAMAZEUIL. Le service des vaccinations aux mairies est très-imparfait.

Les mêmes médecins n'y président pas deux semaines de suite. Ceux qui ont assisté aux vaccinations n'en peuvent pas voir les résultats.

M DUROZIER dit qu'au 1er arrondissement en 1868 il a eu 145 succès sur 145 enfants vaccinés par lui. Cependant, cette année-ci, il a eu de mauvais résultats. Ce qui cause toutes les confusions pour les revaccinations, ce sont les vaccinoïdes.

Après discussion et sur la proposition de M. Marchal (de Calvi), M. Caffe met aux voix la proposition d'une commission chargée de suivre les vaccinations pratiquées par M. Lanoix, dans les mairies, et d'en constater les résultats. Il propose les médecins dont les noms suivent :

Alexandre Mayer, médecin de la salubrité et de l'hospice impérial des Quinze-Vingts, secrétaire général de la Société protectrice de l'enfance; Handvogel, docteur de Wurtzbourg et de Paris; Topinard ; Valtier ; Durozier.

(Adopté.)

La séance est levée à onze heures.

Séance du 22 juin 1870. — Présidence de M. CAFFE.

Le procès-verbal de la séance précédente est adopté.

CORRESPONDANCE

DALLY, l'un des secrétaires, procède au dépouillement de la correspondance. Elle comprend des mémoires, des notes et des lettres dont suivent des extraits et des analyses.

Épidémies de variole. — Action préservatrice de la vaccin.

M. A. ROBERT (de Chaumont). Cette année, nous avons été visités par la variole. Dès les premiers cas, il y eut une panique générale ; le vaccin manquait. Paris n'en envoyait pas, et nous étions très-perplexes. J'appris qu'à quelques lieues de Chaumont, on avait vacciné dans un pays de fabrique où il y a nombre d'ouvriers peu aisés. Je fis immédiatement offrir une prime de 25 à 30 francs par enfant, et on m'en amena trois sur lesquels on vaccina et revaccina une centaine de personnes, et quinze jours après, la majorité de la ville était revaccinée. (*Avis aux confrères qui manquent de vaccin.*)

La variole, cette année, n'a pas atteint un grand nombre de sujets, 50 ou 60. Le plus grand nombre était vacciné. Elle était plus grave chez ceux qui n'avaient pas été soumis à l'opération vaccinale.

Elle était confluente, affectant la forme hémorrhagique. Quelques sujets présentaient la complication de laryngite varioleuse.

La mortalité a été d'un quart; les victimes ont été surtout ceux chez qui le larynx était entrepris. J'ai donné des soins, à l'hôpital, à quatre de ces malades, et je les ai perdus tous.

L'autopsie m'a démontré l'existence de pustules sur la muqueuse de la partie supérieure du larynx ; gonflement des bords de l'ouverture de la glotte et rétrécissement de son ouverture. Ces malades périssaient par asphyxie rapide du cinquième au septième jour, lorsque les pustules extérieures acquéraient un grand développement, ce qui avait lieu en quelques heures.

La variole nous avait été apportée de Paris par des sœurs de la doctrine chrétienne. Une d'elles tomba malade, et quelques jours après quelques élèves furent prises et communiquèrent le mal à leurs familles.

Les revaccinations faites sur une grande échelle ont-elles arrêté le développement de l'épidémie, qui s'est bornée à un nombre très-restreint, 60 pour 8,000 habitants, ou bien la graine est-elle tombée dans un sol mal préparé pour son éclosion ?

Le vaccin humain, le seul que j'aie employé, conservé entre deux plaques, ne réussit presque jamais.

Le vaccin en tube réussit en moyenne une fois sur trois.

Le vaccin pris de bras à bras réussit presque constamment, soit qu'il provienne de jeunes sujets, soit qu'il provienne d'adultes.

Je n'ai jamais observé, dans ma clientèle, ni dans celle des nombreux confrères que je connais, d'accidents syphilitiques à la suite de piqûres vaccinales. Il est cependant admis, *dans toutes les classes de la société*, que si le virus est pris sur des enfants malsains, il peut transmettre de fâcheuses maladies.

M. BURDEL (de Vierzon). Du mois de septembre 1869 au mois de mars 1870, j'ai soigné 167 variolés sur lesquels : ont été vaccinés, 103; non vaccinés, 64. — Total : 167.

Dans ce nombre j'ai noté : varioles confluentes, 69; varioles discrètes, 23; varioloïdes, 75.

Morts, 43. — Vaccinés, 11; non vaccinés, 32. — Total : 43.

Les vaccinations et revaccinations ont été pratiquées sur une grande échelle avec le vaccin jennérien.

Vaccinés, 125; — revaccinés, 274. — Total : 399.

Dans une lettre adressée à l'*Union médicale*, j'ai dit qu'avec 6 tubes de vaccin animal j'ai vacciné 48 personnes, sur lesquelles 32 revaccinations échouèrent toutes, et sur 16 enfants vaccinés primitivement je n'ai obtenu qu'un bouton sur 2 enfants.

Non pas par là, que je me croye autorisé à condamner le vaccin animal, car, au contraire, je considère la génisse chez laquelle on inocule le vaccin jennérien à défaut du vrai cow-pox, comme le meilleur *conservatoire* du vaccin, surtout en temps d'épidémie.

Mais ce que je tiens à signaler dans cette statistique, c'est que : sur les 399 sujets vaccinés et revaccinés, enfants et grandes personnes, que les revaccinations aient été suivies du succès ou non, pas un seul, de ces individus, pas un seul je le répète, n'a été atteint de variole.

Cette observation, est selon moi, tout ce qu'il y a de plus concluant en faveur des vaccinations et revaccinations ; et par contre, j'ai vu nombre de personnes atteintes de la variole, et y succomber pour n'avoir pas voulu se soumettre à la revaccination. Ces cas affligeants, ont même été un enseignement terrible dans quelques familles, où tous les revaccinés ont été épargnés, tandis que les récalcitrants, esprits forts, ont été fort mal traités.

Comme faits des plus concluants en faveur de la vaccine, et que l'on ne saurait assez répandre, je citerai les observations que j'ai recueillies dans des familles que j'ai pu vacciner, alors que plusieurs des membres étaient déjà atteints de variole et que tous étaient déjà sous l'influence épidémique; eh bien, chez plusieurs (j'en ai compté 6) le vaccin a pu se développer concurremment avec la variole, primer celle-ci et l'éteindre en ce sens que les pustules du vaccin se sont développées en suivant leur cours, tandis que l'éruption variolique qui paraissait confluente a disparu après 3 jours; les boutons restant papuleux et disparaissant sans qu'aucun se transformât en pustule.

M. COUZINIER (d'Auriac). Il m'a été donné d'étudier la marche de deux épidémies de variole dans des localités différentes, en 1863 et 1865. Dans l'une comme dans l'autre, les faits constatés sont identiques; je les résume dans ce qui peut avoir de l'actualité, d'après mon mémoire couronné par l'Académie de médecine en 1864;

1° Je crois avoir arrêté la marche envahissante de l'épidémie d'Avanon par la vaccination pratiquée sur une large échelle. Plus de 300 personnes furent inoculées dans l'espace de deux mois sur une population de 2,400 âmes, et la maladie cessa presque tout d'un coup, comme si elle eût manqué d'aliments;

2° Pas un des sujets vaccinés durant l'épidémie ne fut atteint, *après la dessiccation des pustules vaccinales*. Au contraire, toutes les fois que la variole a pénétré dans une maison, j'ai conjuré la contagion par la vaccination immédiate des divers membres de la famille qui n'étaient pas encore atteints;

3° Dans ces circonstances, il est vrai, j'ai observé 8 cas de variole concomittante à la vaccine, mais ce n'a jamais été que dans les cinq ou six premiers jours après l'inoculation;

4° Toutes les fois que les deux éruptions ont été simultanées, la variole a été heureusement modifiée dans sa marche, sa durée et ses manifestations symptomatiques;

5° Pour la vaccination, je n'ai employé que du virus jennérien, pris constamment sur des sujets non revaccinés, et toujours en bas âge; les revaccinations pratiquées avec soin à l'aide de ce virus, m'ont donné toujours une proportion d'un tiers de succès, et les sujets qui se sont montrés réfractaires n'en ont pas moins été tous garantis de la variole ;

6° Quant aux effets de la vaccine ancienne sur l'intensité de la variole, voici les résultats exacts de la statistique que j'ai relevée à cette occasion:

L'épidémie sévit indistinctement sur les sujets anciennement vaccinés et sur ceux qui n'avaient jamais été inoculés; mais tandis que les premiers n'eurent presque tous qu'une varioloïde légère et ne fournirent qu'une proportion de 11,43 p. 100 de variole franche, chez les seconds, le chiffre des varioleux s'éleva à 84 p. 100.

Ces résultats me semblent assez frappants pour être mis en parallèle avec certaines doctrines nouvelles dont la science fera certainement justice; et c'est ce qui m'a engagé à vous les transmettre.

M. PRADEL (de Prades, Pyrénées-Orientales). J'ai été singulièrement préoccupé à une époque où la variole faisait des ravages dans plusieurs localités du département des Pyrénées-Orientales, et j'étais à me demander si le vaccin était réellement le moyen préservatif de la variole.

Aujourd'hui, je n'ai plus le moindre doute à ce sujet. L'expérience est venue me rassurer complétement et d'une manière définitive.

J'ai vacciné des individus par centaines, pas un n'a eu la variole, pas même la varioloïde. L'épidémie n'a frappé que des individus qui n'avaient jamais été vaccinés.

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 25 juin.

M. BESNARD (de Joué-lez-Tours). En l'année 1864, et dans les premiers mois de 1865, une épidémie de variole sévissait dans la commune de Joué-lez-Tours. A cause de cette épidémie, j'ai pratiqué dans ladite commune des vaccinations et revaccinations dont le chiffre s'élève à environ 150 pour 1864, et 350 pour 1865. Par suite d'avis qui m'en avait été donné, j'ai cru devoir adresser chaque année à l'administration la liste de mes opérations vaccinales, liste que je faisais suivre d'ob servations, que je résumais ainsi pour l'année 1865.

« Nous rappellerons ici :

« Que nous avons adressé à l'administration la liste, s'élevant à 150 environ, de nos vaccinations et revaccinations pour l'année 1864, et qu'à la suite de cette liste nous faisions observer :

« Que toutes les piqûres vaccinales pratiquées sur des sujets en bas âge et n'ayant jamais été vaccinés avaient parfaitement réussi; que toutes celles qui l'avaient été sur des sujets jeunes et adultes, ayant déjà été vaccinés, n'avaient donné que peu ou point de résultat;

« Que ce grand nombre de revaccinations dans des localités où il n'en avait peut-être jamais été pratiqué, était dû à une épidémie de variole, qui avait sévi au mois de mai 1864, dans la commune de Joué, et qui, en quelques semaines, atteignait à la fois une dizaine d'individus, dont *un seulement* n'avait jamais été vacciné;

« Que tous les sujets vaccinés avaient guéri, mais avec cette observation rigoureusement faite par nous, que tous ceux vaccinés depuis quelques années ne gardaient le lit que peu de jours, et que ceux qui l'avaient été depuis très-longtemps étaient très-sérieusement malades;

« Et que le sujet non vacciné (Louis P..., cocher au château de la Chaumette), était mort après quinze jours de maladie. Ce qui, disions-nous, prouve jusqu'à l'évidence que les vaccinations et revaccinations doivent être plus que jamais propagées et encouragées.

A ces observations nous ajouterons, en ce qui concerne la liste qui précède (celle de 1865), comme confirmation et à l'appui de ce que nous disions en 1864 :

« Que le dernier mot de nos observations, en ce qui concerne les piqûres vaccinales, leur résultat, l'âge des sujets, le grand nombre des revaccinations, est exactement le même en 1865 que celui que nous émettions en 1864;

« Que l'épidémie de variole qui a sévi en 1864 a continué jusqu'à la fin de juillet 1865, après avoir atteint environ 40 à 50 individus, dont 6 sont morts, savoir : 5 revaccinés et 1 que nous avons toujours considéré comme n'ayant jamais été vacciné, sans pouvoir cependant rien affirmer à cet égard;

« Que le seul des sujets *non vaccinés* qui ait guéri (D..., portier au château de la Chaumette), portera toute sa vie les traces indélébiles de la maladie;

« Que tous les autres, qui avaient été vaccinés, ont parfaitement guéri, et que bien peu, parmi eux, porteront peu de temps seulement les stigmates de la variole. — Ainsi donc, en résumé :

« Épidémie de variole dans la commune de Joué, ayant une population de 2,000 habitants,

« 40 à 50 individus atteints; 5 non vaccinés, sont morts; 1, que l'on a tout lieu de croire *non vacciné*, mort.

« 1 seulement, *non vacciné*, guéri, mais défiguré pour toute sa vie.

« Et tous les autres, sujets vaccinés, bien guéri, sans aucune trace de variole.

« En terminant, nous dirons, parce que telle est notre profonde conviction, que nous sommes plus que jamais d'avis que les vaccinations et les revaccinations doivent être autant que possible, propagées et encouragées; et même au besoin être rendues obligatoires, obligation qui eût sauvé de la mort les six individus désignés plus haut. »

Ceci donc était écrit en 1865. Depuis cette époque, les cas isolés que j'ai été à même d'observer, n'ont fait que confirmer la vérité des assertions que j'émettais, alors que j'observais sur un champ assez vaste pour donner à mes observations une valeur scientifique d'un certaine importance. Bien plus, j'ajouterai comme complément, qu'aujourd'hui même je visite une jeune femme de 25 ans, vaccinée à 18 mois, convalescente de variole qu'elle a gagné à soigner son père et sa mère, atteints de variole confluente.

Que la jeune femme et sa mère, toutes deux vaccinées, sont guéries; et que son père, non vacciné, est mort après quelques jours de maladie.

De tout ceci, je conclus plus que jamais, jusqu'à démonstration du contraire, à l'efficacité des vaccinations et revaccinations.

M. PASQUIER. L'effectif de la garde de Paris est de 2,700 hommes, logés sur les deux rives de la Seine dans sept casernes.

A son arrivée au corps, tout homme qui n'a pas été revacciné à son incorporation sous les drapeaux, comme conscrit ou engagé volontaire, est immédiatement soumis à la revaccination, à l'Académie de médecine, avec le vaccin d'enfant. Il résulte de cette mesure qu'à leur arrivée ou plutôt à leur incorporation dans la garde, la revaccination ne remonte pas à plus de cinq à six années, la garde de Paris se recrutant, dans l'armée même, d'hommes qui doivent avoir trois années de présence sous les drapeaux.

Depuis le 1er octobre 1868 jusqu'au 31 mai 1870, sur 70 revaccinations, 13 seulement ont été suivies de succès plus ou moins certains.

Dans ces conditions, nous avons traversé l'épidémie actuelle de variole jusqu'au 16 avril, sans avoir eu un seul homme atteint. Ce n'est que le 16 avril, le 21 du même mois et le 22 mai que trois gardes sont atteints de varioloïde. Deux enfants de troupe non revaccinés sont atteints de variole discrète, l'un âgé de 12 ans, l'autre de 14 ans.

42 enfants de troupe revaccinés ne donnent que 4 succès incertains; ils sont compris dans les revaccinations mentionnées plus haut.

Dans les familles des gardes, nous comptons 821 femmes, 832 enfants, soit 1653.

Nous comptons 3 femmes atteintes de variole en mars, avril, mai; leur âge est de 33, 35 et 40 ans : elles guérissent.

3 enfants sont atteints de variole : l'un de 5 mois; on n'a pu savoir s'il avait été vacciné; guéri.

Le second, âgé de 6 mois, vacciné, guéri;

Le troisième, âgé de 2 ans, vacciné, guéri.

Varioloïde. — Une femme (43 ans) est atteinte de varioloïde. Un enfant de 3 ans est également atteint de varioloïde.

Aucune revaccination n'a été faite dans les familles.

Il résulte des chiffres ci-dessus que, dans une population d'adultes soumis à une revaccination régulière, sur un effectif de 2,700 hommes, nous ne comptons que 3 varioloïdes, et que, sur une population composée de femmes et d'enfants non soumis à la revaccination, se montant au chiffre de 1,697 (821 femmes, 832 enfants, 44 enfants de troupe), nous comptons, atteints de variole, 5 enfants, 3 femmes; de varioloïde, 1 enfant et 1 femme; total, 10. Aucun décès.

Cette petite statistique ne vient-elle pas démontrer l'utilité de la revaccination.

Coïncidences de variole et de vaccine. — Durée de la période d'incubation.

M. FILLIETTE (Boulogne-sur-Mer). Au mois de mars de l'année dernière, alors que nous traversions une épidémie de variole assez meurtrière, je fus appelé par une femme Blot (portant elle-même des cicatrices de variole ancienne) pour donner mes soins à sa petite fille, âgée de 5 ans, non vaccinée, et qui était atteinte de la maladie sous sa forme confluente, bénigne. L'enfant était arrivée au neuvième jour de l'éruption quand la mère, qui était au terme de sa grossesse, fut prise des douleurs de l'enfantement. Je l'assistai dans sa couche et reçus un gros garçon parfaitement constitué et en pleine santé. Mais comme le logement de la famille ne se composait que d'une chambre, dans laquelle était couchée la jeune malade, j'avais pris soin de me munir d'une plaque de vaccin jennérien, et, avant même la section du cordon, je fis rapidement six inoculations sur le nouveau-né. Les boutons marchèrent à merveille; mais le douzième jour l'enfant fut pris de fièvre et finalement d'une variole confluente, à laquelle il succomba rapidement.

M. DAGAND (d'Alby). Fanny R..., femme de D... M.., âgée de 71 ans, d'une bonne santé et d'une forte constitution, faisant le métier de coquetière, éprouvait depuis quatre ou cinq jours des malaises, lassitude, mal de tête, inappétence, constipation, et surtout de fortes douleurs dans la région lombaire. Elle me fait appeler le 10 juin; je constate chez la malade de la fièvre (pouls à 100), peau sèche, face vultueuse, langue saburrale; elle se plaint surtout de maux de reins très-violents, de coliques et de douleurs à l'épigastre; il y a beaucoup d'agitation, et la nuit précédente a été sans sommeil. Je crois à une *synoche rhumatismale*, et je prescris deux sinapismes sur les points douloureux au dos, un bain de vapeur et des lavements.

Le 11, je revois la malade, les douleurs de reins ont entièrement disparu; mais les douleurs d'entrailles ont considérablement augmenté; le pouls est à 105; le ventre est légèrement ballonné; la malade vomit tout ce qu'elle prend; ses règles sont apparues dans la matinée; je prescris potion laudanisée, cataplasmes sur le ventre, emplâtres de pommes de terre sinapisés aux pieds, etc.

Le 12, l'on vient me dire que la face de la malade s'est couverte de boutons, que les vomissements et les douleurs d'entrailles ont diminué. Je me rends auprès d'elle, et je constate l'éruption non équivoque d'une variole, les boutons varioleux sont confluents à la face et discrets sur le reste du corps; ils s'étendent à la gorge et rendent la déglutition pénible et douloureuse; la malade avait été vaccinée dans son enfance, et elle porte quatre cicatrices bien marquées de vaccine.

Étonné de cette apparition spontanée de variole, dont je ne connaissais aucun cas dans le canton, et que je n'avais pas rencontré une seule fois depuis 1866, j'interroge la malade, qui me raconte que le samedi 28 mai elle s'était rendue à Chambéry à l'occasion du concours régional, qu'elle avait logé au Reclus à l'hôtel C... ; que la maîtresse d'hôtel était alors en convalescence de la variole; que la domestique de l'hôtel était alitée, affectée elle-même de la variole; et qu'après dîner, elle était allée passer une demi-heure auprès de cette servante, avec laquelle elle était liée d'amitié; qu'assise près du lit, elle avait conversé avec elle, mais qu'elle n'avait touché ni la malade ni son lit.

Je vis alors évidemment d'où provenait l'infection varioleuse. Le 28 mai, séjour d'une demi-heure auprès d'un sujet affecté de variole; dès le 3 juin, soit six jours après, malaises et indispositions augmentant vers le 7; du 9 au 12, fièvre, vomissements, douleurs violentes, délires passagers; dans la nuit du 11 au 12, éruption, apparaissant 14 jours justes après l'infection.

Un fait bien curieux et important à noter, sur la signification duquel je ne suis pas encore bien fixé, est survenu pendant la maladie de la femme M... Voici ce fait :

Le 31 mai, soit trois jours après son arrivée de Chambéry, la femme M... m'envoie, par son domestique, le cadet de ses enfants, âgé de 17 mois, pour le faire vacciner. L'enfant n'avait aucun malaise. Je fais trois piqûres vaccinales à chaque bras. Au troisième jour, les pustules apparaissent, prennent un développement exceptionnel le quatrième et le cinquième jour, et en même temps l'enfant est pris de fièvre, de vomissements, et il apparaît autour des lèvres une éruption de boutons. Pendant trois jours, l'enfant est très-gravement malade (je n'ai pas vu l'enfant pendant sa maladie); les boutons de vaccine se couvrent d'une croûte comme ceux de la fausse vaccine. Ceux survenus autour des lèvres en font autant, et au huitième jour, tous les symptômes inquiétant avaient disparu. Je n'ai vu cet enfant que le 10 juin, époque où je fus appelé auprès de la mère, qui me reprocha d'avoir donné de la mauvaise vaccine à son enfant, qui avait failli en mourir. Je constatai que les pustules vaccinales étaient recouvertes de croûtes noirâtres et celles autour des lèvres de croûtes semblables. L'enfant, du reste, était parfaitement remis.

Qu'est-il arrivé ici?

En même temps que l'enfant M..., j'avais vacciné une vingtaine d'autres enfants avec du vaccin pris bras à bras, sur un vaccinifère magnifique. Chez tous les vaccinés, l'enfant M... excepté, la vaccine a parfaitement réussi, n'a donné lieu à aucun accident, et a suivi régulièrement ses périodes.

Qu'étaient ces boutons survenus autour de l'enfant M...? Était-ce l'effet de la vaccine généralisée? Je ne le pense pas. La vaccine généralisée n'est pas accompagnée de symptômes aussi graves.

Au vu des faits et des coïncidences, je ne puis m'empêcher de croire que l'enfant M... était, quand je l'ai vacciné, sous l'influence de l'incubation varioleuse; que cette influence a modifié l'évolution vaccinale, qui elle-même a modifié l'évolution varioleuse.

Mais alors, l'enfant M... aurait reçu de sa mère l'infection varioleuse pendant la période d'incubation de la variole chez la mère.

La variole serait donc communicable avant l'évolution des pustules?

Quoi qu'il en soit, je crois ce fait fort remarquable, et je le livre tel qu'il est à vos commentaires; et, pour bien préciser, je répète les dates : 28 mai, la mère M... s'infecte à Chambéry; 31 mai, je vaccine son enfant; les 4 et 5 juin l'enfant est très-malade, une éruption de boutons se fait à la face; les mêmes jours, la mère commence à ressentir ses malaises; le 12, l'éruption varioleuse s'effectue chez la mère, et à cette date l'enfant est guéri; ses boutons vaccinaux du bras et ceux de la face sont couverts de croûtes.

M. GIVERS (de Saint-Julien-aux-Bois) cite le fait suivant :

Il y a onze ans, le docteur Cysterne ayant vacciné dans ma localité, dans la même séance et avec le même vaccin, plusieurs enfants, parmi lesquels Louis L., qui se trouvait couvert de teigne faveuse, l'éruption variolique, au rapport de sa mère, qui me l'a ensuite reproché plusieurs fois, fut presque aussi prompte que l'éruption vaccinale et fut confluente, surtout à la figure de l'enfant, où elle laissa des traces apparentes depuis lors. Au dire de la mère, le vaccin réussit comme d'habitude sur les autres enfants, et il n'y avait pas d'épidémie de variole en ce moment-là.

Vaccin Jennérien et vaccin de génisse.

M. GUINQUAUD, interne à la Pitié. — 1re *série de vaccinations.* — Elles ont été faites à l'aide d'une lancette à vaccin sans rainure, que j'avais trempée dans le liquide vaccinal autant de fois que je faisais de piqûres.

Le vaccin de génisse était liquide au cinquième jour. On n'exerçait qu'une légère pression pour le faire suinter des pustules.

Le vaccin était donc pris et inoculé dans de très-bonnes conditions.

Le vaccin de bras à bras était pris au septième jour.

Voici maintenant les résultats :

Sur 28 vaccinations d'enfants nouveau-nés, à l'aide du vaccin de génisse, 10 succès. Une seule pustule le plus souvent; quelquefois 2, rarement 3 sur 8 piqûres. Les boutons de vaccin étaient souvent peu développés, sans turgescence bien marquée, et à l'analyse histologique, on trouvait au-dessous beaucop d'épithélium avec peu de liquide virulent.

Cependant, chez quelques enfants, les pustules étaient assez bien développées.

Sur 42 vaccinations par le vaccin de bras à bras, 42 succès. Le plus souvent, 4 pustules; quelquefois 6, rarement 8, sur 8 piqûres.

Les boutons de vaccine étaient tuméfiés, et, au sixième jour, on pouvait recueillir un beau liquide jaune demi-transparent.

Cependant, sur 3 enfants, la dessiccation des pustules commençait le sixième jour.

Ces inoculations ont été faites sur des enfants placés dans les mêmes conditions.

J'ai varié le mode d'inoculation.

Ayant vacciné, avec le vaccin de génisse au cinquième jour, 5 enfants (6 piqûres), âgés de 6 heures, de 1 jour, de 4 jours, de 5 jours, de 4 jours, de 1 jour, et le résultat ayant été nul, jai revacciné, cinq jours après, ces mêmes enfants à l'aide du vaccin de bras à bras; 4, 5 pustules sur 6 piqûres ont évolué.

Peut-être pourra-t-on objecter l'âge différent de ces nouveau-nés? Pour répondre à cette objection, j'ai inoculé, à l'aide du vaccin jennérien, 5 enfants, quelques heures après la naissance : 5 succès; 3, 4 pustules sur 6 piqûres ont évolué.

Voici encore une autre variation :

13 enfants nouveau-nés ont été vaccinés de la manière suivante :

3 piqûres ont été faites à l'aide du vaccin jennérien, sur le bras droit, tandis que je faisais 3 inoculations de vaccin de génisse sur le bras gauche.

Le vaccin jennérien a réussi dans tous les cas.

Chez deux sujets seulement, l'évolution des deux vaccins a été simultanée.

Nous pouvons donc ici tirer cette conclusion :

Pour les vaccinations, le vaccin de génisse, pris et inoculé dans les meilleures conditions, n'a réussi que dans un tiers des cas, alors que le vaccin jennérien réussissait toujours.

2e *Série de vaccinations.* — Elles ont été faites avec le plus grand soin. D'ailleurs j'ai inoculé avec le même instrument, de la même manière, pour les deux vaccins.

Sur 24 enfants inoculés à l'aide du vaccin de génisse au sixième jour (6 piqûres) : Deux succès seulement; une fois 2 pustules ont évolué; une autre fois 3.

Sur 48 enfants inoculés à l'aide du vaccin jennérien au septième jour, 6 piqûres, 48 succès.

Conclusion. Le vaccin de génisse a réussi *exceptionnellement;* le vaccin jennérien a toujours réussi, c'est la règle.

M. THÉVENOT. Dans la dernière Conférence, on désirait savoir à propos des vaccinations au vaccin de génisse si, dans les mairies, on tenait un registre indiquant le nombre des vaccinés et les résultats obtenus.

Je me suis adressé à la mairie du 7e arrondissement, où on m'a fait connaître les faits suivants :

Le jour où ces vaccinations ont commencé, il s'est présenté 400 personnes, qui toutes ont été vaccinées.

Aux séances suivantes le nombre a diminué d'une manière très-sensible, au point qu'aujourd'hui il se présente à peine 8 ou 10 personnes.

On a consigné sur le registre le nombre des personnes qui sont venues se faire vacciner, en les divisant en trois catégories : hommes, femmes et enfants.

On a vu un certain nombre de personnes se représenter plusieurs fois pour se soumettre de nouveau à la revaccination. Mais personne n'est revenu pour faire constater le succès des vaccinations.

L'employé de la mairie qui présidait à ces opérations m'a dit que sur une cinquantaine de personnes qu'il connaissait, il y en avait un nombre insignifiant, 4 ou 5 à peine, chez lesquelles le vaccin paraissait avoir réussi.

J'ai moi-même vacciné au vaccin de génisse 27 personnes, savoir :

20 à la mairie, sur lesquelles 19 adultes sans succès aucun, et 1 enfant de deux mois, sans succès également à la première vaccination.

Cet enfant, vacciné de nouveau quinze jours après, a offert deux pustules vaccinales sur six piqûres.

7 adultes ont été vaccinés par moi chez M. Lanoix, et sur les sept une seule personne a présenté le huitième jour deux petites pustules que je n'oserais pas même affirmer vaccinoïdes.

Je me demande d'où peuvent provenir tous ces insuccès?

Soit du vaccin pris dans de mauvaises conditions, soit de la difficulté de transmission du vaccin de génisse à l'homme, soit de l'insuffisance du vaccin. Car il faut bien l'avouer, M. Lanoix le distribue à ses confrères avec une parcimonie telle que bien souvent la lancette ne doit pas en contenir un atôme, car avec une seule lancette chargée on donne l'accolade à 8 ou 10 lancettes, dont chacune sert à faire 6 piqûres à autant de personnes.

Appelé depuis un grand nombre d'années comme médecin de l'état civil à constater les décès, je puis dire que je n'ai jamais rencontré de décès par suite de variole que sur des enfants non vaccinés et sur des adultes non revaccinés. Si ce n'est cependant un seul dans ces derniers temps, sur une femme qui, trois semaines avant avait été revaccinée et sans succès avec du vaccin de génisse.

M. ALEXANDRE MAYER, secrétaire général de la Société protectrice de l'enfance, transmet les documents suivants sur les vaccinations pratiquées en juin par les médecins-inspecteurs de la Société :

M. AUBRION au Gault (Marne). Toutes mes vaccinations ont parfaitement réussi, et, soit dit en passant, je me servais du vaccin jennérien, car je crois l'opération trop importante en ces temps d'épidémie pour faire de la fantaisie et des expériences avec le soi-disant vaccin de génisse.

M. HORACE BUREAUD à Moret-sur-Loing (Seine-et-Marne). Ainsi que je le prévoyais, le vaccin de génisse que vous m'avez envoyé n'a produit aucun résultat, nouvel exemple à ajouter à tant d'autres.

M. BLANCHARD à Maffliers (Seine-et-Oise). J'ai vacciné une première fois en avril le jeune R... avec le vaccin de génisse sans succès. Le 5 mai, j'ai revacciné de bras à bras, alors j'ai eu à chaque bras trois pustules, plus deux sur un nœvus que j'avais vacciné pour le faire disparaître, la vaccination a présenté une évolution normale, les boutons ont été magnifiques.

M. CHERTIER à Nogent-sur-Seine (Aube). L'enfant P... a été vacciné par moi il y a huit jours. Insuccès à un bras avec du vaccin de génisse, bon succès à l'autre avec du vaccin de bras à bras au septième jour.

M. DENIS à Saint-Germer-de-Fly (Oise). Les vaccinations de premier jet prennent généralement bien, surtout de bras à bras, là c'est toujours ainsi.

M. LONCLE (à Marle). Je vaccine tant que je puis, et surtout depuis le mois de janvier dernier, redoutant l'épidémie qui sévit sur Paris, et je suis à 40 kilomètres de la capitale.

Voici mes observations pour 100 : 1° 8 insuccès; 2° Revacciné de bras à bras 14 fois. (Je n'ai pas revacciné une troisième fois.)

Dans mes insuccès, il y en eut dernièrement dans une condition que je vous raconterai; seulement, on jugera. Je suis fumeur!... je me sers de ma salive *en vapeur* pour délayer mes plaques, et un beau jour 4 insuccès sur 4 vaccinations. Plus loin (3 kilomètres), 2 succès sur 2 vaccinations, avec le même vaccin sur plaques : *j'avais fumé avant ma première opération.*

Pas une variole, pas une varioloïde ne s'est offerte à moi jusqu'à ce jour, et mes confrères voisins n'en ont eu que quelques-unes. Sont-ce mes vaccinations faites à profusion dans ma clientèle?

Mode de procéder avec le vaccin de génisse.

M. SIRAC (de Montauban). Permettez-moi de vous dire quelques mots sur la propagation du cow-pox, qui ne me paraît ni bien comprise, ni bien exécutée à Paris.

Le cow-pox est un liquide clair composé de sérosité et de principe virulent vaccinal; en le faisant passer par des tubes capillaires, on enlève la partie la plus fluide du contenu des pustules, celle qui contient le moins de principe actif; pour avoir même une goutte assez forte, on comprime avec des pinces la base de chacune d'elles, et on ne peut faire autrement.

Ce qui fait que la partie du liquide plus épais qui reste sur chaque pustule est, comme je l'ai souvent expérimenté, la partie la plus active, prise en raclant avec la lancette, celle qui donne le meilleur résultat.

C'est pour cette raison que pour vacciner avec un tube il est indispensable de pousser tout le liquide contenu dans le tube sur une plaque de verre très-propre et très-bien essuyée, et de s'en servir immédiatement pour ne pas laisser au liquide le temps de se dessécher ou de s'altérer au contact de l'air.

Il faut plonger chaque fois la lancette dans ce liquide et la charger autant que possible. Si on n'est pas sûr que le liquide virulent ait bien pénétré dans la plaie, il est bon de recharger la lancette et de l'essuyer sur chaque piqûre, qui doit être aussi superficielle que possible, et arriver jusqu'au sang.

Un tube de vaccin ne peut fournir que pour un enfant : 6 piqûres, 8 au maximum.

En prenant ces précautions, je puis vous affirmer qu'avec le cow-pox qui me sert à vacciner, vous arriverez toujours, chez les enfants non vaccinés, à avoir de génise à bras autant de pustules que de piqûres, surtout si vous agissez sans compression.

Si vous vous servez des tubes, c'est plus chanceux, je crois le cow-pox altérable par le transport et la chaleur; quoique j'ai très-bien réussi avec des tubes de dix à quinze jours sur un enfant et sur une vache.

Il est constant que ce qui peut arriver pour le vaccin animal arrive pour le vaccin jennérien, et que les tubes et plaques que nous a envoyés l'Académie dans les provinces un peu loin de Paris réussissent bien rarement, malgré nos précautions les plus minutieuses (1).

Causes et traitement de la variole.

M. le professeur BOUILLAUD transmet une lettre de M. Patrice Givers, médecin à Saint-Julien-aux-Bois (Corrèze), sur les causes et la nature de la variole.

Voici les conclusions de cette lettre : les maladies épidémiques, dit M. Givers, sont produites par le passage plus ou moins brusque du chaud au froid humide et au froid par les milieux respectifs des sujets et elles sont d'impression non d'intoxication plastique, ce qui ne veut pas dire que la variole ne soit pas contagieuse à certaines conditions.

M. GENDRON, pharmacien adresse une note sur le sarracenia et son action contre la variole.

MM. BOUVIER (de Gand), BONNET (d'Auray), et TELEPHE DESMARTIS (de Bordeaux), adressent, accompagnées de lettres d'envoi, des brochures très-intéressantes sur la variole. Il en sera tenu compte dans le rapport général.

(*A suivre.*)

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE. — M. A. DESMARRES.

Iritis spécifique malin double, avec kératite interstitielle du côté droit.

Par le docteur DEMARBAIX, chef de Clinique.

Mme D..., âgée de 38 ans, marchande des quatre saisons, se présente à la Clinique, le 3 janvier 1870.

On constate dans les deux yeux tous les signes d'un iritis spécifique : Légère photophobie, rougeur périkératique peu prononcée, un peu de larmoiement, trouble de la chambre, synechiès postérieures multiples. On observe de plus, du côté droit, une kératite interstitielle de forme triangulaire dont la base est dirigée en bas, et dont le sommet atteint le milieu du champ pupillaire.

Là ne se bornent pas les symptômes présentés par la malade. En effet, on trouve sur les autres parties du corps des traces évidentes de syphilis ancienne, telles que syphilides papuleuses et squameuses, ulcérations du fond de la gorge et des piliers.

En présence de ces deux ordres de symptômes, M. Alphonse Desmarres diagnostique un iritis spécifique malin double, qu'il faut différencier de l'iritis qui se déclare dans les premiers temps de l'empoisonnement syphilitique, et que M. Desmarres fils appelle iritis spécifique bénin.

Nous savons que la vérole se manifeste du côté de la peau de deux manières bien distinctes. Elle détermine d'abord des affections superficielles, disséminées sur toute la surface du corps, ne présentant que peu ou point d'ulcérations, et cédant facilement à un traitement anti-syphilitique. Elle produit ensuite, à une époque plus avancée de la maladie, des accidents beaucoup plus graves : Tubercules, gommes, ulcérations profondes de la peau et des muqueuses, affections lentes, interminables, qui ne guérissent que par un traitement habilement dirigé et scrupuleusement suivi.

Ce que nous observons du côté des tissus cutanés nous l'observons également du côté des tissus oculaires, et nous avons ainsi deux sortes d'iritis spécifiques : l'un, iritis spécifique bénin, apparait pendant les accidents secondaires, plaques muqueuses, roséole, et les lésions inflammatoires portent sur l'iris seul. Le cercle ciliaire, la choroïde, la sclérotique sont exempts de complications. L'on obtient toujours la guérison par un traitement institué à temps et bien conduit.

L'autre, iritis spécifique malin, survient plus tard, lors des accidents de transition intermédiaires aux symptômes secondaires et tertiaires, tubercules, ulcérations... Dans cette forme d'iritis le cercle ciliaire devient malade le premier. L'iris ne se prend que consécutivement. La sclérotique s'amincit, et quelquefois même il se fait une fente scléroticale au niveau du corps ciliaire par où celui-ci peut faire hernie.

La cornée peut devenir malade à son tour comme l'observation actuelle le démontre. Ici l'iris est altéré profondément. Les lésions inflammatoires siégent dans toute l'épaisseur de son tissu, et le pronostic, contrairement à celui de l'iritis bénin est grave ou du moins très-réservé.

M. le docteur Alphonse Desmarres admet donc deux iritis spécifiques : l'un bénin franc, qui guérit facilement; l'autre malin qui ne serait qu'une cystite syphilitique. L'iris et la cornée ne deviendraient malades que contrairement aux altérations du corps ciliaire.

Dans l'observation qui nous occupe les lésions ne sont pas limitées à l'iris, mais elles retentissent jusque dans la cornée où nous constatons une kératite interstitielle, triangulaire, forme spéciale dont nous voyons de fréquents exemples dans des cas d'iritis spécifique à la clinique de M. Alphonse Desmarres, et dont la pathogénie nous échappe.

Il se passe ici dans la cornée ce qui arrive dans les maladies du cercle ciliaire chez les scrofuleux, les individus soumis à de mauvaises conditions hygiéniques. Chez eux, en effet, on observe des kératites interstitielles, chroniques, rebelles, et qui ne peuvent être combattues qu'en agissant d'abord contre la maladie du corps ciliaire qui leur a donné naissance.

(1) *N. B.* — L'Académie envoie le plus souvent du vaccin de génisse.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 27 mai 1870. — Présidence de M. BERGERON.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE ET PRÉSENTATIONS

Parmi les pièces de la correspondance, M. le secrétaire général signale le 2e volume du *Diagnostic médical* de M. Woillez.

M. GALLARD présente le 2e fascicule des Bulletins des travaux de la Société de médecine légale. Parmi ces travaux, M. Gallard cite le compte rendu d'une discussion sur le secret médical; un rapport de M. J. Falret sur l'aphasie; un rapport de M. Morel sur l'irresponsabilité des aliénés, dans lequel il fait ressortir la célérité des jugements portés à leur égard, le danger, pour la société, de la liberté des aliénés acquittés; et enfin un travail de M. Vernoix sur l'application de la photographie à la médecine légale, dans lequel l'auteur combat cette idée comme erronée et impratiquable.

M. LE PRÉSIDENT donne lecture d'une lettre de M. Guyot. Dans cette lettre, M. Guyot commence par exprimer le regret qu'on n'ait pas adopté les conclusions d'un rapport que M. Vidal a fait, il y a quelques années, sur la variole, et formule une proposition par laquelle, au nom des médecins des hôpitaux, il prie M. Moissenet, leur représentant au conseil de surveillance, de porter devant ce conseil les réclamations si justes et si nécessaires que ne cessent de faire tous les médecins depuis quelques temps pour diminuer autant que possible la contagion de la variole dans les hôpitaux.

Il demande que M. Moissenet fasse ressortir les dangers du transport des varioleux dans des voitures publiques, les dangers non moins grands, au point de vue de la contagion, qu'il y a à laisser dans la salle commune, avec les autres malades, les varioleux qui viennent le matin à la consultation, et enfin l'insuffisance des mesures prises pour l'isolement des varioleux dans les hôpitaux.

M. GUYOT, sur l'invitation du président, développe cette proposition en insistant surtout sur les dangers qu'il y a, pour le public, à transporter, comme on le fait, des varioleux au Vésinet dans des trains de voyageurs, ou, à la ville même, dans des voitures publiques, et demande qu'on réclame, de la façon la plus urgente, de la part de l'administration, des mesures tendant à faire disparaître au plus vite ces dangers qui menaçent tout le monde.

M. HÉRARD fait remarquer qu'on n'a pas été complétement sourd aux réclamations des médecins et demande à M. Guyot ce qu'il entend réclamer au point de vue de l'isolement des varioleux dans les hôpitaux, qui est aussi complet qu'on pouvait le faire n'ayant pas d'hôpital spécial, et qu'en outre il s'en construit un, à Ménilmontant. Mais on ne peut pas construire un hôpital du jour au lendemain.

M. MOUTARD-MARTIN reconnaît que l'isolement qui a été pratiqué dans les hôpitaux a eu une très-grande efficacité, tout imparfait qu'il est, puisque la contagion n'est pas beaucoup plus grande à l'hôpital qu'à la ville.

M. GUYOT ne partage pas l'opinion de ces messieurs, et n'est pas satisfait de cet isolement. En outre, il ne voit pas qu'on se soit tellement empressé de faire suite aux réclamations de la Société, puisque, en se reportant au rapport de M. Vidal qui date de six ans, on voit que rien de ce qui y était demandé n'a été fait jusqu'à ces derniers temps. Or, M. Guyot est persuadé que si on avait insisté à cette époque sur les conclusions du rapport de M. Vidal, on ne serait pas aujourd'hui en face d'une épidémie aussi grave; il demande donc qu'on insiste aujourd'hui, au moment même du danger, de façon à ce que dans l'avenir, on ne soit pas pris au dépourvu, comme cela a eu lieu dans cette dernière épidémie.

M. CONSTANTIN PAUL rappelle que l'administration, sur 500 lits que contient l'hôpital de la rue de Sèvres, en a consacré 200 aux varioleux et fait remarquer, à cette occasion, que sur les 240 malades non varioleux qui sont restés à cet hôpital, on n'a observé que 5 cas de variole.

M. BLACHEZ déclare qu'il n'en est par moins reconnu que c'est ainsi que la contagion se propage, et que le fait que vient de citer M. Constantin Paul est tout à fait accidentel. Il appuie donc la proposition de M. Guyot et demande, en outre, qu'on n'admette pas d'autres malades dans les hôpitaux de varioleux, et qu'on construise des barraques dans les terrains vagues de Paris pour y mettre les malades atteints de variole.

M. BROUARDEL qui est chargé du service des varioleux à l'hôpital de la rue de Sèvres, y est chargé en même temps du service des maladies aiguës, et il fait remarquer à ce sujet que si l'isolement par bâtiments est parfaitement observé à cet hôpital, l'isolement par service ne l'est pas et devrait l'être.

M. VIDAL dit que pour obtenir un isolement complet et vraiment efficace, il n'y a qu'un moyen c'est la séquestration non-seulement des malades, mais encore des gens attachés à leur service, il rappelle, en outre, que les habitants des environs de l'hôpital de la rue de Sèvres se sont plaints du voisinage de cet hôpital qui est pour eux un foyer d'infection, surtout s'il y a une communication continuelle des gens attachés à l'hôpital avec ceux du dehors.

M. CONSTANTIN PAUL répond, qu'il a été établi par des statistiques, que la contagion n'a pas été plus grande dans le 7e arrondissement, celui de l'hôpital de la rue de Sèvres, que dans les autres.

M. GALLARD fait observer que le 7e arrondissement a été un des premiers atteints par l'épidémie, et qu'on ne doit imputer à l'hôpital nulle influence sur la contagion, attendu que l'épidémie s'est déclarée dans un établissement religieux de ce quartier, et y a sévi pendant les mois de novembre et de décembre, c'est-à-dire antérieurement à l'époque de l'ouverture du service des varioleux à l'hôpital.

M. LALLIER demande qu'on appuie la proposition de M. Guyot; il rappelle que l'administration a entendu les réclamations de la Société sur le même sujet une première fois, en 1864, époque depuis laquelle la variole règne épidémiquement à Paris, et qu'elle n'en a pas tenu compte. Elle a manqué de prévoyance et a sa part de responsabilité dans l'épidémie actuelle.

M. MOISSENET rappelle que le rapport de M. Vidal a trouvé une très-vive opposition de la part de plusieurs médecins, et que ce sont ces oppositions qui ont arrêté l'administration. Quant aux reproches qui lui sont faits au sujet des mesures que l'on demande, elle ne saurait tous les accepter attendu que, comme le disait M. Moutard-Martin, la mesure qu'elle a prise dans les hôpitaux a été très-efficace au point de vue de la contagion, comme le prouveront des chiffres qui seront donnés prochainement. Pour l'hôpital de la rue de Sèvres, M. Moissenet fait remarquer que s'il n'y a eu que 5 cas de variole dans l'hôpital même, on ne saurait l'accuser de répandre l'épidémie au dehors. Enfin un hôpital se construit à Ménilmontant et un service de varioleux fonctionne déjà à la Salpêtrière.

M. BUCQUOY dit qu'il est évident que l'administration s'est appuyée sur l'opinion de quelques médecins opposés au rapport de M. Vidal pour ne pas donner suite aux mesures proposées par les médecins des hôpitaux, et que la Société a de grands risques de rencontrer souvent cette opposition tant qu'elle ne sera pas reconnue, ni par conséquent consultée; M. Bucquoy appuie donc les propositions de MM. Guyot et Lallier.

M. MOUTARD-MARTIN croit que la Société n'a ni blâme ni regret à formuler, et qu'elle n'a que des vœux à exprimer.

M. CHAUFFARD ne doute pas des bons sentiments qui inspirent tous ses collègues; mais devant les excellentes explications données par M. Moissenet, il demande qu'on passe à l'ordre du jour.

Sur la proposition de M. Chauffard, l'ordre du jour est mis aux voix et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. J. SIMON présente une petite fille qui a été atteinte d'une cyanose des quatre extrémités, datant du mois d'août. Aucun organe n'est lésé d'ailleurs; cette petite fille semble guérie aujourd'hui, mais la récidive est à craindre. M. Simon doit faire plus tard une communication sur cette malade.

La Société doit, dans la prochaine séance, reprendre la discussion sur la variole et la vaccine.

La séance est levée à 5 heures.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1870.

95. Guichard (Ambroise). Recherches sur les injections utérines en dehors de l'état puerpéral.
96. Lacaze (P. F.) Essai sur la phthisie syphilitique.
97. Cochy-Moncan (A.). Étude physiologique des courants électriques. — De l'influence des courants électriques sur la circulation et de quelques déductions thérapeutiques.
98. Lépine (Raphaël). De l'hémiplégie pneumonique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Dans le cinquième volume des *Reports of Saint Bartholomew's hospital*, M. Paget rend compte du sort d'un millier d'étudiants connus de lui ou de ses collègues, MM. Callender et Smith, pendant une période de 15 ans.

41 sont morts durant leurs études.
87 sont morts dans les 12 premières années de leur pratique.
96 ont abandonné la profession.
56 ont échoué complétement.
124 ont eu très-peu de succès.
507 des succès moyens.
66 des succès notables.
23 des succès très distingués.
Cette statistique porte en soi son commentaire.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

De l'œsophagotomie externe, par le docteur L. FÉLIX TERRIER, aide d'anatomie à la Faculté de médecine, lauréat de l'École pratique (médaille d'or, 1866), ancien interne des hôpitaux. Brochure gr. in-8 de 180 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Des bains de mer, guide médical et hygiénique du baigneur aux plages de l'Ouest, par le docteur DROUINEAU. 1 vol. in-18 de 216 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Mélange d'orthopédie, par le docteur DUBREUIL, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. In-8 de 30 pages et 1 planche. — Prix : 1 fr. 25.

L'aphasie et la psychologie de la parole, par le docteur FERRAND. Gr. in-8 de 23 pages. — Prix : 1 fr. 25.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois.. 16 — Un an..... 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 4 juillet 1870.

Enfin ses adversaires le reconnaissent eux-mêmes : la *Conférence médicale* de Paris a été un grand enseignement. Elle a montré que sans aucune réglementation, on trouvait « dans le corps médical ce qui, du moins M. Latour le croit ainsi, ne se trouve dans aucune autre condition sociale, assez d'esprit d'ordre, assez de calme, assez de discipline naturelle pour que tout marche sur des roulettes et sans confusion. »

Et c'était facile à prévoir. Les médecins sont tous gens instruits; et quand ils sont réunis en masse pour élucider une question de médecine et de pratique, on peut le dire : il est quelqu'un qui a plus de bon sens et d'esprit que personne, et ce quelqu'un est tout le monde. L'assemblée se dirige et se règle elle-même, et le président n'a qu'à suivre les impulsions qu'il en reçoit.

Mercredi dernier, le gymnase Paz renfermait plus de 600 médecins, quatre ou cinq fois autant qu'en pourrait contenir la salle des séances à l'Académie de médecine. Jamais je n'ai vu réunion plus sérieuse, plus attentive, mieux ordonnée. Les corps les mieux réglementés auraient pu venir y chercher un modèle à suivre.

Partout ailleurs on écoute à peine la correspondance, quelque intéressante qu'elle soit; souvent la voix du secrétaire est étouffée par le tumulte des conversations particulières. Ici, le dépouillement analytique de la correspondance, qu'ont dû se partager les membres du bureau, a pris plus de deux heures, au milieu du silence et du calme le plus complet. La séance s'est prolongée jusqu'à minuit, et on a fini par se séparer bien à regret. Une sorte de lien d'affection s'était établi entre des médecins qui, depuis six semaines, consacraient toutes leurs soirées du mercredi à étudier les grandes questions à l'ordre du jour. Notre impressionnable et aimé confrère, M. Marchal (de Calvi) était visiblement ému ; il était facile d'en juger par toutes ses paroles; aussi l'assemblée applaudissait-elle sympathiquement à son émotion. Applaudissements doux à recevoir, car ils s'adressent à la personne et partent du cœur.

Ainsi, toutes les espérances les plus flatteuses ont été dépassées. Le péril était la présence d'un public extra-médical aux premières séances; mais bientôt, la curiosité de ce public étant épuisée, l'assemblée s'est trouvée réduite à peu près aux seuls médecins; et dès lors elle a commencé à s'accroître chaque semaine, devenant d'autant plus admirable par sa tenue qu'elle était plus nombreuse.

Pressé par l'évidence, M. Amédée Latour déclare aujourd'hui « que les trois dernières séances des réunions se sont fait remarquer par des améliorations graduelles qui les ont rendues à peu près irréprochables. » Et il ajoute : « Telle est en effet la vérité. »

Telle est en effet la vérité, si le mot d'amélioration est un pur et simple pléonasme, s'il a pour but de constater qu'en devenant irréprochable une séance devient meilleure. Mais s'il faut y voir une de ces finesses, une de ces habiletés de plume qui distinguent M. Latour et qui ont fait mon étonnement depuis mon entrée dans le journalisme ; si ce mot suppose un changement dans la manière de procéder, une réglementation imposée à un moment quelconque, je le déclare, ce mot n'est pas vrai.

Il n'est pas plus vrai que ne l'était l'éloignement des médecins de Paris et de la province, supposé par M. Latour dans un article précédent. Il n'est pas plus vrai que ne l'est l'accusation d'indifférence par rapport à la *Conférence médicale de Paris* et de silence complet sur ses travaux que M. Latour porte aujourd'hui contre la plupart des journaux de médecine.

« Rien de sérieux dans tout cela, » et c'est pourquoi ces *petits bouts d'articles* de M. Amédée Latour ont provoqué tant de réponses. Chacun tient par son témoignage à rétablir la vérité des faits, car chacun sait combien c'est chose difficile que de détruire une affirmation. Quoi qu'on fasse, le plus souvent, il en restera toujours quelque chose. C'est ce quelque chose, si réduit qu'il soit par l'évidence, que nous ne pouvons pas accepter dans une *proposition conciliatrice*.

Et d'ailleurs, quoi donc concilier ? La personne de M. Latour n'est pas en cause : s'il avait eu le petit grain de vanité dont il parle, il se serait trompé. Notre pensée allait ailleurs, et nous ne dirons pas plus haut, ce pourrait être mal compris, mais sur un terrain un peu plus vaste.

Ce mot même d'*embrigadement* qui offusque tant M. Latour, n'était pas méchant, je l'affirme, n'étant pas dit à intention de nuire. Il sait très-bien qu'il n'était pas bête : ce mot représente à la fois une situation et un danger.

Embrigadés, c'est là le dernier terme des projets de réglementation et d'*organisation médicale*. Assimilés à des soldats, les médecins le sont en Égypte, en Russie, et je crois même dans quelques parties de l'Allemagne. Dans toutes ces contrées, ils peuvent monter de grade en grade en changeant souvent de garnison, du hameau au village, du village au bourg, etc. Pour quelques médecins français, c'est un idéal. D'autres prêchent les règlements et les projets d'organisation, sans vouloir aller aussi loin et sans se douter qu'ils y mènent. Ils commencent par dépouiller le médecin de son individualité puissante, de son indépendance scientifique et de sa liberté d'action, en en faisant un simple membre d'une personne collective. Ils travaillent à changer les mœurs; et quand les mœurs seront changées, quand le médecin aura perdu ce qui fait sa force et son orgueil, quand il aura cessé d'agir, de penser et de travailler par lui-même, il deviendra forcément, volontiers, ce que sont les médecins dans les pays que je cite. Et certes, la science médicale est loin d'avoir à y gagner.

Oh non ! ce n'est pas le lendemain de la *Conférence médicale*, lorsqu'on a vu combien les médecins se sont mûris par la liberté, ce n'est pas alors qu'il faut leur parler de réglementation ou d'entraves.

Ce qu'il faut, ce qui est devenu un des grands besoins de l'époque, c'est de réunir le corps médical en grandes assises, où par lui-même il puisse s'éclairer en prenant part à des débats contradictoires et exprimer ses opinions lorsqu'elles sont enfin arrêtées.

La *Conférence médicale* a dissipé les préjugés vulgaires sur l'inanité ou le danger des revaccinations en temps d'épidémie. Tous ceux qui ont suivi les séances en ont emporté cette conviction : qu'il faut revacciner en masse pour mettre fin à la variole.

Quant au choix à faire entre les vaccins, sans empiéter sur le rapport et les conclusions, je puis dire que l'opinion générale, basée sur des documents en grand nombre, était plus favorable au vaccin jennérien, sans rejeter pourtant d'une manière absolue l'emploi du vaccin de génisse.

— Tout vient à point à qui réussit. Des éditeurs se sont présentés pour publier les actes de la Conférence, et M. Delahaye en a été chargé. Déjà M. Paz avait refusé jusqu'au remboursement du prix de l'éclairage; il a tenu à faire gratuitement au corps médical les honneurs d'un magnifique lieu de réunions, et les frais de la Conférence se trouvent réduits à peu de chose : convocations, correspondance, gratifications aux employés et domestiques. Bien qu'on l'ait à peine entr'ouverte, la souscription couvre déjà une bonne partie de ces frais, sans qu'il y ait eu publicité proprement dite, sans appel pressant, sans même que les listes en soient connues. Nous publions aujourd'hui la première, qui ne comprend que les sommes versées.

MM. Marchal (de Calvi)	100 fr.
Le Sourd	100
Caffe	20
Guillon	20
Gallard	20
Revillout	10
Dally	10
Topinard	5
Catel (de Saint-Dizier)	20
Lucas Championnière	10
Danet	20
Thevenet	20
Deramond	10
Leduc (de Versailles)	10
Boutin	5
Total	380 fr.

Ceux qui se sont bornés à donner leurs noms ou qui ont l'intention de souscrire sont priés de faire parvenir le plus tôt possible le montant de leurs souscriptions au trésorier, M. Le Sourd.

Dr VICTOR REVILLOUT.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PETER.

Les points de côté (1).

CINQUIÈME ET DERNIÈRE LEÇON

POINTS DE CÔTÉ DE LA PHTHISIE PULMONAIRE ET RÉSUMÉ GÉNÉRAL.

(Leçon recueillie par M. J. FINOT, élève du service.)

J'arrive maintenant à une des parties les plus intéressantes et les plus pratiques de notre étude sur les points de côté, à ces douleurs de la partie supérieure de la poitrine, douleurs « dans le dos » — « entre les deux épaules », dont les gens du monde connaissent la funeste signification, et que vous devez connaître mieux qu'eux et savoir interpréter.

Ces jours derniers, une jeune femme entrait dans notre service, salle Saint-Charles, n° 3, se plaignant d'une douleur de la partie supérieure de la poitrine, ne se plaignant que de cela et n'entrant que pour cela. Elle ne parlait ni de sa fièvre, qui était cependant assez prononcée ; ni de la pâleur de sa face, aux pommettes plaquées de rouge ; ni de son dépérissement progressif, à la rapidité si expressive. La douleur, en raison de son intensité, était la seule chose qui la préoccupât.

En principe, une douleur assez vive et fébrile des premiers espaces intercostaux, cela veut dire *névrite ;* cette névrite ellemême signifie *pleurésie des sommets*, et cette pleurésie des sommets signifie *tuberculisation pulmonaire*.

Guidé par ces indices et ces inductions, vous m'avez vu diriger mon interrogatoire de façon que, successivement, la malade, partant de son point de côté supérieur (qu'elle croyait sa seule maladie, alors qu'il n'était qu'un symptôme peu important de l'affection réelle), fît elle-même, et sans s'en douter, l'autobiographie de cette affection ; nous révélant de son point de côté la cause prochaine, la pleurésie; de cette pleurésie, la cause prochaine, la tuberculisation ; et de sa tuberculisation les causes multiples, grossesse dans des conditions sociales irrégulières, perturbations physiologiques et psychiques, chagrins, misère, et, finalement, dégradation de l'organisme.

Cette jeune fille, âgée de 19 ans, est parisienne, ouvrière au maigre salaire et à la vie confinée, toutes circonstances tuberculipares. Elle a récemment perdu son père et en a éprouvé du chagrin ; nonobstant quoi, quelque temps après, elle devenait grosse, et dut cacher son état, aussi physiologique qu'il était peu avouable : nouvelle source pour elle de préoccupations et de chagrins. Les trois premiers mois de cette grossesse clandestine furent tourmentés par des vomissements incoercibles, à la suite desquels la jeune fille maigrit et s'affaiblit notablement. Cependant la grossesse continua son cours, et l'accouchement eut lieu à terme, il y a deux mois. La toux, qui existait depuis quelque temps, devint plus fréquente, et la jeune fille ne se releva pas bien de ses couches. Elle avait presque tous les jours un peu de fièvre et souffrait surtout vivement de tout le somme gauche de la poitrine. Vous l'avez entendue, le premier jour de son entrée, se plaindre de ce « point de côté » et omettre tout le reste. Et vous avez vu, au contraire, comment ce point de côté « supérieur » étant connu, tout le reste s'en déduisait naturellement pour le médecin.

Les points douloureux chez cette jeune malade sont les trois premiers espaces intercostaux *gauches ;* les apophyses douloureuses sont la dernière cervicale et les trois premières dorsales, c'est-à-dire les apophyses épineuses correspondant aux trois premiers nerfs intercostaux. Je vous ferai remarquer que ces douleurs siégent *à gauche*, c'est-à-dire au côté d'élection des douleurs simplement névralgiques; qu'il s'agit d'une femme et qu'elle est jeune, c'est-à-dire que la malade a l'âge et le sexe le plus souvent atteints de névralgies ; que, pour toutes ces raisons, et parce que la malade ne se plaignait que de ses douleurs, taisant tout le reste, on eût pu la croire simplement affectée d'une névralgie intercostale d'origine chloro-anémique. Mais celle-ci diffère de la névrite intercostale symptomatique de la tuberculisation pulmonaire par le *chiffre* des espaces douloureux ; dans la névrite tuberculeuse, ce sont les *premier, deuxième* et quelquefois *troisième* espaces qui sont affectés ; dans la névralgie chloro-anémique, ce sont les *quatrième, cinquième* et quelquefois *sixième* qui le sont. Dans cette névralgie, la pression est ordinairement le plus douloureuse au niveau de la quatrième apophyse dorsale ; de telle façon que, lorsqu'on presse, il arrive que parfois la malade se récrie et accuse

même temps un retentissement de la douleur sous le sein gauche, c'est-à-dire à l'extrémité de la branche nerveuse intéressée.

Vous m'avez vu traiter notre jeune malade, non pas par des injections hypodermiques de morphine, ce qui eût été seulement le traitement de la douleur, mais par deux applications successives de vésicatoires pansés à la morphine, ce qui était à la fois le traitement de la phlegmasie tuberculeuse et de la névrite symptomatique.

C'est parce que cette douleur des sommets de la poitrine a une haute signification, c'est parce qu'elle est presque invariablement sinon toujours liée à la tuberculisation du sommet des poumons, qu'elle nous a conduit à la rechercher et à la découcouvrir, dans un de ces cas où, en général, on ne la soupçonne guère, comme, par exemple, chez la vieille femme couchée au n° 5 de notre salle Saint-Charles.

Cette femme est devenue tuberculeuse à un âge où l'on ne croit guère qu'on puisse le devenir, à soixante-quatre ans. Bien portante jusque-là, elle a été jetée, l'hiver dernier, dans la plus affreuse misère. Il y a trois mois qu'elle a commencé à tousser, et il y en a deux à peine qu'elle crache. Comme, indépendamment de ces choses, elle se plaignait aussi d'une douleur *entre* les deux épaules et *sous* les deux épaules, je songeai immédiatement, malgré l'âge avancé de la personne, à une tuberculisation commençante. Et, en effet, je trouvai et vous fis voir qu'il y avait de la matité aux deux sommets, avec craquements humides à droite, craquements secs et respiration rude à gauche. Ainsi, la tuberculisation pulmonaire est incontestable, et je vous assure que c'est la douleur « entre les épaules » ou, plus exactement, des sommets de la poitrine, qui me l'a fait attentivement rechercher, alors que l'idée de catarrhe chronique de la vieillesse semblait bien plus naturelle et surgissait dans l'esprit de la plupart d'entre vous.

Ainsi, encore, chez une femme de *quatre-vingt-trois ans*, que j'ai eue récemment à traiter, et qui m'avait été signalée par un collègue comme atteinte d'un simple catarrhe des bronches, la douleur à la partie externe de la fosse sus-épineuse droite, éveillant mes soupçons, me fit découvrir les signes les plus certains de la tuberculisation pulmonaire (craquements humides dans les fosses sus et sous-épineuses, souffle en ces points; craquements secs dans la région sous-clavière; submatité de tout le sommet droit; défaut d'élasticité et respiration très-faible au sommet gauche.

Interrogeant alors cette malade dans ce sens, j'apprenais qu'elle avait eu une hémoptysie en 1830 (il y a *trente-neuf ans!*); que cette hémoptysie avait duré trois semaines, pendant lesquelles presque chaque jour un demi-verre de sang rutilant avait été rejeté; que cette hémoptysie était survenue quelques mois après la perte du mari; enfin, que depuis cette époque, cette femme avait toussé, mais que la toux, sèche d'ailleurs, avait été si rare qu'elle n'avait jamais attiré l'attention.

Or, il n'est guère douteux qu'ici la tuberculisation ne se soit développée à la suite du chagrin, de la fatigue et des privations; que l'hémoptysie n'ait été l'indice de cette tuberculisation, et que la tuberculisation ne soit ainsi restée latente pendant près de quarante ans.

Seulement, depuis cinq ans, cette malade avait « un rhume » tous les hivers, lequel n'était autre chose que l'expression de l'intolérance momentanée du poumon pour ces tubercules, ou, en d'autres termes, le signe d'une poussée congestive et inflammatoire autour de ces même tubercules, tolérés pendant la saison chaude. Enfin, cet hiver elle s'est alitée définitivement; son « rhume » ne cessant pas, son appétit faisant défaut et ses forces déclinant. Elle avait tous les soirs un petit accès de fièvre, que faisait momentanément disparaître le sulfate de quinine et que n'expliquerait guère un simple catarrhe. Et cette poitrinaire de quatre-vingt-trois ans s'est éteinte dans le dernier degré du marasme, trois mois après avoir pris le lit. Les signes de la tuberculisation pulmonaire, assez douteux chez elle pour avoir été pris par un de mes collègues des plus expérimentés pour des indices de simple catarrhe, et qui consistaient dans les signes que je vous ai dits, plus les points de côté supérieurs, sur lesquels j'appelle votre attention, et que mon collègue n'avait point recherchés, les signes de la tuberculisation pulmonaire, dis-je, devinrent au bout d'un mois plus évidents : le gargouillement vint bientôt démontrer l'existence de cavernes assez rapidement creusées. Et cependant, à part la fébricule du soir, qui du reste n'était pas constante, cette rapide destruction du parenchyme pulmonaire s'est accomplie sans fièvre, la température restant, même les derniers jours de la vie, aux alentours de 37°,5. Le jour de la mort, alors que l'hématose se faisait si incomplétement, la température n'était que de 37°,3, le pouls étant à 120. Il n'y eut jamais ni diarrhée colliquative ni sueurs profuses, ainsi qu'il est d'ailleurs assez ordinaire à la phthisie chronique des vieillards; ce qui, joint à l'insidiosité des autres signes, ne contribue pas médiocrement à faire faire fausse route au diagnostic.

Cette phthisie de l'extrême vieillesse, sans sueurs, sans diarrhée et presque sans expectoration, je l'appelle volontiers *phthisie* SÈCHE, en dépit du pléonasme apparent, et par allusion à cette absence de sécrétion : le corps se *momifiant*, pour ainsi dire, sans déperdition extérieure appréciable.

Du reste, la tuberculisation pulmonaire est infiniment plus fréquente qu'on ne le croit généralement dans la vieillesse; mais elle est ordinairement méconnue parce que « on ne s'y attend pas. » Recherchez donc, chez un individu qui tousse depuis un certain temps, même, et je dirais presque « surtout », s'il est un vieillard, cette douleur des sommets, tenez-en grand compte et laissez-vous guider par elle dans la recherche ultérieure des signes, des symptômes et des syndrômes d'une tuberculisation incontestable, mais latente et méconnue.

Ce qu'il y a de remarquable et de précisément caractéristique dans les points de côté de la tuberculisation pulmonaire, c'est la marche graduellement *descendante* et le siége *asymétrique* des douleurs.

Ainsi le malade souffre ou a souffert successivement de son premier, puis de son deuxième, puis de son troisième espace intercostal.—Voilà pour la marche descendante.—Et ces douleurs siégeaient d'un seul côté de la poitrine; puis plus tard elles se sont fait sentir du côté opposé, et alors le premier espace intercostal y a été douloureux, tandis que deux ou trois l'étaient du côté le premier affecté. — Voilà pour l'asymétrie. — Et vous comprenez que la marche et le siége de ces douleurs correspondent exactement à la marche et au développement asymétrique des tubercules pulmonaires, ainsi qu'à leur évolution.

Vous pourrez observer en outre, chez un certain nombre de malades, cette sorte de paradoxe clinique de la coexistence de vives douleurs avec des lésions très-peu avancées, et de l'absence au contraire de ces douleurs avec de graves désordres pulmonaires. Or si, d'une part, vous interrogez les malades, ils vous apprendront qu'ils ont antérieurement souffert de ces espaces actuellement indolores ou presque insensibles; et si, d'autre part, vous faites appel à vos souvenirs d'anatomie pathologique, ils vous apprennent que, chez des malades ainsi lésés, il n'y a plus, à proprement parler, de plèvre au sommet de la poitrine, mais qu'elle est remplacée par je ne sais quelle cuirasse, formée de la superposition lente et successive de plusieurs générations de fausses membranes; de sorte que, grâce à cette membrane isolante, le travail morbide qui s'accomplit dans les poumons s'effectue en dehors de la sphère de vitalité de la plèvre pariétale, et par suite en dehors de celle du nerf intercostal adjacent.

Par tout ce que nous avons vu de sa raison pathogénique, la douleur des sommets de la poitrine est donc un des faits les plus nécessaires de la tuberculisation pulmonaire; il s'ensuit qu'elle en est un des symptômes les plus constants, et par là, un des signes les plus probants.

Cette douleur des sommets ne m'a jamais trompé : je l'ai observée, vous ai-je dit, dans des cas où l'âge très-avancé des malades semblait devoir éloigner l'idée de la tuberculisation, et, l'observant, j'ai plus attentivement cherché la lésion et ses signes indicateurs jusque-là méconnus; ainsi chez la malade de 83 ans dont je vous ai parlé tout à l'heure, qui m'avait été donnée comme affectée de catarrhe; ainsi encore chez une dame de 62 ans, qui m'avait été adressée d'une grande ville du centre de la France comme atteinte d'asthme avec affection du cœur, et chez laquelle les quintes spasmodiques de toux étaient symptomatiques à la fois du ramollissement des tubercules et de la nature névropathique de la malade, comme ses palpitations l'étaient de la tuberculose.

C'est pour toutes ces raisons que, constatant ces douleurs aux deux premiers espaces intercostaux (fosses sus et sous-épineuses), chez une dame du Limousin pour laquelle je devais donner une consultation motivée, je disais au distingué confrère chargé de la soigner : « Je ne trouve pas de matité à la percussion du sommet droit, et il n'y a pas de signes probants à l'auscultation; mais cette douleur siége : 1° *à droite*, et non pas à gauche comme la névralgie intercostale symptomatique de la chloro-anémie; 2° *au sommet*, et non pas au quatrième ou cinquième espace intercostal, comme il est constant pour cette dernière névralgie; mais la respiration est plus faible qu'à gauche, au lieu d'y être plus intense, comme cela est physiologiquement nécessaire. En conséquence, je crois qu'il importe de réserver l'avenir et de ne pas nier absolument la tuberculose. »

Or, cette dame a un frère qui lui ressemble remarquablement, non-seulement par la figure, mais aussi par les aptitudes physiologiques, et ce frère, qui a mené à Paris la vie anti-hygiénique de certains jeunes hommes riches, est devenu depuis aussi tuberculeux qu'on peut l'être. De sorte que je ne doute guère, quant à moi, que si la sœur au lieu de vivre l'hiver à la ville, dans son vieil hôtel aux spacieux appartements, et l'été dans son château plus vaste encore, vivait à Paris dans ces petits hôtels, aussi coquets qu'insalubres, la tuberculisation se serait démasquée chez elle comme chez son frère, dont elle est le Sosie féminin.

Cependant ces points de côté supérieurs, dont nous venons de voir la haute valeur diagnostique, peuvent manquer dans certains cas de tuberculisation pulmonaire. C'est quand les granulations n'ont éveillé autour d'elles que de l'hypérémie, et que cette hyperémie ne s'est pas élevée jusqu'au mode phlegmasique. Alors, en effet, il n'y a pas de pleurite de voisinage, et *a fortiori* pas de névrite intercostale. L'hypérémie tuberculeuse peut être même assez intense pour provoquer des hémoptysies, et la douleur néanmoins faire défaut, pour cette raison qu'il n'y a pas encore de phlegmasie; par exemple, dans la tuberculisation pulmonaire à forme hémoptysique fébrile et à marche suraiguë. Tel était le cas d'un jeune homme de 20 ans que j'ai vu tout récemment à Soissons, avec le docteur Missa, et qui a succombé en moins de cinq semaines : la douleur des sommets n'existait point chez lui, même à la pression, au moins quand je le vis, alors que les hémoptysies et la fièvre dataient déjà de douze jours.

C'est dans les cas d'hémoptysie cependant qu'il importe de rechercher soigneusement les douleurs intercostales des premiers espaces, car s'il existe alors des points de côté supérieurs, il en résulte la presque certitude que l'hémoptysie est tuberculeuse.

(A suivre.)

EMPHYSÈME DU COU

Application de la glace. — Guérison rapide,

Par M. le docteur DUPUY (de Frenelle).

Petit fait, petit enseignement. Néanmoins, quand un cas pathologique se présente rarement et avec des apparences inquiétantes, quoique n'offrant pas de dangers réels, que nous sachions du moins, il n'est peut-être pas tout à fait inutile de le relater quelquefois.

Une de mes clientes, âgée de 37 ans, blonde, d'un lymphatisme accusé, mais habituellement très-bien portante, se fit extraire une dent, la dernière molaire, du côté gauche, le 23 juillet dernier.

La dent était grosse, les racines longues. L'extraction produisit une brèche assez profonde dans laquelle l'arracheur populaire dut mettre un bourdonnet de ouate que la patiente enleva le lendemain, à midi, parce que, dit-elle, cela lui donnait mauvaise bouche.

Ceci fait, l'alvéole ne saigne pas et ne devient plus douloureuse; mais vers six heures du soir, à la suite d'une violente colère, il se produisit, environ une heure après, une hémorrhagie de sang mousseux et rouge d'à peu près dix gorgées.

A cette hémorrhagie, succédèrent des douleurs sourdes; la bouche se ferma, permettant à peine quelques mouvements de mastication, au repas, vers sept heures et demie. Dès lors la malade éprouva une gêne de plus en plus grande avec sensation de gonflement dans la gorge.

Le lendemain, les douleurs augmentent, un gonflement de la région sous-maxillaire inférieure commence à être très-visible et entrave davantage l'acte respiratoire. Ce gonflement gagne promptement toute la partie sous-aponévrotique latérale du cou et s'accentue principalement en suivant le bord interne du muscle sterno-cléido-mastoïdien, qu'il soulève. La tumeur apparaît plus saillante, plus dure, et elle gêne considérablement la respiration.

Cette femme dit que son cou se ferme, et il lui semble qu'elle a dans le parcours de l'œsophage, un morceau qu'elle s'épuise en vains efforts à cracher.

Appelé en hâte auprès d'elle, ce jour même 26, je la trouvai anxieuse, les yeux saillants, fixes, inquiets; la respiration était très-difficile, mais sans bruit trachéal ni pharyngo-œsophagien. Le gonflement du cou était très-manifeste, oblong, ayant sa base à l'angle maxillaire externe, et s'arrêtant court, en cône tronqué, à quelques millimètres de l'extrémité sternale de la clavicule. Il était dur, élastique, crépitant, assez difficile à déprimer; mais limité ou étendu. La pression ne produisait qu'une gêne plus considérable dans l'acte de la respiration et un besoin d'expuition plus impérieux du corps que la malade croyait avoir dans la gorge. Depuis la veille, elle n'avait pu dormir un instant. La face était vultueuse. Cette femme s'agitait et répétait qu'elle allait mourir.

Je prescrivis l'application immédiate de 8 sangsues, *loco dolenti*, et une potion calmante éthérée qui produisirent aussitôt un soulagement notable mais de peu de durée, car on vint me chercher de grand matin; la malade étouffait et se désespérait.

Plus assuré encore que la veille de n'avoir là rien d'inflammatoire ni de phlegmoneux (ce que l'impossibilité de voir ni de toucher le fond de la bouche avait pu rendre un peu douteux la veille), mais un emphysème pur et simple, je me bornai à l'application large et permanente de glace sur toute la région tuméfiée.

En quelques heures, cette femme se sentit soulagée, et, le soir, le gonflement avait bien diminué, cependant il restait toujours dur; la respiration était plus facile et la physionomie plus rassurée.

La continuation de l'emploi seul de la glace avec de l'eau fraîche pour boisson amena une résolution complète en moins de deux jours, après lesquels la respiration et la mastication s'opérèrent parfaitement.

Bien que la pénétration de l'air dans ce cas ne puisse s'opérer que par une fissure ou fracture partielle du maxillaire allant jusqu'aux parties molles, ce que la position anatomique de la dernière molaire paraît devoir favoriser davantage, je laisse à de plus autorisés à en décrire le mécanisme précis.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 1er avril 1870. — Présidence de M. SIMONNOT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE

1° Note sur l'accouchement forcé dans les cas de mort apparente ou prématurée telle, par le docteur Verardini, de Bologne.

2° Mémoire sur l'emploi de la galicine par le même auteur.

CORRESPONDANCE ÉCRITE

Le chef de la 1re section du secrétariat général de la préfecture de la Seine, a l'honneur de prier MM. les membres de la commission médicale, de vouloir bien examiner 11 employés et de constater s'ils sont capables ou non de continuer leurs fonctions.

COMMUNICATION

M. CHARRIER lit l'observation suivante :

Fausse couche à quatre mois et demi de grossesse. — Hémorrhagie foudroyante. — Alcool à hautes doses. — La-

vements vineux. — Guérison. — Le samedi 26 février 1870, je fus appelé, par mon ami le docteur Millard, pour donner des soins à une femme qui se mourait d'hémorrhagie; à la suite d'une fausse couche.

A deux heures et demie de l'après-midi, j'arrivais auprès de la malade, et voici ce que j'appris et ce que j'observai. La malade en voulant se mettre sur un vase avait été prise d'une hémorrhagie telle, qu'un grand vase de nuit avait été rempli en moins de cinq minutes. Une syncope était survenue, et Mme X... était tombée sur le carreau sans connaissance. Une de ses voisines étant entrée, et l'ayant trouvée en cet état, l'avait portée sur son lit. L'hémorrhagie avait continué ; une trentaine de serviettes, de linges, de chemises avaient été trempés à tordre ; les deux matelas, le sommier avaient été traversés, et il y avait du sang en petite quantité sur le sol à la partie moyenne du lit.

La malade complétement exsangue, froide, était dans l'immobilité, de temps à autre elle poussait un soupir ; elle ne voyait pas et n'entendait plus. La peau était visqueuse, les ongles bleuâtres, le pouls ne se sentait plus à la radiale. A la cubitale, on sentait un léger frémissement, à la partie moyenne de l'humérale on sentait une pulsation un peu plus forte, 140 fois par minute. Les syncopes se multipliaient de deux en deux minutes, puis la respiration anxieuse, étouffée se terminait par un profond soupir. Plusieurs fois je crus que c'était le dernier.

Par le toucher je constatai une portion de placenta et de membrane s'engageant dans le col, l'hémorrhagie étant suspendue, je laissai tout en place, craignant de la reproduire si minime qu'elle fût, et persuadé qu'un demi-verre de sang perdu encore causerait la mort de la malade.

Immédiatement j'envoyai chercher un litre de cognac, et de trois minutes en trois minutes, j'en donnai une cuillerée à café, au bout d'une demi-heure la malade rouvrit un peu les yeux, alors je donnai l'eau-de-vie par petit verre. En même temps je donnai quelques fragments de glace et *un* gramme de seigle ergoté. Quelques envies de vomir survinrent, je suspendis l'ingestion de l'alcool par en haut pendant une demi-heure, mais je donnai en lavement *cent cinquante* grammes de vin de Bordeaux, avec 15 gouttes de laudanum qui furent conservés.

Au bout d'un quart-d'heure après l'administration du lavement, les lipothymies complètes cessaient, je recommençai l'usage de l'eau-de-vie par la bouche accompagnée de fragments de glace.

Enfin à cinq heures et demie, la malade avait pris *un litre d'eau-de-vie*, et n'avait pas la moindre ivresse. Elle parlait quand on l'interrogeait, et le pouls commençait à se percevoir à la radiale.

Trois lavements vineux, associés au laudanum, furent donnés de trois heures en trois heures, et un demi-litre de cognac fut ingéré encore de six heures et demie du soir, par petites doses, du samedi soir au dimanche matin à neuf heures.

Aucun symptôme d'ivresse ne fut constaté.

On lui donne comme tisane du vin de Bordeaux avec de l'eau de Seltz et de la glace. *Un* gramme de seigle matin et soir, le dimanche dans de l'eau glacée. Le cognac est entièrement supprimé. Le placenta n'a été rejeté que dans la nuit de lundi à mardi. L'hémorrhagie ne se reproduisit plus.

Le lundi matin, 28 février, le pouls était à 90, faible, mais se sentant parfaitement. Les envies de vomir, les lipothymies incomplètes continuèrent jusqu'au jeudi 4 mars, spontanément, sans mouvement aucun. Ce ne fut qu'au bout de quinze jours qu'elle put se remuer facilement, sans avoir envie de se trouver mal dans son lit.

Depuis, les fonctions digestives se sont ranimées, l'appétit est bon, mais les forces reviennent lentement, et aujourd'hui 1er avril, il lui est impossible de rester plus d'une demi heure dans un fauteuil, sans éprouver de défaillance. Elle est obligée de reprendre alors la position horizontale.

Ce fait me suggère les réflexions suivantes : avant toutes choses, quand le médecin est appelé auprès d'une malade aussi gravement atteinte, il faut à tout prix la ranimer, et ne pas s'arrêter à des considérations de deuxième ordre, telle que la crainte des inflammations dans la période réactionnelle. Il faut avant tout provoquer cette réaction, et la médication alcoolique inter et extra est admirable et héroïque. Déjà dès 1859, j'avais publié dans le *Bulletin de thérapeutique* des faits observés à la Clinique d'accouchements, et dont avaient été témoins mes maîtres, MM. Dubois et Pajot, et qui prouvaient comme maintenant l'excellence de la méthode alcoolique. Cette méthode est admirablement secondée par l'administration des lavements vineux associés à l'opium, surtout quand il existe des envies de vomir et des vomissements. La glace aussi calme le malaise, l'anxiété précordiale, et voyez, messieurs, une chose singulière, c'est que ces doses énormes de cognac, ingérées coup sur coup dans l'économie, ne causent aucune ivresse. Elles permettent seulement à la malade de ne pas s'éteindre ; on ne saurait donc donner trop de retentissement à des faits de ce genre, qui ont l'immense avantage de sauver des femmes qui, sans ce moyen vraiment héroïque, auraient infailliblement succombé.

M. GROS. J'ai employé l'alcool à haute dose dans un cas d'hémorrhagie puerpérale. Le seigle ergoté avait arrêté la perte qui se reproduisit; la compression de l'aorte fut inutile. Je fis boire un carafon de rhum; le sang ne coula plus et la malade se remit.

M. BLONDEAU. L'alcool est utile chez les femmes à règles très-abondantes. Quelquefois le vin suffit.

M. GROS. Je soigne une dame qui approche de l'âge critique. Le seigle ne réussit pas à modérer les hémorrhagies, tandis que l'alcool à haute dose a diminué la quantité du sang depuis deux époques.

M. CHARRIER. Une femme dans ces conditions peut mourir subitement. J'ai vu à la Maternité la mort survenir au bout de 7 minutes de perte. La réaction n'est pas à craindre. Il faut d'abord faire vivre l'accouchée.

J'ai employé aussi avec succès l'ergotine administrée pendant quinze jours avant l'époque !

M. LUNIER. Les personnes très-affaiblies supportent facilement l'alcool. Pour moi, je tolère l'alcool en Sologne, tandis qu'à Paris il m'indispose.

M. BLONDEAU. Les femmes dans de certaines conditions de santé se trouvent très-bien de l'emploi de l'alcool. On ne craint plus du reste la réaction alcoolique; on traite avec succès un grand nombre de maladies de fièvres par l'alcool à haute dose.

M. JACQUEMIN. Pourquoi M. Charrier n'a-t-il pas d'abord employé le tamponnement et la compression de l'aorte?

M. GIRALDÈS. Nous observons chez les enfants la même tolérance. Un enfant, qui avait reçu un coup de feu dans la région du coude, prenait chaque jour *trois cents* grammes de rhum et du vin de Bagnols, sans éprouver la moindre ébriété.

M. CHARRIER. Quand je suis arrivé, la femme était mourante. L'hémorrhagie avait cessé.

M. DELASIAUVE. L'observation de M. Charrier est très importante. Dans mon service j'ai 350 femmes épileptiques, dont la constitution est très-ébranlée par les attaques, elles ont des vomissements, de l'asthme, des palpitations, des règles très-abondantes. Une trentaine de femmes avait des hémorrhagies considérables quand je suis arrivé dans ce service. Aujourd'hui je donne à l'époque des règles une solution légère d'alun, et je n'observe plus les mêmes accidents.

M. DEVILLE. L'administration de l'alcool à haute dose n'est pas nouvelle. Dans un cas, avec Payen, nous administrâmes en lavements une bouteille de madère.

M. CHARRIER. Nous donnons l'alcool à plus haute dose, et par la voie de l'estomac.

RAPPORTS

M. GIRALDÈS. J'ai été chargé de rendre compte à la Société de médecine de Paris, d'un travail sur les résections de la hanche à la suite d'un coup de feu, par le lieutenant-colonel Georges Otis, chirurgien-adjoint de l'armée des Etats-Unis.

Ce travail porte pour titre : Circulaire n° 2. *Rapport sur les cas de résection de la tête du fémur à la suite de coup de feu*, et fait partie des diverses monographies sur les faits de guerre, publiés par ordre du département médical de l'armée de l'Union, d'après les instructions du major général Barnes, chirurgien général de l'armée des États-Unis.

La Circulaire n° 2 est donc consacrée à l'exposé des cas de résections de la hanche, suite de coup de feu, pratiquées pendant la guerre d'Amérique.

Cette monographie comprend 141 pages in-quarto illustrées d'un grand nombre de figures et de photographies représentant des pièces anatomiques, ou les individus opérés et guéris.

La résection du col du fémur a été introduite dans la pratique chirurgicale par Ch. White, de Manchester, en 1759, c'est-à-dire trente ans après que Morand dota la chirurgie d'une grande opération, la désarticulation de la hanche; cette résection néanmoins, jusqu'en 1829, resta en quelque sorte restreinte aux maladies chroniques de la hanche; mais à l'époque indiquée, Oppenheim la mit en pratique chez un chasseur russe blessé d'un coup de feu à la hanche, à la bataille de Eski-Avna-Utlar, livrée le 5 mai 1829.

Depuis, cette opération a été à de rares occasions mise à en pratique, au siége d'Anvers, par Seutin ; par Vidal de Cassis, chez un étudiant blessé en duel; par Stromeyer en 1849, Pirogoff, Macleod, O. Jeary, etc., etc. Pendant la guerre des États-Unis, la résection de la hanche a été pratiquée 63 fois. A ce chiffre de 63, M. Otis a ajouté 12 cas publiés antérieurement à 1861, et 10 autres, dont il a eu connaissance plus tard, le tout s'élevant à la somme de 85 cas, donnant le résultat suivant : 77 morts, 8 guéris, c'est-à-dire 90,6 p. 100.

Les 63 cas de résection pratiqués pendant la guerre de la sécession ont donné 58.8 guéris.

Ce chiffre de 63 se décompose ainsi :

32 cas primitifs, c'est-à-dire dans les premières 24 heures; 30 morts, 2 guéris.

22 intermédiaires, c'est-à-dire minimum 2 jours après l'opération maximum 22 jours, 20 morts, 2 guéris.

22 secondaires, c'est-à-dire après 23 jours; maximum 204 jours, 8 morts, 1 guéri.

Si maintenant on cherche quelle a été la mortalité des 85 cas de résection dont il est fait mention dans la monographie de M. Otis, on trouve :

39 résections primitives.....	36 morts	3 guéris..	92,3 0/0
33 — intermédiaires.	30 —	3 —	90,9 —
13 — secondaires.,..	11 —	2 —	84,6 —

D'après ces données, faut-il conclure d'une manière générale, que l'opération primitive est plus meurtrière que l'intermédiaire, et celle-ci plus que la secondaire? Si on s'en rapportait aux chiffres cités, il faudrait dire que l'opération secondaire donnant 84,6 p. 100, est moins dangereuse que les autres. Sans doute, cela serait ainsi si la proportion ne changeait pas.

Maintenant, si on compare les résultats donnés par la résection à ceux dans des conditions identiques, données par la désarticulation de la hanche, on trouve la Circulaire n° 7 affectée exclusivement à l'amputation coxo-fémorale.

53 cas pratiqués pendant la guerre, lesquels réunis à 108 empruntés à plusieurs données, donnent 142 cas, dont :

72 primitives........	68 morts	1 guéri	3 douteux
62 intermédiaires...	58 —	4 —	
19 secondaires.....	12 —	7 —	

A ce chiffre, publié dans la Circulaire n° 2, il faut en ajouter d'autres. Ainsi le nombre de 53 opérations pratiquées pendant la guerre d'Amérique doit être porté, d'après d'autres renseignements, à 62; et le chiffre de 108 à 122. Avec ces nombres corrigés, on arrive au résultat suivant :

62 dans la guerre d'Amérique, décomposé en : 24 primaires, 22 intermédiaires, 9 secondaires, 7 réamputations.

122 d'autre part :

55 primitives,

54 intermédiaires,

11 secondaires,

Ensemble 183 : 162 morts, 18 guéris, 3 réamputés; c'est-à-dire 90 p. 100.

Ces messieurs nous montrent combien ces deux opérations sont graves et méritent une grande attention.

M. BLACHEZ lit le rapport suivant sur le travail présenté par M. le docteur Onimus à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire :

Dans une de vos dernières séances, vous avez entendu la lecture d'un travail sur l'emploi de l'électricité comme moyen de diagnostic dans les paralysies du nerf facial. L'auteur de ce travail, M. le docteur Onimus, le présentait à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire de notre Société. J'ai volontiers accepté le soin de rendre compte du petit mémoire de M. le docteur Onimus. J'y trouvais l'occasion de revenir sur cette question de l'électricité appliquée à la thérapeutique, question sur laquelle les opinions ne sont pas complétement fixées.

J'avais vu appliquer maintes fois, et maintes fois j'avais appliqué moi-même l'électricité dans certaines affections du système nerveux et du système musculaire, où ce traitement est généralement indiqué.

J'avoue qu'au point de vue thérapeutique, j'avais été médiocrement satisfait des résultats obtenus. Tout en rendant pleine justice aux ingénieuses expériences faites par l'un de nos plus distingués confrères, je m'étais habitué à voir avant tout dans les courants un moyen précieux d'étudier l'action des différents muscles, un procédé nouveau de diagnostic dans certaines variétés de paralysies, une ressource utile pour étudier dans certains cas la dégénérescence de la fibre musculaire; ailleurs, un moyen de révulsion commode et énergique; mais il ne m'avait pas paru, à tort ou à raison, que l'emploi de l'électricité s'imposât comme une ressource thérapeutique que rien ne pouvait remplacer, et grâce à laquelle certaines maladies, jusqu'alors incurables, avaient pu être conduites à la guérison.

Dans tous les cas auxquels je fais allusion, je n'avais jamais vu employer que des courants interrompus obtenus par les différents appareils d'induction que nous connaissons tous.

Il y a quelques années, je fus témoin d'un fait qui vint modifier complétement mes opinions à l'endroit de la thérapeutique électrique.

Le docteur Remak était venu à Paris, et parcourait les différents hôpitaux avec une machine de son invention, appliquant les courants continus sur les malades atteints d'affections du système nerveux qui lui étaient présentés, et fort souvent obtenant des effets tout à fait inattendus. Il fit plusieurs leçons à la Charité, suivies d'expériences cliniques. Je lui présentai un jour une malade du service de M. Bouillaud, atteinte de paraplégie que nous attribuions alors à une myélite, mais qui était peut-être due à une sclérose incomplète des cordons postérieurs. La maladie datait de dix mois; la femme ne quittait plus le lit et ne put gagner la salle assez éloignée où se tenait M. Remak qu'en se traînant au bras de deux infirmiers, qui la portaient plutôt qu'ils ne la soutenaient.

Après une seconde application, elle monta facilement sur une chaise et regagna la salle, marchant avec une facilité relative, et s'appuyant à peine au bras d'un infirmier. Cette amélioration persista une partie de la journée. La malheureuse se croyait guérie par une espèce de miracle ; mais le lendemain, l'amélioration avait disparu. M. Remak nous dit qu'il regardait cette malade comme incurable, mais qu'il était convaincu que s'il pouvait l'électriser chaque jour, il l'entretiendrait longtemps dans un état qui lui permettrait de prendre un peu d'exercice, et que sa vie serait certainement prolongée.

J'entrevis alors toute la différence que présentaient, au point de vue de leurs applications thérapeutiques, les courants interrompus et les courants continus, et je pensais que peu de sujets d'étude présentaient autant d'attrait et promettaient des résultats aussi encourageants.

Cette opinion a probablement été celle de M. le docteur Onimus. Depuis plusieurs années il se livre à l'étude de l'électricité au point de vue de ses applications à la physiologie et à la thérapeutique, et on peut déjà affirmer qu'il a singulièrement élargi la voie dans laquelle il s'est engagé.

Un travail considérable, traitant des effets des courants électriques sur les tissus vivants et la nutrition, publié de concert par MM. Legros et Onimus, a déjà obtenu un prix de l'Académie des sciences. Ce travail renferme des expériences multipliées, des observations cliniques pleines d'intérêt. C'est surtout sur l'action comparée des courants induits et des courants combinés que l'attention des deux observateurs s'est portée. Ils ont signalé avec soin les effets différents de ces deux sortes de courants, et spécifié les cas dans lesquels tels ou tels courants devaient être préférés.

Dans le travail que M. Onimus nous a lu dernièrement, cet observateur s'est proposé de mettre en relief l'utilité de l'électricité appliquée au diagnostic des paralysies faciales.

On avait observé dans ces paralysies que souvent, dès le cinquième jour de la maladie, les muscles animés par le nerf facial ne se contractaient plus sous l'influence des courants induits, tandis qu'ils se contractaient très-bien et même mieux que les muscles sains sous l'influence des courants continus. Le fait avait été depuis longtemps signalé par Hallé, qui professait à la fin du siècle dernier.

En étudiant comparativement les paralysies du nerf facial, suivant qu'elles étaient isolées ou qu'elles se présentaient chez des hémiplégiques, M. Onimus remarqua que, dans les paralysies localisées, les courants interrompus ne provoquaient point de contractions, tandis que les courants continus se produisaient avec énergie. Dans les paralysies faciales tenant à une lésion cérébrale, chez les hémiplégiques, le contraire a lieu. Les courants induits provoquent d'énergiques contractions; les courants continus sont beaucoup moins actifs et ne produisent de contractions que quand on les applique sur les nerfs.

Ces faits sont confirmés par des expériences instituées chez des animaux. On coupe le nerf facial sur un lapin, et au bout de neuf jours, les muscles sont complétement insensibles aux courants induits, tandis qu'ils répondent parfaitement à l'excitation des courants continus.

De ces diverses expériences, M. Onimus conclut donc que l'absence de contractibilité par les courants induits ne suffit pas pour faire diagnostiquer une perte complète d'irritabilité musculaire. Ils font éprouver, au moyen des courants continus, cette irritabilité. Le pronostic est des plus fâcheux quand les deux espèces de courants restent complétement indifférents.

Il y a donc là un contrôle précieux pour le diagnostic causal de la paralysie, et c'est à ce titre que M. Onimus conseille en pareil cas l'emploi comparé des courants induits et continus.

En vous donnant en quelques mots la substance de ce travail intéressant, œuvre tout à fait personnelle, j'ai voulu seulement vous indiquer la direction des recherches du docteur Onimus, le genre d'études vers lesquelles il est porté. Notre Société ne peut que gagner à compter parmi ses membres un des adeptes les plus fervents de l'école expérimentale, déjà connu par des travaux fort remarqués.

J'ajoute, messieurs, que mes relations personnelles avec le docteur Onimus me permettent de vous le présenter comme un type accompli d'honorabilité professionnelle et de confraternité médicale. C'est pour nous, et à plus d'un titre, une recrue précieuse, et je suis heureux de vous le présenter.

(A suivre.)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1870.

99. Roudaire (Félix). Des éruptions dans le cours du rhumatisme aigu.
100. Fochier (Alphonse). Notes sur la caduque, anatomie normale et pathologique, conséquences et déductions.
101. Marcadé (Léon). Essai sur la mélancolie.
102. Bertrand (Léopold). Étude sur le cancer de la vésicule biliaire.
103. Sirugue (Jules). Critiques sur les accidents de la blennorrhagie.
104. Martin (Gustave). Étude sur les plaies artérielles de la main et de la partie inférieure de l'avant-bras.
105. Jeanne (Stanislas). Des adénites du pli de l'aine.
106. Decoux (Paul). Quelques considérations sur l'agonie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La première épreuve du concours pour trois places de médecins du bureau central est terminée.

D'après les nouvelles modifications, chaque épreuve est suivie d'une élimination du quart des candidats.

Sont admis à la deuxième épreuve, avec les points suivants:
MM. Ball, Rouchard, 19;
M. Hayem, 18;
MM. Aud'houy, Duguet, Douillard, Fernet, Germ. Rose, Gouraud, Rigal, 17;
MM. Damaschino, d'Heilly, Hemey, Martineau, 16;
MM. Beaunetz, Bordier, Legroux, Leven, Meuriot, 15;
MM. Dubrizay, Gingeot, Gougenheim, Lecorche, Legras, 14.

— La Faculté de médecine de Paris vient de recevoir une doctoresse : Mlle Élisabeth Garret a passé sa thèse avec succès.

— Un terrible accidcnt a eu lieu avant-hier à l'École de pharmacie. Un élève du nom de Tronçay chauffait dans un tube de verre un solution d'hyposulfite de soude mélangée à de l'eau forte. De ce mélange se dégageait un gaz, l'acide sulfureux, que son voisin, M. Naud, avait aussitôt reconnu.

M. Troncay, voulant s'assurer, par l'odorat, de la présence de ce gaz, se pencha sur le fourneau. Un dégageant plus fort de l'acide lui lança tout le liquide dans les deux yeux. Malgré la promptitude qu'on a mise à lui injecter de l'eau, la cornée des deux yeux à été brûlée per l'action corosive de cette préparatio.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 26 juin au 2 juillet 1870, donne les chiffres suivants :

Variole, 210.—Scarlatine, 16.—Rougeole, 16.—Fièvre typhoïde, 20. Typhus, ». — Érysipèle, 6. — Bronchite, 31. — Pneumonie, 53. — Diarrhée, 33. — Dysenterie, 3. — Choléra, 5. — Angine couenneuse, 4. — Croup, 8. — Affections puerpérales, 2. — Autres causes, 813.— Total : 1,220.

Celui de Londres donne les chiffres suivants, du 19 au 25 juin 1870 :

Variole, 11.—Scarlatine, 95.— Rougeole, 31.—Fièvre typhoïde, 21. — Typhus, 7. — Érysipèle, 5. — Bronchite, 61. — Pneumonie, 48. — Diarrhée, 86. — Dysenterie, 2. — Choléra, 2. — Angine couenneuse, 4.— Croup, 10. — Affections puerpérales, 8.—Autres causes, 871. — Total : 1,282.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Du rash variolique (variolus rash des anglais), par le docteur HAMEL. Brochure in-8. — Prix : 2 fr.

De l'hygroma du genou, traitement par la ponction suivi d'injection iodée, par le docteur REGNAULT. Brochure in-8 de 60 pages. — Prix : 1 fr. 50.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Quel admirable talent possède M. le professeur Ambroise Tardieu !

En quelques minutes il sait formuler des déclarations tellement nettes, tellement exemptes d'hésitation, qu'elles sont toujours adoptées d'enthousiasme.

Il n'est pas douteux que ce soit lui qui ait rédigé la réponse de l'Académie de médecine à M. le ministre de l'intérieur. Il soufflait le mot à M. Depaul lorsque le directeur de la vaccine, qui, comme tel, occupait la tribune, ne le trouvait pas du premier coup. Il défendait la rédaction, lorsque M. Guérin en attaquait un terme ; et en dehors même de ces indices, il suffit de lire cette note pour être certain que nul autre ne l'aurait rédigée ainsi. Nul ne possède à un égal degré cette manière large d'aborder les questions, de tout résoudre par des affirmations précises : d'autant plus précises qu'elles couvrent et font disparaître les points douteux. Nul autre n'aurait pu conduire M. Depaul à proposer des déclarations, d'où il résulte, en apparence, que la syphilis vaccinale était un leurre.

On sait combien de bruit s'était fait autour des récentes discussions de l'Académie de médecine. Un grand nombre de vaccinateurs de Paris et de la province se sont plaints de voir les vaccinations devenir de moins en moins nombreuses, par suite de la crainte des maladies qui pourraient être inoculées en même temps que la vaccine. Beaucoup déclaraient ne pas croire à la syphilis vaccinale ; et c'est pourquoi l'étude critique des dangers que pourrait offrir l'inoculation du vaccin, et principalement de la syphilis puisée à cette source, figurait en première ligne dans les questions qui furent posées à la *Conférence médicale*.

Eh bien, aujourd'hui, c'est l'Académie elle-même qui semble résoudre par la négative cette question longtemps controversée.

Du moins, la plupart des lecteurs des déclarations académiques vont forcément le comprendre ainsi.

« La revaccination, dit le texte, est absolument exempte de danger. L'Académie repousse formellement tout ce qui a été dit et écrit de contraire. »

Le contexte ne permet pas de voir dans cette phrase une réponse aux doctrines absurdes de ceux qui accusent la vaccination de donner la variole en temps d'épidémie. En effet, cette réponse se trouve un peu plus loin formulée comme il suit : « Elle peut être pratiquée sans inconvénient pendant la durée d'une épidémie. » Et dans l'intervalle, est traitée une question toute différente, celle de savoir si la revaccination peut être utile à tous les âges.

On croira donc que l'Académie a voulu saisir cette occasion de réagir avec énergie contre l'effet qu'avaient produit les discussions qui ont eu lieu dans son sein.

Telle a été probablement la pensée de beaucoup de membres : mais telle n'était certainement pas l'intention de M. Depaul et de plusieurs autres quand ils ont donné leur adhésion à la rédaction proposée.

Je sais bien qu'il s'agit de parler au public, non aux médecins ; ce qu'on veut faire, c'est une circulaire administrative et non pas une déclaration de principes. Peu importe d'être mal compris par des profanes qui, dans tous les cas, seraient peu capables de comprendre.

Il ne faut donc pas s'étonner du peu de précision qu'on trouve au fond des choses, alors même que les termes semblent le plus précis.

Par exemple, la phrase suivante aurait besoin d'autres développements, si elle s'adressait aux médecins :

« Les dernières statistiques, notamment celles qui ont été recueillies dans les hôpitaux civils de Paris prouvent, de la manière la plus formelle, que les personnes récemment revaccinées, atteintes en très-petit nombre, l'ont été très-légèrement, et ne figurent pas dans les chiffres de la mortalité. »

Si le rédacteur de cette phrase a voulu parler des malades atteints de variole assez longtemps après une revaccination pour qu'on ne puisse pas supposer qu'ils en avaient antérieurement le germe, il a parfaitement raison. Tout au plus peut-on lui reprocher de n'être pas assez explicite, puisque, dans une statistique comprenant presque tout l'ensemble des services hospitaliers de Paris, nous n'avions trouvé qu'un seul cas de cette nature : une varioloïde légère observée par M. Descroizille.

Si au contraire « les personnes récemment revaccinées » comprennent celles qui ont été vaccinées dans l'incubation de la variole, et chez lesquelles celle-ci s'est montrée six jours, huit jours, dix jours, onze jours plus tard, le nombre en est encore restreint, comme on peut le voir d'après les comptes rendus de la Conférence médicale, mais la proportion des décès est assez forte.

C'était là ce qui eût permis de juger si la vaccine influence la variole quand elles sont en coïncidence.

C'était là ce qu'un médecin eût désiré savoir, car cette question, d'une très-grande importance pratique, est encore controversée. Mais pour le public, on a pensé qu'il vaut mieux parler comme un oracle, dont la réponse est toujours exacte pour qui la comprend comme il faut.

Le seul danger, c'est que le public, par mauvaise interprétation, en soit conduit à ne plus croire aux déclarations académiques, prenant des faits faciles à expliquer, mais qu'on a passés sous silence, pour des démentis éclatants.

Dr VICTOR REVILLOUT.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PETER.

Les points de côté (1).

CINQUIÈME ET DERNIÈRE LEÇON

POINTS DE CÔTÉ DE LA PHTHISIE PULMONAIRE ET RÉSUMÉ GÉNÉRAL.

(Leçon recueillie par M. J. FINOT, élève du service.)

Mais il n'y a pas, chez les tuberculeux, que des points de côté supérieurs ; il y a aussi et très-fréquemment des points de côté *latéraux*, des points de côté *pleurétiques*, fugitifs ou persistants, modérément douloureux ou intolérables, et dont la durée ou l'intensité sont en rapport avec la lésion nouvelle dont ils sont le symptôme.

Nous avons précisément, au n° 14 de notre salle Saint-Charles, une malade qui souffre de douleurs des sommets depuis quatre ou cinq mois, et qui se plaint, en outre, d'une douleur au côté droit, laquelle a débuté il y a un mois seulement.

Que si vous cherchez à quelles causes doivent être rapportées ces deux sortes de douleurs, vous trouvez aux sommets des douleurs limitées aux trois premiers espaces intercostaux et à quatre apophyses épineuses (la dernière cervicale et les trois premières dorsales) ; puis vous retrouvez de la douleur à la pression en descendant à partir de la septième apophyse épineuse dorsale, en même temps qu'un point de côté sous le sein droit, caractéristique d'une pleurésie que révèle d'ailleurs une matité à courbe parabolique. Cette malade a donc une double lésion : de la tuberculisation aux sommets et une pleurésie droite, épiphénomène symptomatique.

Vous observerez fréquemment encore ces points de côté latéraux des phthisiques qui consistent en des douleurs vagues, qu'augmentent la pression ou les inspirations énergiques, qui durent un certain temps, en certains points, pour apparaître plus tard en d'autres. Ces douleurs sont dues à la propagation du travail morbide à la plèvre ; elles indiquent l'existence d'une pleurésie circonscrite et sèche, et se terminant par de fausses membranes adhésives. Ces douleurs marquent les étapes successives du mal dans sa marche envahissante, et chacune d'elles a correspondu à chacune des nombreuses adhérences que vous constatez si fréquemment aux autopsies.

Les douleurs des sommets, après avoir été très-modérées d'abord et s'être même apaisées, peuvent acquérir graduellement un assez haut degré d'intensité ; c'est ce que vous avez pu observer assez fréquemment chez les phthisiques de nos salles. Les malades s'en plaignent avec amertume, surtout lorsque vous percutez ou que vous auscultez la région. Ces douleurs correspondent à de vastes cavernes et indiquent l'activité comme l'intensité du travail d'ulcération, qui tend à dépasser la plèvre pariétale et à envahir même les muscles intercostaux.

(1) Suite. — Voir le numéro du 5 juillet 1870.

Eh bien ! supposez un degré de plus dans l'intensité de ce travail d'érosion, et non-seulement la barrière pleurale sera franchie, mais les muscles intercostaux seront détruits sur une étendue ordinairement assez restreinte, et après les muscles intercostaux, les pectoraux pourront être ulcérés, de sorte qu'il en résultera l'ouverture de la caverne sous la peau. Alors, l'air s'infiltrant rapidement dans le tissu cellulaire sous-cutané, il se produira un *emphysème sous-cutané général*, fait rare, et dont il m'a été donné de voir un seul exemple en 1856, alors que j'étais interne de M. Cruveilhier.

C'était chez une jeune fille de 24 ans devenue tuberculeuse depuis deux ans à la suite de couches clandestines.

Le 23 janvier, à la visite du matin, nous trouvons cette jeune malade la figure monstrueusement gonflée, ainsi que les régions cervicale et claviculaires.

M. Cruveilhier diagnostique aussitôt un emphysème par infiltration gazeuse provenant de la rupture d'une caverne sous la peau. C'est dans la nuit du 21 au 22, dans un violent effort de toux, que paraît avoir débuté cet emphysème, dont le point de départ est la région sous-claviculaire gauche. La malade a senti alors une assez vive douleur en ce point. C'est dans la nuit du 22 au 23, à la suite d'efforts de toux répétés, que l'infiltration gazeuse a rapidement pris les proportions que nous lui constatons et qui est telle que les membres inférieurs seuls, ne sont point emphysémateux. On donne à la malade, qui est terrifiée, une potion fortement calmante, et je pratique des mouchetures qui donnent issue à des gaz. Du 24 au 25 janvier, l'emphysème se généralise et le corps prend un aspect éléphantiaque, surtout au niveau des mamelles ; la voix est rauque, la déglutition difficile. L'auscultation, pratiquée au niveau des tumeurs sous-claviculaires, y fait entendre le murmure vésiculaire le plus physiologique. Le 26, on perçoit un souffle tubaire dans la tumeur sous-claviculaire gauche : les troubles fonctionnels augmentent, et, sur l'invitation de M. Cruveilhier, je pratique, un peu au-dessus de la mamelle gauche, une large incision par laquelle des gaz s'échappent en abondance, ce qui soulage notablement la malade. Le lendemain, nous trouvons les poches sus-mammaires en partie vidées. La malade respire et *crache* par la plaie que je lui ai faite. L'état général est bon et l'espoir revenu. Cependant, quatre jours plus tard, le 31, la mamelle gauche est le siége d'un vaste *phlegmon*, déterminé évidemment par le passage et le séjour des nombreux crachats purulents sécrétés par la caverne et expectorés par la plaie. La fièvre est intense, les dents sont fuligineuses, la langue est sèche et la déglutition difficile. Toux muette, ne donnant lieu à aucune expectoration par la bouche, toute l'expectoration s'effectuant par la plaie. Le 2 février, la voix est éteinte et l'épuisement extrême. Le 3, la malade succombe, douze jours après l'apparition de l'emphysème.

A l'autopsie, on constate que l'ouverture fistuleuse conduit dans un vaste foyer purulent situé entre le grand pectoral et les côtes ; une autre couche de pus existe entre le muscle (lui-même infiltré) et la peau.

Les troisième, quatrième et cinquième côtes ont perdu leur périoste. Dans les intervalles costaux correspondants, existent deux larges ouvertures qui font communiquer la cavité thoracique avec sa surface extérieure.

Le poumon gauche, induré et ratatiné, adhérait intimement aux parois thoraciques. Ses trois quarts supérieurs étaient creusés de grandes cavernes qui communiquaient largement entre elles, et toutes ces cavités s'ouvraient ou directement ou indirectement dans une grande caverne intermédiaire à la paroi thoracique et au poumon. C'était cette caverne qui communiquait au dehors par les deux ouvertures indiquées.

Les muscles intercostaux internes et externes étaient complétement détruits entre la troisième et la quatrième, et entre la quatrième et la cinquième côte, au niveau des ouvertures fistuleuses.

Une membrane fibreuse blanche, très-résistante, constituait seule la paroi antérieure de la caverne ; c'était la plèvre doublée de fausses membranes organisées.

En examinant le cinquième intervalle costal, on pouvait se rendre compte du mécanisme de la perforation. En effet, il existait là une petite poche en forme de cul-de-sac dont le fond était formé par le muscle intercostal externe aminci, le muscle intercostal interne ayant été détruit par le travail perforateur (1).

Un tel accident est chose assez rare, puisque l'homme de France qui a vu le plus de choses en anatomie pathologique,

(1) Cette observation a été publiée *in extenso* dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1856, t. III, page 179.

M. Cruveilhier, ne cite que le cas dont je viens de vous parler, et que nous avons observé ensemble. Mais, ce qui est un peu plus fréquent, c'est l'érosion du périoste ou du périchondre, et une *nécrose* ultérieure d'une ou de plusieurs côtes, d'un ou de plusieurs cartilages; ou bien encore, si la perforation des muscles intercostaux s'effectue assez lentement pour que des adhérences s'établissent et isolent la fistule pulmonaire de l'atmosphère celluleuse ambiante, la formation d'un kyste sous-cutané, espèce de caverne superficielle, diverticule de la caverne pulmonaire, contenant comme celle-ci des gaz et du pus, se distendant fortement par la toux, et dont le volume varie dans l'inspiration et l'expiration. Que l'inflammation gagne la peau, que celle-ci s'érode enfin, et la caverne pulmonaire communiquera avec l'extérieur; il y aura fistule broncho-cutanée.

Si rares que puissent être ces accidents, il faut que vous en sachiez la possibilité, que vous en connaissiez la pathogénie, et qu'ainsi vous appreniez à ne pas considérer à la légère ces douleurs des sommets chez les phthisiques, alors qu'elles acquièrent un degré d'intensité insolite. Tenez-vous donc pour avertis en pareil cas, et prévenez qui de droit de la gravité d'un accident possible et émouvant.

Je ne mentionne ici que pour mémoire le point de côté atrocement douloureux qui signale le début de l'*hydropneumothorax;* point de côté tellement caractéristique par sa brusque apparition et sa subite intensité, que, dès qu'on l'observe chez un tuberculeux, on doit rechercher les signes physiques dénotant la présence de gaz et de liquides dans la cavité de la plèvre.

Enfin, vous aurez l'occasion de voir des tuberculeux chez lesquels une douleur aiguë se fera sentir à la région précordiale, vers l'épigastre et les insertions antérieures gauches du diaphragme, avec irradiations à l'épaule gauche; douleur accompagnée d'une augmentation de la dyspnée due à la phthisie. Auscultez alors avec soin la région du cœur, et vous y constaterez les bruits de frottement d'une *péricardite par propagation*, l'inflammation s'étant étendue de la plèvre gauche tuberculeuse au péricarde. Il n'y a point là qu'une stérile satisfaction de clinicien, vous tirerez de cette investigation des indications pronostiques importantes, la situation du malade étant notablement aggravée par cette complication, qui ne produit pas seulement une fièvre nouvelle ou une exacerbation de celle qui existait déjà, mais qui trouble les fonctions du cœur et augmente la dyspnée par l'entrave douloureuse qu'elle apporte aux mouvements du diaphragme. En pareil cas, si la marche de la péricardite est aiguë, et votre thérapeutique impuissante à l'enrayer, la mort peut être prochaine. Tel était le fait d'un malade que j'ai fait voir en consultation en 1866 à Trousseau: il s'agissait d'un cas de phthisie chronique, à marche fébrile continue; la maladie, chronique par son évolution et aiguë par sa fièvre qui durait depuis plus de cinq mois, fut subitement aggravée par l'apparition des phénomènes dont je viens de vous parler, et le malade, quoi qu'on fît, succomba huit jours après le début de sa péricardite. Ordinairement, il est vrai, la péricardite prend le type chronique, et est alors moins immédiatement redoutable.

Et si longue que soit cette énumération des points de côté possibles chez les tuberculeux, elle est loin d'être complète; il est d'autres douleurs, indépendantes de la tuberculisation, ou qui lui sont plus ou moins directement liées, que vous pourrez rencontrer chez les « poitrinaires. »

Ainsi, vous observez simultanément, chez la jeune malade du n° 19, deux espèces de points de côté, de siége et d'origine bien différents: elle a des douleurs aux deux sommets, surtout manifestes à la pression, et des douleurs sous le sein gauche.

La pression des fosses sus-épineuses lui cause une assez vive souffrance, et dans une plus grande étendue à droite qu'à gauche. Le premier espace intercostal de chaque côté est douloureux spontanément et à la pression; il en est de même des seconds espaces, où la douleur limitée à gauche, à la partie la plus voisine du sternum, s'étend à droite dans la partie antérieure de l'espace. La sensibilité cutanée est manifestement exagérée dans les téguments qui correspondent aux points douloureux, ce qui est le propre de la névralgie, et ce qui nous éclaire sur la nature de la douleur dont il s'agit ici. Enfin la pression de la dernière apophyse cervicale et des deux premières dorsales (lesquelles appartiennent aux deux espaces endommagés), est également douloureuse.

Mais, indépendamment de ces douleurs du haut de la poitrine, la malade se plaint de souffrir d'un point de côté *à gauche*, plus fort en certains jours, mais ne disparaissant jamais complétement, exagéré par la toux et rendant parfois la respiration difficile. Ce point de côté occupe le cinquième et le sixième espace. Les apophyses épineuses correspondantes sont douloureuses.

Or voici ce que révèle chez cette jeune malade l'investigation de la poitrine: à la percussion et en avant, le son, obscur des deux côtés, est un peu plus sourd sous la clavicule droite que sous la gauche; dans les fosses sus-épineuses matité légère, plus prononcée à droite. A l'auscultation, respiration rude sous les deux clavicules, surtout à droite, avec expiration prolongée. Quelques craquements en ces points. Dans les fosses sus-épineuses mêmes résultats, plus prononcés à droite. Dans le reste des poumons, respiration normale (1).

Et cette malade, chez laquelle les signes physiques de la tuberculisation pulmonaire sont si peu étendus encore et si peu prononcés, tousse beaucoup, surtout la nuit et le matin, a un peu de fièvre chaque soir et des sueurs nocturnes.

Il n'est donc que trop évident qu'elle est tuberculeuse, et que même elle commence à devenir phthisique. Il est tout aussi évident que ces points de côté d'en haut de la poitrine sont symptomatiques de la présence des tubercules aux sommets des poumons. Mais de quoi la douleur de la partie latérale gauche du thorax est-elle donc le symptôme? Il n'y a là aucune lésion pulmonaire ou pleurale qui l'explique; c'est qu'en effet la douleur en question n'est pas une névralgie de cause locale, mais de cause générale. Ce qui l'a engendrée, c'est l'*anémie*. Et ce qui a engendré cette anémie, c'est tout à la fois la dyspepsie tuberculeuse et l'hygiène insuffisante.

Depuis trois mois, la perte de l'appétit est devenue telle, que la malade « mange par raison »; il y a du gonflement épigastrique et de la céphalalgie à la suite du repos et pendant la durée de la digestion stomacale; parfois, il y a sensation de brûlure à l'épigastre et pyrosis. Tous les aliments sans distinction sont difficilement digérés. Ajoutez à cela qu'elle est lingère, qu'elle garde pendant de longues heures la position assise, et qu'ainsi elle ne trouve pas dans la mise en action de ses muscles un puissant auxiliaire pour son estomac paresseux. D'ailleurs, la modicité de ses gains ne lui permet l'achat que d'aliments grossiers ou malsains, aussi incapables de solliciter son appétit que d'activer sa digestion. Que de causes physiques réunies — sans parler des causes morales — suffisantes pour engendrer l'anémie, voire même la tuberculose! Et c'est ce qui est arrivé chez cette femme, qui présente ainsi des douleurs thoraciques de deux ordres: aux sommets de la poitrine, des points de côté de névrite, d'origine tuberculeuse; à la partie latérale gauche, un point de côté de névralgie, d'origine chloro-anémique.

(A suivre.)

(1) Cette observation a été recueillie avec un grand soin par M. H. Petit, élève du service.

DE L'EMPLOI DE L'ÉLECTRICITÉ

COMME MOYEN DE DIAGNOSTIC DANS LES PARALYSIES DU NERF FACIAL (1)

Par le docteur ONIMUS

(Lu à la Société de médecine de Paris le 21 janvier 1870).

Les recherches expérimentales viennent d'ailleurs confirmer ces faits cliniques. Chez les animaux, les lésions centrales ne modifient jamais dans ce sens l'irritabilité électro-musculaire, tandis que les lésions périphériques amènent ces différences d'action des courants électriques.

Sur des lapins, nous avons coupé le nerf facial, et au bout de neuf jours nous n'avons pu obtenir de contractions avec des courants induits sur les muscles de la face. Même en employant la méthode graphique, qui révèle les contractions les plus faibles et non apparentes à l'œil, nous n'avons pu trouver les moindres signes de contractions. Les courants continus, au contraire, dans ce cas amènent des contractions très-nettes.

Nous avons, de plus, examiné si dans ces cas de paralysie tous les courants induits agissaient de la même façon. Nous avons d'abord employé les courants des appareils médicaux ordinaires. Avec aucun d'eux nous n'avons obtenu de contractions des muscles paralysés, ni l'extra-courant, ni les courants de la seconde hélice, ces courants étant fournis par des appareils volta-électriques et magneto-électriques, n'ont pas déterminé de contractions. En ne faisant qu'une ou deux interruptions par minute, il est également impossible de faire contracter ces muscles.

Nous avons de plus cherché à employer des courants induits, dont les propriétés se rapprochent le plus des courants de la pile. Ceux-ci donnent une grande quantité d'électricité et peu de tension, tandis que la plupart des courants induits ont une grande tension et fort peu de quantité. Les seuls courants induits, qui donnent une quantité d'électricité un peu plus grande, sont ceux de l'appareil Clarke, et surtout ceux de l'appareil de Ladd.

Pour l'appareil de Clarke, il faut choisir le courant donné par le gros fil, car plus le fils est gros et court, plus la quantité d'électricité est grande. Néanmoins, l'application de ce courant n'a déterminé aucune contraction des muscles paralysés, tandis qu'il en produisait de très-fortes sur les muscles homologues sains.

L'appareil de Ladd, inventé récemment, est remarquable par la quantité d'électricité qu'il donne; cette quantité est égale à celle de 10 éléments de Bunsen; elle rougit facilement un fil de platine, et les interruptions sont tellement rapides, que la lumière produite conserve une intensité constante. M. Ruhmhaff a eu l'obligeance de mettre cet appareil à notre disposition. Sur les muscles des membres comme sur les muscles sains de la face, nous avons obtenu avec ces courants des contractions très-énergiques; mais sur les muscles paralysés, malgré un courant très-fort, il nous a également été impossible d'obtenir la plus légère contraction.

D'un autre côté, les courants induits diffèrent encore de la pile par la rapidité de leur production et de leur passage dans les corps conducteurs, nous avons donc dû rechercher également si cette cause pouvait produire cette différence d'action des courants électriques. Dans les appareils volta-électriques, le courant induit est produit avec une rapidité extrême. Non-seulement les interruptions sont très-nombreuses (en général de 20 à 30 par seconde), mais la manifestation du courant ne dure que pendant une fraction de chaque interruption. On peut supposer que les muscles paralysés ont besoin, pour être excités, d'un courant électrique agissant pendant un temps plus long que celui nécessité par des muscles sains. On comprendrait ainsi que des courants induits, qui n'ont qu'une durée très-courte, n'avaient aucune influence sur des muscles altérés, tandis que les courants de la pile qui agissent pendant un temps plus long, arriveraient à produire une excitation.

Cette théorie est encore insuffisante, car, avec les appareils magnéto électriques on peut obtenir des courants induits ayant une durée assez longue. Il suffit pour cela de tourner lentement le fer doux devant l'aimant, car le courant a lieu ainsi pendant tout le temps que le fer doux est voisin de l'aimant. On peut, par ce moyen, ne faire que deux à trois interruptions par seconde. Eh bien, même dans ces conditions, on ne détermine aucune contraction des membres paralysés; tandis que, avec les courants continus, on obtient des contractions en faisant plus de 60 interruptions par seconde.

Nous avons alors cherché, au moyen des modifications à apporter dans les appareils à courants continus, l'influence de la quantité d'électricité et de la durée de chaque courant.

On sait que la quantité varie avec la surface du métal attaqué. On peut donc obtenir une quantité plus ou moins grande en faisant plonger les matières plus ou moins dans les liquides excitateurs. Avec de petits éléments au bisulfate de mercure, nous avons ainsi pu observer qu'en employant 28 éléments et en ne laissant plonger qu'une très-petite partie des zincs, nous déterminions des contractions moins fortes sur les muscles paralysés que lorsque nous nous servions d'un courant de 14 éléments, les zincs étant complétement immergés. La quantité d'électricité influe donc dans ces cas, et elle agit plus efficacement que la tension.

Pour étudier l'influence de la durée du courant, nous avons fait construire une roue dentée dans le genre de celle de Masson. La circonférence de la roue est divisée en 290 parties égales dont la moitié est recouverte d'une petite plaque de cuivre excessivement effilée mettant les pôles en communication. Il y a donc 145 interruptions à chaque tour de roue, et nous pouvons produire 15 tours de roue et même plus par seconde au moyen d'une poulie de renvoi.

Cette roue nous sert à interrompre un courant donné par des piles Remak ou par des piles au proto-sulfate de mercure. En tournant lentement la roue et en employant un courant de 14 éléments on détermine des contractions très-fortes dans les muscles paralysés, et on obtient en même temps une légère douleur. Si les interruptions sont plus fréquentes, les contractions deviennent moins prononcées. Nous n'avons pu déterminer le chiffre exact d'interruptions nécessaires pour que les contractions n'aient plus lieu; à 80 interruptions par seconde, on ne détermine plus de contractions, mais elles ont encore lieu avec 60 interruptions par seconde. C'est entre 60 et 80 interruptions par seconde que les muscles cessent d'être excités par les courants de la pile. Sur les muscles sains, le même nombre d'interruptions et même des interruptions bien plus fréquentes maintiennent les muscles en contractions tétaniques.

Si je me suis étendu plus longuement sur ces derniers faits, c'est que, mieux que tous les autres, ils peuvent montrer les différences d'action des courants électriques tels que les donnent les appareils médicaux. Mais mon principal but étant de vous indiquer comment les différences d'action des courants induits et des courants de la pile peuvent servir au diagnostic et au pronostic de certaines affections, je terminerai cette communication en vous signalant que les mêmes phénomènes s'observent dans tous les cas de paralysie traumatique, dans certaines paralysies rhumatismales, dans des cas de paralysie du voile du palais, à la suite de diphtérie dans des cas de paralysie saturnine et d'atrophie graisseuse progressive.

L'absence complète de contractilité par les courants induits et par les courants de la pile est toujours d'un symptôme fâcheux; mais comme j'espère vous l'avoir démontré, l'absence de contractilité par les courants induits ne suffit pas à elle seule pour diagnostiquer une atrophie musculaire ou une perte complète d'irritabilité musculaire. Lorsque la contractilité est abolie par les courants induits, mais non par les courants de la pile, il est toujours permis de faire un pronostic moins défavorable et dans tous les cas d'affirmer que les muscles ne sont point complétement altérés.

L'exemple suivant, dont nous n'indiquerons que les faits principaux, est une preuve de ce que nous avançons:

A la suite d'une luxation de l'épaule, complétement réduite quelques heures après, un malade fut atteint d'une paralysie de tous les muscles du bras. Les courants induits, de même que les courants continus, ne donnèrent que de légères contractions des muscles du bras et des fléchisseurs des doigts. Sur les extenseurs des doigts, ni les courants induits, ni les courants continus ne déterminèrent la moindre contraction. M. Trélat nous pria d'employer, pour ce malade de son service, les courants continus, et aujourd'hui, après dix ou douze séances, nous n'obtenions encore aucune contraction des extenseurs avec les courants induits les plus forts, tandis que les courants continus y déterminaient des contractions faibles, il est vrai, mais visibles. La volonté n'a encore aucune influence sur ces muscles.

Nous avons, au moyen du harpon de M. Duchêne, pu extraire un petit fragment de ces muscles et les examiner au microscope. Plusieurs fibres avaient subi en entier l'altération granulo-graisseuse, tandis que d'autres avaient encore conservé leurs stries, bien qu'elles fussent moins nettes qu'à l'état normal. Il est probable que ces dernières fibres reviendront complétement à leur structure normale; mais ce pronostic que nous permet d'établir l'examen microscopique, nous pouvions également l'admettre en voyant la contractilité reparaître par les courants continus, et il nous semble même que ce symptôme est plus important et plus décisif que l'examen microscopique.

Lorsque les courants induits déterminent également des contractions de ces muscles, le pronostic sera encore plus favorable et la guérison prochaine.

Nous croyons donc pouvoir conseiller l'emploi des différents modes d'électrisation pour éclairer le diagnostic et le pronostic de certaines affections nerveuses, et l'attention des médecins étant attirée sur ce point, nous espérons que les faits arriveront en plus grand nombre pour établir des lois générales et rigoureuses.

(1) Fin. — Voir le numéro du 30 juin 1870.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 5 juillet 1870. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre des lettres, sciences et beaux-arts, adresse ampliation d'un décret, en date du 2 juillet, par lequel est approuvée l'élection de M. Payen, nommé membre associé libre, en remplacement de M. le docteur Cerise, décédé.

Sur l'invitation de M. le président, M. Payen prend place parmi ses collègues.

M. le ministre de l'agriculture transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Chatelain, sur les épidémies de l'arrondissement de Lunéville en 1869 ;

2° Un rapport de M. le docteur Bocamy, sur une épidémie de variole qui a régné à Perpignan en 1870 ;

3° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1869 dans les départements des Hautes-Alpes, de la Corse, des Côtes-du-Nord, de la Loire, des Landes, de la Seine-Inférieure et de l'Ille-et-Vilaine. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

1° Une note de M. le docteur Mignot (de Chantel), sur les inconvénients du vinage. (Commission du vinage.)

2° La relation d'une affection contagieuse ayant présenté certains rapports avec le cow-pox dans la Haute-Vienne, par M. le docteur Lemaistre. (Commission de vaccine.)

3° Une note complémentaire sur les fièvres éruptives qui ont régné dans la garnison de Bordeaux (de novembre 1869 à mai 1870), par M. le docteur La Rivière, médecin principal. (Commission des épidémies.)

4° La relation d'une épidémie de rougeole, observée en 1869, dans l'arrondissement d'Aubusson, par M. le docteur Victor Le Guay. (Commission des épidémies.)

5° Une lettre de M. le docteur Rezard (de Wouves), sur le cow-pox.

6° Un rapport de M. le docteur Marturé, sur le service de l'hôpital militaire thermal de Baréges pendant l'année 1869. (Commission des eaux minérales.)

M. BÉCLARD présente, de la part de M. Eugène Dupuy, élève en médecine, un dilatateur uréthral qu'il a fait construire par M. Mathieu. Cet instrument agit surtout par l'élasticité de ces bran-



ches dont l'écartement se gradue au moyen de la vis extérieure. Son introduction est facile en raison du petit volume surtout de son extrémité.

Cet appareil simple dans son mécanisme a déjà été expérimenté, et a donné d'excellents résultats.

M. LARREY dépose sur le bureau un mémoire manuscrit de M. le docteur Hector Bertrand, médecin-major, sur les infirmités et les endémies qui motivent en France l'exemption du service militaire. (Commission des épidémies.)

M. GUÉRARD présente, à l'appui d'une réclamation de priorité, de la part de M. le docteur Vanden Corput (de Bruxelles), une note sur un nouveau troquart (troquart universel) destiné à pratiquer en même temps l'exploration, l'évacuation et l'injection des cavités naturelles et accidentelles. Cette note a été lue à l'Académie royale de Belgique dans la séance du 26 juillet 1856. Cette note est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Denonvilliers, Jules Guérin et Broca.

M. BOULEY présente, de la part de M. le docteur Calver, une note sur l'emploi de l'acide phénique en Angleterre, et notamment pour combattre la propagation des maladies contagieuses.

Cette note est accompagnée de l'envol d'un échantillon remarquable d'acide phénique cristallisé.

M. JULES GUÉRIN présente, de la part du docteur Vacher, la relation d'une épizootie qui sévit actuellement dans la vallée du Mont d'Or, et qui aurait à la fois un caractère contagieux et infectieux.

Cette note est renvoyée à l'examen de MM. Bouley et Raynal.

Lettre de M. le Ministre de l'intérieur.

M. BÉCLARD donne lecture de la lettre suivante, adressée par M. le ministre de l'intérieur :

« Monsieur le président,

« La persistance de l'épidémie de variole ne permet pas à l'administration de cesser d'agir par tous les moyens dont elle dispose, à la fois pour secourir les malades à qui elle doit l'assistance, et pour parvenir autant que cela est possible à arrêter les progrès du mal.

« J'ai été informé que l'un des moyens que l'Académie recommande comme le plus efficace, les revaccinations, accepté d'abord avec un grand empressement par la population, est depuis quelques semaines moins suivi et presque abandonné. Dans ces conditions, je vous prie de vouloir bien saisir d'urgence l'Académie de la question, et lui demander si elle ne croirait pas utile de réveiller la vigilance des autorités locales et la sollicitude des familles, et de rédiger un avis destiné à faire mieux comprendre l'utilité des revaccinations. Je serai, ainsi armé de l'autorité du corps médical, mieux en mesure de faire face aux exigences de la situation, de stimuler le zèle de tous et de réaliser autant qu'il sera en moi les vues de protection et d'assistance, qui sont la constante préoccupation du gouvernement de l'Empereur.

« Je vous serai reconnaissant de me faire parvenir l'avis de l'Académie dans le plus bref délai.

« *Signé :* CHEVANDIER DE VALDROME. »

M. LE PRÉSIDENT. L'Académie voit qu'il ne s'agit pas ici de théorie et de doctrine. Le ministre nous pose une question pour la solution de laquelle toute l'Académie est d'accord. Il n'y a donc pas lieu à discussion. En conséquence, le bureau a pensé qu'il n'y avait rien à mettre en délibération; mais qu'il fallait simplement faire une réponse aussi précise que l'était la question du ministre. Pour cela, on soumettrait toute l'affaire à la commission de vaccine, qui aurait à présenter dans les huit jours un projet répondant aux vues du ministre.

M. CHAUFFART. Appuyé !

M. PYORRY. Je proteste vivement contre cette solution. On ne peut pas scinder ici la revaccination et le traitement de la variole. Ce serait la plus grande des fautes. Il est urgent, au contraire, de mettre en discussion la question toute entière, et d'apporter dans ce débat toute la loyauté et toutes les lumières possibles. Agir autrement serait indigne de l'Académie.

M. CHAUFFART. Aux voix !

M. PYORRY. Je m'étonne qu'un des membres les plus jeunes de cette assemblée vienne me couper la parole.

M. TARDIEU. Je ferai remarquer à l'Académie que ceci est un cas d'urgence. Il s'agit d'éclairer au plus tôt les populations sur les moyens à opposer à une terrible épidémie. Il s'agit d'affirmer la nécessité de la vaccination, et pour cela il ne faut ni long temps ni longue discussion. Il me semble qu'on pourrait faire le projet d'une réponse au ministre en une demi-heure tout au plus.

M. FAUVEL. Quelques lignes d'avis pour la population suffisent. Mais il faut qu'elles soient promptement écrites.

M. LE PRÉSIDENT. La proposition de M. Tardieu me semble tout à fait dans l'esprit de la demande qui nous est faite.

M. PYORRY. Il ne s'agit pas de la demande qu'on nous fait, mais de ce qu'il convient de faire.

M. LE PRÉSIDENT. On pourrait peut-être réunir jeudi une séance extraordinaire. Cela donnerait plus de temps aux membres de la commission.

M. BÉHIER. 4 lignes suffisent, et 4 lignes sont bientôt faites.

M. BOURCHARDAT. Laissez réfléchir la commission; donnez-lui du temps.

M. DEPAUL. Ce n'est pas à moi qu'il appartient de rédiger cette réponse ; mais il faut que je consulte la commission de vaccine tout entière. Du reste, si l'affaire est si urgente que l'Académie se charge de tout faire par elle-même... (Oui ! oui !)

M. BOULEY. C'est cela. Qu'on charge M. Tardieu et un ou deux membres de rédiger cette note sur l'heure, ce sera bientôt fait.

M. LE PRÉSIDENT. Je désigne donc MM. Béhier, Depaul, Tardieu et Fauvel. Qu'ils se réunissent et nous rapportent le plus tôt possible leur projet de rédaction.

LECTURES

M. LE Dr LIEGEY (de Rambervillers), pendant que la commission délibère dans la bibliothèque, donne lecture d'un travail intitulé : *Un mot sur la double utilité de la médication quinique dans certains cas de variole.* L'auteur résume son travail en ces termes :

« De nos jours, dans des contrées différentes même non marémmateuses, la variole, généralement hyposthénique, peut être souvent une fièvre pernicieuse, une maladie à quinquina, comme les autres fièvres exanthémaliques, comme aussi la grippe et d'autres maladies qui, depuis 1849, se rattachent à la même chaîne morbide. »

M. ARMAND MOREAU rapporte les expériences qu'il a faites avec le sulfate de magnésie sur l'intestin.

Il montre qu'une solution au 1/5, placée dans l'aire intestinal d'un chien, détermine l'afflux de liquides, et précise les conditions dans lesquelles il opère. Ces résultats, conformes aux idées généralement reçues, ont un intérêt d'actualité emprunté à la publicité de deux travaux allemands : l'un, du docteur Thiry ; l'autre, récemment paru dans les *Archives* de Dubois, Reymond et Reichert, avril 1870, et dont l'auteur, le docteur Radzagewski, admet les idées théoriques du docteur Thiry, et croit pouvoir établir expérimentalement que les purgatifs n'agissent pas en augmentant la quantité des liquides qui sont dans l'intestin, mais en accélérant les mouvements péristaltiques et en s'opposant ainsi à la résorption des parties liquides des matières contenues dans l'intestin.

Les conclusions du docteur Moreau sont tout à fait contraires à celles des auteurs cités.

Note sur les revaccinations.

La commission chargée de répondre à M. le ministre rentre en séance, et M. Depaul donne lecture d'une note ainsi conçue :

« L'Académie impériale de médecine croit utile de rendre publiques les déclarations suivantes, qu'elle recommande à l'attention du Gouvernement et des populations :

« La vaccine est le préservatif de la variole,

« Toutefois, après un certain temps, la revaccination est indispensable pour assurer l'immunité complète contre la contagion.

« La revaccination est absolument exempte de danger. L'Académie repousse formellement tout ce qui a été dit et imprimé de contraire.

« La revaccination peut être utile à tous les âges.

« Elle peut être pratiquée sans inconvénient pendant la durée d'une épidémie. Bien plus, il est de fait que, dans les petites localités, dans l'intérieur des familles, dans les pensionnats ou dans certaines agglomérations dd'individus, elle a suffi pour arrêter sur place une épidémie commençante.

« L'épidémie actuelle de variole qui règne à Paris et sur quelques autres points du territoire a fourni les preuves les plus convaincantes de la puissance préservatrice des revaccinations.

« Dans divers corps de l'armée et notamment dans la garde de Paris, dans plusieurs établissements publics ou privés, et en particulier dans quelques-unes des écoles municipales, la variole s'est éteinte sous l'influence des revaccinations. Enfin, les dernières statistiques, notamment celle qui a été recueillie dans les hôpitaux civils de Paris, prouvent de la manière la plus formelle que les personnes récemment revaccinées, atteintes en très-petit nombre, l'ont été très-légèrement et ne figurent pas dans les chiffres de la mortalité.

« Il importe donc au plus haut degré, dans un intérêt à la fois individuel et public, de continuer et d'étendre par tous les moyens possibles la pratique des revaccinations.

« Outre les mesures déjà prescrites et mises à exécution dans les mairies, dans les bureaux de bienfaisance, dans les hôpitaux et à l'Académie, il serait bon que, d'accord avec les patrons, les entrepreneurs, les maîtres de garnis, etc., des médecins délégués à cet effet fussent autorisés à se rendre dans les ateliers, dans les chambrées, etc., et à opérer sur place les vaccinations nécessaires. »

M. JULES GUÉRIN. Je ne critiquerai qu'un seul mot : au lieu de *éteindre* une épidémie, il faudrait mieux dire *arrêter*.

M. AMBROISE TARDIEU. Ce mot *arrêter* se trouve déjà un peu plus haut.

M. JULES GUÉRIN. Je crois très-désirable de noter que tout ceci a été accepté à l'unanimité.

M. LE PRÉSIDENT. Pas avant de voter, dans tous les cas. Je consulte donc l'Académie.

La proposition est adoptée.

M. TARDIEU. Ainsi, il est bien entendu qu'il y a unanimité. Il faudra le constater dans la note elle-même, en intercalant « adoptées à l'unanimité, » après les mots « déclarations suivantes. »

Discussion sur le vinage.

M. GAULTIER DE CLAUBRY. Sur quel sujet a été fait le rapport de M. Bergeron? Si l'on posait cette question à beaucoup de ses lecteurs, ils répondraient sans aucun doute : sur l'alcoolisme. Et pourtant il n'en est rien. Car le but avoué de ce travail, fort distingué du reste, est d'étudier les conditions du vinage pour en tolérer l'usage ou pour le proscrire.

Le vinage est l'addition de l'alcool au vin. Cette addition peut se faire dans trois conditions : 1° dans la cuve, avant la fermentation; 2° dans la cuve, après la fin de la fermentation; 3° dans le tonneau, au moment du transport.

Le vinage est-il dans certains cas au moins nécessaire ? Sans aucun doute ; car c'est lui qui permet de livrer à la consommation les vins de crûs médiocres ; il donne aux vins plus de force ; il empêche leur altération et les rend transportables.

Mais ici se présente une question assez importante. L'alcool qu'on doit employer pour le vinage est-il ou non le même dans tous les modes de production ? Évidemment non. Il diffère essentiellement selon les matières que l'on a employées pour le produire : marcs, betteraves, grains, etc. Certains de ces alcools renferment des produits amiliques qui ont une saveur et une odeur spéciales. Sont-ils plus particulièrement dangereux que les autres ? c'est possible ; mais aucune expérimentation vraiment scientifique et suivie n'a encore été faite sur ce sujet. Dans trois expériences isolées que l'on a tentées avec différents alcools sur des animaux, c'est l'alcool *vinique* seul qui a tué la bête qu'on en avait abreuvée. Il a fallu abattre les autres pour voir ce que l'alcool avait produit. D'un autre côté, il me semble que l'on ne peut pas comparer avec l'homme des espèces animales si différentes. On a expérimenté sur des chiens, sur des lapins même. Or les lapins ne se trouveraient pas bien d'être nourris à la viande comme on le fait pour l'homme.

L'expérimentation avec les vins vinés est encore tout entière à faire. A ce propos, j'adresserai une critique à notre honorable collègue M. Bergeron. Le rapport n'a pas, ce me semble, envisagé la question au point de vue réel. Il ne s'agit pas ici d'économie politique ni de commerce ; il s'agit d'une question hygiénique. Il aurait fallu nous fournir des faits médicaux positifs et restreindre la partie économique de ce mémoire. J'ai vainement cherché dans le rapport quelles expériences comparatives avaient été faites, je n'ai rien trouvé. On ne sait donc en aucune façon si les vins vinés sont ou ne sont pas différents des autres. Dans tous les cas, on ne possède jusqu'ici aucun prosédé pour constater si les vins sont vinés ou non. Aussi ai-je été fort étonné, en apprenant par M. Husson, que les vins vinés étaient interdits dans l'Assistance publique, et que certains dégustateurs étaient chargés de les reconnaître. A mon avis, l'Administration ne devrait jamais interdire ce qu'elle ne saurait ni empêcher ni constater. Or, comme nous l'avons dit, il est impossible de rien constater pour les vins vinés. C'est pour la même raison que je repousse également les conclusions prohibitives de M. Bergeron. Elles ne sont pas praticables. Il ne s'agit pas de savoir ici si, comme le prétend M. Bergeron, l'alcool ne se mêle pas intimement au vin. Je trouve cette idée un peu exagérée, bien que j'admette que l'alcool puisse être à un état particulier dans la vendange fermentée. Mais comment constater cet état ? Comment constater si l'alcool est primitivement naturel au vin ou s'il a été ajouté ? Encore une fois, cela me semble impossible.

Quant à la préférence marquée que M. Bergeron a pour l'alcool vinique je la comprends facilement, mais je n'irai pas aussi loin que lui. Car on possède maintenant d'excellents moyens de purification, et quand l'alcool des diverses provenances a été purifié, il vaut très-bien *l'alcool bon goût.* Je crois qu'il faut faire ici comme on fit, sur mon conseil, dans la ville de Bordeaux. C'était avant le gaz, depuis plus de 100 ans, les fournisseurs chargés d'éclairer la ville recevaient les instructions prohibitives les plus détaillées sur la nature de l'huile, de la mèche à employer, etc. Je conseillai de supprimer ces interdictions en exigeant seulement des fournisseurs tel degré de lumière, on s'en trouve parfaitement.

Cependant, je ne saurais partager entièrement l'avis de M. Broca sur la liberté commerciale absolue. Évidemment tout ce qui est purement commercial doit être libre, mais quand il se présente une question d'hygiène publique l'administration a le droit d'intervenir. Ceci me rappelle ce qui eut lieu en Angleterre, lors de l'invention des bougies stéariques. Les bougies faites d'après le nouveau procédé avaient d'abord un seul inconvénient, elles ne voulaient

pas éclairer, mais elles s'éteignaient presque aussitôt après qu'on avait allumé la mèche. La hasard fit qu'on essaya de tremper préalablement les mèches dans une solution arsenicale. La bougie brûla dès lors parfaitement, mais il y avait là un danger pour la santé publique. L'administration intervint donc, et fit bien.

A-t-on ici lieu d'intervenir de même? Je ne le pense pas. Car je ne saurais admettre que le vinage soit aussi dangereux que le dit M. Bergeron.

Qu'on me permette, à ce propos, une réflexion avant de finir. M. le rapporteur s'appuie surtout, dans ses déductions, sur l'autorité de M. Guyot. Je ne viens pas attaquer cet auteur savant et consciencieux. Mais M. Guyot est l'aristocrate du vin; il ne connaît que les vins parfaits; il voit partout ailleurs des dangers. L'Académie ne saurait se mettre à ce point de vue; elle doit donner des avis qui s'adressent à tous. Je crois donc que nous devons penser et parler autrement que M. Guyot. En résumé, j'ai l'honneur de proposer à l'Académie la suppression des 4e, 5e, 6e et 7e conclusions de M. Bergeron, la modification de la 8e, en la bornant à un vœu philanthropique, et le changement de la 3e en celle-ci :

« L'Académie considérant uniquement sous le point de vue de l'hygiène la question qui lui est soumise, toutes celles qui concernent l'économie politique et l'industrie étant étrangères à ses travaux, se borne à répondre : que s'il est souverainement désirable que les vins puissent être consommés à leur état naturel, il n'existe sous le point de vue de l'hygiène aucun fait positif qui démontre que le vinage donne lieu à des dangers pour la santé publique, quand il est opéré uniquement à l'aide de trois-six, d'alcool vinique ou d'alcool bon goût de betteraves ou autres, mais qu'il doit être interdit de faire usage de ces derniers produits non rectifiés. »

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. DEMARQUAY, de la part de M. Valette (de Lyon), présente une pièce pathologique composée d'une tumeur fibreuse et d'une grande partie de l'utérus en rétroversion sur lequel cette tumeur était implantée. Le tout avait été enlevé par la cautérisation linéaire et l'opération avait parfaitement réussi.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

PENDANT L'ANNÉE 1870.

29. Auzilhon. Débuts de la phthisie héréditaire. Sa symptomatologie et son traitement.
30. Pas encore subi.
31. Dupoux. Du ramollissement du cerveau chez les enfants.
32. Barriéra. Emploi de l'eau froide en chirurgie.
33. Rouvier. Observations sur les fièvres du Gabon (côte occidentale d'Afrique).
34. Jacquemin. Considérations générales sur les plaies pénétrantes de l'articulation du genou.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance le mercredi 13 juillet, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

Ordre du jour : 1° Suite de la discussion sur les maladies régnantes.

2° Présentation d'un porte-nitrate intra-utérin, par le docteur B. Coizeau.

3° Rapports et votes sur deux demandes d'admission.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du Journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Recherches sur les injections utérines en dehors de l'état puerpéral, par le docteur GUICHARD. Brochure in-8 de 184 pages. — Prix broché : 3 fr. 50.

Les eaux minérales dans le traitement des affections utérines, par le docteur Félix ROUBAUD, 1 vol. in-12 de 192 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Du panaris, par le docteur J. PRAT. Brochure in-8 de 104 pages. — Prix broché : 2 fr.

Curation des maladies organiques de la langue et des cancers en général, par le docteur DÉCLAT. Gr. in-8. — Prix : 8 fr.

De la guérison durable des rétrécissements de l'urèthre par la galvanocaustique chimique, par les docteurs F. MALLEZ et A. TRIPIER. (Ouvrage couronné par l'Académie de médecine. — Prix d'Argenteuil, 1869), 2e édition, in-8. — Prix : 2 fr.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

CONFÉRENCE MÉDICALE DE PARIS

Séance du 22 juin 1870. — Présidence de M. CAFFE.

(Suite et fin.)

M. AMÉDÉE TARDIEU prononce un discours étendu qui est annexé au procès-verbal. Répondant à M. Revillout au sujet de la marche de l'ozone dans Paris, l'orateur renvoie pour vérifier ce qu'il a avancé au Bulletin de Montsouris (janvier 1870). Du reste, les lois que M. Tardieu a établies relativement à la marche de l'ozone n'ont pas été récusées à la Société météorologique, et M. Houzeau est arrivé, à Rouen, aux mêmes conclusions. En outre, le professeur Paganuzzi a démontré que lors de l'épidémie cholérique de Venise (1867), la quantité d'ozone diminuait à mesure que l'épidémie augmentait et *vice versa*; et cette remarque est vraie pour toutes les épidémies.

Quant à l'épidémie cholérique de 1832, la commission qui ne croyait pas à l'influence des météores, a noté que la recrudescence de juillet correspondait exactement à une période de vent nord-est.

Pour en revenir à l'épidémie actuelle, M. Amédée Tardieu donne quelques renseignements sur l'état atmosphérique de la France et d'une partie de l'Europe depuis le mois de juin 1869, d'après un savant physicien, attaché à l'Observatoire, M. Sonrel. En analysant le Bulletin de cette institution, on constate que depuis juin 1869, les bourrasques se sont toutes passées sur trois points distincts, au nord, au nord-est de l'Europe et au sud de l'Italie. Ni la France, ni le centre de l'Europe, ni l'Autriche, ni le nord de l'Italie et de l'Espagne n'en ont eu. Il y a eu, à quelques petits accidents locaux près, stagnation de notre atmosphère, surtout dans les pays de plaine. Ici l'orateur produit le tableau de l'état sanitaire des principales villes de France et d'Europe, tout incomplet qu'il soit, permet de constater que l'épidémie rayonne des grandes villes comme centre; qu'il est impossible de reconnaître la marche de l'ouest au nord que lui attribue le rapport officiel, et que ce serait plutôt le contraire qui serait vrai; mais qu'en réalité c'est la condition atmosphérique qui détermine le cours de l'épidémie.

M. Tardieu revient sur l'étroite parenté des épidémies, diarrhée, fièvre typhoïde, suette, rougeole, scarlatine, variole, choléra, etc.; il dit qu'on les trouve toutes réunies dans la région des calmes aériens, et qu'on les voit successivement disparaître, une à une, de cette zone à celle des bourrasques. A Vienne la variole est remplacée par le typhus, qui dans la marche épidémique paraît être ainsi que le choléra le voisin de la variole hémorrhagique.

Il faut noter aussi que l'épidémie de variole qui a atteint l'Algérie en 1869, a diminué au moment où les bourrasques se sont rapprochées de ses côtes. Les bestiaux ont, eux aussi, subi les influences atmosphériques dans les mêmes régions, et ils ont été atteints principalement de fièvre aphteuse.

Quelque incomplètes que soient ces données, elles nous autorisent à espérer que, grâce à la puissante activité de M. Ch. Sainte-Claire-Deville, on pourra bientôt faire le tracé géographique de l'état sanitaire de l'homme et des animaux, et détourner ainsi beaucoup de fléaux qui nous assaillent.

M. Tardieu ajoute que l'on s'est mépris si l'on a cru qu'il était hostile au vaccin. Il n'a jamais contesté l'utilité de cette inoculation; mais il croit que les revaccinations sont impuissantes à arrêter le mal en temps d'épidémie. Nul doute que la cause du mal ne soit un corpuscule ou miasme quelconque qui, en pénétrant dans notre organisme, l'altère plus ou moins profondément. C'est pour cela que l'orateur préconise les antiputrides.

Qu'est d'ailleurs la vaccine en présence de cette infecte voirie de Bondy qui a joué un rôle néfaste dans les épidémies, et de ces cimetières qui sont en plein cœur des populations, et que dire de cette agglomération de varioleux sur un même point, agglomération qui, au dire du rapport officiel, n'aurait produit aucun mal.

Qu'il me soit permis, en terminant, dit l'orateur, de remercier les organisateurs de cette Conférence et le Bureau. Cette Conférence marquera dans l'histoire de la médecine.

DISCUSSION

M. GALLARD ne trouve pas les communications de M. Tardieu empreintes de ce caractère pratique si nécessaire à l'objet des conférences. Il ne s'agit pas de regarder bleuir du papier ou regarder tourner des girouettes. C'est imiter le faquir indou qui contemple son nombril! Nous sommes médecins; l'épidémie nous décime; il faut agir, et quoi qu'en dise M. Tardieu, l'expérience prouve que nous pouvons agir avec un succès complet.

Quoi, les faits de Gintrac et de Lisieux; ceux de M. Dugand, de MM. Cousinier, Robert de Pradel et de dix autres médecins qui nous les ont communiqués ne prouvent-ils pas que les revaccinations ont maintes fois arrêté les épidémies? Où donc M. Tardieu a-t-il vu que les revaccinations étaient impuissantes? A Paris! mais à Paris, elles ont été mal faites, et leur nombre a été insignifiant par rapport à la population. C'est sur la vaccination seule qu'il faut compter, et non sur de prétendus antidotes ou sur des désinfectants dont l'action n'est pas encore prouvée. Sans doute, il existe une constitution épidémique qui rend nos efforts plus difficiles, mais elle ne saurait les annihiler. Quant aux traitements qu'on a préconisés ici, il est évident qu'ils ont leur opportunité; mais qui oserait dire qu'il y a un traitement unique de la variole? Le sulfate de quinine et les évacuants comptent des succès sans doute; mais c'est au tact du médecin à juger de leur utilité.

Il y a plusieurs années que les vaccinations se font mal et qu'on méprise les règles du sage et savant Bonsquet. En général, on vaccine les enfants trop jeunes, ce qui est mauvais au point de vue de la préservation, et mauvais aussi pour l'incubation. On a été jusqu'à prendre du vaccin de revacciné. Enfin, on prend le vaccin au huitième jour, c'est-à-dire trop tard.

Ce vaccin, affaibli par un mauvais entretien, a été ensuite décrié par crainte de contamination syphilitique. Or, les seuls dangers réels de transmission syphilitique proviennent de l'erreur qui ferait confondre une pustule syphilitique avec une pustule vaccinale, et de la saleté des instruments que l'on emploie. Ce dernier cas est, on en conviendra, facile à éviter. Quant au premier, combien de fois s'est-il produit? Une fois à l'Académie, sur des millions de vaccinations, et il a causé un scandale tel que l'on a jugé qu'il ne fallait plus qu'il se reproduisît, et il ne s'est pas reproduit.

Voilà cette infection syphilitique, cet épouvantail auquel on a sacrifié la vaccine, reduite à ses véritables proportions. Admettons cependant que ces dangers, — si absolument contestés, — soient plus grands. Pourrait-on jamais les comparer à celui qu'on a fait courir aux populations en introduisant le vaccin de génisse? Non, et aujourd'hui on en est réduit, dans ce désarroi scandaleux, à plaider les circonstances atténuantes. Examinons les faits.

Le vaccin vient de la vache, — peut-être du cheval, — le vaccin est un virus *per se*, distinct du virus varioleux. Or, on est venu dire que le vaccin c'était la variole. Cette énorme erreur n'a pas même le mérite de la nouveauté; mais elle est absolument détruite par le fait, que si l'on inocule la variole à la vache elle rend la variole, et non le vaccin (Miquel, Choudeau, etc.). Et si, au lieu de variole, on inocule la vérole, la vache vous rendra ce que vous lui aurez donné. C'est pourquoi la méthode de James, de M. Vy et de M. Desportes n'offre pas toute la sécurité désirable. M. Lanoix l'avait compris au début, et c'est pourquoi il a voulu nous donner du cow-pox naturel. Aujourd'hui, il prétend que tous les vaccins sont identiques; c'est un revirement d'opinion. Mais j'aime à croire que sa pratique n'a pas suivi ses opinions, et qu'il n'a pas, comme on l'a dit, inoculé ses génisses avec des enfants; car il y aurait eu tromperie sur la nature de la marchandise vendue, puisque M. Lanoix a toujours prétendu qu'il inoculait du cow-pox pur.

M. GALLARD présente ici quelques considérations historiques sur l'inoculation, et il examine la question de savoir si le virus humain s'est, depuis Jenner, réellement affaibli; il croit que si, par des inoculations successives et sur un terrain mal préparé, comme par exemple sur de jeunes génisses, on cherche à conserver religieusement le virus, il diminue graduellement de force, il s'épuise et n'a plus aucune valeur préservatrice.

Le procédé de M. Vy, au contraire, permet au vaccin de reprendre sa force sur l'enfant bien préparé à contracter la vaccine, surtout en temps d'épidémie; c'est pourquoi la méthode de James est supérieure à celle de M. Lanoix, quoiqu'elle ne vaille pas la vaccination de bras à bras opérée dans de bonnes conditions. Bientôt, en effet, les résultats désastreux de la revaccination animale se sont montrés; d'innombrables cas de variole ont été observés sur des individus vaccinés sans succès par les génisses de M. Lanoix, et qui se croyaient à l'abri du fléau. En voici trois observations, et l'une est intéressante au plus haut degré : il s'agit d'un jeune étudiant en droit vacciné à la Pitié sur une des vaches de M. Lanoix, et qui trois mois après est mort de variole hémorrhagique. Eh bien, je dis que ce jeune homme ne serait pas mort s'il eût été revacciné avec le vaccin jennérien; et ce n'est pas ni M. Lanoix qui a fourni le vaccin ni ceux qui l'ont employé que j'accuse, mais ceux qui, abusant d'une position officielle, ont ébranlé la confiance du public dans la vaccine humaine, en exagérant et propageant à dessein des faits excessivement rares, qui ne se sont plus reproduits dès que l'attention a été suffisamment éveillée sur eux. En tout cas, n'eût-il pas mieux valu laisser ce malheureux jeune homme exposé à contracter la syphilis avec un vaccin préservatif que de le voir mourir de variole, parce qu'on lui a inoculé un vaccin inefficace.

Il faut donc revenir au vaccin humain, en ayant soin d'éviter l'inflammation et l'érysipèle, qui sont des accidents rares inhérents non au vaccin, mais à la piqûre. Il fallait plus que jamais vacciner et revacciner selon les anciens procédés, et l'on aurait arrêté l'épidémie parisienne comme on l'a fait tant de fois en province, sans l'intervention désastreuse de vaccin animal et des moyens que l'on a employés pour discréditer la pratique jennérienne dans l'opinion publique.

Toutefois, ce n'est pas à dire qu'il faille ne jamais employer le vaccin animal; à un moment donné il y a là un moyen de multiplication rapide du virus, et ce moyen serait précieux si le cow-pox spontané était retrouvé quelque part; il faudrait l'inoculer sur le champ à un grand nombre de vaches laitières, car je persiste à croire quelles sont préférables aux génisses pour les revaccinations; de même s'il y avait de nombreuses revaccinations à opérer sur un seul enfant une vache vaccinifère rendrait quelques services. Mais il ne faut pas propager ce vaccin sur l'animal sous peine de le rendre inefficace à la longue.

Que nous reste-t-il à faire? le temps est passé des exploitations à outrance, dont le public a souffert dans sa bourse et dans sa santé; faisons nos affaires nous-mêmes; que chacun dans sa clientèle s'efforce de conserver le vaccin pour son usage personnel. Chaque fois que nous verrons de bon vaccin sur les enfants de 4 à 6 mois, recueillons-le précieusement : en tubes bien remplis et bien clos, il se conserve pendant des années. Ayons soin de le recueillir du cinquième au septième jour. Puisque les gardiens patentés du vaccin de Jenner ont voulu le détruire, venons à son secours, revaccinons le plus souvent possible et, sauf en temps d'épidémie, ne vaccinons pas avant le quatrième ou sixième mois de l'enfance. Cessons de contempler l'astre administratif, ne comptons que sur nous-mêmes, agissons, et si nous obtenions que toute la population parisienne se fit revacciner cette semaine, quand bien même le vent ne changerait pas, il n'y aurait plus le mois prochain un seul cas nouveau de variole dans Paris.

M. MARCHAL (de Calvi) croit que M. Gallard n'a pas touché au fond même de la question. Fox interrogeant Jenner sur la durée du virus vaccin, il répondit qu'il était aussi éternel que l'herbe des champs, que jamais il ne dégénérait. S'il eut prévu dès lors que le virus s'affaiblirait, la petite vérole serait aujourd'hui une rareté, car on eût régénéré le vaccin de temps à autre et prévenu par là sa dégénération.

Sans aucun doute, à mes yeux le vaccin a dépéri. Je connais des vaccinés de six et sept ans qui ont eu la variole, ce qui ne se voyait jamais autrefois et c'est parce que le vaccin a faibli que l'on a cherché à le régénérer.

M GALLARD déclare qu'il n'a pas dit que le vaccin n'avait ni dépéri, ni dégénéré; mais cela tient uniquement, selon lui, à ce que, depuis une dizaine d'années, on l'a mal récolté, mal semé, et s'il y a eu des enfants vaccinés qui ont eu la variole, c'est qu'on les a vaccinés trop jeunes ou avec du vaccin recueilli soit sur de trop jeunes enfants, soit sur des individus vaccinés pour la seconde fois. Il n'est pas douteux que ces causes ont affaibli le vaccin; mais, pris dans de bonnes conditions, il n'a pas dégénéré. — Toutefois, je me demande si maintenant, nous n'avons pas, à Paris, un vaccin mixte, abâtardi, qui est réellement plus mauvais; et je crois qu'il serait utile de se retremper dans le vaccin de province, qui se conserve infiniment mieux et prouve, par ce seul fait, sa supériorité et sa bonne origine.

M. PICAUD demande à M. Gallard son opinion sur la valeur des iconographies exposées à l'Académie, et qui montrent l'affaiblissement successif des inoculations, la diminution du volume des pustules, leur appauvrissement en liquide vaccinal, etc.

M. GALLARD dit : Il paraît prouvé qu'à l'origine, la vaccine jennérienne donnait des résultats beaucoup plus intenses qu'aujourd'hui, des pustules plus larges et même des accidents inflammatoires plus fréquents. Je ne nie pas que le vaccin ne se soit affaibli; — il faut le régénérer avec du vrai cow pox spontané, mais non vacciner sur les inoculations successives de génisse à génisse.

M. JUFFIN (de Sens) croit à l'identité des épidémies de variole, de scarlatine et de rougeole; il cherche à établir entre les différentes formes morbides des rapports de connexité que démontrent l'action uniforme du sulfate de quinine. De même que M. Gallard a sévèrement jugé ceux qui ont jeté du discrédit sur la vaccine, M. Juffin jugera sévèrement ceux qui n'emploient pas le sulfate de quinine au début de ces maladies; car les faits que lui et plusieurs de ses confrères ont produit sont nombreux et incontestables. La vaccine, en effet, ne suffit pas; car le médecin n'est pas seulement appelé à prévenir la variole, il est appelé à la guérir.

M. LANOIX. La question comprend l'étude :

1° du vaccin;

2° Du terrain ou organisme sur lequel il se développe;

3° Du milieu, c'est-à-dire de l'ensemble des conditions cosmiques et autres qui peuvent exercer leur influence sur la marche de l'éruption.

I. Dans l'étude du vaccin, il y a trois choses essentielles à considérer :

L'origine,

Le mode d'évolution,

Les degrés de virulence.

Le vaccin a ses origines diverses; mais les plus certaines sont celles qui le font remonter soit à l'espèce équine, soit à l'espèce bovine. A coup sûr, son origine n'est pas dans l'espèce humaine.

Quelques-uns pensent que, du fait de son inoculation à l'homme et de sa reproduction par cet organisme, le cow-pox *s'humanise* et constitue alors une nouvelle variété, qui est le vaccin.

Je redoute cette hypothèse. Elle ouvre la porte aux plus dangereuses suppositions. Sans entrer dans l'examen d'un problème qui appartient à l'histoire théorique de la vaccine, je resterai dans le domaine des faits. C'est du cow-pox développé, cultivé sur les animaux de l'espèce bovine que je m'occuperai, surtout de celui que, par euphémisme, on a appelé le vaccin de génisse.

Aujourd'hui que la pratique médicale consacre la nouvelle méthode de vaccine, il n'est plus rare de trouver du cow-pox spontané. Et c'est la transmission non interrompue de ce cow-pox d'un animal à un autre, qui constitue ce que l'on appelle la vaccine animale.

Ici se place la réponse à une objection faite par M. Gallard. Entre la pratique de M. Lanoix et celle de M. Alfred Vy (qui consiste, je le rappelle, à reporter le vaccin de l'homme sur la vache), il y a, dit M. Gallard, une différence considérable. Eh bien, messieurs, en principe, cette différence n'existe pas. Pour moi, je crois à la spécificité propre des virus. Je crois qu'ils conservent leur autonomie, quel que soit le terrain sur lequel ils se développent. Mais raisonnons en nous plaçant dans l'hypothèse des adversaires de la vaccine animale. Si le cow-pox, en passant de l'animal sur l'homme, s'humanise et devient le vaccin, réciproquement le vaccin, en passant de l'homme sur l'animal, s'animalisera et deviendra le cow-pox. En effet, qui permet aux partisans exclusifs de la vaccine humaine de soutenir que le vaccin soit autre chose que le cow-pox? C'est sans doute la marche suivie par l'éruption vaccinale sur l'homme, marche qui diffère de celle suivie par l'éruption du cow-pox sur l'animal. Or, puisque reportant le vaccin de l'homme sur la vache, on le voit reprendre les mêmes caractères, c'est donc qu'il est redevenu du cow-pox. Je répète qu'en principe, M. Vy et moi, nous suivons la même pratique; mais en fait, il y a une différence, et c'est cette différence que je vous signalerai bientôt.

Dans la longue expérimentation que depuis six années je poursuis sur cette question de la vaccine animale, ce qui m'a frappé surtout, c'est l'admirable régularité avec laquelle se reproduit le cow-pox. Sans vous parler du mode d'évolution de cette maladie sur les animaux de l'espèce bovine, il me semble important de bien préciser ce que l'on entend par certaines dénominations usitées aujourd'hui, telles que celles-ci : cow-pox au quatrième, cinquième, sixième jour, etc.

Si nous voulons nous comprendre, il faut préalablement bien nous entendre, il faut parler le même langage. Or, ne comptant pas le jour de l'inoculation, on nomme cow-pox au cinquième jour, par exemple, celui que l'on prend cinq jours après l'inoculation.

Pas un seul des observateurs qui se sont élevés contre la pratique de la vaccine animale en lui reprochant ses insuccès, n'a parlé du jour où le cow-pox employé avait été recueilli. Or, toute la question est là. Comme tout produit naissant, ce virus qui naît, se développe et meurt, n'a pas une activité égale à tous les âges de sa vie. D'après moi, il atteint son maximum de virulence, c'est-à-dire d'aptitude à se reproduire, du cinquième au sixième jour, et c'est à cette époque qu'il faut l'employer pour obtenir les résultats qu'on est en droit d'en attendre. Donc, pour que dans les expériences comparatives les résultats soient comparables entre eux, il faut que le cow-pox ait été pris à des jours parfaitement déterminés.

Et si bien souvent on a échoué dans la pratique de la vaccine animale, c'est faute d'avoir tenu compte des données précédentes. Le comité de vaccine de Hollande avait tenté, il y a deux ans, des expériences sur la vaccine animale et avait échoué. Le secrétaire du comité fut alors envoyé vers moi pour se renseigner sur les motifs de ces insuccès. M'étant fait exposer les procédés qu'on avait suivis dans cette expérimentation, j'appris qu'on inoculait le cow-pox le septième et quelquefois même le huitième jour. Or, à ce moment, les pustules, encore fort belles en apparence, ne contiennent plus qu'une sérosité abondante, mais inerte. En se conformant à mes conseils, les membres du comité néerlandais réussirent parfaitement.

Si le degré de virulence varie suivant l'âge du cow-pox, il varie aussi suivant la nature du terrain sur lequel il se développe. L'espèce équine et bovine sont, à mon avis, de meilleurs terrains à vaccin que l'espèce humaine.

Les cas de variole sévissant sur des individus jeunes, 4, 6, 8, 10 ans, nous avertissent que le vaccin humain est susceptible de dégénérer; je le crois pour ma part, et lorsque j'ai dit qu'en principe la vaccine animale telle que la pratique M. Vy ne différait pas de la mienne, mais qu'en fait il y avait une différence, j'ai voulu tenir compte de l'énergie moindre du vaccin humain, servant de point de départ à ce genre de vaccination animale.

Les considérations précédentes ne vous expliquent-elles pas pourquoi il existe une telle divergence dans les résultats obtenus par tous ceux qui, en ces derniers temps, se sont occupés du vaccin animal?

Ne croyez-vous pas que, pour parler avec autorité dans cette question, il soit utile d'avoir fait une étude préalable, un apprentissage? Pour moi, j'en ai jugé ainsi, et c'est pourquoi j'ai fait le voyage de Naples. MM. Warlomont, de Bruxelles; Pissin, de Berlin; Blanc, de Londres; Depaul, de Paris, ont suivi mon exemple en venant se renseigner auprès de moi, qui les avait précédés dans cette voie.

Puisque nous en sommes à traiter une question technique, je dois dire quelques mots de l'usage de l'aiguille dans la pratique générale de la vaccine, et sur l'usage de la pince dans la pratique spéciale de la vaccine animale.

L'inoculation telle que la fait M. Depaul avec une aiguille est une inoculation mal faite. La piqûre est trop profonde; elle peut causer des accidents de traumatisme; elles est faite en dehors de toutes les règles de physiologie les plus élémentaires. En effet, où se produit l'absorption? A la surface de la peau, très-superficiellement, dans la portion tout à fait sous-épidermique, dans le réseau de Malpighi : A quoi sert-il donc d'aller plonger l'aiguille au-delà?

Et puis, pourquoi se servir d'une aiguille et la plonger perpendiculairement à la peau? Est-ce donc pour ouvrir le moins possible de vaisseaux absorbants, c'est-à-dire pour diminuer les chances de succès? L'aiguille est un mauvais instrument, et pour ma part je la proscris.

Si vous voulez bien me permettre d'insister sur ce point pratique, je vous dirai que la lancette est, à mon avis, l'instrument que nous devons adopter.

Pour bien vacciner, il faut, de la pointe de la lancette chargée de vaccin, pénétrer légèrement sous l'épiderme parallèlement à la peau, puis relever la lancette presque verticalement en accomplissant un mouvement de demi-torsion. Le vaccin descend, happé en quelque sorte, jusqu'au fond de la petite écorchure faite en coup d'ongle et reste emprisonné au-dessous de l'épiderme.

Quant à la pince et à la façon dont je l'emploie pour extraire le vaccin de la pustule sur l'animal, je crois suivre une bonne pratique, jusqu'à preuve du contraire toutefois. La pince, exerçant une pression fixe et vigoureuse et étranglant la pustule à sa base, l'isole en quelque sorte du reste du tissu. On ne peut donc, ce me semble, exprimer de la pustule que la sérosité qu'elle renferme.

Je comprendrais la légitimité de l'objection, si après avoir pincé une pustule, on desserrait la pince pour la replacer ensuite au même point; la pustule serait gonflée d'une importante sérosité appelée par-là par le fait même de la première pression, et ce serait non plus du vaccin, mais une sérosité presque sans virulence que l'on recueillerait.

Je suis si absolu sur ce point de pratique, que je n'admets pas que l'on s'y reprenne à deux fois pour fixer la pince.

II. Le terrain, c'est l'organisme sur lequel s'est développé le cow-pox ou le vaccin dont on doit faire usage, a, cela est évident, une influence énorme sur l'énergie, la virulence de ce produit.

Il y a du cow-pox fort ou faible, mais toutes choses égales d'ailleurs, je le considère comme supérieur en virulence au vaccin humain.

Dans les vaccinations proprement dites, j'affirme que le cow-pox transmis de la génisse à l'enfant n'échoue pas; en cela le vaccin humain lui est égal. Mais j'établis en principe que tout individu réfractaire à la vaccine humaine n'est pas nécessairement réfractaire à la vaccine animale. Je vous citerai l'exemple suivant déjà consigné dans l'un de mes mémoires à l'Académie.

Un jeune garçon de 8 ans, habitant Nogent-sur-Marne, avait été vacciné depuis son enfance, 8 fois de bras à bras sans le moindre succès; quinze jours après une nouvelle tentative restée infructueuse, l'enfant me fut amené. Je lui fis 8 piqûres, qui donnèrent lieu à 8 pustules de la plus belle vaccine.

J'établis en règle absolue que tout individu manifestement réfractaire à l'inoculation du cow-pox est réfractaire au vaccin humain.

Parmi les documents que je possède, les faits sont aujourd'hui assez nombreux pour ne pas me laisser de doute à cet égard.

Dans les revaccinations faites avec le cow-pox pris le cinquième ou le sixième jour, voici l'échelle graduelle des résultats que l'on obtient :

De 8 à 12 ans........	8 0/0 succès.
De 12 à 15............	15 0/0 —
De 15 à 20............	25 0/0 —
De 20 à 30............	40 0/0 —

Il est bien entendu qu'il ne s'agit pas-là que d'une première *revaccination.*

Il est possible que ces chiffres ne soient plus exacts dans une quinzaine d'années. Ce que j'espère, c'est qu'alors les vaccinations mieux faites et faites avec de meilleur vaccin que pendant les quinze ou vingt dernières années, auront modifié les éléments du problème.

Permettez-moi d'ajouter qu'il n'est pas indifférent de choisir comme vaccinifères des animaux de quelque âge que ce soit.

De même que dans l'espèce humaine l'aptitude à contracter les maladies virulentes, ce que nous appelons la réceptivité, n'est pas égale à tous les âges de la vie, de même dans l'espèce bovine la réceptivité pour le cow-pox n'est pas toujours la même; et pour mettre en garde contre des écueils, contre des mécomptes, ceux qui s'occupent ou s'occuperont de vaccin animal, je dirai qu'il leur faut choisir soit des animaux jeunes, de quelques semaines à trois ou quatre mois, soit des animaux plus âgés, de vingt mois et au delà; mais éviter de prendre ceux qui ont de cinq à dix mois. J'ai remarqué que pendant cette période ils étaient moins aptes à reproduire le cow-pox, que quelques-uns étaient même réfractaires. Vous saisissez, messieurs, l'importance de cette remarque.

Maintenant, je crois utile d'interpréter devant vous les résultats des inoculations tentées sur des vaccinés pendant la période des huit ou dix jours qui suivent la première inoculation.

Cette opération peut être faite soit à titre d'expérience, soit par crainte que la première inoculation n'ait pas été suffisante.

Admettons que ce soit à titre d'expérience. Eh bien! si, sur un enfant qui n'a jamais été vacciné, on fait une inoculation, puis, les jours suivants, jusqu'au dixième jour, par exemple, de nouvelles inoculations, on voit apparaître des éruptions successives, donnant lieu à des boutons de plus en plus chétifs au fur et à mesure que l'on s'éloigne de la première inoculation; si chétifs que ceux des dernières inoculations se flétriront presque aussitôt après leur apparition.

Pour moi, c'est là une expérience très-intéressante, très-concluante, très-démonstrative, pour la détermination du temps pendant lequel, après la vaccination, l'organisme reste encore apte à contracter la petite vérole.

Cela nous permet de nous rendre compte de ces cas de variole et de vaccine se développant parallèlement sur le même individu; de pareils faits non expliqués ont suggéré l'absurde et dangereuse croyance que la vaccine engendrait la petite vérole.

Pour que, dans des cas semblables, il y ait chance de voir la vaccine modifier la variole, il faut que le vaccin ait été inoculé à une époque très-rapprochée de celle où l'on a contracté la variole, il faut que la vaccine ait le temps de *prendre le pas* sur la petite vérole.

J'avais aussi, messieurs, l'intention de vous parler des influences cosmiques et autres sur la marche de l'éruption vaccinale, mais cela m'entraînerait trop loin. Je dois dire seulement que le vaccin ne se reproduit pas également sous toutes les latitudes, et cela est dû, je pense, à une influence de température. Ainsi, aux Indes et dans les régions tropicales, les vaccinations ne peuvent être pratiquées que pendant deux ou trois mois de l'année. Dans notre pays, au contraire, les vaccinations peuvent être pratiquées avec succès toute l'année, et il faut le proclamer hautement pour qu'en France on renonce à l'usage de ne vacciner qu'au printemps.

Il est une influence de milieu sur laquelle je dois appeler toute l'attention de l'assemblée; c'est celle de l'habitation.

Les médecins des hôpitaux qui ont observé la pratique de la vaccine animale dans leurs services se sont plaints que les résultats de la pratique nosocomiale aient été peu satisfaisants.

Comme eux j'ai constaté qu'il y avait un écart considérable entre les résultats des revaccinations faites dans la pratique civile et ceux des revaccinations faites dans les hôpitaux.

C'est là un fait, un fait indéniable, et qu'il faut chercher à expliquer. Je l'ai dit et je le répète ici, ce n'est pas le vaccin, c'est l'influence du milieu qu'il faut accuser.

Oui, les individus qui habitent depuis quelque temps les hôpitaux sont moins aptes à contracter la vaccine pendant toute la durée de leur séjour, qu'ils ne le seront peut-être plus tard, au dehors. N'est-ce pas en parfaite harmonie avec cette donnée de l'expérience que les gens qui habitent un foyer épidémique sont moins aptes à contracter la maladie que ceux qui, venus d'ailleurs, ne font qu'arriver dans ce milieu ou le traverser? Pour les premiers, il se passe quelque chose d'analogue à l'acclimatement.

Je ne puis terminer ces considérations sans faire ressortir à vos yeux l'importance que doit prendre la vaccine animale dans l'organisation des services publics.

A l'époque où, manquant de vaccin et pressée de demandes, l'administration me fit l'honneur de s'adresser à moi pour l'organisation d'un service de vaccine animale, je fus à même en cinq jours — en cinq jours seulement! — de fournir du vaccin à plus de 3,000 personnes chaque jour.

Un pareil résultat doit-il laisser indifférent?

Enfin, messieurs, aujourd'hui, dans l'état de nos connaissances, je dis que nous devons tenir au public ce langage :

Il existe deux méthodes de vaccinations, deux méthodes également bonnes : la vaccine humaine et la vaccine animale. La première fait courir quelques risques, très-rares sans doute, mais réels; l'autre en est exempte; choisissez.

En fait de risques, voici un fait récent, qui prouve qu'il y a encore des inconnues dans les effets de la vaccine humaine.

Un jeune enfant de cinq mois est présenté à l'Académie pour y être vacciné. M. Depaul pratique trois piqûres à un bras en se servant de vaccin humain, trois piqûres à l'autre bras en se servant du vaccin de génisse.

De ce côté (vaccin de génisse), la marche de l'éruption se fait régulièrement; à l'autre bras (vaccin humain) se forment des ulcérations profondes, et bientôt l'enfant succombe à une sorte d'infection purulente.

Le fait m'a été rapporté ce matin même par M. le docteur Raymond, médecin du bureau de bienfaisance du 4e arrondissement.

Je crois que, dans l'ordre des moyens prophylactiques employés contre la variole, la vaccine animale est un progrès sur la vaccine humaine. Je crois qu'en présence des épidémies renaissantes de petite vérole, elle est une ressource nouvelle et puissante.

En fournissant l'occasion de ces Conférences, je pense avoir été utile. Elles auront été pour nous un premier pas dans une voie d'indépendance, un précédent dont il faudra nous souvenir toutes les fois que se présentera un de ces problèmes qui intéressent hautement la science et la santé publique.

En agissant comme je l'ai fait jusqu'à ce jour, je suis sûr d'avoir fait mon devoir; je l'ai fait fermement et loyalement.

N'ayant demandé ni aide ni protection à personne, je n'avais nul besoin de juges entre le public et moi. Cependant, comme la question n'est pas ce qu'on en a voulu faire, une question de personnes, qu'elle est d'un ordre plus élevé, une question de principes, j'ai voulu, par déférence pour mes confrères, soumettre les principes à leur appréciation.

La séance est levée à onze heures.

L'un des secrétaires : E. Dally.

ASILE D'ALIÉNÉS D'ÉVREUX. — M. Védié.

Observation d'un cas de mort subite chez un dément paralytique, coïncidant avec la présence, à l'autopsie, d'un lombric dans les voies respiratoires.

Le nommé H... est entré à l'asile d'Évreux, le 1er février 1870. Les renseignements donnés par sa famille et les symptômes que présente le malade font reconnaître une paralysie générale au premier degré.

Le seul fait saillant, c'est celui que nous révèle l'autopsie, et qui nous paraît avoir occasionné la mort.

Le 8 mars, à six heures un quart du matin, H... sort du lit pour aller à la garde-robe; il se relève à peine qu'il s'écrie : « Je crois que je vais me sentir mal. » Il n'a que le temps de se recoucher et perd connaissance. Les infirmiers entendent un râle très-intense vers l'arrière gorge. Quand nous arrivons, il ne donnait déjà plus signe de vie; et malgré tous nos soins nous ne pûmes que constater son décès.

Autopsie. — En coupant la bronche gauche à 2 centimètres environ du poumon pour enlever ce dernier organe, nous voyons sortir les fragments d'un lombric que nous venons de couper en deux en même temps que la bronche. Il avait au moins 15 centimètres de long et 3 millimètres de diamètre environ.

Les poumons offraient les caractères de l'asphyxie.

Nous ne parlerons pas des lésions des autres organes; ce sont celles, pour le cerveau, de la paralysie générale au début, et aucune n'offre rien qui mérite d'être noté. Seulement dans les intestins nous trouvons une vingtaine de lombrics, presque tous de la taille et de la grosseur du premier.

On a souvent rencontré des lombrics dans les voies respiratoires. Nombre d'auteurs en font mention. Mais ils diffèrent d'opinion sur la possibilité que l'ascaride pénètre dans ces voies pendant la vie. Ainsi les auteurs du *Compendium de médecine pratique* pensent que « c'est après la mort ou dans les agonies longues que les lombaires peuvent s'insinuer dans les voies aériennes. » Sans citer tous ceux qui sont d'une opinion différente, nous ferons remarquer que presque toutes les fois que l'on a observé des lombrics dans les voies respiratoires, le malade était mort comme suffoqué ou en très-peu de temps. D'un autre côté, l'absence de lésions capables d'expliquer des accidents aussi rapidement mortels, porte tout naturellement à penser que le lombric en est la cause. Plus on trouvera de cas semblables, plus cette opinion se confirmera; or, il me semble que celui dont il s'agit est probant. En effet sans l'hy-

pothèse de l'introduction du ver pendant la vie, la mort de H... reste inexplicable.

Il est reconnu généralement que dès qu'un lombric a pénétré dans l'estomac, il ne tarde pas à être expulsé par des efforts de vomissements, mais quand un malade est sous le coup d'un vomissement (et c'était peut-être l'état de H... quand il s'écria : « Je crois que je vais me trouver mal »), il fait de grandes inspirations. N'est-il pas alors admissible que le lombric trouvant les voies respiratoires largement ouvertes cherche à y pénétrer, d'autant plus que le courant d'air inspiré semble l'y pousser? Du moment où la tête a passé, l'épiglette et les replis de la glotte ont beau se fermer, en raison de ses mouvements, le lombric arrive à passer quand même ; d'ailleurs il ne lui faut pas grand temps pour franchir le larynx et pénétrer dans la trachée.

CONSTITUTION MÉDICALE RÉGNANTE

Quelques cas de pharyngites pseudo-membraneuses

Par le docteur Édouard Fournié,
Médecin à l'Institut impérial des Sourds Muets.

La constitution médicale que nous venons de subir, et qui se manifeste encore par un certain nombre de victimes, est une des plus remarquables que nous ayons vues depuis longtemps soit par le nombre et la variété de ses manifestations, soit par la gravité qu'elle a imprimée à toutes les affections qui se sont développées durant son influence. D'autres à cette place ont exposé les caractères généraux de cette constitution; ils ont surtout parlé de la variole, des fièvres éruptives, de la fièvre typhoïde et du virus vaccinal; mais il manque à ce tableau quelques traits qui, sans offrir une grande importance, n'en sont pas moins nécessaires aux effets de l'ensemble.

Les affections couenneuses (angines, croup, etc.), ne paraissent pas avoir sévi cette année avec plus d'intensité que les années précédentes; mais il est une forme de diphthérite qui s'est présentée plusieurs fois à notre observation, et que nous avons cru devoir rattacher aux manifestations de l'influence épidémique, à cause des symptômes généraux qui l'ont accompagnée.

Cette forme de diphthérite est caractérisée par de fausses membranes se développant exclusivement dans la région pharyngo-nasale, et par un ensemble de troubles généraux. Voici d'ailleurs l'exposé analytique des faits.

Dans toutes nos observations le mal a débuté par des frissons légers, de la courbature, de la céphalalgie, et le plus souvent des nausées; la langue était saburrale, la peau très chaude et le pouls, fort et fréquent, variait entre 90 et 100 pulsations. A cet état général se joignait un sentiment de gêne et de sécheresse au fond de la gorge, un peu de difficulté dans la déglutition, un enchifrènement fort désagréable, et parfois des douleurs plus ou moins vives dans l'une ou l'autre oreille.

L'ensemble de ces symptômes n'a rien de spécial à la diphthérite; c'est celui qui accompagne la plupart des affections fébriles épidémiques, catarrhales, saisonnières, toutes les affections en un mot qui se déclarent sous l'influence d'un principe infectieux introduit ou développé dans l'organisme. On pourrait les rattacher, en effet, aux prodromes d'une variole, d'une angine fébrile, d'une fièvre catarrhale. Dans cette circonstance nous avons cru devoir les rattacher à la constitution médicale régnante qui se présentait le plus souvent avec l'ensemble de ces caractères.

Voyons à présent les caractères propres à l'affection qui nous préoccupe.

Dans tous les cas, la muqueuse pharyngienne était inégale, desséchée, présentant une coloration rouge très-vive, tout à fait distincte de la couleur jus de fraise de la pharyngite scarlatineuse, offrant enfin tous les caractères de la pharyngite inflammatoire profonde, si bien décrite par Chomel et Blache dans le *Dictionnaire de médecine* (1). Les piliers du voile du palais, ainsi que les tonsilles, ne participaient pas à cette inflammation localisée sur la paroi pharyngienne.

Frappé par l'intensité des symptômes généraux et par le malaise indéfinissable éprouvé par les malades vers la racine du nez et dans la région pharyngo-nasale, nous voulûmes nous assurer de l'état de cette région. Dans ce but, nous introduisîmes le miroir laryngique au fond de la gorge, la face réfléchissante tournée en haut du côté des fosses nasales. Cet examen nous permit de constater la présence de fausses membranes, tapissant la face postérieure des cornets, le pourtour de l'orifice des trompes d'Eustache, et s'étendant sur les côtés de l'apophyse basilaire; la paroi pharyngienne à ce niveau était elle-même recouverte, mais inégalement, et par plaques de 5 à 10 millimètres d'étendue.

En présence d'un état qui pouvait devenir grave, nous n'étions pas disposé à abandonner la guérison aux seuls efforts de la nature; c'est pourquoi nous ne pouvons pas dire si le mal serait ultérieurement descendu vers la gorge et le larynx. Mais dans les cinq observations que nous possédons, les pseudo-membranes ne se sont jamais montrées au-dessous du voile du palais.

Notre premier soin a été de répondre simultanément aux indications que présentaient l'état général et l'état local. Invariablement, nous avons administré à nos malades *deux* grammes d'ipécacuanha, et nous avons cautérisé la région pharyngonasale avec une solution de nitrate d'argent au cinquième.

(1) Article *Angine simple*.

Le procédé que nous avons employé est des plus simples, et à la portée des praticiens les plus inexpérimentés : A l'extrémité d'un stylet recourbé nous enroulons un peu de ouate, et après avoir imbibé avec la solution caustique, nous abaissons la langue avec une spatule, et nous dirigeons l'extrémité recourbée du stylet vers l'un des angles du pharynx, dans le but de pénétrer plus facilement au-dessus du voile du palais. Une fois l'introduction opérée, on promène le stylet dans tous les sens, et les contractions involontaires du pharynx viennent au secours de l'opérateur pour étendre la solution caustique dans toute la région pharyngo-nasale.

Cette cautérisation ne présente rien de bien douloureux, et le malade, après elle, prétend éprouver un soulagement marqué.

Un résultat moins contestable, est le rejet par les narines de lambeaux pseudo-membraneux quelques heures après l'opération ; le malade éprouve un besoin incessant de se moucher, des éternuements fréquents surviennent, et c'est à la suite de ces efforts que les parties profondes se débarrassent peu à peu. Nous avons favorisé les effets de la cautérisation par des injections dans les narines d'eau froide laudanisée (*douze* gouttes pour un demi-verre d'eau). Cependant une seule cautérisation est loin de suffire sous l'influence de l'ipéca, de la diète, des boissons émollientes; la céphalalgie, la fièvre, la courbature, tendent sensiblement à disparaître; les malades éprouvent dès le lendemain moins de malaise général, et leur attention semble exclusivement sollicitée par l'état de gêne qui persiste dans la région pharyngo-nasale. C'est le moment de pratiquer une nouvelle cautérisation, dont les résultats sont les mêmes que ceux ci-dessus énoncés : éternuements, envies fréquentes de se moucher, et en définitive, expulsion de lambeaux membraneux. Nous n'avons pas cru utile de renouveler une troisième fois cette cautérisation, nous avons continué les injections tièdes laudanisées, et le surlendemain seulement, nous avons projeté dans la région pharyngo-nasale un mélange de poudre de tanin et d'alun (*vingt* centigrammes et *cinquante* centigrammes) au moyen de notre insufflateur laryngien, dont l'extrémité recourbée était dirigée vers la partie postérieure du voile du palais. Cette insufflation nous a paru indispensable pour favoriser le rétablissement prompt de la muqueuse plus ou moins enflammée et lésée, dans les points où les fausses membranes s'étaient développées. Nous l'avons d'ailleurs renouvelée tous les jours, jusqu'à la disparition complète des accidents qui, dans tous les cas, s'est manifestée du cinquième au septième jour.

La pharyngite pseudo-membraneuse profonde, dont nous venons d'esquisser les caractères et le traitement, n'est peut-être pas aussi rare qu'on le pense. Mettant de côté les cas particuliers que nous avons observés ces derniers temps et qui se sont accompagnés d'un ensemble de troubles généraux, qui leur imprimaient un cachet épidémique spécial, nous avons la certitude qu'il se développe assez souvent de fausses membranes dans la région pharyngo-nasale sans que le médecin se doute de leur présence dans cette région. En effet, il nous est arrivé quelquefois d'être appelé auprès de certains malades (des enfants de 3 à 12 ans) qui n'accusaient qu'un peu de gêne au fond de la gorge et dont la paroi gutturo pharyngienne ne présentait que de la rougeur et de la sécheresse; mais au moyen du laryngoscope nous ne tardions pas à découvrir de fausses membranes dans la région pharyngo-nasale. Cet état est d'autant plus insidieux qu'il ne s'accompagne pas d'un cortége de symptômes généraux très-prononcés : peu ou pas de fièvre, anorexie, abattement, teint plombé, tous les signes enfin d'un empoisonnement lent, chronique. Dans ces circonstances les malades sont souvent frappés mortellement, lorsque les pseudo-membranes descendent jusque sur les parties, visibles à l'œil nu, du fond de la gorge. On ne saurait donc trop surveiller la région pharyngo-nasale des jeunes malades, lorsqu'ils offrent des accidents qui s'éloignent par leur persistance et leur caractère anormal des accidents qui accompagnent les angines simples. Cet examen, qui nous a permis souvent de remonter à l'origine de certaines maladies, pourrait aider dès le début à en prévenir le développement : beaucoup de surdités, en effet, peuvent être rattachées à des lésions chroniques et méconnues de la région pharyngo-nasale, et dernièrement encore, nous avons observé chez un enfant de 7 ans une paralysie du voile du palais qui s'était manifestée à la suite d'une affection pseudo-membraneuse méconnue dans cette même région (1).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 1er avril 1870 (2). — Présidence de M. Simonnot.

LECTURE

M. BLONDEAU lit le travail suivant :

Sur une épidémie d'oreillons. — Je viens d'avoir l'occasion d'observer, dans ma clientèle, une véritable petite épidémie *d'oreillons* qui m'a présenté des particularités assez intéressantes pour que je vous demande la permission de vous en dire quelques mots.

Elle a offert d'abord ceci de remarquable qu'elle a exclusivement sévi sur des individus de vingt ans et ayant passé cet âge. C'est là déjà un fait exceptionnel; car, bien qu'il ne soit pas rare de voir les oreillons prendre des adultes et même des vieillards, le plus généralement cette maladie est une maladie de l'enfance et de la première jeunesse.

Une autre particularité encore plus singulière que celle-là, est que, chez le premier de mes malades, qui a été le premier point de départ de la petite épidémie dont je vous parle en communiquant sa maladie aux autres pris après lui, la fluxion parotidienne a été compliquée vers le cinquième jour d'une orchite double sans métastase, c'est-à-dire que la fluxion testiculaire se produisit incidemment avec celles des parotides sans que celle-ci ait été troublée dans ses allures ni modifiée dans sa forme.

C'était chez un vigoureux garçon employé dans les cuisines d'une des grandes maisons de commerce de mon quartier.

Le 12 janvier, je fus mandé près de lui. Il se plaignait, depuis la veille, d'un grand malaise fébrile qui l'avait forcé brusquement d'interrompre son service et de se mettre au lit.

Dès l'abord, je fus frappé de la tuméfaction de son visage, tuméfaction considérable occupant toute la région parotidienne de chaque côté de la face et débordant jusque sur le col. Le malade se plaignait de douleurs vives dans ces parties, douleurs qui s'exagéraient au toucher et plus encore lorsqu'il essayait de desserrer les mâchoires, ce qu'il ne pouvait faire d'ailleurs qu'avec une extrême difficulté et que très-imparfaitement. Il se plaignait, en outre, d'une excessive sécheresse de la bouche. Sa langue était couverte d'un épais enduit saburral. Le malaise fébrile qui durait depuis vingt-quatre heures et lui avait ôté le sommeil était très-prononcé. La sécheresse et la chaleur de la peau, le pouls vibrant, battant plus de 100 pulsations à la minute, témoignaient de l'intensité de cette fièvre.

Le diagnostic ne pouvait présenter la plus petite difficulté; mais comme le malade affirmait ne pas avoir été en contact avec qui que ce fût affecté d'oreillons, il me fut impossible de remonter à la cause de sa maladie.

Le traitement me parut devoir être d'une extrême simplicité. Cependant, comme l'enduit épais de la langue, l'inappétence absolue indiquaient un certain embarras des premières voies, je prescrivis un purgatif salin (une bouteille d'eau de Sedlitz), après quoi on donnerait au malade, pour boisson habituelle, une tisane légèrement acidulée. Je recommandai, par dessus toute chose, de le tenir chaudement et d'envelopper chaque côté du visage d'une large carde d'ouate de coton.

J'avertis les maîtres de l'établissement que nous avions affaire à une maladie éminemment contagieuse, et qu'il se pourrait que d'autres personnes, parmi leurs employés, contractassent à leur tour un oreillon, au cas où ils seraient en comunication avec ce jeune homme.

Celui-ci, assez mal installé dans un sous-sol, couché sur un assez mauvais grabat, médiocrement surveillé et encore plus indocile, ne tenait guère compte des recommandations, si bien qu'à chacune de mes visites, je le trouvais la poitrine et le cou découverts, malgré ce qu'on pouvait lui dire et ce qu'on lui répétait du danger qu'il y aurait à ce qu'il prît froid.

Vers le cinquième jour, il se plaignit d'un redoublement de malaise qui ne l'avait guère abandonné. La fièvre était réellement plus vive, et comme il accusait de la douleur dans les bourses, je trouvai en effet celles ci d'un rouge vif, avec chaleur interne et tuméfaction considérable qui comprenait les deux testicules et leurs épididymes.

Cependant, et c'est le fait sur lequel j'ai voulu appeler votre attention, le gonflement des parotides n'était de rien modifié.

Je bornai toute la médication, pour cette complication, à ce que j'avais fait faire pour les parotides, c'est-à-dire à faire envelopper d'ouate les parties nouvellement affectées, et l'on continua les boissons acidules sans plus m'inquiéter de cette *fièvre testiculaire* que je m'étais inquiété des oreillons.

La maladie suivit en effet une marche parfaitement régulière, sans autre incident, et, huit jours après son début, la convalescence commença, pour aboutir promptement au retour complet à la santé.

A quelques jours de là, je fus averti qu'un autre employé de la même maison, occupé comme le premier dans le sous-sol, était pris à son tour. Je conseillai de le faire soigner dans une chambre qu'il avait en ville. Mais deux ou trois jours encore après, un troisième individu, puis un quatrième ayant été pris, et ne se trouvant pas en situation d'être traités chez eux, je les fis conduire : l'un à l'hôpital Beaujon; l'autre à l'Hôtel-Dieu, où M. le professeur Béhier voulut bien, à ma recommandation, l'admettre dans la salle de sa *clinique*.

Ces trois individus étaient, de même que le premier, âgés d'au moins vingt ans.

Le dernier, dont la maladie marchait comme celle des deux autres, d'une façon régulière, sans complication aucune, fournit à M. le professeur Béhier le sujet d'une de ses leçons cliniques d'autant plus intéressante que le malade présentait cette particularité, qu'il était affecté de gonorrhée au moment où il prit les oreillons, et que, nonobstant cette coïncidence, qui pouvait faire chez lui plus que chez tout autre une propagation de l'inflammation catarrhale uréthrale aux cordons et aux testicules, il n'eut pas d'orchite.

Si je signale ce fait, ce n'est pas qu'il y ait aucune analogie entre l'orchite blennorhagique et l'orchite spéciale qui survient dans le cours des oreillons, orchite spéciale qui avait fait donner à la maladie le nom de *fébris testicularis*, sous lequel Morton l'a désignée.

Entre ces deux affections, il y a la même différence que celle existant entre la *parotide*, qui est une véritable inflammation de la glande et de son tissu cellulaire susceptible de se terminer et se terminant souvent, en réalité, par suppuration, et les oreillons, maladie essentiellement fluxionnaire, occupant bien plus le tissu cellulaire interglandulaire que la glande elle-même, et arrivant à résolution sans jamais aboutir à la suppuration. L'une, la parotidite, survenant, en général, dans le cours ou dans le déclin des maladies graves :

(1) Cet enfant venait réclamer nos soins pour un vice de la parole, à ce que prétendaient les parents. Toutes les lettres, en effet, qui ne peuvent être prononcées qu'à la faveur de l'occlusion plus ou moins complète de l'orifice pharyngo-nasal, comme nous l'avons démontré dans notre *Physiologie de la voix et de la parole*, étaient méconnaissables. Ce premier indice et l'examen des parties nous permirent de diagnostiquer une paralysie du voile du palais, qui s'était développée six mois auparavant, à la suite d'un mal de gorge qui avait duré, au dire de ses parents, une quinzaine de jours.

(2) Fin. — Voir le numéro du 5 juillet 1870.

scarlatine, rougeole, variole, fièvre typhoïde, fièvre puerpérale, pneumonie, qu'elle complique d'une manière plus ou moins fâcheuse ; l'autre, les oreillons, maladie généralement, pour ne pas dire toujours bénigne, se comportant à la façon des fièvres éruptives, et ayant comme celles-ci, et plus encore peut-être que celles-ci, ce caractère d'être contagieuse au plus haut degré.

De la concomitance entre la fluxion testiculaire et la fluxion parotidienne chez le malade dont j'ai rapporté l'observation, ceux qui se refusent à admettre les métastases tireront peut-être un argument en faveur de leur manière de voir. Mais un fait exceptionnel ne saurait infirmer en rien une règle générale. Or, il est exceptionnel de voir, dans la maladie appelée *oreillons,* l'orchite marcher simultanément avec le gonflement des parotides. Ce qui est ordinaire quand cette complication se présente, c'est que le gonflement du testicule et de l'épididyme survienne alors seulement que le gonflement parotidien a brusquement disparu pour une cause ou pour une autre, le plus habituellement sous l'influence d'un refroidissement. C'est là un fait d'observation clinique consacré par le témoignage des médecins les plus expérimentés. A ce propos, je terminerai cette note en empruntant à Trousseau, dont l'autorité en pareille matière ne pourra pas être sérieusement contestée, ces quelques lignes qu'il nous a laissées dans sa *Clinique de l'Hôtel-Dieu :*

« Il est des cas où cette maladie si douloureuse, dit-il dans sa leçon sur les oreillons, se termine par une métastase, le gonflement parotidien disparaissant brusquement, se portant alors, chez l'homme, sur le testicule, l'épididyme et la tunique vaginale ; chez la femme, sur les mamelles, et quelquefois, dit-on, sur les ovaires, sur les grandes lèvres. Quand cette métastase est accomplie, il n'existe rien autre chose que les troubles généraux, assez légers d'ailleurs, que cause la phlegmasie des tissus que le principe morbide vient de frapper; mais il arrive quelquefois que lorsque la délitescence de la fluxion parotidienné est accomplie et que le principe n'est pas encore complétement fixé, des désordres généraux de la nature la plus insolite viennent épouvanter les familles, déconcerter les médecins et jeter dans des voies thérapeutiques qui peuvent être singulièrement périlleuses. »

Pour appuyer son dire, Trousseau raconte des exemples dont il a été lui-même témoin, et termine sa leçon par cette réflexion : « Beaucoup de médecins, surtout depuis que l'organicisme a pris dans notre enseignement une place tristement importante que, grâce au ciel, il tend de jour en jour à perdre, beaucoup de médecins ont nié les accidents de la métastase, en ce sens que les phénomènes symptômatiques ne se manifestent, suivant eux, que lorsque la lésion nouvelle a pris du développement. Pour les médecins hippocratistes, on suppose que le principe morbifique, mobile dans l'économie, se met en contact avec tous les éléments organiques et provoque des troubles généraux dont la gravité peut varier au même titre que pendant la période d'invasion des fièvres éruptives, des accidents terribles peuvent se manifester quand les lésions des solides n'existent pas encore pour cesser ou diminuer quand les lésions locales se montrent. »

Si j'ai rappelé ici les paroles du maître, c'est que, justement à l'occasion de l'un des faits que je viens de rapporter, on a prétendu nier, d'une manière générale et d'une manière plus particulière dans l'histoire des oreillons, ces métastases. Les cas en sont, il est vrai, relativement rares, mais il ne serait pas difficile de rencontrer des médecins qui en aient observé, et ceux-là, assurément, ne les contesteront point.

Pour en revenir au malade qui a été l'occasion de cette note, il est évident que, chez lui, cette métastase ne s'est pas produite, qu'il y a eu coïncidence entre les deux affections parotidienne et testiculaire ; mais, je le répète, c'est là un fait exceptionnel, et, le plus habituellement, les choses ne se passent pas de cette façon.

La séance est levée à 5 heures 1/4.

Le secrétaire annuel : Dr DUROZIEZ.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

—

Étude sur les plaies artérielles de la main et de la partie inférieure de l'avant-bras, par le docteur G. MARTIN, ancien interne des hôpitaux de Paris. Brochure in-8. — Prix : 2 fr.

De l'antagonisme de la fève de Calabar et de l'atropine, par BOURNEUILLE, ancien interne des hôpitaux de Paris. Brochure in-8. — Prix : 50 centimes.

Incrustations calcaires de la paroi vésicale et pierre volumineuse immobile non adhérente, par le docteur RELIQUET, professeur libre de pathologie de voies urinaires. Brochure in-8 de 16 pages. — Prix : 50 centimes.

De la durée du traitement thermal à Vichy, par le docteur SOULIGOUX, médecin consultant à Vichy. Brochure in-8 de 16 pages. — Prix : 50 centimes.

Avantages de la dépresso-réclinaison et des divers procédés opératoires à l'aiguille dans le traitement de la cataracte, par le docteur CADE. Brochure in-8. — Prix : 50 centimes.

Action des courants électriques continus sur les spasmes de la vessie, de l'urèthre et des uretères causés par des graviers uraux, par le docteur RELIQUET, professeur libre de pathologie des voies urinaires. In-8°. — Prix : 50 cent.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — Premier Paris. — HÔPITAL DE LA PITIÉ (M. Peter) Les points de côté (Cinquième et dernière leçon). Points de côté de la phthisie pulmonaire et résumé général. — Recherches cliniques et expérimental s sur l'emploi du chloral dans le traitement des algies de nature vénérienne. (M. Charles Mauriac). — SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE. — Thèses. — Nouvelle. — Bibliographies.

Paris, le 11 juillet 1870.

Oui, la bienveillance est une bien grande qualité chez les journalistes. Savoir ne pas se faire l'écho de bruits erronés ou malveillants, ne pas rendre plus difficiles les commencements d'une grande œuvre par des critiques prématurées et hasardées, c'est plus qu'un mérite à nos yeux, c'est presque une vertu.

Ceux qui ont attendu le succès éclatant des dernières séances de la *Conference médicale de Paris* pour dire quelles craintes ils avaient eues à son début, et comment ces craintes s'étaient ensuite dissipées, ceux-là aussi peuvent se vanter d'avoir fait acte de bienveillance envers la nouvelle institution. Ouvriers de la dernière heure, ils ont droit aux remercîments.

Voici quelles sont les conclusions de la *Gazette médicale* sur le succès de la Conférence.

« Ce fait renferme en soi un grand enseignement : c'est que le corps médical est parfaitement préparé aux transformations que subit de nos jours la société tout entière ; c'est qu'il peut désormais se passer de toute tutelle administrative ou autre, régler lui-même ses propres affaires, et contribuer directement, sans mandataires plus ou moins officiels, à élucider les grands problèmes qui intéressent la santé publique. Les réunions du gymnase Paz ont fourni cette démonstration, et c'est là un résultat considérable. Aussi est-il à désirer qu'elles ne cessent pas avec la clôture de la discussion sur la vaccine; mais qu'on organise au contraire des *meetings* où le corps médical sera appelé à délibérer et à se prononcer sur les hautes questions intéressant la science, l'hygiène publique et la profession. C'est là un des moyens les plus puissants de détruire toute aristocratie, toute hiérarchie médicale, d'établir parmi nous l'égalité tout en fournissant au vrai talent un vaste champ pour se produire, et de maintenir ainsi à un degré élevé la dignité et l'autorité du corps auquel nous appartenons. Nous applaudissons donc sincèrement à l'idée de tous ceux qui ont déjà songé à instituer de semblables réunions; et autant nous sommes resté sur la réserve quand il s'est agi de la première conférence vaccinale, autant nous nous empressons d'assurer notre concours aux organisateurs des nouveaux *meetings.* »

Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* écrit dans le même sens.

« Il faut que dès aujourd'hui l'utilité de pareilles réunions soit bien appréciée de nos lecteurs des départements; qu'ils se pénètrent de l'importance du rôle que leur concours est appelé à jouer dans ces assises publiques; qu'ils n'oublient pas enfin qu'il y a là une porte ouverte au corps médical provincial, par laquelle il peut sortir de la dépendance où le retient depuis trop longtemps le défaut de communication et d'entente. »

Maintenant nous voudrions parler des ouvriers de la première heure : de ces nombreux journaux qui ont prêté leur appui à la *Conférence médicale*, qui dès le premier jour l'ont encouragée, soutenue, et ont publié ses travaux. Mais le pouvons-nous sans que M. Latour, qui déclarait n'en pas connaître, y voie un manque de courtoisie et de bienveillance à son égard ? Il est parfois si étonnant dans sa manière d'entendre les choses, comme vient de l'éprouver un confrère très-bienveillant, et connu comme tel, M. Marchal (de Calvi) !

« Par exemple, dit M. Marchal dans le dernier numéro de *la* « *Tribune*, au milieu des objurgations qui s'élevèrent à l'occasion « d'un article sur la Conférence, j'adresse à l'auteur de cet ar- « ticle les choses les plus obligeantes, que je pensais et que je « pense encore. Par un effet très-singulier du *genus irritabile*, « il trouve un goût de fiel au pur miel de Courbière soi-disant « de Narbonne, et il me répond de l'air le plus renfrogné. »

Que serait-ce donc si nous énumérions tous les journaux de médecine qui ont rendu compte des travaux de la *Conférence médicale*, et surtout ceux qui, ne se bornant pas à reproduire ou analyser les comptes rendus déjà publiés, ont eu leurs *reporters* spéciaux ? Nous en avons déjà cité occasionnellement quelques-uns tels que la *Gazette hebdomadaire, la Revue médicale, the Bristish medical journal, etc.*; pour faire acte de courtoisie envers M. Amédée Latour, pour ne pas trop grossir les faits contradictoires à ses dires, nous ne parlerons pas des autres.

Je me méprends peut-être sur le sens que M. Amédée Latour donne à ce mot de courtoisie mais j'ai toujours tenu à être courtois. En ce qui touche la bienveillance, étant bienveillant par nature, je ne puis qu'approuver M. Latour disant :

« Pour nous journalistes, la bienveillance est un devoir... Dans ses plus grandes rigueurs la justice peut rester humaine. La Presse n'a pas à couvrir de fleurs la tête de ses victimes, ou à les orner de bandelettes; la Presse ne doit pas faire de victimes; elle doit éclairer et non occire elle juge, elle n'exécute pas; de la justice elle a les balances et non le glaive. Malheur au journaliste qui veut être à la fois juge et bourreau ! »

M. Latour n'avait pas besoin de me provoquer à la bienveillance envers lui, un des doyens les plus distingués, les plus éminents du journalisme médical, et sous le nom de Jean Raymond ou sous celui de Simplice, etc., un des jouteurs les plus redoutés, membre enfin d'un corps pour lequel j'ai la plus haute estime et le plus vrai respect : notre Académie de médecine. Je n'ai jamais eu l'intention de m'attaquer à sa personne.

Mais de grâce qu'il interprète mieux ses propres articles et ceux d'autrui. Aucun de ses lecteurs n'a eu la pensée de considérer comme des conseils *bienveillants*, malgré le ton doucereux d'une phrase, ses réflexions premières sur la *Conférence médicale*. Et plus tard, d'après même les attestations dont nous prenions acte, aucun de nos lecteurs n'aura supposé que M. Latour s'était converti de tout cœur, comme saint Paul sur le chemin de Damas.

Cette déclaration véridique, deux fois certifiée véritable par M. Latour, et dont aucun homme courtois ne pouvait mettre en doute la sincérité, car c'était plus que suspecter la bonne foi de son auteur, cette déclaration portant sur un fait, et complète par elle-même, prouvait seulement que M. Latour était pressé par l'évidence quelque pût être son arrière-pensée. Rien n'obligeait à en conclure qu'il était devenu partisan sincère, admirateur et proneur zélé de cette *Conférence médicale* qui avait réussi malgré tout.

Dr VICTOR REVILLOUT.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PETER.

Les points de côté(1).

CINQUIÈME ET DERNIÈRE LEÇON

POINTS DE CÔTÉ DE LA PHTHISIE PULMONAIRE ET RÉSUMÉ GÉNÉRAL.

(Leçon recueillie par M. J. FINOT, élève du service.)

Pour en revenir maintenant aux points de côté en général, vous avez pu voir qu'eu égard à leur siége il y a :

1° Des points de côté *latéraux*, ou des nerfs intercostaux, siégeant à l'espace correspondant au nerf intéressé; points de côté latéraux, qui se subdivisent suivant la hauteur en *supérieurs, moyens* et *inférieurs;*

2° Des points de côté *de la base*, ou des nerfs phréniques, avec irradiation à l'épaule gauche ou droite et au cou;

3° Des points de côté *rétro-sternaux*, ou du plexus cardiaque, avec irradiation possible à l'épaule et au diaphragme, si le phrénique est intéressé.

A ces douleurs fondamentales et spontanées, s'en ajoutent de *concomitantes*, ordinairement provoquées; ce sont les douleurs des apophyses épineuses,

Comprenant, pour les névralgies intercostales, *autant d'apophyses dorsales* + 1 qu'il y a de nerfs intéressés (c'est-à-dire pour 1 nerf malade 2 apophyses, pour 2 nerfs 3 apophyses, etc.);

Comprenant, pour la névralgie du phrénique, les première, deuxième, troisième, quatrième et cinquième apophyses *cervicales*, avec prédominance de douleur pour la deuxième et la troisième;

Comprenant, pour la névralgie du plexus cardiaque, à peu près les mêmes apophyses cervicales que pour les phréniques.

De cette étude d'ensemble sur les points de côté, une chose doit ressortir pour vous avec la plus haute évidence, c'est le rôle considérable qu'y joue la *névralgie.*

A l'exception, en effet, d'une lésion directe de la portion osseuse ou cartilagineuse de la poitrine, — depuis la fracture jusqu'à l'exostose ; — à l'exception d'une lésion de la portion charnue, — pleurodynie ou déchirure musculaire, — tout le reste n'est que névralgie, — soit par névrite, soit par névrose.

Mais la nature névralgique de la douleur et le siége de cette névralgie une fois reconnus, vous n'avez encore accompli que la partie scientifique, la plus facile et la plus brillante, de votre tâche; c'est de la physiologie pathologique que vous avez faite, et l'esprit seul de l'anatomiste est satisfait. Mais la partie pratique, médicale, de la tâche; celle qui a moins en vue la satisfaction du médecin que le soulagement du malade, celle-là reste tout entière à accomplir. Vous avez encore à déterminer la cause générale ou l'origine matérielle de cette névralgie.

Il ne faut pas vous payer de mots : quand vous avez dit *névralgie*, alors que le malade disait *douleur nerveuse*, vous avez simplement traduit en grec ce qu'il disait en fort bon français; vous n'avez encore rien fait de médical.

Là où vous commencez à faire acte de médecin, c'est quand vous reconnaissez que cette névralgie est *symptomatique*, qu'elle n'est qu'une fraction de la maladie, comme le nerf frappé n'est qu'une fraction de l'organisme.

Là où vous êtes plus médecin encore, c'est quand vous essayez de découvrir la nature et l'origine de cette névralgie, et que vous en recherchez les sources dans l'état général du malade; c'est quand vous arrivez à reconnaître qu'il est un *névropathique* ou un *rhumatisant*, un *saturnin* ou un *syphilitique*. Car alors seulement, vous pouvez porter un pronostic et instituer un traitement.

Et je ne sais pas d'exemple plus probant des erreurs comme des dangers de l'analyse médicale exagérée que la description isolée des névralgies, considérées en soi comme maladies indépendantes. Rien de mieux que d'en avoir décrit soigneusement les symptômes, mais rien de pis que d'avoir cousu à ce travail de pure séméiotique un chapitre de pronostics, et d'avoir dit comme Valleix parlant de la névralgie intercostale : « Le pronostic de cette affection (la névralgie intercostale une affection !) n'est point grave.... Toutefois, si cette affection *n'inspire pas de craintes pour la vie* des malades, on a à redouter la prolongation de sa durée, et même un accroissement de sa violence à mesure qu'elle deviendra plus ancienne (1). » Proposition étrange et inexacte après tout, attendu que, à prendre les choses à la lettre, la névralgie intercostale des phthisiques est suivie de mort.

En résumé, les points de côté peuvent dériver d'une lésion ou d'un trouble fonctionnel du *contenant* ou du *contenu* de la poitrine.

Le contenant, la *cage* thoracique, se compose d'une charpente osseuse et cartilagineuse, tapissée par des muscles et parcourue par des nerfs. Eh bien ! la lésion de chacune de ces parties constituantes peut être le point de départ d'une douleur, ainsi les *côtes*, les *cartilages*, le *sternum* et les *vertèbres.*

Je n'ai pas à vous mentionner toutes les lésions possibles de ces portions du squelette ; je vous rappellerai seulement le cas assez peu fréquent de fracture d'un cartilage costal, que je vous ai signalé chez notre malade de la salle Saint-Charles, et qui a été précisément l'occasion de cette longue étude sur les points de côté. Je vous indiquerai aussi un fait auquel on ne songe pas volontiers d'abord, c'est le point de côté dû à un abcès migrateur ayant pour origine une carie vertébrale, et que vous reconnaîtrez à l'examen attentif des vertèbres qui confinent à l'espace intercostal douloureux, ainsi qu'à l'examen attentif de cet espace même. Je vous signalerai encore le fait relativement rare des douleurs du rachitisme thoracique de l'adulte, rachitisme dont l'idée ne se présente pas ordinairement à l'esprit, et que cependant on peut observer même à un âge fort avancé, ainsi que j'en ai montré un fort bel exemple chez une femme, à mon maître Trousseau, qui l'a mentionné dans sa *Clinique*. Ce que je veux dire dans ce rapide résumé, c'est que chacune de ces parties de la charpente thoracique peut être malade, souffrir à sa façon et devenir l'occasion d'un point de côté dont le siége et la nature doivent déjà vous guider.

Après les os, viennent les muscles, auxquels vous devez songer; et après les muscles, les nerfs. Je vous ai assez dit le rôle énorme et prépondérant de la névralgie dans la production des points de côté, depuis la névralgie simple jusqu'à la névrite par

(1) Fin. — Voir les numéros des 5 et 7 juillet 1870.

(1) *Traité des névralgies*, 1841.

altération de voisinage, et j'ai suffisamment essayé d'en indiquer le mécanisme pour n'avoir pas à y revenir.

La cage thoracique est fermée en bas par un muscle, le *diaphragme*, lequel est tapissé à sa face supérieure par la plèvre et à sa face inférieure par le péritoine, et animé par le nerf phrénique, qui s'épanouit dans son épaisseur. Ce sont là des conditions multiples de points de côté : point de côté par inflammation ou rhumatisme du muscle, qui est assez rare ; point de côté par lésion de la plèvre ou du péritoine, qui est plus fréquente ; point de côté par névralgie du phrénique, également assez fréquente, bien qu'aucun auteur ne l'ait encore décrite et dont je vous ai montré des exemples. Et de ces points de côté, je vous ai indiqué le siége spécial à la base de la poitrine, les irradiations au cou et à l'épaule, et les troubles fonctionnels importants ; et nous avons vu ensemble pourquoi ces troubles et pourquoi ces irradiations.

La cage thoracique est doublée, en tous ses points, par une toile séreuse, la *plèvre*, qui se replie sur les organes contenus et les fixe à la cage tout en en facilitant les mouvements. Et je vous ai dit comment ce trait d'union anatomique entre le contenant et le contenu pouvait devenir et devenait un trait d'union pathologique en transmettant de l'un à l'autre les lésions possibles de l'un ou de l'autre. Qu'elle soit enflammée primitivement ou qu'elle le soit consécutivement, la plèvre propage au loin l'inflammation et fait parler des nerfs désintéressés d'abord par leur siége comme par leurs fonctions dans le travail inflammatoire primitif ; et ceux-ci, envahis à leur tour, transforment une affection indolente en principe en une affection douloureuse. Ce ne sont donc pas la plèvre ou les poumons, organes à la sensibilité nulle ou faible, dont la sensibilité aurait été éveillée ou exaltée par la phlegmasie, et qui se plaignent ; ce sont les nerfs des parois, nerfs voisins de l'organe enflammé et indépendants de cet organe, mais irrités, enflammés au voisinage de l'incendie phlegmasique, qui souffrent et jettent le cri d'alarme. C'est ce que font les nerfs intercostaux dans l'inflammation de la plèvre thoracique ou des poumons ; c'est ce que font les phréniques dans la lésion de la plèvre diaphragmatique.

Et ce qui est vrai de la plèvre est également vrai du *péricarde*, dont la lésion met en jeu très-habituellement la sensibilité des nerfs phréniques et fait crier ceux-ci, comme elle peut même, par une propagation exceptionnelle, provoquer des troubles du côté du plexus cardiaque et déterminer l'explosion d'une angine de poitrine.

(Je ne peux m'empêcher ici de vous faire remarquer ce vice de langage qui consiste à dire, comme le font certains auteurs, que la sensibilité des membranes séreuses, nulle à l'état physiologique, apparaît en s'exaltant à l'état pathologique. Ce qui souffre dans la pleurésie, dans la péricardite, comme dans la péritonite, ce ne sont ni la plèvre, ni le péricarde, ni le péritoine, dont la sensibilité s'éveillerait ainsi tout à coup, ce sont les nerfs pariétaux, compromis dans le travail inflammatoire. Auxiliaires passifs de la locomotion des organes, n'ayant pas d'*action* spontanée, les séreuses n'avaient nul besoin de sensibilité qui les y sollicitât, aussi n'ont-elles pas de nerfs qui leur soient propres. Et, n'en ayant pas, elles ne sauraient devenir sensibles à l'état pathologique. La douleur est alors, je vous l'ai dit, un phénomène d'emprunt.)

Puis, après le contenant, nous avons étudié le *contenu*, et il nous a été facile de voir que les lésions des organes principaux renfermés dans la poitrine (poumons, cœur et aorte), ne donnaient naissance à des points de côté, que quand ces lésions venaient confiner à des nerfs. Ainsi, pour le *poumon*, qu'il s'enflamme ou se tuberculise, la douleur est nulle tant que la plèvre est intacte ; il y a bien une sensation vague de malaise du côté des voies respiratoires et des troubles fonctionnels directement proportionnels à l'étendue de la surface pulmonaire envahie, mais pas de douleur de côté. La douleur de la pneumonie est une douleur de pleurésie ; et la douleur de la pleurésie est une douleur de névrite intercostale. Elle suppose la propagation de l'inflammation du poumon à la plèvre viscérale, de celle-ci à la pariétale, et de celle-ci au nerf voisin. Cette propagation se conçoit, à la rigueur, du poumon à sa séreuse d'enveloppe par le fait de la solidarité vasculaire, les mêmes vaisseaux les desservant tous deux ; mais cette condition anatomique n'existe pas de la plèvre viscérale à la pariétale, dont les vaisseaux sont absolument différents. L'inflammation ne résulte plus alors que d'un phénomène de contact. La pleurésie pariétale correspond, centre pour centre, aux portions malades du poumon ; il se passe, dans ce contact malsain, ce qui se produit à ciel ouvert, et sans qu'on y prenne autrement garde, dans la transmission de l'inflammation d'une portion restreinte du globe de l'œil à la portion exactement contiguë de la paupière.

Bien plus encore que le poumon, le *cœur* malade est indolent. Vous en savez la raison pour l'endocardite, l'endocarde étant une membrane épithéliale sans nerfs. L'inflammation du tissu musculaire est peu douloureuse et ne saurait provoquer de points de côté. La péricardite seule a ce pouvoir, et vous savez que c'est par les nerfs phréniques qu'elle le possède.

Enfin, vous avez vu que les lésions de l'*aorte*, lorsqu'elles intéressent sa tunique externe, peuvent, en se propageant au plexus cardiaque, produire les points de côté rétro-sternaux de l'angine de poitrine.

(*A suivre.*)

RECHERCHES CLINIQUES ET EXPÉRIMENTALES

SUR

L'EMPLOI DU CHLORAL

DANS LE TRAITEMENT DES ALGIES DE NATURE VÉNÉRIENNE

Par CHARLES MAURIAC,
Médecin de l'hôpital du Midi.

Parmi les nombreux accidents que produisent les maladies vénériennes, les *algies* ou *douleurs* occupent une large place, surtout dans la symptomatologie de la syphilis. Il n'est même pas rare de les voir s'élever à un degré d'intensité tel, qu'elles constituent alors de véritables complications, contre lesquelles il est nécessaire de diriger une médication appropriée. Le chloral dont on a vanté, dans ces derniers temps, les propriétés anesthésiques et hypnotiques, m'ayant paru très apte à remplir les indications que présentent de pareils cas, je l'ai expérimenté dans les trois grandes classes de maladies vénériennes, c'est-à-dire, dans les affections blennorrhagiques, dans les chancres non infectants et dans les affections syphilitiques.

Pour que l'histoire d'un agent thérapeutique soit complète, il faut qu'il ait été essayé dans toutes les circonstances cliniques où son action peut être de quelque efficacité. Or, pour un seul symptôme, ces circonstances varient à l'infini. Il y a en effet des phénomènes morbides généraux, communs, et pour ainsi dire primitifs, qui appartiennent presque de droit à toute maladie. On les retrouve à chaque pas dans le vaste domaine de la pathologie. De ce nombre est la douleur. Toutes les causes morbides la provoquent, depuis celles qui ne troublent que pour quelques heures l'équilibre normal de la santé, jusqu'à celles qui jettent brusquement l'économie dans un désordre fonctionnel irrémédiable, ou qui la désorganisent et la conduisent peu à peu à la cachexie ultime des maladies chroniques et constitutionnelles.

La douleur exprime donc, dans son mode le plus simple et le plus général, la révolte de l'organisme contre une cause nuisible quelconque. C'est un phénomène simple, plus simple que la fièvre qui vient immédiatement au-dessous de lui dans l'ordre des phénomènes morbides communs et généraux. Il est indécomposable, puisqu'il se réduit, en dernière analyse, à une *sensation qui fait souffrir*. Et pourtant, il présente une histoire clinique extrêmement complexe, en vertu même des conditions étiologiques si variées qui le produisent.

Les douleurs ou algies existent rarement seules. La plupart du temps, elles font partie d'un groupe pathologique composé d'un nombre plus ou moins considérable d'autres éléments morbides. Il faut les dégager de cette association, quand on étudie sur elles l'action de tel ou tel ordre de médicaments. Il faut en outre mesurer le degré de subordination dans lequel elles se trouvent par rapport à la cause générale qui produit et domine toutes les manifestations partielles. En un mot, il est indispensable qu'une analyse clinique, pathogénique autant que phénoménale, définisse rigoureusement les faits simples ou composés sur lesquels doit porter l'expérimentation.

Il y a des algies tellement imprégnées de spécificité, que le médicament spécifique dirigé contre la maladie principale, dont elles ne sont qu'un symptôme, agit sur elles quelquefois avec autant de promptitude, et presque toujours plus radicalement, que les stupéfiants ou les narcotiques. Le type de ces algies, ce sont celles d'origine palustre : elles constituent une classe importante des fièvres larvées, d'un caractère parfois pernicieux. Le sulfate de quinine les guérit mieux et aussi vite que l'opium. Dans les algies syphilitiques, il existe également une forte dose de spécificité ; aussi les médicaments spécifiques par excellence dans la syphilis, le mercure et l'iodure de potassium, possèdent-ils une puissance curative remarquable contre elles. L'iodure de potassium surtout jouit d'une merveilleuse aptitude pour calmer et faire disparaître les douleurs syphilitiques, à quelque moment du processus constitutionnel qu'elles se produisent. Mais l'action de ces médicaments n'est pas instantanée ; elle ne se produit que peu à peu et devient insuffisante lorsque la violence des douleurs rend impérieuse l'indication de les modérer ou de les guérir dans le plus bref délai possible. Ces médicaments, en effet, ne semblent aboutir au système nerveux que par l'intermédiaire des fonctions plastiques. C'est sur le mode vicieux des échanges de matériaux, sur la vie intime des éléments, sur la composition des liquides nutritifs qu'agit leur vertu curative, beaucoup plus que sur telle ou telle modalité fonctionnelle du système nerveux, dans ses centres ou à sa périphérie. Il résulte de là qu'il est souvent utile de recourir aux stupéfiants et aux narcotiques dans les algies qui nous occupent.

Mais si les algies spécifiques et constitutionnelles ont sur les autres l'avantage d'être atténuées ou guéries par des médicaments qui ne les attaquent pas d'une manière directe, elles offrent, en revanche, un inconvénient dont il faut tenir compte quand on veut apprécier d'une façon rigoureuse l'influence curative qu'exercent sur elles les divers agents de la médication narcotique. Cet inconvénient, c'est une sorte de résistance passive à l'action de ces remèdes, résistance qui a sa source dans les conditions morbides générales de l'organisme, et qui ne peut être victorieusement combattue qu'autant que les spécifiques de la maladie constitutionnelle commencent à ramener tout l'organisme à son mode normal de fonctionnement.

Il me semble que les réflexions qui précèdent s'appliquent aux opiacés. Je les ai souvent administrés dans diverses algies syphilitiques, sans en obtenir les bienfaits sur lesquels je me croyais en droit de compter. Administrés à la dose ordinaire, ils ne produisaient que des effets nuls ou incertains. Administrés à doses plus fortes, leurs effets toxiques sur l'économie venaient détruire, en totalité ou en partie, le bénéfice de leur action curative.

En est-il de même du chloral? C'est ce que je me suis efforcé de déterminer par les expériences suivantes :

PREMIÈRE PARTIE

OBSERVATIONS

I

Dans mes premières expériences sur le chloral, je me suis servi des capsules préparées par mon condisciple et ami, M. Limousin, pharmacien à Paris. Chacune d'elles contient *trente-deux* centigrammes d'hydrate de chloral. Les unes sont molles et les autres dures. Mais il m'a paru que la consistance de l'enveloppe était insignifiante, et ne favorisait ou ne contrariait en rien l'action du médicament.

Un jeune homme de 22 ans, M. M... (Édouard), comptable, entré le 16 mars 1870, dans mon service à l'hôpital du Midi, salle 7, nº 8, avait contracté, en septembre 1869, un chancre syphilitique situé sur la face interne du prépuce. Sa santé avait toujours été bonne, et on ne trouvait dans ses antécédents aucun vice constitutionnel héréditaire ou acquis. Le chancre fut guéri au bout d'un mois.

A la fin de décembre (trois mois après l'apparition du chancre), survint, sans trouble général notable, une éruption discrète de larges papules plates sur le ventre et sur les membres inférieurs. Dans le courant de janvier, alopécie considérable qui fit des progrès rapides.

Au moment de son entrée à l'hôpital, le malade commençait à éprouver des maux de tête nocturnes et des attaques irrégulières de fièvre avec sueurs, dont le sulfate de quinine fit promptement justice. Il fut soumis à un traitement hydrargyrique.

Le 20 mars (sixième mois de la maladie), la céphalée prit des proportions inquiétantes. Elle se produisait surtout pendant la nuit. L'insomnie était opiniâtre. Le malade ne dormait que deux ou trois heures. Son sommeil était léger et agité. Roséole papuleuse en voie de guérison. Alopécie. Chancres mous récents compliqués d'un bubon suppuré.

La céphalée et l'insomnie duraient depuis plus de quinze jours avec une intensité toujours croissante, lorsque, le 31 mars, j'administrai quatre capsules de chloral (*un* gramme *vingt-huit* centig. d'hydrate de chloral) qui furent prises vers sept heures du soir, à des intervalles très-rapprochés.

Le sommeil vint à huit heures, c'est-à-dire moins d'une heure après l'ingestion du médicament, et se prolongea jusqu'à trois heures du matin sans interruption. Au moment du réveil, la tête était lourde et les tempes semblaient battre avec force. Assoupissement léger dans la matinée.

Le choral n'avait produit, soit du côté du tube digestif, soit du côté des autres appareils, aucun phénomène digne d'être noté.

Le 1er avril, quatre capsules d'hydrate de choral furent administrées à sept heures du soir. Sommeil profond et sans interruption, de huit heures du soir à deux heures du matin. Depuis son réveil jusqu'à quatre heures du matin, violente céphalée.

Le 2 avril, même dose de chloral et à la même heure : sommeil excellent de huit heures à deux heures du matin. Céphalée depuis le réveil jusqu'à six heures.

Le 3 avril, même dose de chloral, à la même heure. Sommeil de huit heures à deux heures et demie du matin. Léger mal de tête dans la matinée et la journée du 4.

Le 4, je cessai le médicament. Le sommeil ne commença qu'à dix heures du soir et finit à trois heures du matin. La céphalée fut peu intense.

A partir de cette époque, le malade ne prit plus de capsules.

Néanmoins le sommeil dura en moyenne six heures, et les douleurs de tête nocturnes s'atténuèrent peu à peu. Elles persistaient cependant encore, mais à un faible degré, quand le malade quitta mon service le 26 avril.

La dose de *un* gramme *vingt-huit* centig. est très-modérée ; elle a suffi cependant à vaincre l'insomnie et à faire taire la douleur pendant une partie de la nuit. Le but dans lequel j'administrais le choral avait donc été atteint, et il l'avait été sans provoquer aucun trouble spécial du côté des centres nerveux. J'ajoute que le médicament avait été très-bien toléré par l'estomac.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 15 juin. — Présidence de M. H. Blot (vice-président).

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine : Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*. — Le *Montpellier médical*. — La *Gazette médicale de Strasbourg* ;

— Le *Compte rendu de la séance publique annuelle de l'association française contre l'abus du tabac*. Broch. 1870 ;

— Docteur Van Dommen : *Essai sur les moyens de transport et des secours en général aux blessés et malades en temps de guerre*. Gr. in-4º avec atlas in-fº de 22 planches ;

— M. Ehrmann (de Mulhouse), membre correspondant de la So-

ciété, adresse, avec *dix moules en plâtre* représentant le résultat des opérations, la note qui suit :

Note sur la staphylorrhaphie et l'uranoplastie chez les enfants du premier âge. — Les pièces en plâtre que nous avons l'honneur de communiquer à la Société de chirurgie, se rapportent à des enfants du premier âge opérés par nous de division congénitale du palais.

Les auteurs qui se sont occupés de la staphylorrhaphie ont tous plus ou moins insisté sur l'avantage qu'il devait y avoir à pouvoir la pratiquer à un âge assez tendre. Cette propension à l'opération précoce était chose d'autant plus naturelle, que pendant fort longtemps l'exercice méthodique de l'organe restauré avait été considéré comme l'unique condition de laquelle dépendait, au point de vue fonctionnel, le plus ou moins de perfection du résultat définitif. Aujourd'hui qu'il est établi, par les travaux de MM. Passavant, G. Simon, Trélat, etc., que les conditions anatomiques de développement, de dimension de la portion osseuse de la voûte, jouent dans l'appréciation de cet élément un rôle prépondérant, la question de l'intervention hâtive semble, il faut le dire, avoir perdu une grande partie de son opportunité, et il en scrait bien effectivement ainsi s'il ne devait rester toujours, — en admettant que l'on renonce définitivement à opérer les grandes fissures, — un certain nombre de cas où on continuera à s'imposer l'indication de l'action chirurgicale : nous voulons parler des divisions bornées au voile seul ou ne s'étendant qu'à une portion limitée de la voûte osseuse. Il ne peut être douteux, qu'en tout état de cause il devra y avoir avantage, du moment où l'on se décidera à opérer, de le faire le plus tôt possible.

Ce n'est que dans ces dernières années que des tentatives un peu suivies ont été faites dans la première enfance. L'opération, jusque-là, était considérée comme impraticable à cet âge, en raison surtout des obstacles que devait faire rencontrer l'application des soins consécutifs. Roux, comme on le sait, n'opérait guère qu'à partir de l'âge de 16 ans. Dieffenbach, MM. Sédillot, Hergusson, Pollack, les promoteurs du débridement musculaire, avaient abaissé cette limite à 10 ou 12 ans.

Langenbeck, à l'époque de la publication de son deuxième mémoire (1), recommande de ne point entreprendre la staphylorrhaphie au-dessous de 7 ans. Sur 9 cas de staphylorrhaphie simple qu'il avait rassemblés, chez des enfants de six semaines à deux ans trois quarts, il y avait eu 9 insuccès : 2 de ces cas lui étaient personnels, 5 appartenaient à Passavant (2), 2 à Bilbroth (3).

Plus récemment, Billroth (4) a rapporté un cas de staphylorrhaphie chez un enfant de deux mois, opération suivie de mort au bout de six heures.

Dans 3 autres cas, où la staphylorrhaphie avait été combinée à l'uranoplastie périostique, Billroth (5) a eu 1 insuccès (enfant de deux ans et demi) et 2 guérisons (enfants de sept mois et de dix-huit mois).

O. Weber (6) et G. Simon (7), chez des sujets de quatre semaines et de quinze jours, opérés en un seul temps, obtinrent bien une réunion partielle en avant, mais la virent échouer complétement au niveau du voile.

En Angleterre, les travaux de Th. Smith (8) ont donné aux essais de staphylorrhaphie chez les enfants une récente impulsion; ce chirurgien a eu le mérite, comme on le sait, de généraliser l'emploi du chloroforme dans cette opération. Sur 16 cas publiés, il n'y en a que 4 chez des sujets au-dessous de cinq ans : insuccès pour un garçon de deux ans et une fille de trois ans; chez une fille de deux ans et onze mois (division simple du voile) la réunion fut obtenue, après un premier échec occasionné par la scarlatine, et une nouvelle opération pratiquée deux mois plus tard; chez une fille de trois ans et deux mois (division du voile et de la région palatine de la voûte), la guérison se fit également, mais après trois séances opératoires, dont la première avait, comme dans le cas précédent, échoué complétement par le fait de la scarlatine, et dont la deuxième avait amené une réunion partielle.

Dans une lettre qu'il a bien voulu nous écrire récemment, M. Smith déclare n'avoir jamais opéré de sujets au-dessous de 2 ans; le résultat est, dit-il, trop incertain à cet âge, pour risquer de compromettre, en l'entreprenant dans ces conditions, une opération qui a, au contraire, besoin d'être encouragée. M. Smith ajoute, que pourtant M. Marsh, son collègue à l'hôpital des Enfants de Londres, a réussi une staphylorrhaphie sur un enfant de dix mois, et qu'il est à sa connaissance que M. Annandale (d'Édimbourg), a obtenu un succès analogue sur un sujet « de moins de deux ans ». Nous lisons, de notre côté, que M. Buszard (9), de Northampton, a pratiqué avec succès la suture du voile sur un enfant de six mois.

En résumé, sur 20 cas de staphylorrhaphie relatifs à des enfants de 15 jours à trois ans et demi, il y a 15 insuccès, dont 1 suivi de mort et 5 succès. En y comprenant les deux cas de MM. Marsh et Annandale, sur lesquels nous ne possédons point de détails, on obtient un ensemble de 22 cas, dans lequel le chiffre des guérisons figure pour 7. Dans 5 seulement de ces cas, l'uranoplastie périostique avait été combinée à la staphylorrhaphie (10); 2 d'entre eux guérirent; 1 échoua complétement; pour les 2 autres, où la staphylorrhaphie avait échoué, l'uranoplastie réussit complétement.

Quant à l'uranoplastie simple, sans staphylorrhaphie simultanée, 4 cas, opérés par G. Simon (11), donnèrent 3 guérisons (garçon de neuf mois et fille de quatre ans), 1 décès (1) (garçon de deux ans et trois mois) et 1 insuccès (fille de cinq mois : procédé Bilbring); 2 cas, opérés par Billroth (2), échouèrent tous deux (enfants de deux mois et de quatorze jours); ce dernier mourut de pneumonie au douzième jour de l'opération. Sur 6 cas donc d'uranoplastie simple, 2 succès, 2 décès, 2 insuccès.

Tels sont les résultats des faits que nous avons pu recueillir; d'autres peut-être nous auront échappé. En supposant la statistique complète, elle était à coup sûr assez peu encourageante.

L'analyse des observations ci-dessus fait découvrir qu'un certain nombre des insuccès est à mettre sur le compte des circonstances opératoires, dans le détail complet desquelles la nature succincte de cette note ne nous permet point d'entrer; nous ne voulons insister, dans le présent travail, que sur l'un de ces points, celui de l'alimentation des jeunes opérés. Passavant, Langenbeck, Billroth avaient, dans plusieurs de leurs cas, constaté que l'adhésion des lambeaux, alors même que de prime abord elle avait pu sembler effective, n'était point arrivée à se maintenir, parce que les sujets que les douleurs dans la déglutition empêchaient de s'alimenter, tombaient dans une sorte de dépérissement, et que la cicatrice dès lors ne se consolidait point.

Nous avions pensé, dès le principe, que l'on devrait pouvoir remédier en partie à cette condition fâcheuse, en organisant l'opération de façon à sauvegarder le plus possible l'alimentation des jeunes patients, sauf à l'imposer même, si les dispositions opératoires devaient ne pas se prêter à l'ingestion spontanée.

Chez un enfant de trois ans et demi, atteint de fissure complète, dont l'observation se trouve relatée dans notre mémoire *sur l'uranoplastie* (3), récompensée en 1867 par l'Académie de médecine, nous avions eu soin, en même temps que de répartir sur deux séances l'occlusion de la fissure, de comprendre dans l'opération principale, la voûte et une portion importante déjà du voile, de manière à réduire la deuxième intervention à une simple suture, sans nouvelles sections musculaires à travers l'épaisseur de l'organe; de la sorte, l'extrémité inférieure du voile du palais restait libre lors de la première opération, et la réaction sur les fonctions de déglutition s'en trouvait atténuée; la staphylorrhaphie complémentaire ne nécessitant plus ensuite, dans ces conditions, de nouvelles incisions latérales, l'inflammation concomitante du voile devenait, à ce moment aussi, très-minime, et la déglutition restait modérée.

Nous n'avions point eu encore, à cette époque, l'occasion d'aborder des sujets plus jeunes, mais nous nous étions bien proposé (4), s'il devait nous arriver d'avoir à pratiquer la staphylorrhaphie dans le tout premier âge, de nous appliquer de notre mieux à entretenir l'alimentation, en nous aidant au besoin d'une sonde flexible introduite dans l'œsophage, au-devant d'une plaque protectrice moulée sur l'arcade dentaire, et garantissant chaque fois la suture au moment de cette petite manœuvre opératoire.

Ce procédé nous a réussi chez un enfant de quatre mois et demi, où l'indication d'une alimentation suivie s'imposait d'autant plus que l'état général du sujet était, avant l'opération déjà, fort peu satisfaisant. Nous croyons également en avoir tiré bon parti chez un enfant de huit mois, où s'étaient présentées au début certaines difficultés à l'ingestion spontanée du liquide alimentaire.

Quand l'âge et la force du sujet pourront faire appréhender une certaine résistance à la manœuvre dont il s'agit, il vaudra généralement mieux, pensons-nous, répartir l'opération sur deux temps, en suivant le mode que nous avons employé dans le cas dont il a été question plus haut; c'est ce que nous avons fait pour le sujet de notre observation V, âgé de deux ans et trois mois.

Voici maintenant l'indication résumée de nos opérations :

Observation I. — Fille de trois ans et demi; division bilatérale complète, avec écartement osseux de 11 millimètres. L'opération, pratiquée le 27 mai 1867, porta sur toute la portion osseuse de la fissure et sur près des deux tiers supérieurs du voile. Six points de suture. Suites immédiate extrêmement bénignes. L'alimentation peut être poursuivie dès le début, sans que le sujet y fit résistance. Ablation des fils le seizième jour. Complément de la staphylorrhaphie deux mois plus tard. Guérison.

Ce sujet avait été opéré sans chloroforme, mais nous l'avions anesthésié, comme d'ailleurs nous l'avons toujours fait depuis lors, chaque fois qu'il s'est agi de jeunes enfants.

Obs. II. Fille de 4 mois et 1/2, de chétive constitution; division bilatérale complète, avec bec-de-lièvre double et saillie de l'os incisif; écartement osseux de 10 millimètres. Staphylorrhaphie le 14 mars 1869, à l'hôpital de Mulhouse; chloroforme; application de 5 fils, dont 3 sur le voile et 2 sur la moitié inférieure de la voûte décollée. Après l'opération et jusqu'au lendemain matin, l'enfant boit sans peine; la déglutition devient difficile dans le courant du deuxième jour; injection de lait coupé dans l'œsophage à l'aide d'une scringue à canule flexible, introduite avec précaution au-devant d'une plaque protectrice en caoutchouc durci; une certaine quantité en est rendue dans un vomissement; la moitié environ est conservée. L'injection du lait est répétée trois fois le jour suivant, deux fois le jour d'après; elle est mieux tolérée; l'enfant, dans l'intervalle, arrive à avaler moins péniblement. La déglutition spontanée redevient aisée le cinquième jour, en même temps que le dégonflement commence à s'opérer. Extraction des fils le dix-neuvième jour; réunion par première intention sur toute la hauteur du voile, y compris la luette. Les deux fils supérieurs avaient été coupés dès le quatrième jour.

Malheureusement notre petite D..., peu de temps après sa sortie de l'hôpital, contracta la variole, qui à ce moment régnait épidémiquement dans son village; comme elle n'avait point été vaccinée encore, l'affection se développa chez elle avec une grande violence; consécutivement se produisit une série d'abcès, qui finirent par épuiser la malade; elle succomba, six semaines après l'invasion de la variole, trois mois et demi après la staphylorrhaphie; la réunion du voile s'était bien maintenue.

Obs. III. — Fille de 8 mois, de bonne constitution, mais atteinte d'une toux habituelle; division du voile et de la moitié postérieure de la voûte, avec écartement osseux de 9 millimètres; pas de bec-de-lièvre. Staphylorrhaphie et uranoplastie, le 18 octobre 1869 à l'hôpital de Mulhouse. Chloroforme, occlusion par six points de suture de l'ensemble de la division. Injection de lait, le soir du deuxième jour et les deux jours suivants; l'enfant, d'ailleurs, n'avait pas cessé de prendre spontanément, mais en très-faible quantité, la boisson qu'on insistait à lui offrir. Toux fréquente. Le huitième jour, recrudescence de fièvre, cris, diarrhée, apparition d'une incisive inférieure, trois jours après perce sa congénère.

Extraction des fils le dix-septième jour; réunion parfaite au voile, sauf pour la luette; à la voûte, les bords des lambeaux se sont cicatrisés isolément. Avivement séance tenante de la luette et des bords contigus de la voûte; application de deux fils à l'extrémité inférieure du voile, et de deux autres en avant; extraction de ces fils le quinzième jour; réunion à la voûte, résultat incomplet à la luette; nouvelle suture, levée le dixième jour.

Ce sujet a été présenté guéri à la Société médicale du Haut-Rhin, dans sa séance du 13 mai 1870.

Obs. IV. — Fille de 8 semaines, de complexion délicate; division unilatérale gauche avec bec-de-lièvre; écartement osseux de 14 millimètres; les moitiés maxillaires ne mesurent elles-mêmes que 9 à 10 millimètres à gauche et 11 millimètres à droite; la perte de substance est donc très-large. Staphylorrhaphie, le 12 janvier, à la maison de santé des diaconesses de Mulhouse; chloroforme; trois sutures sur le voile; la muqueuse palatine est décollée jusqu'en avant, de façon à permettre le rapprochement du voile sans tension apparente; malgré cela, le fil supérieur cède dès le surlendemain de l'opération; le quatrième jour au matin, le reste de la suture s'était entièrement rouvert.

Obs. V. — Garçon de 2 ans et 3 mois. Division du voile et de la région palatine de la voûte, avec écartement de 11 millimètres. Uranoplastie et staphylorrhaphie, le 3 février 1850, à la maison de santé des diaconesses de Mulhouse; chloroforme; cinq sutures; le tiers inférieur du voile avait été laissé intact. Le lendemain, abattement et fièvre; abondante salivation; les jours d'ensuite se développe une bronchite aiguë, accompagnée d'un état général assez inquiétant pour nous déterminer à recourir au vésicatoire et aux vomitifs. Nonobstant ces complications, et à notre grand étonnement, nous devons l'avouer, la réunion se maintient parfaite, au niveau des cinq sutures.

Le vingtième jour, extraction des fils; application de trois sutures sur l'extrémité inférieure du voile; on les enlève le onzième jour; la réunion est complète.

Des faits qui précèdent, il ressort que non-seulement le traitement des divisions congénitales peut être entrepris avec succès dans le premier âge, mais que, bien conçu et exécuté avec précision, il doit réussir le plus souvent. Sur cinq opérations, nous en avons en effet quatre heureuses, et pour celle où nous avons échoué, les dispositions locales étaient, comme on l'a vu, si défavorables, qu'en l'entreprenant, nous pouvons presque dire que nous en étions à rechercher la limite à laquelle était susceptible de s'aventurer l'intervention de l'art. Ces cinq cas sont d'ailleurs les seuls de cette catégorie que jusqu'ici nous ayons eu l'occasion d'opérer (1).

Ces résultats sont d'autant plus significatifs, que de nos trois opérés, les plus jeunes, l'un (Obs. II), d'une complexion chétive et porteur d'une fissure très-compliquée, se présentait par cela même dans de bien mauvaises conditions apparentes; que celui de l'observation III avait eu, dans le cours de son traitement, de la toux et des accidents de dentition, et que, pour celui enfin de l'observation V, une bronchite intercurrente grave n'a point empêché la guérison

(1) *Weitere Erfahrungen im gebiete der Uuranoplastik. Arch. für Klin. Chirurg.* Bd. V, Hist. 1, Berlin, 1863, p. 44.
(2) *Arch. für Heilkunde.* Leipzig, 1862, Hist. 4, p. 323.
(3) *Arch. für Klin. Chirurg.* Bd. II, Hist. 3 1862, p. 658.
(4) *Erfahrungen aut deue Gebiete der praktischen Chirurgie* (*Arch. für Klin. Chirurg.*, 1869, Bd. XI, p. 158.
(5) *Arch. für Klin. Chirurg.* Bd. II, 1862, p. 658, et *Erfahrungen*, etc., p. 160.
(6) *Arch. für Klin. Chirurg.* Bd. IV, Hist. 1, 1863, p. 295.
(7) *Beitrage zur plastischen Chirurgie.* Prag, 1868, p. 91.
(8) *Med. Chir. Transact.*, vol. XLI, 1868, Janv., et *Lancet*, 1869, p. 226.
(9) *British Med. Journal*, 1868, p. 350. C'est par erreur que dans Holmes (*Thérap. des mal. chir. des enfants*, trad Larcher, 1869, p. 148), cette opération est signalée comme ayant été faite sur un enfant de 4 mois : c'est le bec-de-lièvre qui, chez ce sujet, avait été opéré à cet âge.
(10) Dans le deuxième cas de Smith et dans celui de Buszard, où la voûte osseuse était fissurée, l'opération ne porta néanmoins que sur le voile seul.
(11) *Beitrage zur plast. Chirurgie*, 1818, p. 91.

(1) *Septicémie*, suite de gangrène de l'un des lambeaux (accident opératoire).
(2) *Erfahrungen*, 1869, p. 161.
(3) *Étude sur l'uranoplastie.* Paris, 1869, p. 53.
(4) *Loc. cit.*, p. 75.

(1) Depuis la communication de cette note à la Société de chirurgie, nous avons opéré un sixième sujet, que nous avons eu le malheur de perdre, dans des conditions, il est vrai, qui nous paraissent bien devoir laisser intactes les conclusions de notre travail. Il s'agit d'un enfant de 7 mois 1/2, d'une belle constitution, porteur d'une division du voile et de la région palatine de la voûte; l'opération eut lieu le 19 juin dernier, à l'hôpital de Mulhouse. L'enfant venait d'être endormi par le chloroforme; nous avions débuté par passer deux fils dans le voile, et nous nous disposions à en passer un troisième avant de procéder à l'avivement, quand subitement se produisit une attaque asphyxique, dont nous eûmes une certaine peine à relever le sujet, et qui nous obligea à interrompre l'opération pendant quinze à vingt minutes. L'enfant revenu à lui, nous jugeâmes, ainsi que les confrères qui nous assistaient que la séance pouvait être reprise, mais sans nouveau recours, bien entendu, à l'agent anesthésique; au bout d'une demi heure, l'opération était achevée, l'ensemble de la fissure fermé par six fils; l'enfant, assez affaibli, était mis au lit après qu'on lui eût fait avaler quelques cuillerées de vin. Malheureusement la respiration, qui à trois reprises déjà, durant l'opération s'était embarassée au point de nous forcer à intervenir par les moyens usités en pareil cas, s'engoua de plus en plus aussitôt après, et après les soins les plus empressés, stimulants intus et extra, frictions, respiration artificielle, etc., la mort survint au bout de vingt-cinq minutes environ.

L'hémorrhagie avait été assez forte, tant au moment du décollement que lors du sectionnement des muscles du voile; elle n'avait point été pourtant plus abondante que chez la plupart de nos précédents opérés. Que l'affaiblissement qui en est résulté ait contribué à la terminaison funeste, cela est incontestable, mais le point de départ des accidents mortels a été manifestement dans le trouble survenu dès le début du côté de la respiration, et dont le sujet ne s'était jamais entièrement relevé : chaque fois que la respiration était devenue plus pénible, le sang avait en même temps pris la teinte livide accusant la tendance asphyxique. Si, mieux avisé, nous avions, après la première alerte, renoncé à achever l'opération, nous n'eussions point eu sans doute de malheur à déplorer.

Quant à la cause déterminante de cet accident du début, il n'y a point de doute à avoir sur le rôle qu'y a joué l'application du chloroforme. Nous relèverons pourtant encore une circonstance qui pourrait bien y avoir également contribué pour sa part : l'abaissement de la langue est un temps assez gênant de la manœuvre, et, pour éviter dans un champ déjà restreint l'intervention du doigt d'un aide, nous avions eu l'idée de faire adapter au spéculum de Smith, que nous employons d'habitude, une spatule destinée à déprimer simultanément la langue. Cet instrument avait parfaitement fonctionné chez l'enfant de 2 ans de notre Obs. V. Pour celui, plus jeune, que nous opérions ici, il était, pensons-nous, de dimension et de courbure trop fortes; il refoulait peut-être la langue trop complétement; un abaissement complet et continu de cet organe n'est pas rationnel; il paraît devoir favoriser, pendant la chloroformisation, la tendance à l'asphyxie.

Quoi qu'il en soit, s'il fait ombre dans notre statistique, ce revers, — par cela même qu'il s'agit d'un accident opératoire dont la responsabilité doit en partie nous incomber, — n'entame pas sérieusement les déductions tirées de nos faits antérieurs. Tout au plus devra-t-il nous rendre plus réservé dorénavant dans l'administration du chloroforme, alors qu'il s'agira d'enfants très-jeunes

d'arriver à bonne fin. Notons que chez aucun d'eux, nous n'avions pu éviter les plaintes, les cris, les efforts, et conséquemment obtenir l'observation des précautions consécutives que l'on s'était généralement accordé à considérer comme essentielles de la part des sujets opérés de la staphylorrhaphie.

Les conditions variées dans lesquelles se sont trouvés nos opérés ne permettent point, pensons-nous, d'attribuer simplement à une série heureuse les succès qui nous sont advenus.

Sans avoir la prétention de tirer des faits, jusqu'ici trop peu nombreux encore, des déductions absolues, nous nous croyons pourtant en droit de rapporter nos bons résultats à la réunion combinée de diverses conditions opératoires, dont la principale peut-être aurait trait aux dispositions prises pour assurer dès le début l'alimentation des sujets, mais parmi lesquelles il importe de relever aussi : 1° un sectionnement musculaire bien complet ; 2° une suture très-soignée, avec emploi de fils métalliques, maintenus en place durant un temps assez long (12 à 20 jours), jusqu'à consolidation bien avérée de l'adhérence cicatricielle.

Nous nous proposons de poursuivre ces recherches, réservant la publication détaillée de nos observations pour l'époque où nous serons à même de fournir, sur l'ensemble des points assez divers qui se rattachent à cette question, des conclusions plus complètes et plus catégoriques.

M. GIRALDÈS. Les résulats opératoires de M. Ehrmann sont très-beaux assurément, et s'il n'en est pas toujours ainsi, c'est qu'il y a des cas où la difficulté de l'alimentation, l'hydrocéphalie et autres lésions concomitantes, peuvent entraîner la mort de l'enfant en dehors de toute opération.

Pour ce genre de statistique, il faut envisager chaque cas en particulier et ne pas prendre les faits réunis en bloc, sans quoi on risque d'arriver à des conclusions erronées.

M. LE FORT insiste sur les services que peut rendre, chez les enfant, l'écarteur des mâchoires de Thomas Smith.

M. VERNEUIL indique l'envoie d'une observation de M. Dauvé dont il compte donner lecture dans une des prochaines séances. Cette observation a pour titre : *Adénite suppurée du cou. — Ulcération de la carotide primitive et de la carotide externe. — Hémorrhagie. — Mort.*

(*A suivre.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

PENDANT L'ANNÉE 1870.

35. Voullemier. Des obstacles de l'accouchement provenant du col de l'utérus.
36. Cassien. Étude de l'hématurie chyleuse d'après des observations recueillies à Salazic (île de la Réunion).
37. Le Coq. De l'hydrocèle chronique de la tunique vaginale, au point de vue de ses causes et de son traitement.
38. Hyades. Des méthodes générales d'opération de la cataracte, et en particulier de l'extraction linéaire composée.
39. Sarzaud. Quelques considérations sur l'asthme et son traitement.
40. Balard. Des adhérences anormales du placenta.
41. Guiol. Quelques considérations cliniques à propos d'un cas de plaies pénétrantes de la poitrine et de l'abdomen.
42. Pujo. Des tumeurs primitives des os.
43. Rossignol. Essai sur la pneumonie alcoolique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le prix E. Godard sera décerné pour la quatrième fois en janvier 1871.

Seront admises à concourir les personnes dont les travaux *manuscrits* ou *imprimés* seront adressés à la Société avant le 1er septembre 1870.

La Société rappelle aux concurrents les termes du testament de E. Godard : « Je lègue à la Société de biologie de Paris une somme de cinq mille francs, dont les revenus, tous les deux ans, formeront le capital d'un prix qui sera donné au meilleur ouvrage sur un sujet se rattachant à la biologie. Aucun sujet de prix ne sera proposé. Dans le cas où une année le prix n'aurait pas été donné, il serait ajouté au prix qui serait donné deux années plus tard. »

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 3 au 9 juillet 1870, donne les chiffres suivants :

Variole, 267.—Scarlatine, 19.—Rougeole, 13.—Fièvre typhoïde, 19. Typhus, ». — Érysipèle, 4. — Bronchite, 47. — Pneumonie, 73. — Diarrhée, 27. — Dysenterie, 2. — Choléra, 4. — Angine couenneuse, 7. — Croup, 5. — Affections puerpérales, 9. — Autres causes, 623.— Total : 1,119.

Celui de Londres donne les chiffres suivants, du 26 juin au 2 juillet 1870 :

Variole, 12.—Scarlatine, 80.— Rougeole, 42.—Fièvre typhoïde, 12. — Typhus, 8. — Érysipèle, 6. — Bronchite, 56. — Pneumonie, 41. — Diarrhée, 192. — Dysenterie, 2. — Choléra, 12.—Angine couenneuse, 6. — Croup, 5. — Affections puerpérales, 6. — Autres causes, 879. — Total : 1,359.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

J'ai déclaré que j'aime et que j'estime notre Académie. Aujourd'hui qu'elle vient d'être attaquée vivement dans un journal de médecine par un des grands agitateurs de l'opinion, maître par la parole non moins que par la science, je dois dire pourquoi je la regarde comme véritablement et foncièrement utile : aussi bien dans l'avenir, lorsque les grandes assises du corps médical vont se tenir sans interruption, que dans le présent et dans le passé.

L'Académie est admirablement organisée pour ébranler les opinions reçues, pour amener la chute des systèmes qui tendraient à prédominer, pour établir le doute philosophique et permettre ainsi de reconstruire avec des faits sur une sorte de table rase. Elle est donc utile à la science; car pour que la science progresse, il faut que les systèmes exclusifs, qui forment toujours un temps d'arrêt, soient rapidement renversés.

Si tous les membres de l'Académie avaient poursuivi les mêmes études, avaient exercé la même profession, ils auraient pu subir les mêmes influences, et on aurait pu craindre une science officielle régnant sans conteste et sans critique. Le danger ne serait pas moindre, si tous ceux que la nature de leurs travaux semble rendre presque étrangers au sujet qu'on traite, s'inclinaient devant l'opinion des hommes spéciaux. Mais il est loin d'en être ainsi. Par une noble émulation qu'on ne saurait trop encourager, quelles que soient leur spécialité et la section dont ils font partie, les membres habitués à prendre la parole la prennent dans toutes les questions. Comme les membres du barreau et des chambres législatives, ils n'ont pas besoin de préparation antérieure pour manifester la compétence d'un esprit net et vraiment français.

Le mécanisme des maladies est autrement envisagé par les médecins et les chimistes, les pharmaciens et les vétérinaires. Leurs préjugés sont différents, si quelques-uns n'échappent pas à l'influence des préjugés. Ainsi le public scientifique, le public éclairé bien que non médical, qui écoute, objecte et critique, est efficacement représenté dans cette enceinte. Et c'est pourquoi, à l'Académie de médecine, comme à la Presse, est dévolu le rôle indispensable de démolisseur.

Et elle le remplit à merveille. On l'a bien vu dans les discussions doctrinales qui se sont succédées, depuis un certain temps, sur l'occlusion des plaies, sur la tuberculose, et incidemment sur le système de M. Virchow, sur la vaccine, etc. Toutes les raisons de douter ont été exposées avec tant d'énergie, sous tant d'aspects divers, qu'on en était venu à ne plus savoir que penser.

Or, c'est justement quand les praticiens sont depuis quelque temps dans cet état d'esprit qu'il faut en appeler à eux-mêmes.

Ils ont observé, pour sortir du doute, de ce doute toujours si pénible pour qui doit agir; ils ont anxieusement observé; et riches de faits, ils peuvent, en se réunissant, faire définitivement la part des vérités indiscutables. La *Conférence médicale* et l'*Académie de médecine* se compléteront mutuellement.

Quant à la Presse médicale, elle ne doit pas oublier qu'elle est sœur de l'Académie. Comme elle reproduit ses discussions, elle trouve toujours dans son sein des orateurs pour reproduire ses arguments quand ils sont bons. Quel est celui de nous qui ne l'a pas éprouvé un grand nombre de fois?

Ainsi les questions sont traitées parallèlement à ces deux tribunes : celle où l'on écrit et celle où l'on parle. Chacune des deux reflète l'autre dans une certaine mesure; et il serait souvent difficile de dire quelle est celle des deux qui contribue le plus à cette agitation scientifique des esprits si favorable pour le progrès.

Mais il est urgent que l'Académie en finisse avec le vinage, et n'oblige plus de nouveaux membres aussi distingués que M. Payen, à lui payer leur bienvenue par un discours sur un sujet qui depuis longtemps est épuisé.

Dr VICTOR REVILLOUT.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PETER.

Les points de côté (1).

CINQUIÈME ET DERNIÈRE LEÇON

POINTS DE CÔTÉ DE LA PHTHISIE PULMONAIRE ET RÉSUMÉ GÉNÉRAL.

(Leçon recueillie par M. J. FINOT, élève du service.)

Ainsi, dans ce travail d'ensemble, je suis arrivé, d'analyse en analyse, à ramener à un très-petit nombre de faits, l'étude des points de côté, et j'espère être parvenu à vous démontrer la simplicité du mécanisme pathogénique dans ces cas; puisque, étant connus la situation et le trajet d'un nerf ou d'un plexus nerveux, des symptômes complexes, parfois bizarres en apparence, se réduisent à n'être plus que des phénomènes de voisinage.

Eh bien, le fait pratique dans tout ceci, c'est que la douleur étant un phénomène surajouté, indépendant de la maladie primitive, et qui pourrait ne pas exister, on peut le faire disparaître avant cette maladie et en déblayer la scène pathologique.

J'ajoute qu'on le doit d'autant plus que la douleur n'est pas un phénomène indifférent; par l'entrave qu'elle apporte aux mouvements thoraciques, la douleur diminue mécaniquement l'expansion pulmonaire et rétrécit d'autant le champ de l'hématose rétréci déjà par les lésions dont il est le siége; par son intensité même, la douleur est une occasion de trouble permanent et de préoccupation incessante et exagérée; enfin par la perte d'influx nerveux qu'elle entraîne, la douleur est une source directe d'épuisement, comme par le défaut de réparation à l'aide du sommeil, auquel elle s'oppose, elle en est une source indirecte. Pour toutes ces raisons, il importe de la faire disparaître et de simplifier ainsi l'acte morbide.

D'ailleurs, en combattant la douleur, vous faites « coup double », vous ne frappez pas seulement sur le symptôme, mais aussi sur le mal primitif et générateur. Car de même que l'hyperémie phlegmasique engendre l'hyperémie de voisinage, — et, dans l'espèce, l'hyperémie névritique; ainsi l'anémie thérapeutiquement provoquée engendre l'anémie de voisinage, — et, dans l'espèce, la révulsion de la paroi thoracique produit l'anémie de la plèvre pariétale, puis de la viscérale, puis du poumon lui-même : le fait a été expérimentalement démontré en Allemagne, ainsi que je vous le dirai plus au long dans une autre occasion.

Nos moyens d'action dans la douleur sont nombreux : vous en avez de sanglants et de non sanglants; la pusillanimité du malade préfère de beaucoup ces derniers et, autant par paresse que par préoccupation théorique, le médecin, dont l'esprit est hanté par le spectre de l'anémie, s'associe volontiers à la répulsion instinctive du patient.

Les moyens non sanglants dont je parle sont le sinapisme, la teinture d'iode, la ventouse sèche, le vésicatoire. Je n'ai pas à insister sur la nature et la valeur de ces agents, qui sont analogues à l'intensité près et que j'ai classés par degré d'énergie. J'associe fréquemment la teinture d'iode au laudanum ou à la morphine, la teinture d'iode qui mord la peau y faisant pénétrer la substance narcotique. Vous me l'avez vue fréquemment employer avec avantage.

L'injection sous-cutanée de morphine ou d'atropine est un moyen puissant de combattre la douleur thoracique, — mais il n'est guère de mise dans les cas de douleur pleurétique aiguë entretenue par une phlegmasie sous-jacente au nerf; cette phelgmasie, qui persiste, faisant bientôt reparaître la douleur un moment calmée par l'injection. D'ailleurs, la répétition de celle-ci à courte échéance peut n'être pas absolument sans danger pour la peau, et surtout pour l'organisme qu'on narcotise ainsi et dont on déprime le système nerveux alors qu'il a le plus besoin de résister à la maladie inflammatoire. J'ai cependant employé sous vos yeux ce moyen puissant dans des cas de pleurésie diaphragmatique avec vive douleur de côté, et même dans le cas de pleurésie simple, mais avec toux sèche, quinteuse, se produisait dès que le malade quittait la position couchée pour la station assise : ce que j'attribuais à ce que l'exsudat, peu abondant, qui dans le décubitus était ramassé dans la rigole costo-diaphragmatique postérieure, venait se répandre, quand le malade se plaçait le tronc dans la position verticale, sur la surface antérieure de la plèvre diaphragmatique et mettait en jeu l'action réflexe des nerfs sous-jacents. Quoi qu'il en soit de l'explication, vous avez vu comme l'injection sous-cutanée répétée deux à trois fois, a rapidement fait disparaître et la douleur et la toux

(1) Fin. — Voir les numéros des 5, 7 et 12 juillet 1870.

FEUILLETON BIBLIOGRAPHIQUE

ATLAS D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Par le docteur LANCEREAUX (1).

Dans le mouvement de rénovation qui s'opère en anatomie pathologique, tout n'est pas à prendre sans discussion préalable et sans avoir soumis au contrôle de l'observation les affirmations qui se produisent. Quand on suit d'un œil attentif et scrupuleux les différentes phases de cette révolution, on ne tarde pas à voir que, au milieu des choses nouvelles et vraies qui se publient, il en est d'autres de très-contestables, et, que la prétention de faire table rase du passé est assez injuste. Il ne suffit pas de voir les plus petits détails des choses pour en connaître la nature, car l'analyse poussée à l'excès fait souvent perdre de vue l'ensemble des objets.

(1) 1 vol. in-8, avec 50 planches en couleur.

Ce qui me frappe tout particulièrement dans l'état actuel de l'anatomie pathologique, c'est la négligence des observateurs pour les altérations visibles, et la préférence qu'ils donnent aux petites choses, autorisant ainsi toutes les hypothèses microscopiques qui encombrent la science. Aujourd'hui, les médecins ne prennent presque plus la peine de décrire une pièce d'anatomie pathologique, ils ont perdu l'habitude de le faire, ou ils ne le font que d'une main inhabile et inexpérimentée. De suite on fait l'histologie d'une lésion avec un luxe de détails et une prolixité tels, que les observations perdent souvent une grande partie de leur intérêt clinique.

Quand la France renouvela l'anatomie pathologique, au début de ce siècle, on disait, et c'est le titre du livre de Prost, *La médecine éclairée par l'ouverture du corps*. La médecine avait alors un but, c'était celui de s'élever par la connaissance des lésions à l'étude rétrospective des symptômes, de façon à éclairer le diagnostic des maladies. C'était le contrôle de la clinique sur la table des amphithéâtres, et on espérait ainsi chasser de la science toutes les hypothèses que les fantaisistes de chaque époque jetaient dans la science. Ce fut une véritable guerre contre l'hypothèse, et son succès fut tel, que de 1820 à 1850, la vraie médecine fut celle qui cherchait le plus à initier les élèves à l'étude du rapport des lésions et des symptômes. Ce fut ce qu'on pourrait appeler le triomphe de l'*organicisme*. Je n'ai pas à rapporter ici les services rendus à la science médicale par cette manière de faire. L'éclat de la médecine française de ce temps en a été la conséquence.

Personne n'avait alors songé à faire de l'anatomie pathologique une branche à part de la médecine. Celui qui aurait prétendu ne faire que de l'anatomie pathologique sans voir les malades et sans éclairer les symptômes des maladies par l'étude de leurs lésions eût été mal vu, et cependant c'est là où en est l'enseignement médical de quelques universités de l'Allemagne qu'on nous cite comme un modèle à suivre. A Berlin, le médecin ne fait pas les autopsies. Le laboratoire d'histologie s'empare des corps, fait l'ouverture et communique les résultats aux médecins traitants. Qu'une pareille méthode profite à l'histologie, je le veux bien, mais à coup sûr elle ne peut pas servir la clinique. Il y a là des difficultés pratiques de premier ordre.

C'est cette manière de faire qui nous a valu l'*Histologie pathologique* de Virchow, avec toutes ses vérités et tous ses hypothèses. Il n'en pouvait être autrement. Il faut que l'histologie complète la description et l'étude des lésions d'ensemble, comme l'étude de ces lésions complète le diagnostic et fortifie la clinique.

Ainsi l'a compris M. Lancereaux qui, au lieu d'intituler son ouvrage : *Histologie pathologique*, lui a donné le titre d'*Atlas d'anatomie pathologique*. Ce médecin a voulu compléter une lacune de notre littérature médicale. Depuis les recherches de Laennec, de Louis, d'Andral, de Cruveilhier, dont l'atlas est aujourd'hui incomplet faute de détails histologiques, nous n'avions plus aucun livre spécial qui put mettre au courant les jeunes médecins désireux de suivre les progrès de l'anatomie pathologique par l'histologie. C'est à cette œuvre éminemment utile, que M. Lancereaux a consacré le temps de ces dernières années, et les huit premières livraisons de

quinteuse, notamment chez une jeune malade du n° 19. J'avais en vue, par cette pratique, d'anesthésier directement les expansions terminales du nerf phénique. Cette même injection au niveau des insertions antérieures du diaphragme, vous me l'avez vue mettre en œuvre avec un égal succès, même lorsqu'il n'y avait pas pleurésie diaphragmatique, mais simple pleurésie, avec toux quinteuse se produisant dès que le malade s'asseyait.

J'ai employé le vésicatoire pansé avec de la morphine pour les points de côté tuberculeux de la jeune malade du n° 3, et je vous en ai dit mes raisons.

Il est des points de côté bien rebelles, ce sont ceux de certains zona, qu'ils soient diathésiques (arthritiques ou dartreux), je n'ai ni le temps ni l'occasion de discuter cette question de doctrine, — n'ayant pas de zona à vous montrer ; — il me suffira de vous dire que la douleur de côté précède parfois l'éruption de l'herpès, l'accompagne toujours et lui survit trop souvent, en prenant même de temps à autre de très-pénibles proportions. Vous ferez bien alors de conseiller, suivant l'exemple de M. Hardy, l'application sur les parties douloureuses d'une poudre composée d'une partie d'oxyde de zinc pour trois d'amidon ; en prescrivant d'ailleurs la médication générale alcaline ou arsenicale, suivant que le malade est rhumatisant ou herpétique.

Enfin, si la douleur est très-vive et d'origine inflammatoire, si, d'autre part, vous n'êtes pas dominés par la terreur superstitieuse de l'anémie, n'hésitez pas à employer les moyens sanglants, ventouses scarifiées ou sangsues, même chez les anémiques, même chez les tuberculeux. J'ai maintes fois vu mon vénéré maître M. Cruveilhier faire appliquer une demi-douzaine de sangsues sous les clavicules de sujets atteints de tuberculisations, et j'ai toujours vu alors non-seulement la douleur disparaître, mais disparaître aussi pour un long temps les craquements périphymiques. La santé générale s'améliorait parallèlement, et le malade demandait spontanément à quitter l'hôpital : on avait du même coup combattu la douleur et la congestion génératrice. Malheureusement en pareil cas, l'abus a fait abandonner l'usage ; et puis, que voulez-vous? la mode!

Je viens de vous parler des points de côté chez les anémiques et de leur traitement par les émissions sanguines ; eh ! tenez, laissez-moi vous raconter une aventure où je n'ai pas été le bon marchand. Un jour, — j'étais alors interne de M. Monneret et, par suite, assez peu disposé à verser le sang humain, — on vint me chercher pour une jeune dame, chloro-anémique, qui avait été prise d'un violent point de côté. J'étais absent ; on fit venir en attendant un médecin du voisinage, homme très-âgé et très-considéré. Le vieux praticien diagnostiqua « au juger » une fluxion de poitrine, et prescrivit une saignée locale. Arrivé à mon tour, il ne me fut pas difficile de reconnaître que cette dame, qui avait la peau fraîche, le pouls normal, chez laquelle on n'entendait aucun râle dans la poitrine, souffrait simplement d'une névralgie pleurodynique, pour laquelle je me contentai de prescrire un topique calmant. Mais le soir, la malade, impatientée de souffrir encore, se fit appliquer six sangsues. La douleur disparut très-rapidement, et il fut bien avéré que le vieux médecin, qui n'avait pas eu besoin d'ausculter pour diagnostiquer une fluxion de poitrine, avait eu raison contre l'interne des hôpitaux, et avait arrêté net une pneumonie à son début. La malade ne fut ni plus ni moins chloro-anémique qu'avant sa saignée locale : les deux cents grammes de sang environ qu'elle perdit, elle les répara bien vite à l'aide de bons aliments, et elle triompha de ne plus souffrir.

Ce n'est pas que je vous conseille d'appliquer des sangsues en pareil cas de névralgie chez une anémique, mais je veux dire qu'elles ne sont point si redoutables qu'on croit, et qu'on aurait tort, les autres moyens ayant montré leur impuissance, de se priver du secours d'une saignée locale par peur théorique de l'anémie. L'anémie est une manière d'être, et constitue une sorte de tempérament indélébile. L'anémique est et reste toujours anémique ; il possède un chiffre de globules sanguins adéquat à sa nature. Et je crois que si, par impossible, on parvenait à augmenter momentanément ce chiffre, on créerait une pléthore qui serait pour lui la maladie. Ses inflammations sont et ne peuvent être que des inflammations d'anémiques, dont le traitement est et doit être antiphlogistique, mais gradué sur sa nature d'anémique, et antiphlogistique néanmoins. C'est là une simple question de mesure. Mais on ne doit pas désarmer devant l'anémie, et le péril est souvent plus dans l'abstention que dans l'action.

Je terminerai ici cette longue étude sur les points de côté, où j'ai essayé de vous faire voir le rôle énorme des nerfs — intercostaux, diaphragmatiques ou du plexus cardiaque, — dans la pathogénie de ces douleurs.

J'espère vous avoir montré comment, par une rapide analyse du contenant et du contenu de la poitrine, on arrive facilement à diagnostiquer la nature d'un point de côté et à en reconnaître la raison anatomique comme la cause originelle ; je vous ai donné l'idée-mère, je vous ai signalé les faits, — à vous de combler les lacunes, s'il en est.

EMPLOI DU CHLORAL

DANS LE TRAITEMENT DES ALGIES DE NATURE VÉNÉRIENNE (1)

Par CHARLES MAURIAC,
Médecin de l'hôpital du Midi.

II

Chez un autre malade, également syphilitique et atteint d'algies de même nature que le précédent, le chloral produisit aussi des effets hypnotiques et anesthésiques satisfaisants.

M. A... (Charles), tapissier, âgé de 19 ans, entré le 30 mars, salle 6, lit n° 2, dans mon service, à l'hôpital du Midi, avait contracté, au mois d'août 1869, une blennorrhagie et un chancre infectant avec paraphimosis. Quatre mois après, en décembre, ses cheveux commencèrent à tomber, et il éprouva de violentes attaques de céphalée nocturne.

En janvier 1870, je constatai chez lui l'existence de plaques muqueuses anales et d'une roséole légère.

En février, deuxième attaque de céphalée nocturne ; plaques muqueuses confluentes dans le pli génito-crural rapidement guéries. (Traitement hydrargyrique.)

Vers la fin de mars (septième mois de la syphilis), le malade fut pris de douleurs vives dans la hanche et le genou gauches. Les mouvements de ces deux articulations étaient libres, et elles ne présentaient aucune altération matérielle appréciable. Ces douleurs ne tardèrent pas à devenir irradiantes et à se prolonger depuis la fesse jusqu'à l'extrémité inférieure de la jambe, en suivant le trajet du grand nerf sciatique. Elles présentaient une recrudescence notable pendant la nuit. Il survint en outre une troisième attaque de céphalée nocturne qui, se combinant avec la névralgie sciatique, réduisit le sommeil à deux ou trois heures de durée. Impossible de se coucher sur le côté gauche. Claudication.

Le 11 avril, j'administrai quatre capsules de chloral (*un gramme vingt-huit* centig.). Le malade dormit moins mal que les nuits précédentes. Il souffrait surtout beaucoup moins de la céphalée et de sa sciatique.

Je ne continuai pas l'usage des médicaments, parce que l'estomac l'avait mal toléré, quoique la dose fût très-faible. Ainsi, dans la matinée et dans la journée, il eut une pesanteur désagréable à l'épigastre et des coliques, mais pas de diarrhée ni de vomissements.

Je poussai plus loin l'expérimentation sur le malade suivant :

M. R..., âgé de 25 ans, serrurier ; entré le 29 décembre 1869, dans mon service à l'hôpital du Midi, salle 6, n° 5, présente un exemple frappant de ces algies multiples qu'on observe dans certaines syphilis, pendant la première phase des accidents secondaires. Cet homme, d'une vigoureuse constitution et d'une bonne santé habituelle, avait eu une première blennorrhagie, compliquée d'une orchite double, à l'âge de 18 ans ; une deuxième blennorrhagie à l'âge de 23 ans, et une troisième blennorrhagie, avec chancres mous, en février 1869. Dans les premiers jours d'octobre, après une continence de quatre mois, il eut commerce avec une bonne : au bout de deux jours blennorrhagie ; au bout d'un mois et demi seulement, apparition de quatre chancres infectants. — Le 8 décembre (Deuxième mois de la contamination) (1), roséole érythémateuse et croûtes dans les cheveux. Le 15 du même mois, début des accidents algiques qui ont persisté pendant plus de trois mois.

Ces accidents ont commencé par de violentes douleurs intercostales diffuses, occupant toute la moitié antérieure du thorax (il n'y avait aucune lésion de la plèvre ni du poumon), accompagnées d'une sensation angoissante de pesanteur et de constriction derrière le sternum, et d'une sorte d'asthme survenant par des attaques nocturnes comme la sternalgie, etc., etc. Ces douleurs thoraciques ont duré environ 5 semaines.

Le malade éprouvait en même temps des crampes dans les muscles gastro-cnémiens, avec douleur irradiante très-vive s'étendant du creux poplité jusqu'au tendon d'Achille. Ces crampes douloureuses survenaient sous forme d'attaque pendant la nuit, et elles empêchaient tout sommeil jusqu'à deux ou trois heures du matin. Elles commencèrent vers le milieu de janvier et ne s'atténuèrent qu'en février.

Elles avaient à peu près disparu ainsi que la sternalgie, lorsque survinrent, le 20 février, des arthralgies extrêmement douloureuses dans les coudes, les poignets et les épaules. Ces articulations ne présentaient aucune modification apparente et les mouvements y étaient libres. Les arthralgies étaient beaucoup plus fortes la nuit que le jour.

Malgré le traitement hydrargyrique le mieux suivi, l'amélioration était très-lente : persistance singulière de la roséole, alopécie, laryngopathie, faiblesse générale. Pas de céphalalgie. Insomnie opiniâtre à cause des arthralgies.

Le 26 février, je fis prendre, à sept heures du soir, 4 capsules d'hydrate de chloral préparées par M. Limousin. Trois quarts d'heure après environ, le sommeil commença, sans avoir été précédé d'aucune sensation désagréable, et dura jusqu'à six heures du matin. A son réveil le malade se sentait très-dispos ; il n'avait aucune lourdeur de tête. Pas de sécheresse de la bouche, ni de contriction de la gorge. Sommeil calme, continu, pendant lequel il n'éprouva aucune douleur. Mais les arthralgies reparurent dans la journée qui suivit la première administration du chloral. Le 27 et le 28 février, on donna le soir, vers sept heures, 4 capsules de chloral : même sommeil calme, et disparition des douleurs. Douleurs articulaires dans le jour, mais moins fortes. Le 29, on supprima les capsules, le malade ne s'endormit qu'à minuit. A quatre heures il fut éveillé par une violente crise de douleurs dans les jointures et dans la continuité des membres.

Dans la journée du 1er mars, les douleurs du bras droit prirent tous les caractères d'une névralgie siégeant dans le nerf radial, et continuèrent pendant plusieurs jours. Je n'en donnerai pas une description détaillée. Qu'il me suffise de dire que j'eus de nouveau recours au chloral, et que grâce à lui je parvins à dissiper l'insomnie et à rendre les douleurs de moins en moins fortes. Pendant ce temps, le traitement anti-syphilitique (sirop de biodure) agissait de son côté, et peu à peu tous ces accidents disparurent. Il n'est pas douteux que si j'avais eu recours plus tôt au chloral, j'aurais épargné au malade un mois d'insomnie, et j'aurais diminué, sinon fait disparaître complétement, les algies sterno-costales et les crampes des gastro-cnémiens, etc.

Le chloral, à cette faible dose, ne produisit chez le malade aucun trouble du côté du tube intestinal. En aurait-il été de même de l'opium si on l'avait donné à doses assez fortes pour produire la même sédation que le chloral ? On peut répondre hardiment : non.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir le numéro du 12 juillet 1870.

(1) Lorsque l'incubation du chancre syphilitique est très-longue, celle des accidents secondaires est en général fort courte, si bien que l'accident primitif et les accidents secondaires apparaissent presque en même temps.

HÉMATOCÈLE TESTICULAIRE

(Note lue par M. le docteur CHASSAIGNAC, à la Société de chirurgie, dans la séance du 15 juin.)

Dans la dernière séance, l'attention de la Société a été particulièrement arrêtée sur trois points : *l'hématocèle parenchymateuse, les kystes du testicule* et le *meilleur mode de traitement* à employer dans l'hématocèle. Je viens, comme plusieurs de mes honorables collè-

---

son atlas montrent aux moins clairvoyants combien la forme adoptée peut rendre de services à la science.

Ce n'est pas un livre d'anatomie pathologique avec ses doctrines souvent contestables, avec un plan méthodique en rapport avec quelque idée préconçue. Ce n'est pas un traité d'histologie. Il est un musée reproduisant à la fois les grosses lésions et leurs caractères histologiques à la fois. De cette façon, l'auteur a évité le péril et les honneurs du dogmatisme, mais il a en retour les avantages de la précision et de la brièveté. Cela lui a permis d'échapper aux hypothèses dangereuses, et son atlas n'est qu'un recueil de faits intéressants relatifs aux lésions des différents appareils représentées en couleur, de façon à frapper les yeux et à donner une image très-réelle de nos principales lésions organiques et de leur histologie.

A côté des planches de cet atlas, se trouvent les observations des malades qui ont fourni le modèle de la lésion, et quelques réflexions sur leur développement.

L'auteur a-t-il un plan et une méthode d'exposition? On l'ignore, car il n'a pas écrit d'introduction dogmatique ; mais, il faut bien le dire, la forme d'atlas excluait ce procédé, qui eut démesurément grossi le travail.

M. Lancereaux expose successivement les *lésions de l'appareil de la digestion* dans l'estomac et dans l'intestin (gastrites et ulcères de l'estomac, entérites, tuberculoses, épithéliomes et carcinomes papillomes et myomes, mélanémies, etc.) ; dans le péritoine et dans le pancréas, dans le foie, dans la rate, dans les glandes lymphatiques envisagées comme appareil d'hématopoïèse ; les *lésions de l'appareil de circulation*, sang, artères et veines, de façon à exposer longuement ce qu'il y a de nouveau dans les thromboses et embolies artérielles et veineuses, ainsi que dans les embolies capillaires ; les lésions du cœur, du péricarde et de l'endocarde, représentées avec leurs caractères visibles et dans leurs éléments histologiques.

Vient ensuite l'histoire anatomique des *laryngites*, que je trouve un peu écourtée, puis celle des lésions de la *trachée*, des *bronches* et des *poumons*.

Le chapitre relatif aux pneumonies alvéolaires, catharrhales ou fibrineuses, et aux pneumonies interstitielles, à la pneumonie caséeuse et aux pneumonies métastatiques est particulièrement intéressant. Bien qu'on puisse différer d'opinion avec l'auteur sur l'introduction de ce mot pneumonie caséeuse, qui manque de précision et donne l'idée d'une apparence physique qu'on retrouve dans bien des produits morbides altérés, il faut reconnaître que cette partie du travail est bien dans le courant des idées berlinoises, si vantées par nos micrologues français. La clinique s'arrangera comme elle pourra de ces modifications apportées dans l'histoire de la pneumonie et de la phthisie pulmonaire, mais pour le moment les résultats anatomiques dominent toute la révolution opérée dans la pathologie des organes respiratoires.

Le chapitre suivant comprend les lésions des organes génito-urinaires. Il forme la partie principale de la dernière livraison qui vient de paraître. C'est l'histoire des différentes espèces de néphites catarrhales et interstitielles et de quelques maladies de la vessie, parfaitement dessinées sur les chromo-lithographies placées en regard du texte.

Ce qu'il y a de vraiment utile dans ces 36 premières planches composant presque la moitié de l'atlas, c'est que toutes les lésions sont représentées en demi-grandeur, telle qu'on les observe sur le cadavre, et qu'il y a en même temps la figure des éléments morbides de la lésion, telle qu'on l'observe au microscope à divers grossissements. Pour ceux qui ne sont pas encore familiarisés avec l'histologie, c'est une ressource précieuse, et comme l'exécution chromo-litbographique de M. Lackerbauer est très-satisfaisante, chacun pourra trouver dans cet atlas des renseignements très-utiles.

La pathologie avait besoin d'une publication de cette nature, car la gravure sur bois ne donne qu'une idée imparfaite des lésions cadavériques, et à défaut de l'étude des pièces fraîches, il n'y a que les beaux dessins en couleur qui puissent donner l'idée de ce qu'elles sont réellement. Réaliser ce progrès sous cette forme dans un volume portatif in-quarto, plus maniable que les atlas in-folio, me paraît une heureuse idée, et ce qu'il y a trouvé de neuf et d'intéressant dans ce qui a été publié, me fait croire que tous les médecins comme moi pourront en tirer quelque profit.

E. BOUCHUT.

gues, vous apporter le contingent de mon observation personnelle sur ces divers points.

J'ai observé l'hématocèle sous les diverses formes que voici : 1° l'hématocèle de la tunique vaginale, c'est celle que tous les chirurgiens connaissent; 2° l'hématocèle parenchymateuse ou au sein même de la substance testiculaire, le liquide sanguin baignant l'intérieur d'une poche entourée de toutes parts par la substance testiculaire parfaitement constatée sur tous les points; 3° l'hématocèle dans l'hydrocèle enkystée du cordon. (*Traité d'opérations*, t. II.)

Enfin, j'ai observé l'hématocèle à l'intérieur de ces grands kystes qu'on peut nommer spermatiques et qu'on a désigné sous le nom de grands kystes du testicule. J'ai consigné l'observation dans mon *Traité d'opérations*, t. II, p. 875.

Le trait caractéristique de cette hématocèle spermatique qui présentait une grande quantité de liquide, puisque la ponction en fit sortir plus d'un litre, étaient les suivants :

1° Une énorme quantité de spermatozoïdes parfaitement développés, mais sans mouvement.

2° Des vésicules spermatiques bien moins nombreuses que les spermatozoïdes.

3° Enfin, un grand nombre de globules sanguins.

En mettant dans une éprouvette 8 à 10 grammes de ce liquide, et l'agitant avec quelques gouttes d'huile, le corps gras est émulsionné très-facilement, et le mélange devient grisâtre.

Deux points à noter dans ce fait curieux : 1° le volume de la tumeur; 2° la nature du liquide.

Il n'existe dans la science aucun exemple de kyste spermatique et hématocélique aussi volumineux que l'était celui-là. Le diagnostic exact n'a pu être déterminé qu'après la ponction et l'examen microscopique.

A l'instant où la ponction fut pratiquée, la couleur roussâtre parut établir nettement l'existence d'une hématocèle; mais le microscope seul et la faculté émulsive à l'égard des corps gras, démontrèrent le caractère précis du liquide contenu dans l'hématocèle.

Ces kystes à l'intérieur du testicule me conduisent tout naturellement à vous parler des kystes entièrement contenus dans la substance testiculaire et enveloppés par elle de toutes parts.

J'en ai recueilli plusieurs observations, et en particulier celle d'un cas dans lequel les constatations cliniques et histologiques me paraissent ne laisser place à aucune incertitude, puisque l'examen histologique, fait avec le plus grand soin par M. Robin, n'a présenté nulle part l'état cancéreux avec lequel les kystes intéro-testiculaires ont été bien des fois confondus.

La ponction pratiquée avant l'ablation du testicule avait donné issue à 150 grammes d'un liquide sanguinolent.

Une coupe antéro-postérieure du testicule montre, dans l'intérieur même de l'organe, une tumeur volumineuse formée par des kystes. La tumeur siége au milieu même du tissu de la glande, et le parenchyme testiculaire refoulé forme une couche mince sur tous les points excepté sur la partie antérieure, où la couche est beaucoup plus épaisse.

Les kystes se composent d'une paroi fibreuse, d'une couche d'épithélium et d'un liquide muqueux contenant presque partout des globules de sang, des globules granuleux et quelquefois de l'épithélium.

Quant au traitement de l'hématocèle, je me bornerai à dire, qu'avec M. Ricord et la grande majorité de nos collègues, je repousse d'emblée la castration. Je repousse également la décortication du testicule et de la tunique vaginale, opération que, pour mon compte, je trouve fort peu exécutable, et qui, pour moi, équivaut à une castration sans ablation du testicule. Je partage donc sur ce point l'opinion de M. Demarquay, qui vous a rapporté deux cas de mort survenus dans sa pratique à la suite de cette opération, et d'autres cas d'hémorrhagie presque impossibles à arrêter par le tamponnement et le perchlorure de fer.

Et par contre, le même chirurgien vous a rappelé deux observations publiées par les journaux de médecine et où, grâce à l'usage de tubes à drainage volumineux il a conduit à bonne fin des cas d'hématocèle d'une gravité particulière.

C'est, de mon côté, la méthode que, depuis plus de quinze ans, j'ai adoptée comme méthode générale de traitement de l'hématocèle, et voici les lignes que j'écrivais dans mon *Traité d'opérations*, t. II, p. 875.

« L'emploi des tubes à drainage rend de très-grands services dans l'hématocèle.

Par l'effet direct de ce mode de canalisation, on obtient d'abord l'élimination du sang liquide.

De plus, quand la canalisation est bien faite, quand elle présente des voies suffisamment larges, ce qu'il est toujours possible d'obtenir en grossissant et en multipliant les tubes, les couches stratifiées qui doublent la tunique vaginale subissent une espèce de déhiscence par suite de laquelle, au bout d'un temps suffisamment long, la tunique vaginale finit par reprendre sa souplesse, surtout si l'on a soin de seconder l'action des tubes par celui des injections détersives. (*Traité d'opérations*, t. II, p. 875.)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 12 juillet 1870. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Des rapports sur le service médical des eaux minérales des Eaux-Bonnes, par M. le docteur Pidoux; de Royat, par M. le docteur Basset; d'Amélie-les-bains, par M. le docteur Gényes; de Molitg, par M. le docteur Picon; de Dinan, par M. le docteur Piedvache; de Niederbronn, par M. le docteur Grimaud; de Bussang, par M. le docteur Masson; de Cauvallat, par M. le docteur Verdier (commission des eaux minérales).

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1869 dans le département d'Indre-et-Loire (commission des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

Une lettre de M. Mousniez, pharmacien à Saujon (Charente-Inférieure), sur les préparations pharmaceutiques à base d'arséniate d'antimoine (commissaires : MM. Roger et Barthe).

M. Amédée Latour présente une lettre de M. le docteur Richard Baudry, chirurgien de l'hospice d'Evreux, sur la nécessité de pratiquer la vaccination ou la revaccination sur toutes les personnes qui approchent les malades atteints de variole (commission de vaccine).

LECTURE

M. Désormaux lit, à l'appui de sa candidature dans la section de pathologie chirurgicale, un mémoire ayant pour titre : *Du cancer primitif du larynx*. Voici les conclusions de ce mémoire :

1° Les tumeurs cancéreuses du larynx étant à peu près constamment, si ce n'est toujours, constituées par du tissu épithélial, qui offre plus de chances de guérison que les tissus véritablement cancéreux, on ne doit pas hésiter à les opérer, toutes les fois que leur extirpation complète paraît possible.

2° Les symptômes observés sur le malade, la marche de la maladie, et surtout l'examen laryngoscopique, permettent d'arriver à un diagnostic extrêmement probable; et en supposant qu'il y ait erreur sur la nature du tissu morbide, du moment qu'une tumeur du larynx menace le malade de suffocation, et qu'il est impossible de la détruire par les voies naturelles, il y a indication de recourir à une opération plus efficace.

3° Cette opération est la laryngotomie, dans laquelle on ne devra pas craindre d'ouvrir l'organe le plus largement possible, afin d'agir plus sûrement sur la tumeur dont, il est très-important de détruire jusqu'à la dernière trace.

4° La gravité de la laryngotomie est très-faible; la crainte d'altérer la voix et même de rendre le malade aphone, ne doit pas arrêter quand il s'agit d'attaquer une maladie qui entraînerait nécessairement la mort.

5° Lorsque l'affection a débuté dans le larynx, on peut tenter l'extirpation tant que la lésion ne dépasse pas la cavité laryngienne par sa partie supérieure, ce qu'on constate au moyen du laryngoscope, et tant qu'elle n'a pas franchi la boîte cartilagineuse qui lui oppose longtemps une barrière. Ce dernier progrès de la maladie se reconnaît à l'augmentation du volume de l'organe, qui prend en même temps une forme irrégulière et une consistance anormale. Cette contre-indication, du reste, ne peut guère exister au moment où la question d'opération se pose la première fois, car avant d'en arriver à ce point, la tumeur aurait produit l'asphyxie, à moins qu'une opération précédente n'ait assuré la liberté de la respiration.

6° Lorsque les symptômes qui viennent d'être énoncés font reconnaître qu'il est impossible d'extirper complétement le mal, ou lorsqu'il a déterminé l'engorgement des ganglions lymphatiques voisins, on doit se borner à pratiquer la trachéotomie, pour éviter la suffocation et prolonger les jours du malade.

7° Après la laryngotomie et la destruction de la tumeur, on doit laisser à demeure une canule dans la trachée, assez longtemps pour s'assurer qu'il ne se fait pas de récidive. L'ouverture ainsi entretenue, permet d'explorer l'organe de bas en haut, de cautériser les points qui donneraient de l'inquiétude, et enfin, si l'on est forcé de recourir une seconde fois à la laryngotomie, elle simplifie l'opération.

Discussion sur le vinage.

M. PAYEN. M. Gaultier (de Claubry) en a appelé à mon témoignage sur la question du raffinement ou de l'épuration de certaines matières premières telles que le sucre et l'alcool. Je le donnerai donc, bien que je ne le croie nullement utile après le discours de mon honorable collègue; et je dirai aussi, en passant, mon opinion sur le vinage en général.

Sans aucun doute, les matières telles que le sucre et l'alcool, quand elles sont bien épurées, deviennent complétement indifférentes à la question de provenance. Actuellement, on raffine admirablement bien le sucre. On est même parvenu à détruire la glucose, qui rendait certaines parties du sucre incristallisables, et le produit ainsi obtenu est si bien décoloré et d'une pureté telle, qu'il n'existe plus aucune différence entre les sucres de canne et de betterave.

Quant à la rectification de l'alcool, elle remonte déjà à une vingtaine d'années. Elle a même donné naissance à cette époque à une spéculation très-honnête, et qui consiste à mélanger à l'esprit de Montpellier, qui jouissait d'une très-grande réputation, un certain volume d'alcool rectifié. Cette opération vieillit le produit et équivaut à un séjour d'une ou deux années dans les futailles. Elle fait disparaître les produits éthérés, qui rendent désagréable le goût de cette eau-de-vie quand elle est jeune, et pour me servir de l'expression consacrée, elle *affine l'esprit de vin*. Par ce procédé, une certaine quantité d'alcool rectifié à 95 degrés et une autre d'eau-de-vie de Montpellier à 85 forment un mélange bien supérieur, du moins en valeur commerciale, à chacun des deux alcools primitifs.

Quelle que soit d'ailleurs leur provenance, il ne peut donc être question que de mélanger au vin des alcools rectifiés. Dans ce mélange même, la proportion d'alcool qui existe dans le vin naturel ne doit pas être changée notablement. Et en effet, la fermentation dans la cuve, qui forme l'alcool dans le vin, fournit aussi d'autres principes que l'on ne peut remplacer : des acides, des matières salines, des éthers tels que l'éther œnantique, etc. A ce propos, je ferai remarquer que l'éther œnantique n'est pas, comme on l'a cru, ce qui constitue le *bouquet du vin*. Cet éther, assez aromatique du reste, se retrouve dans les vins les plus communs, les plus privés de bouquet. Le bouquet est formé par d'autres principes volatils assez difficiles à apprécier. Si l'on mélange au vin une trop forte proportion d'alcool, tandis qu'on ne peut remplacer aucun des autres éléments de cette liqueur généreuse, on le dénature. Il faut par conséquent être très-modéré dans le vinage, et ne l'employer, en outre, que lorsqu'il est indispensable pour la conservation du vin, et 2 ou 3 pour 100 d'alcool suffisent ordinairement, sans avoir rien d'insalubre.

Quant au procédé à employer, on a prétendu que dans le vinage à la cuve, l'alcool s'assimile mieux. Cela est vrai. Car la fermentation se charge elle-même d'opérer le mélange et de le limiter. Cependant il faut remarquer que, dans la cuve, une portion de l'alcool se dissipe, soit en s'évaporant dans l'air, soit en s'incorporant aux tissus végétaux, qui l'absorbent par endosmose. Aussi retrouve-t-on toujours beaucoup moins d'alcool dans le vin qu'on n'en a mis dans la vendange.

Le vinage soit à la cuve, soit même au tonneau, forme d'abord une dépense assez forte pour le vendeur, et s'il n'est pas modéré, il dénature le vin et constitue ainsi l'acheteur en perte réelle. Si l'on pouvait supprimer le vinage tout en obtenant la conservation de certains vins, on obtiendrait un résultat excellent pour tous.

Dans le Midi, M. Casalis Allue, un de nos viticulteurs les plus distingués, est déjà parvenu à se passer entièrement du vinage. Il a remarqué que les altérations du vin viennent en général de la maturité extrême du raisin. Pour obvier à cet inconvénient, il fait vendanger plus tôt, au moment même où le raisin en est arrivé à sa maturité exacte. Le vin ainsi obtenu se conserve bien. On peut voir les résultats des observations de de M. Casalis Allue dans les *Comptes rendus de la Société centrale d'Agriculture*.

On possède encore d'autres moyens pour obtenir la conservation du vin. Dans ce moment même, on fait une nouvelle expérience à ce sujet. On a envoyé un certain nombre de barriques en Nouvelle-Calédonie pour expérimenter les effets du chauffage. Les résultats, qui paraissent favorables, ne sont encore qu'imparfaitement connus.

Déjà, en 1810, Appert avait tenté un procédé analogue tandis qu'il faisait ses essais, couronnés de succès, pour la conservation des matières alimentaires. Il avait appliqué au vin le procédé de la chaleur; il s'en était bien trouvé. Une commission nommée au Havre avait même donné raison à Appert. On avait réuni une quantité assez forte de barriques contenant un vin identique : une partie de ce vin avait été conservée au Havre, et l'autre expédiée dans les pays chauds, où il fit un voyage de deux ans. Celui-ci fut trouvé, au retour, bien supérieur au premier.

On sait que M. Pasteur a fait aussi, sur l'échauffement des vins, une théorie bien séduisante et qui explique les résultats obtenus par le premier expérimentateur. Pratiquement, M. Pasteur a abaissé plus qu'Appert le calorique des vins qu'il chauffait. Il est vrai qu'il a constaté que la proportion plus grande d'alcool contenu par ce vin permettait de diminuer l'intensité du chauffage, et nous ignorons entièrement combien le vin d'Appert renfermait d'alcool.

Cependant, en moyenne, avec un vin ordinaire contenant à peu près 10 pour 100 d'alcool, il suffit d'élever la température à 60 degrés pour détruire tous les microphites et les microzoaires qui compromettent la conservation du vin.

Déja, dans une partie de la France, les négociants en vins emploient ce procédé du chauffage, qui leur réussit fort bien. On peut donc espérer que l'on pourra supprimer le vinage, et aussi une pratique encore plus nuisible bien qu'elle soit encore tolérée, le *plâtrage*. Le *plâtrage*, en effet, dénature le vin et le rend insalubre, et pourtant on l'emploie assez généralement dans le midi, où l'on va jusqu'à mettre 2 ou 3 pour 100 de plâtre dans la cuve. Or ce plâtre a pour résultat de transformer le bitartrate de potasse, qui est un sel sain et agréable au goût, en sulfate de potasse, qui est un purgatif amer, désagréable et malsain. Il importe donc de faire cesser cette opération, qui est préférée au vinage parce qu'elle est moins coûteuse, mais qui ne saurait être préférée au chauffage, puisque celui-ci assure, avec une très-légère dépense, la conservation du vin. Aussi M. Moretz a-t-il déjà complétement abandonné le vinage et le plâtrage pour ne plus employer que le chauffage. Espérons que cet exemple sera suivi.

En résumé, suivant moi, il conviendra de préférer toujours les vins naturels qui ont su se passer du vinage.

Il faudra encourager les procédés de récolte analogue à ceux qu'emploie M. Casalis Allue.

On pourra autoriser le vinage modéré et fait avec de l'alcool rectifié, mais toujours dans les proportions justes et convenables et *autant seulement qu'il sera nécessaire*.

Il faudra recommander le chauffage avec ou sans un léger vinage. Car un vinage très-léger permet d'élever moins haut la température à laquelle il convient de porter le vin pendant *quelques minutes* (selon M. Pasteur une demi-minute suffit). Enfin il faudra proscrire absolument tous les vinages exagérés.

M. POGGIALE. Je viens de nouveau à cette tribune pour essayer de fixer et de circonscrire les points où mes honorables collègues et moi nous ne sommes pas d'accord, et répondre en quelques mots aux orateurs qui se sont succédés.

On sait que M. le rapporteur et moi nous ne sommes pas d'un avis identique, bien que nous défendions les mêmes principes. Je n'admets, parmi les conclusions de M. Bergeron, que les deux premières et une partie de la troisième.

Mais j'avoue que je ne saurais partager les opinions de M. Bouley.

M. Bouley s'est placé sur un autre terrain que moi, celui de la liberté commerciale. Il ne m'appartient pas de le suivre dans cette voie. Je ferai seulement remarquer que quand il conclut de tout ceci l'usage immodéré du vinage, il va trop loin. Les amis de la liberté sont moins absolus que lui, et ils ne veulent pas empêcher l'État d'intervenir quand la santé publique est intéressée. On ne peut remplacer ainsi le vin naturel par une boisson artificielle sans inconvénients et sans réclamations.

Certes, M. Bouley, comme particulier, peut boire ce qu'il veut, même de l'alcool pur, si cela lui fait plaisir. Ses amis le déploreront, mais il est parfaitement libre de le faire. Mais les marchands ne sont pas libres de vendre du vin frelaté sans que l'État intervienne. Aussi la conciliation est-elle bien difficile entre M. Bouley et moi. Je ne la crois pourtant pas impossible, car M. Bouley n'est pas, j'espère, un irréconciliable.

Pour moi, je serai toujours partisan du vinage avec mesure.

M. BOULEY. C'est le seul vinage vrai. Vous appelez vinage ce qui ne l'est pas. Le vinage est une opération mesurée et sensée.

M. POGGIALE. Il ne fallait pas alors combattre nos conclusions.

M. BOULEY. Je m'en repentirais bien. Où en serions-nous maintenant si je vous avais laissé faire? Vos conclusions étaient absurdes.

M. POGGIALE. En aucune façon. Nous ne voulons permettre qu'un vinage modéré, et vous autorisez la licence du vinage. M. Broca

partage lui aussi les mêmes idées. Il croit que l'État ne doit jamais intervenir...

M. BROCA. A moins d'un danger évident et démontré. L'avez-vous prouvé ce danger?

M. POGGIALE. Et vous, avez-vous prouvé qu'il n'y en a aucun dans le vinage? Et cependant vous dites formellement dans votre conclusion que le vinage ne présente aucun danger.

M. BROCA. Je n'ai pas dit cela. J'ai dit : « aucune source *particulière* de danger. » C'est sur ce mot *particulière* que j'insistais surtout.

M. POGGIALE. Tous les journaux de médecine ont transcrit vos paroles comme je l'ai fait. Enfin soit! cela revient au même. Mais ce qu'il y a de plus curieux dans votre conclusion, c'est le considérant sur lequel vous appuyez cette innocuité du vinage. Vous dites, en effet : « Comme toutes les boissons alcooliques, le vin indispose ceux qui en prennent avec excès. Mais il ne présente aucun danger... ou aucune source de danger particulier. ».

A ce compte-là, votre remarque s'applique à tout, aux liqueurs, aux meilleurs vins même, tels que ceux de Bordeaux et de Bourgogne. On pourrait, en changeant le nom de *vin viné* en celui de *vin de Bordeaux*, trouver la proposition tout aussi exacte.

M. BOULEY. Parfaitement. Je l'appliquerai même au coco si vous voulez.

M. POGGIALE. A l'eau elle-même, car l'eau fatigue quand on en prend avec excès. Ce n'est pas là une conclusion scientifique et sérieuse. Et puis, elle n'apprend rien, absolument rien au ministre auquel elle s'adresse. En outre, où sont vos preuves pour affirmer....

M. BROCA. C'est à vous à prouver, et non à nous. Vous affirmez un danger, prouvez-le.

M. POGGIALE. Quant à M. Raynal, lui aussi, il n'a apporté aucune preuve. Je me trompe, il a apporté son propre exemple et celui *de quelques familles de sa connaissance*, qui ne s'étaient pas mal trouvé d'un vin viné. Mais il nous dit lui-même que ce vin ne contenait qu'une petite quantité d'alcool; et puis comment a-t-il pu s'assurer de ce que contenait ce vin? De telles affirmations ne sont pas scientifiques. Le vin viné offre de réels dangers pour la santé publique et...

M. BOULEY. Le prouvez-vous?

M. POGGIALE. Non! mais je n'affirme pas avec la même assurance que vous. Au reste, M. Payen vient de nous dire lui-même, avec sa grande autorité, qu'il désapprouvait le vinage immodéré, tandis que deux collègues que je ne nommerai pas, de peur d'être encore interrompu, prônent la liberté absolue du vinage, le vinage à 18 ou 20 p. 100 par exemple.

M. BOULEY. Où trouverez-vous du vin viné à 20 p. 100? Qui en boirait?

M. POGGIALE. M. Payen conseille un vinage de 2 à 3 p. 100. L'écart est considérable. Au reste, M. Broca lui-même, j'en suis sûr, ne désapprouve pas le gouvernement de restreindre la fraude dans les matières alimentaires...

M. BOULEY. Le vinage n'est pas une fraude.

M. POGGIALE. On ne trouve pas salubre le lait coupé, le pain mélangé de moitié son volume d'eau. Pourquoi donc ne pas blâmer aussi les vins trop vinés?

Mais à cela, M. Gaultier de Claubry fait une objection. Selon lui, on ne peut reconnaître si le vin a été ou non viné. Ceci est une erreur. On peut reconnaître le vinage de plusieurs manières : et, d'abord, au goût — les dégustateurs ont pour cela une grande habitude; — puis en comparant le vin viné avec les autres vins du même pays; car chaque pays a son degré d'alcoolisation à peu près fixe. Enfin le vin naturel renferme une certaine quantité de bitartrate qui diminuent proportionnellement par le vinage, tandis que le vin viné contient les sels calcaires de l'eau qu'on y ajoute.

M. BOULEY. Ce n'est pas viner le vin que d'y ajouter de l'eau.

M. POGGIALE. On a dit également que des hommes très-compétents, tels que les membres du comité d'hygiène publique, étaient d'un avis contraire au mien. Je viens de lire le rapport fait dans ce comité par M. L'héritier et adopté par lui. Il soutient exactement la même opinion que moi, quoiqu'en ait dit M. Boudet, et il s'écarte absolument de la doctrine soutenue par M. Bouley.

M. BOULEY. Mais non! mais non!

M. POGGIALE. Alors vous êtes prêt à adopter la deuxième conclusion du rapport, conclusion dans laquelle il est dit que le vinage doit être fait dans de justes proportions. L'approuvez-vous oui ou non?

M. BOULEY. Sans aucun doute, je l'approuve complétement. Il est deux choses que M. Poggiale confond toujours, c'est le vinage et le survinage. Mais pour le survinage, vos interdictions ne sont pas pratiques. Vous ne pouvez pas envoyer des agents de police dans toutes les maisons pour s'assurer si l'on ne survine pas.

M. POGGIALE. Je voudrais faire encore une citation....

M. JULES GUÉRIN. Si on remettait la fin de votre discours à la séance prochaine? Il me semble qu'il y a ici une confusion qu'il serait bon de faire disparaître; mais il est bien tard.

M. POGGIALE. J'ai fini, et mes conclusions sont toujours celles de mon premier discours. J'accepte le vinage à condition qu'il soit modéré; mais autrement je le repousse.

La séance est levée à cinq heures et demie.

La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 15 juillet, à trois heures et demie très-précises, à l'Hôtel-de-Ville.

Ordre du jour : 1° Discussion sur le climat des Alpes-Maritimes; — 2° Sur les maladies régnantes.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois.. 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — CONFÉRENCE MÉDICALE DE PARIS. — Emploi du chloral dans le traitement des algies de nature vénérienne. (M. Charles Mauriac). — Emphysème insolite des deux paupières à droite. (M. Pirès Ferreira). — Bibliographie.

CONFÉRENCE MÉDICALE DE PARIS

Séance du 29 juin 1870. — Présidence de M. CAFFE.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

M. DALLY, l'un des secrétaires, procède au dépouillement de la correspondance. Elle comprend des mémoires, des notes et des lettres dont suivent des extraits et des analyses.

Épidémie de variole. — Action prophylactique de la vaccine.

M. DAGAND demande une rectification au procès-verbal de la séance du 8 juin, qui renfermait une analyse de son mémoire.

Ce qui, dit-il, a une importance réelle et ce qui change la portée de mon mémoire, c'est cette phrase : « Malgré ces précautions, du 10 janvier au 8 avril, l'épidémie parcourt tous les villages du canton. » C'est me faire dire ce que je n'ai pas dit, ce que je n'ai pas pu dire, car ce ne sont pas les villages du canton, mais de la seule commune de Cusy qui ont été parcourus par l'épidémie en 1864 et 1865; aucune autre commune du canton n'a eu de varioleux à cette date, j'avais bloqué Cusy du côté du canton d'Alby par les vaccinations et les revaccinations, et je suis persuadé que si pareille précaution avait été prise dans les cantons d'Aix et d'Albens qui limitent aussi du côté du midi, l'épidémie ne se serait pas propagée jusqu'à Chambéry, en commençant par les communes de Saint-Ours et du Saint-Offenge. Enfin, si en 1866, la femme d'Alby qui s'était chargée d'un nourrisson varioleux provenant de Saint-Félix, a été seule atteinte dans cette commune, je ne puis l'attribuer qu'à ce que tout le village où résidait cette femme, avait été vacciné et en grande partie revacciné. Si dans un canton de 8,483 habitants l'épidémie n'a sévi, pendant trois ans qu'elle a duré, que sur 233 individus, et si sur les 233 individus atteints, 9 seulement ont succombé, 7 non vaccinés et 2 vaccinés; c'est, j'en suis convaincu, grâce aux précautions prises, et non malgré ces précautions comme le dit le compte rendu.

Avant-hier, l'on me dit qu'il y avait des varioleux à Gruffy, j'étais cependant allé l'avant-veille dans cette commune, et personne ne m'en avait parlé ; désireux de vérifier le fait je m'empresse de me transporter dans la maison qui m'est signalée, au village de Corbet, chez un nommé G... ; j'apprends là que quatre individus avaient subi la variole. Voici les faits : G... avait un fils à Paris, qui, le 1er mai, était revenu chez lui passer quelque temps de convalescence, à la suite d'une variole qu'il avait eue dans la capitale; à son arrivée à Gruffy, il n'avait plus aucun bouton varioleux, il ne portait que des cicatrices et quelques croûtes ; ce jeune homme, qui a 27 ans, avait été vacciné ; il a séjourné au sein de sa famille jusqu'au 22 mai. Après son départ, sa sœur âgée de 16 ans, vaccinée, est prise d'une varioloïde bénigne qui dure une huitaine de jours, après elle, un enfant abandonné, âgé de 7 ans, non vacciné, placé dans la famille G..., est pris d'une variole confluente grave, qui dure vingt jours et le laisse défiguré, puis un autre fils de 20 ans et un troisième frère âgé de 17 ans, tous deux vaccinés, sont atteints successivement de varioloïde discrète qui dure de huit à quinze jours sans aucune gravité; tous ces varioleux sont actuellement guéris, et la maladie ne s'est pas propagée aux habitations voisines. Mais un enfant de 5 ans, d'un village assez éloigné (le Molard), qui avait fait plusieurs visites aux enfants G... pendant leur maladie, est actuellement atteint d'une variole confluente des plus graves, je l'ai visité, sa face est hideuse, ses parents me disent qu'ils ne l'ont pas fait vacciner parce qu'il avait de la teigne à la tête.

Tels sont les faits.

Ils ont à mon avis une grande signification; ils nous disent : 1° qu'ici encore, la variole n'est pas spontanée; le *variolifère* vient de Paris; 2° qu'un varioleux convalescent peut communiquer encore des germes infectieux, et enfin ils nous démontrent jusqu'à l'évidence la faculté préservatrice : ici cinq individus sont atteints; les trois vaccinés font une maladie de huit à quinze jours, et n'ont que quelques rares boutons; les deux non vaccinés font une maladie des plus graves, et leur peau se couvre d'horribles pustules varioliques.

M. L. CHESNAIS (de Lohéac, Ille-et-Vilaine). J'habite une des régions peu avancées de la Bretagne; j'exerce dans six communes, dont trois connaissent à peine de nom le vaccin, qui est assez répandu depuis trente ans dans les trois autres. Je me trouvais donc dans une position très-favorable pour étudier l'influence du vaccin sur une épidémie de variole.

Cette épidémie est survenue il y a deux ans, et a duré dix-huit mois. Elle a débuté par celle de ces communes où le vaccin était le moins connu, *on peut même dire où il était tout à fait inconnu*. Elle y a fait tellement de ravages, qu'en trois mois il est mort le *vingtième de la population*, et encore plusieurs hameaux importants de cette commune ont été préservés de la manière que je vais dire tout à l'heure.

La maladie a frappé depuis l'enfance jusqu'à 30, 40 et 50 ans.

L'âge qui a fourni le plus de mort est de 15 à 30 ans, à cause de la forme confluente qui était la règle à cet âge; il y avait au plus 2 guérisons sur 10 malades.

Au-dessous de 15 ans, où la forme discrète était la plus fréquente, la proportion était inverse : 8 guérisons sur 10 malades.

Parmi les sujets de 20 à 30 ans qui sont morts, un certain nombre portait des cicatrices d'une première atteinte de variole.

Il en a été de même en tout dans les autres communes ou portions de communes où le vaccin n'était pas plus usité; un vingtième de la population a succombé, et un bon tiers porte les marques du fléau.

L'épidémie a eu des résultats bien différents dans les autres communes où le vaccin était répandu. Ainsi dans celle que j'habite, dont le chef-lieu est un bourg de 600 habitants, tous vaccinés excepté trois ou quatre domestiques venant des communes environnantes, quoique ce bourg soit situé au centre du foyer épidémique, la maladie n'a atteint que ces domestiques étrangers et deux autres habitants vaccinés, qui n'ont eu qu'une varioloïde très-légère; en tout cinq malades. Aussitôt, chacun s'est empressé de recourir à la revaccination, et aucun autre cas ne s'est montré. Il en a été absolument de même dans tous les hameaux où l'on a eu recours au vaccin. Lorsqu'un cas de variole se montrait dans un village, si tous les habitants se faisaient vacciner ou revacciner, aussitôt le fléau était arrêté. Lorsque cette opération était faite, même dans une maison où étaient déjà un ou plusieurs varioleux, sur les autres habitants, ceux-ci étaient à coup sûr préservés; s'il y en avait quelques uns qui refusaient cette opération, presque infailliblement ils étaient atteints, s'ils avaient moins de trente ans.

Voici des chiffres qui parlent encore plus éloquemment que ces généralités.

J'ai vacciné ou revacciné plus de 1,200 *personnes pendant l'épidémie*; je ne puis parler que de 661 qui font partie de ma clientèle; mais il doit en être de même des autres qui étaient dans les mêmes conditions. Sur ces 661 personnes, 2 seulement ont eu la variole, et encore, c'était parce que l'inoculation avait été pratiquée à la fin de l'incubation de la variole; car celle-ci qui a une incubation de 7 à 22 jours (comme j'en ai eu des preuves certaines) a paru deux jours après le vaccin, qui a une incubation de 2 à 3 jours. Dans ces deux cas mêmes, la variole a été modifiée puisqu'elle n'a duré que dix jours, quoique confluente.

Quant aux sujets vaccinés avec succès avant l'épidémie, j'en ai traité environ 40, tous ayant une *varioloïde* très-bénigne, excepté deux qui sont morts au 12e jour; encore je doute que le vaccin ait pris chez eux, car il m'a été impossible de trouver des cicatrices vaccinales.

Ces résultats prouvent à l'évidence que le vaccin, même en temps d'épidémie, est loin d'être dangereux ou même inutile, au moins dans les pays où l'usage en est récent.

Voici quelques autres détails sur mes vaccinations.

Sur environ 1,200 vaccinations et revaccinations que j'ai faites pendant l'épidémie, il ne m'a été possible de connaître le résultat que de 661 de ma clientèle. Ces 661 inoculations comprennent 407 revaccinations et 254 vaccinations.

Toutes les vaccinations à peu près ont été suivies de succès, attendu que je les ai recommencées chaque fois qu'une première opération n'avait pas réussi.

Je n'ai rencontré que trois cas où il m'a été impossible de réussir, même en répétant quatre fois l'opération. Dans plus de la moitié de ces *vaccinations*, je me suis servi de vaccin en tubes. Ces tubes, préparés de la manière que je vais indiquer, m'ont toujours donné, même au bout d'un an, pour les *vaccinations*, un résultat semblable à celui qu'on obtient de bras à bras, si ce n'est que les pustules sont un peu moins larges, et que l'auréole inflammatoire est aussi moins étendue; mais les boutons sont presque toujours en aussi grand nombre que les piqûres et suivent une marche très-régulière.

Ce vaccin en tubes ne réussit pas pour les *revaccinations*; on doit opérer de bras à bras et avec du vaccin très-jeune ayant au plus sept jours. Voici les résultats que j'ai obtenus :

Au-dessus de 25 ans, 218 revaccinations : 203 succès, 15 insuccès, dont un tiers de vaccinoïdes; de 15 à 25 ans, 126 revaccinations : 113 succès, 13 insuccès, dont trois quarts vaccinoïdes; au-dessous de 15 ans, 63 revaccinations : 15 succès, dont 12 vaccinoïdes, 48 insuccès. Totaux : 407 revaccinations, 331 succès, 76 insuccès.

Le jour où le vaccin m'a paru avoir le plus d'énergie, est le septième à partir de l'inoculation, c'est-à-dire qu'inoculé le lundi, il est dans toute sa force le dimanche suivant. Ce vaccin du septième jour commence à paraître au bout de 48 heures, tandis que pris le huitième jour, je n'ai jamais vu de résultat que le quatrième après l'inoculation. Pris après huit jours il est souvent la cause d'accidents sérieux : adénites, phlegmons, phagédénismes, exémas, etc. Ceci m'a été démontré par de nombreux cas rigoureusement observés.

Le sixième jour après l'inoculation, le vaccin est sensiblement aussi énergique que le septième jour, si ce n'est que les pustules qu'il produit m'ont paru être au début moins larges. Le cinquième jour, il ne m'a donné de papules que le troisième jour.

Ces vaccins du cinquième, sixième et septième jour, employés de bras à bras, m'ont parfaitement réussi pour toutes vaccinations et revaccinations, chez des sujets âgés depuis quelques mois jusqu'à 70 ans. A partir de 15 ans, ils m'ont toujours donné un certain résultat pour les revaccinations, si ce n'est qu'aux plus jeunes, les pustules ont souvent avorté plus ou moins vite, en présentant les caractères de la vaccinoïde.

Cette vaccinoïde ou vaccine modifiée m'a offert deux types bien distincts.

Dans le premier type, les pustules ont absolument la marche et l'apparence d'une franche vaccine; elles apparaissent le même jour, sont d'un blanc nacré, ombiliquées, suppurent au bout de huit jours et produisent des cicatrices; mais elles sont beaucoup moins cloisonnées et laissent échapper par une seule piqûre presque tout le liquide qu'elles contiennent. Ce liquide inoculé ne produit aucun résultat.

Dans l'autre type, les papules paraissent ordinairement beaucoup plus vite, quelquefois le lendemain de l'inoculation; elles grossissent très-vite, sont acuminées, irrégulières et jaunâtres; elles ne donnent pas de cicatrices. Ces deux types sont bien pour moi la vaccine modifiée, car ils préservent aussi bien que la vaccine ordinaire et ne sont jamais suivis de succès si on pratique de nouveau la revaccination après leur dessication.

Le vaccin du huitième jour ne m'a donné de résultats pour les revaccinations que dans la moitié des cas, et en répétant l'opération avec du vaccin du septième jour, j'ai réussi un certain nombre de fois.

J'ai pris du vaccin chez plusieurs sujets revaccinés, le résultat a été différent suivant les âges : plus les sujets revaccinés sont vieux, plus on a de chance de réussir avec leur vaccin.

Chez des sujets de 18 à 20 ans revaccinés, résultat tout à fait nul avec leur vaccin, tant pour les vaccinations que pour les revaccinations.

Avec du vaccin du cinquième, sixième et septième jour, pris sur moi-même, qui suis âgé de 30 ans, réussite complète dans 120 cas, comprenant 70 revaccinations.

Avec du vaccin d'une personne de 65 ans, également revaccinée, pas un seul insuccès sur 30 vaccinations.

Un confrère à qui j'ai fourni du vaccin a pratiqué plus de 400 vaccinations, et a obtenu les mêmes résultats, tant sur la marche du vaccin que pour sa vertu prophylactique. Trois personnes vaccinées par lui ont eu seules la variole, et cependant il opérait au plus fort de l'épidémie.

Voici comment je prépare mes tubes de vaccin.

Je choisis des tubes de 4 à 5 centimètres de longueur et un demi-millimètre de calibre; je les remplis entièrement sur des pustules de sept jours chez un enfant un peu lymphatique, mais bien portant; j'enlève à chaque extrémité une petite portion du tube en coupant avec de bons ciseaux et dans la continuité du vaccin, de manière à emporter une petite quantité de liquide; puis je trempe chaque bout du tube dans la portion fondue d'un morceau de cire vierge présenté à la flamme d'une bougie, de manière qu'il reste à chaque bout une petite perle de cire grosse comme un grain de millet.

En enlevant un peu de vaccin à chaque extrémité du tube, on empêche qu'il ne reste la moindre bulle d'air, et en fermant au moyen d'une cire fondue, on évite de coaguler le vaccin, comme il arrive en fermant à la lampe.

Le vaccin ainsi renfermé se conserve indéfiniment à l'abri de la lumière. Je me sers indistinctement de tubes préparés depuis quelques jours ou depuis deux ans, et le résultat est le même.

Seulement il est une petite précaution indispensable pour l'emploi de ce vaccin, c'est de ne pas se servir d'une lancette neuve, car avec une lancette neuve l'incision est trop fine, et le vaccin n'adhère pas à l'extrême pointe, vu l'état gras de la lame. Il est bon, chaque jour que l'on vaccine, de frotter la pointe de la lancette et sur ses deux faces sur une pierre à aiguiser sèche ; de cette manière, le vaccin adhère parfaitement.

M. SÉBASTIAN (de Béziers). J'ai fait pendant quinze années consécutives un service à l'Hôtel-Dieu de Béziers (hôpital civil et militaire), et j'ai noté sur le registre des observations de cet établissement, établi pour les causes des maladies et des décès :

1° 482 varioleux non vaccinés. Sur ce nombre, 419 sont morts et 63 sont guéris;

2° 64 individus atteints de variole, sur lesquels on n'a eu aucun renseignement et qui ne portaient aucune trace de vaccination : 18 sont morts et 46 guéris;

3° 15 individus qui avaient eu précédemment la varioloïde : 2 morts, 13 guéris.

4° Quant aux individus revaccinés, je n'ai jamais eu à constater sur aucun la présence de la variole, malgré ce nombre considérable de gens qui se sont soumis à cette opération, *plus de dix mille*, dans les quinze années dont je parle.

M. DUVIGNAUD (de Bordeaux). La variole continue à sévir à Bordeaux avec un acharnement incroyable. Pendant le premier

trimestre de 1870, époque de l'apparition du fléau, le nombre des décès par cette cause de maladie avait été de 23 en janvier, de 31 en février, de 42 en mars. En avril, mai et juin, l'épidémie n'a fait que s'accroître et à cette heure, depuis le 20 mai, le chiffre journalier des décès par variole est au moins de neuf à dix pour une population d'environ 195,000 habitants. La mort survient quelquefois sous l'influence de la suppuration, car l'épidémie actuelle revêt principalement le caractère d'une épidémie de variole à forme confluente, mais elle a lieu aussi très souvent dans les premiers jours de l'éruption par suite d'hémorrhagies.

Les vaccinations et les revaccinations sont faites sur une très-large échelle, mais la population pauvre se montre bien indifférente à l'endroit de ce moyen préventif. M. le docteur Marmisse et moi avons continué nos expériences sur le vaccin de génisse, et nous persistons à déclarer encore que ce vaccin, nous paraît amener des résultats extérieurs analogues à ceux produits par le vaccin jennérien. Toujours est-il qu'une bonne vaccine met à l'abri d'une variole grave, et pour ma part, sur près de 200 malades atteints par l'épidémie, je n'ai rencontré aucun malade revacciné utilement. J'ai ouï dire que tous nos confrères de Bordeaux, n'avaient pu signaler aucun fait de variole ou de varioloïde sur les nombreuses personnes revaccinées avec fruit, depuis le commencement de l'épidémie actuelle.

Pendant les premiers mois de son existence, la variole tout en sévissant dans toutes les parties de la ville a produit ses principaux ravages dans le quartier Saint-Eulalie, voisin de l'hôpital Saint-André, où se trouvaient à ce moment les salles des varioleux. Depuis plusieurs semaines, les malades ont été transférés sur le domaine de Pélegrin, propriété splendide de plusieurs hectares, située dans la banlieue, et à partir de ce moment, la variole s'est montrée principalement aux Chartrons et dans le quartier Saint-Bruno, parties où le sous-sol est marécageux.

En mai et juin le temps a été presque toujours beau, nous n'avons eu de la pluie que trois fois et encore en très-petite quantité; ce sont les vents du nord qui se sont montrés le plus souvent.

1° J'ai soigné pour ma part, depuis janvier 1870, 192 malades atteints de variole, de varioloïde ou de varicelle. Sur 41 non vaccinés j'ai eu 14 décès. Tous les enfants au-dessous de trois ans qui ont été atteints sont morts (sept).

2° Il m'est impossible de donner à cette heure une statistique exacte des malades qui ayant été vaccinés, et atteints de variole ont succombé, car un très-grand nombre (vingt-deux) sont encore en traitement.

3° Aucun de mes malades n'avait subi une revaccination récente efficace.

4° Je soigne en ce moment un homme de 62 ans (M. M...., 24, rue de Vincennes), ancien écuyer des cirques Franconi, qui atteint d'une variole confluente à l'âge de 7 ans, dont il porte des marques indélébiles, présente aujourd'hui une varioloïde assez forte, quoique sans gravité; c'est le seul cas qui se soit présenté sur nos 192 malades.

Je vais terminer ces quelques notes par les observations suivantes destinées à raffermir à nouveau cette croyance, que la vaccine est un préservatif de la variole.

Je viens de soigner au 3me bureau de bienfaisance de la ville de Bordeaux dont le service m'est confié, la famille F....., 88, rue Lecoq, qui compte 6 personnes. La grand'mère, la mère et quatre enfants; trois personnes sont vaccinées, les trois autres ne le sont pas. Survient la variole dans cette famille qui habite la même chambre. Les trois enfants non vaccinés, l'aîné, le cadet et le plus jeune ont chacun une variole confluente à laquelle ils ont le bonheur d'échapper, l'avant dernier des enfants après avoir eu seulement un léger dérangement de 24 heures (fièvres, vomissements, courbatures), échappe à l'épidémie comme sa mère et sa grand'mère qui ont été vaccinées ainsi que lui dans son enfance..

La famille Moran, 21, rue Belay, compte cinq enfants; l'avant-dernier seul n'a pas été vacciné, seul aussi il subit l'influence de l'épidémie, tandis que ses frères et sœurs préservés par une bonne vaccine antérieure ne sont pas atteints quoique vivants dans les mêmes conditions extérieures.

Propagation de la variole.

M. BORDIER (de Bazancourt, Marne). La maladie a débuté par un enfant non vacciné, qui est allé la chercher à Reims, et qui l'a communiquée à trois autres enfants non vaccinés qui étaient venus passer quelques jours près de lui après sa guérison. Ces derniers, en allant mendier dans le village alors que les croûtes n'étaient même pas détachées, l'ont communiquée à un certain nombre d'individus non vaccinés, de sorte que pendant environ deux mois, aucun sujet vacciné n'était atteint, et il est probable que si un préjugé enraciné ne s'était opposé à une revaccination en masse, la maladie se serait bientôt arrêtée.

Les communications entre parents la transportèrent bientôt dans les villages voisins, toujours par des sujets non vaccinés, et il m'a toujours été possible de suivre sa marche et de voir comment la maladie se transportait par la contagion. Il suffisait souvent qu'un individu non vacciné séjournât quelques instants dans la chambre d'un malade pour le voir quelques jours après atteint de la même affection.

Peu à peu, quelques individus vaccinés gagnèrent la maladie, et dans les derniers temps (était-ce disette de sujets non vaccinés?) les uns et les autres étaient à peu près dans la même proportion. Mais, en général, les sujets vaccinés étaient bien moins gravement atteints, et la plupart n'avaient qu'une variole discrète, mais qui cependant parcourait toutes ses périodes. Je n'ai observé que quatre cas de varioloïde, c'est-à-dire de variole dans lesquels la période de suppuration a fait défaut; c'était chez des sujets vaccinés, et chaque fois l'éruption était confluente.

J'ai remarqué, pendant l'hiver surtout, que chaque fois que la température s'adoucissait, s'il dégelait, par exemple, j'étais appelé pour de nouveaux cas de variole, bien qu'il se fût écoulé plusieurs jours depuis le dernier cas. C'est là un fait sur lequel j'ai appelé plusieurs fois l'attention de ma clientèle, et qui ne manquait jamais de se produire. Il est probable que ces individus étaient en puissance de la maladie, et qu'une température ou un état convenable de l'atmosphère la faisait éclore.

J'ai compté dans ma clientèle 170 cas de variole, dont la moitié au moins a été confluente. Il y a eu 19 morts. *Sur ce nombre, les 14 premiers n'étaient pas vaccinés*, et ce n'est que dans les 5 derniers qu'il en est mort 4 qui avaient été vaccinés anciennement. Parmi ces derniers, 2 sont morts brusquement d'hémorrhagie pulmonaire sur la fin du 3° jour, au moment où l'éruption commençait à se faire; le troisième est mort de variole hémorrhagique vers le 10° jour; le 4°, d'une variole confluente au moment de la suppuration.

Pendant tout ce temps, j'ai pratiqué avec le vaccin humain 122 vaccinations et 140 revaccinations. Parmi ces dernières, très-peu m'ont donné de vrai vaccin. J'ai presque toujours eu de la fausse vaccine; mais aucun des sujets revaccinés n'a eu la maladie, même légère.

Quant aux sujets revaccinés pour la première fois, 5 ont eu la variole en même temps que l'éruption vaccinale se montrait, 2 sont morts. J'ai plusieurs fois vacciné des enfants et des jeunes gens dans la maison même où existait la variole, et plusieurs fois aussi les sujets ainsi vaccinés ont été les seuls de la maison qui aient été préservés.

Quant aux limites d'âge, j'ai vu la maladie se déclarer chez un enfant de 15 jours, qu'elle a emporté; 3 de 3 semaines; 1 de 5 semaines, etc. Parmi ces derniers, un seul est mort. J'ai eu aussi un cas de variole confluente chez un vieillard de 84 ans, non vacciné, qui a guéri.

Un cas curieux et rare, sans doute, qu'il m'a été donné d'observer, c'est celui d'un enfant de 18 mois, non vacciné qui, atteint une première fois de la maladie, l'a de nouveau contractée deux mois seulement après sa guérison, et, cette fois, aussi sérieusement que la première. La variole a de nouveau parcouru toutes ses périodes, et la seule différence, c'est qu'au début, et jusqu'au moment de l'éruption, l'enfant a été en proie à de violentes convulsions qui ne s'étaient pas montrées la première fois.

Une coïncidence, que je noterai aussi avant de terminer, c'est que plusieurs cas de cow-pox m'ont été signalés dans un village de ma clientèle pendant que la variole y sévissait.

N. B. La contagion m'a toujours paru se faire à la fin de la maladie, vers la période de dessication, et même, dans certains cas, alors que les malades paraissaient complétement guéri.

M. MASSINA (de Thuir, Pyrénées-Orientales). Il n'y a pas eu d'épidémie de variole dans le rayon de ma clientèle. J'ai cependant observé à Thuir quelques cas de varioloïde, en septembre dernier, sur des individus fixés à Perpignan, où sévissait l'épidémie, et venus à Thuir à la première apparition des symptômes.

A Camélas, j'ai craint une épidémie :

1° Un homme de 30 ans, après un voyage fait à Perpignan le 2 décembre 1869, se sent malade. Je le vois le 4. L'éruption se montre le 7, et il meurt le 13. Cet homme avait été vacciné étant enfant.

2° Son beau-frère, 36 ans, habitant la même maison, vacciné étant enfant, revacciné au régiment, malade le 19 décembre, éruption discrète, guéri le 1er janvier.

3° Sa sœur, femme du précédent, 34 ans, vaccinée dans le jeune âge, malade le 20 décembre, éruption confluente le 23, morte le 3 janvier.

4° Son autre beau-frère, 29 ans, n'habite pas la même maison, mais il était venu voir le premier malade avec sa femme; vacciné aussi; varioloïde, 23 décembre.

5° La femme de ce dernier, sœur du premier malade ; varioloïde, 30 décembre.

6° Son frère, 16 ans, habite la même maison; vacciné, varioloïde.

7° Sa cousine, 17 ans, garde-malade du troisième; varioloïde, 31 décembre.

Les 1°, 2°, 3°, 6° et 7° habitent la même métairie ; les 4° et 5° en habitent une autre. Pendant ce temps, j'ai revacciné tous les voisins; l'épidémie s'est arrêtée.

En 1866, j'ai observé une épidémie de variole dans le village de Camélas.

Sur 150 habitants, 35 cas de variole ; — un quart presque de la population.

Sur 35 malades, 5 décès.

Sur 35 malades, 9 n'avaient pas été vaccinés; 26 vaccinés; aucune revaccination.

Sur 26 vaccinés, 1 décès.

Sur 9 non vaccinés, 4 décès.

Un cas de variole survenu chez un enfant de 9 ans, trois jours après la vaccination. La vaccine s'arrête, la variole fait son évolution, et, après la desquammation, la vaccine reprend sa marche. Cet enfant était malade en même temps que trois sœurs; les symptômes ont été un peu moindres, l'éruption moins confluente que celle de ses sœurs, âgées de 6, 12, 15 ans.

L'épidémie a atteint surtout les adultes. Elle a duré depuis le 15 février jusqu'au 27 avril : 71 jours.

J'ai revacciné presque tout le monde, excepté les enfants au-dessous de 10 ans et les vieillards de 70 ou 80.

Je n'ai jamais expérimenté le vaccin animal. J'ai une grande confiance dans le vaccin d'enfant. Depuis huit ans je n'ai vu subvenir aucun accident à mes opérés. Je fais en général deux incisions à chaque bras. Ces incisions sont très-superficielles; elles ne saignent presque jamais; j'obtiens en moyenne trois pustules par incision.

En présence d'une épidémie de variole, je revaccinais tout le monde, en commençant par les voisins. Il peut bien y avoir quelque chose dans l'air; mais ce qu'il y a de bien certain, c'est que la variole est une maladie contagieuse. Dans les petites localités, on peut suivre pas à pas la marche d'une épidémie de variole. On sait en général d'où vient la source.

Les 7 cas dont j'ai parlé plus haut l'ont prise du n° 1, qui l'a apportée de Perpignan.

L'épidémie de Camélas est apportée par une marchande de lait, qui venait tous les jours à Thuir pendant que la variole sévissait. Elle n'a pas été malade elle, mais son enfant non vacciné en est mort le premier de tous.

En 1865, une femme de Camélas va à Toulouse soigner une belle-sœur qui meurt de la variole; en rentrant chez elle, elle porte le germe de ce mal à un enfant non vacciné, qui est aujourd'hui criblé.

Statistiques.

M. JANIN. J'ai donné mes soins à 56 varioleux de tout âge, depuis deux mois jusqu'à 76 ans.

46 avaient été vaccinés une fois dans leur enfance avec succès. 8 n'avaient jamais été vaccinés.

2 ne savaient pas s'ils l'avaient été; ils n'en portaient aucune trace.

Aucun n'avait été revacciné.

Sur les 46 vaccinés, 10 ont eu une variole confluente et 7 en sont morts; 3 avaient déjà eu la variole, ils ont guéri tous les trois.

Sur les 8 non vaccinés, 5 ont eu une variole confluente et 3 sont morts; un avait déjà eu la petite vérole, il fait partie de ceux qui sont morts, il avait 68 ans.

Enfin sur les deux vaccinés avec un résultat incertain, un a eu une variole confluente, l'autre discrète; tous deux ont guéri.

J'ai vacciné depuis le 8 mars dernier (époque à laquelle j'ai pu seulement me procurer du vaccin, après plusieurs courses inutiles à l'Académie), dans ma pratique et comme médecin du bureau de bienfaisance du 20° arrondissement (les vaccinations n'ont commencé au bureau que le 7 avril), j'ai, dis-je, vacciné jusqu'à ce jour 126 enfants dont l'âge variait de 15 jours à 5 ans; tous ont été vaccinés avec du vaccin jennérien (le seul auquel j'accorde toute confiance).

J'ai constaté le résultat sur 109 enfants; les autres (dix-sept) ne se sont pas représentés. Sur ces 109 enfants j'ai constaté 84 succès, avec un nombre de boutons variant de 2 à 5 sur 6 piqûres; j'ai eu 25 insuccès complets, parmi lesquels quatre enfants se sont fait piquer deux fois à trois semaines d'intervalle sans aucun résultat.

J'ai pratiqué 19 revaccinations toujours avec le vaccin jennérien, sur des adultes dont l'âge variait de 10 à 50 ans. Voici les résultats :

10 à 20 ans	1	insuccès,	3	succès par	2	boutons sur 6.
20 à 30 —	2	—	2	—	4	—
30 à 40 —	3	—	4	—	4	—
50 ans	1	—	3	—	2	—
Total.	7		12			

Parmi ces personnes, une a été revaccinée deux fois à huit jours d'intervalle sans aucun succès; sur une autre enfin, ce n'est qu'à la seconde fois que le vaccin a pris, tandis qu'il donnait de très-bons résultats chez des enfants vaccinés pour la première fois. La personne de 50 ans n'avait jamais été vaccinée avec succès; elle s'est fait vacciner depuis avec la génisse, sans obtenir un résultat meilleur.

Je me suis servi de vaccin au 8° jour et une fois au 9° jour, sans que j'aie remarqué que les enfants vaccinés ce jour-là eussent des boutons moins beaux; les vaccinations étaient seulement très-difficiles à se procurer : c'est à peine si j'en ai trouvé 6 ou 7 sur une trentaine d'enfants. J'ai toujours employé l'aiguille cylindrique : les boutons obtenus étaient moins volumineux, que ceux obtenus avec la lancette; l'inflammation environnante n'a généralement pas été moindre.

Quand j'ai voulu chercher à me rendre compte des résultats obtenus à la mairie du 20° arrondissement par le vaccin de génisse, on m'a répondu qu'on ne pouvait me satisfaire, ne prenant ni le nom ni l'adresse des personnes qui venaient se faire vacciner, et du reste, aucune de ces personnes ne venant faire constater le résultat de l'opération. Je dirai en outre, que le jour où je suis allé faire ce service imposé aux médecins des bureaux de bienfaisance (dimanche 1er mai), il ne s'est présenté que 18 personnes! et l'on m'a dit que depuis un mois au moins c'était la moyenne ordinaire.

M. CARADEC (de Brest). Nous devons à l'obligeance de notre ami et confrère, le docteur Cosquer, médecin-major du 2° régiment d'infanterie de marine à Brest, un état des vaccinations et revaccinations faites dans ce régiment depuis l'année 1857 jusqu'au 1er juin 1870.

Voici un résumé partiel des indications qui s'y trouvent :

1857. 17 vaccinés (ne portant pas de cicatrices vaccinales ou varioliques) : 12 succès; 8 revaccinés : 7 succès.
1858. 0 vacciné; 19 revaccinés : 15 succès.
1859. 52 vaccinés : 19 succès; 77 revaccinés, dont 12 antérieurement variolés : 32 succès, dont 4 sur les variolés. (Sur 2 autres, résultats incertains).
1860. 71 vaccinés : 48 succès; 615 revaccinés : 218 succès.
1861. 30 vaccinés : 14 succès; 182 revaccinés : 112 succès.
1862. 98 vaccinés : 62 succès; 1,258 revaccinés : 789 succès.
1863. 46 vaccinés : 21 succès; 1,333 revaccinés : 528 succès.
1864. 51 vaccinés : 21 succès; 1,313 revaccinés : 528 succès.
1865. 28 vaccinés : 10 succès; 572 revaccinés : 123 succès.
1866. 45 vaccinés : 23 succès; 612 revaccinés : 388 succès.
1867. 49 vaccinés : 32 succès; 1,436 revaccinés : 715 succès.
1868. 0 vacciné; 393 revaccinés : 185 succès.
1869. 12 vaccinés : 8 succès; 817 revaccinés : 87 succès.
1870. Janvier. 15 vaccinés : 5 succès; 1,316 revaccinés : 287 succès, 228 douteux.

Le nombre des individus atteints de variole dans ce régiment a été de 1 en 1868, 12 en 1869 (1 décès), 30 en 1870 (2 décès). Ils étaient tous entrés au corps durant l'incubation de la variole.

Les tableaux des vaccinations pratiquées sur les équipages de la flotte, tableaux que nous devons à l'obligeance de nos amis et confrères, les docteurs Quémars et Falliers, médecins principaux de la marine, chargés du service des équipages de la flotte, nous montrent que sur un total de 4,637 revaccinations faites depuis le 1er janvier 1869 jusqu'au 25 juin exclusivement, on compte 1,302 succès, soit le quart environ.

Ceux qui n'ont pas pu être examinés par suite d'ordres de départ s'élèvent, pour le même espace de temps, au chiffre de 966; celui des cas douteux à 383, et celui des cas négatifs à 2,278. Chez trois vaccinés, les piqûres vaccinales se sont compliquées de chancres, mais le vaccin employé étant le même pour tous, c'est-à-dire pro-

venant de la même source, il est probable que ces hommes, après avoir touché des filles contaminées, ont gratté leurs boutons, les ont frottés avec leurs doigts imprégnés de virus syphilis. Telle est notre façon de penser.

Depuis le 1er janvier 1870, il est entré à l'hôpital 9 marins atteints de variole, 2 sont morts.

Ces malades sont arrivés au corps dans la période d'incubation.

Aucun des hommes vaccinés n'a eu la variole.

Voici le résultat de nos observations sur 105 variolés.

Mortalité parmi les personnes n'ayant jamais été vaccinées :

De 0 à 5 ans,	la mortalité a été de	3 sur 5	
De 5 à 15 ans,	— —	1 sur 3	
De 15 à 35 ans,	— —	0 sur 2	

Mortalité parmi les revaccinés :

De 10 à 15 ans,	la mortalité a été de	2 sur 9
De 15 à 30 ans,	— —	17 sur 80
De 30 à 40 ans,	— —	3 sur 6

Nous ne faisons figurer dans ces tableaux que les varioleux proprement dits.

Nous n'avons pas eu à traiter de varioles chez les sujets récemment vaccinés. Nous avons constaté la variole chez trois personnes qui avaient déjà eu cette affection; mais ici, la maladie a été bénigne. Le vaccin inoculé à ces sujets a parfaitement réussi. Les deux affections marchaient chacune de leur côté sans paraître subir aucune modification dans leur développement.

Vaccine animale et vaccine jennérienne.

M. DUROZIEZ. Comme membre de la commission que vous avez nommée pour vérifier les résultats de la vaccination animale dans les mairies, je me suis transporté le vendredi 24 juin au bureau de bienfaisance de la rue de Cîteaux, et voici les faits que j'ai constatés:

60 individus avaient été vaccinés le vendredi 17 juin, pour la première fois, âgés tous de quelques semaines ou de quelques mois, un seul ayant 27 ans.

51 se sont représentés.

Nous avons constaté 2 insuccès : l'un chez un enfant de un an, le second chez une femme de 27 ans, qui ne nous a présenté aucune trace, soit de vaccination antécédente, soit de variole.

Dans un cas, nous avons noté, chez un enfant de 11 mois, 3 pustules, pour une seconde vaccination, la première n'ayant pas réussi.

Quand au nombre de pustules, nous avons compté :

32 fois, 6 pustules; 4 fois, 5; 7 fois, 4; 3 fois, 3; 3 fois, 2; le nombre des piqûres étant 6.

Les pustules étaient, dans le plus grand nombre, parfaitement développées et de très-belle apparence.

M. VALTIER. Il a été déclaré, par l'employé de la mairie du Prince-Eugène, préposé à la vaccination, que le lundi 20 juin il y avait eu 152 enfants de vaccinés par le virus provenant de la génisse; et par les soins du docteur Lanoix. Que les 132 enfants présentés le 27, sont la majeure partie de ceux vaccinés le 20 du courant; que le tableau qui précède est donc le résumé des résultats qui sont :

3 enfants n'ont eu que	1	pustule	....	3
2 —	— 2	—	....	4
5 —	— 3	—	....	15
12 —	— 4	—	....	48
21 —	— 5	—	....	105
77 —	— 6	—	....	462
8 —	— 7	—	....	48
2 —	— 8	—	....	16
1 —	— 9	—	....	9
			Total.......	910

Nota. L'habitude des opérateurs est de faire 3 piqûres à chaque bras. Les nombres de 7, 8 et 9 pustules (constatées) sont des exceptions provenant de ce qu'étant parfois interrompus dans le cours de l'opération, les praticiens repiquent où ils ont déjà piqué, et cela est si vrai que dans le nombre supérieur à 6 pustules, celles-ci sont toutes doubles, quoique bien distinctes l'une de l'autre, et ayant le centre ombiliqué bien tranché.

M. GOESBRIANT. Hier matin j'ai vacciné une génisse sur le museau, car j'ai remarqué que les boutons produisaient le virus, vingt-quatre heures plus tôt que sur les mamelles.

Voici le résultat de la première vaccination : 31 personnes vaccinées. — 27 résultats complets. — 4 douteux.

M. THÉVENET. Au mois de mars 1870, assailli par de nombreuses demandes de vaccinations et de revaccinations, je dus, pour ne pas manquer à mon devoir, m'occuper de la question.

Ne pouvant me procurer du vaccin jennérien, et pressé par le temps, j'eus recours, comme beaucoup de mes confrères et sur la foi des traités, au vaccin de la génisse; et pour cela, je m'adressai à M. le docteur Lanoix, qui seul à ce moment pouvait en mettre à ma disposition.

Sachant M. le docteur Lanoix fort recherché, fort occupé, et ayant été prévenu qu'il manquait à ses engagements, je pris des précautions écrites vis-à-vis de lui, pour éviter un dérangement inutile à mes clients. Je dois dire que M. le docteur Lanoix fût fidèle à sa promesse, et tous mes clients prévenus par lettres se rendirent chez moi, au nombre de 36 seulement, le 22 mars 1870, à quatre heures de l'après-midi.

Assisté de M. le docteur Buez, médecin des eaux de Martigny-les-Bains, nous revaccinâmes les 36 personnes, qui toutes avaient été vaccinées, et voici le résultat obtenu :

1° 20 vaccinations légitimes, c'est à-dire larges pustules, déprimées au centre, et dont le développement se fit tardivement;

2° 9 vaccinoïdes, c'est-à-dire pustules acuminées, dont le développement, commencé le deuxième ou troisième jour, a été accompagné de démangeaisons, et dont la dessication a été complète le cinquième ou le sixième et même le septième jour.

Dans les 20 vaccinations légitimes, je citerai M. M..., élève d'un lycée de Paris, âgé de 15 ans, et Mme Armand R..., rue du Faubourg-Saint Honoré, n° 21, qui presenta le fait suivant, qui n'a pas besoin de commentaires :

Sur chaque bras, trois pustules vaccinales de la plus belle venue; pustules tellement belles, que sur sa demande, je pratiquai le septième jour une revaccination sur une de ses amies, Mlle S....; revaccination qui donna lieu à un résultat complet, c'est-à-dire à une magnifique revaccination légitime.

Le lendemain 23 mai, je pratiquai, avec du vaccin de M. le docteur Lanoix, recueilli sur une lancette le 22, une revaccination sur Mlle Is..., rue Neuve-Saint-Augustin, n° 60, et j'obtins six pustules légitimes, c'est-à-dire larges, nacrées, déprimées au centre et accompagnées de tuméfaction douloureuse et développées tardivement.

Là se bornent les revaccinations faites avec le vaccin du docteur Lanoix.

J'ignore quel était l'âge des pustules vaccinales de la génisse envoyée par le docteur Lanoix, mais je constate le résultat obtenu.

En dehors de la qualité du vaccin, j'attribue le résultat au mode de vaccination employé par moi, et qui consiste dans le *modus faciendi* suivant :

La lancette ordinaire, légèrement affilée et cannelée centralement est introduite parallèlement à la peau, et après quelques mouvements de latéralité, retournée huit ou dix fois sur elle-même, sans faire saigner, puis retirant la lancette avec précaution, je maintiens fermés les bords de la petite plaie avec la pointe de la lancette pendant quelques secondes, de façon à produire l'occlusion de la plaie.

Depuis le 23 mars 1870, j'ai pratiqué en dehors des revaccinations faites avec le vaccin jennérien, sur la demande expresse de quelques clients, revaccinations toutes suivies de réussite, j'ai pratiqué, dis-je, environ 90 revaccinations ou vaccinations chez des enfants nouveau-nés (ces derniers au nombre de 8) avec du vaccin recueilli en tubes, savoir :

1° 40 tubes recueillis sur les génisses de M. le docteur Danet, et 20 tubes chez M. Chambon. Les tubes ont été employés par moi, à mon cabinet, de une à cinq heures environ après avoir été remplis devant mes yeux. J'ai eu *plus de* 30 *revaccinations* légitimes constatées, obtenues par mon procédé et dans les conditions annoncées ci-dessus.

Quant aux vaccinoïdes, elles ont été très-nombreuses. Quelques personnes revaccinées sur ce chiffre de 90 n'ont pas été revues par moi; de là l'incertitude où je suis de donner des chiffres exacts.

Mais je puis citer le cas remarquable suivant : M. D..., rue Caumartin, avait été revacciné deux fois sans succès avec du vaccin de génisse par un de mes confrères. Je le revaccinai une troisième fois avec du vaccin en tubes recueillis chez M. Chambon, et j'ai obtenu 5 pustules légitimes bien accentuées.

Mais pourquoi, me dira-t-on, avez-vous vacciné avec du vaccin en tubes?

Parce que les clients qui ont été vaccinés ainsi ont bien voulu se soumettre à ce moyen, dans mon cabinet, à leur heure, et ne pas se déranger, pour ainsi dire, ne pouvant les vacciner de bras à bras avec du vaccin jennérien, dont ils ne voulaient pas, par crainte exagérée de prétendus maux engendrés par le vaccin humain, ou ne voulant pas se transporter avec moi auprès des génisses vaccinifères; et plutôt que de rester désarmé devant le fléau, j'ai dû employer les revaccinations en tubes, revaccinations renouvelées, il est vrai, jusqu'à deux et trois fois chez quelques-uns de mes clients, finalement avec succès.

Maintenant, quel a été le résultat de cette pratique ? Le voici :

A la date du 29 juin, je n'ai eu que 8 cas de variole ou varioloïde à soigner chez des malades non revaccinés, dont un cas chez une petite fille de 5 ans vaccinée avec succès il y a quatre ans par moi. Et une autre partie de ma clientèle ayant été vaccinée soit par M. Lanoix, soit par M. Danet, soit par d'autres confrères avec du vaccin jennérien, je puis dire que ma clientèle entière a été préservée jusqu'à ce jour du fléau.

Si tous les médecins avaient suivi ma pratique, beaucoup d'entre eux n'auraient pas eu à expérimenter des traitements qui, à leur dire, donnent les plus merveilleux résultats.

Médecin attaché à une grande compagnie (1), qui n'a pas cru devoir employer la revaccination pour des motifs que je n'ai pas à apprécier, mais que je ne partage pas, j'ai soigné un assez grand nombre de cas de variole discrète, varioloïde (et une confluente extrêmement grave), je n'ai perdu aucun malade. Quelle a été la méthode employée par moi ? *l'expectation pure et simple!* si j'avais employé un médicament quelconque, acide phénique, sulfate de quinine ou une méthode tant soit peu bizarre, je pourrais, à l'instar de plusieurs de mes confrères, venir crier victoire et préconiser mon traitement. Je ne l'ai pas fait et je m'en applaudis; car cela donne la mesure exacte de la valeur de ces prétendues méthodes qui ne donneront plus tard que déboires et déceptions.

Ainsi donc, en résumé, je suis partisan absolu de la vaccine qui est le seul moyen prophylactique de prévenir la variole. Quel est le vaccin le meilleur ? Tous les deux sont bons! et si j'ai donné la préférence au vaccin de la génisse, c'est purement et simplement parce que j'ai pu m'en procurer quand j'en ai eu besoin, et que pendant les quatre mois qui viennent de s'écouler, je n'ai pu que difficilement obtenir du vaccin jennérien.

Quant à la question de savoir si la vaccine dégénère ou non, je pourrais opposer à la théorie de mon cher maître, M. le docteur Gallard, soutenue avec autant d'habileté que de talent, la théorie *du terrain qui n'est plus vierge*, qui s'est modifié en un mot sous l'influence de la diathèse vaccinale, au même titre que le virus syphilitique, qui s'est pour ainsi dire humanisé, et qui donne lieu à une maladie bénigne comparativement, si on se reporte aux descriptions de la syphilis à son invasion en Europe.

Soit humanisation du virus syphilitique, soit modification par le traitement qui est mieux fait, il n'en est pas moins vrai que la syphilis est moins terrible dans ses effets; et pourquoi ne pas appliquer à la variole ce qui est applicable à la syphilis avec tant de justes titres ? C'est ce que je me propose d'exposer dans une nouvelle lettre que j'aurais l'honneur de transmettre au bureau, s'il en est temps encore.

(1) Compagnie des petites voitures.

M. ROUSSIN. J'ai pratiqué 230 revaccinations avec le vaccin de génisse, chez M. Lanoix.

Sur ce nombre, j'ai obtenu les deux tiers de succès, et ce qui me paraît digne de remarque, c'est que je n'ai pas observé un seul cas de variole parmi mes revaccinés quel qu'en ait été le résultat.

(*A suivre.*)

EMPLOI DU CHLORAL

DANS LE TRAITEMENT DES ALGIES DE NATURE VÉNÉRIENNE (1)

Par Charles Mauriac,
Médecin de l'hôpital du Midi.

III

Dans le cas suivant, il ne s'agit pas d'algies syphilitiques, mais de douleurs consécutives à un accident tout local, à un chancre mou, compliqué d'un bubon suppuré. Ce fait est digne d'intérêt; il est rare en effet que dans les chancres mous la douleur atteigne un degré d'intensité remarquable. Sous ce rapport, comme sous beaucoup d'autres, cette classe de maladies vénériennes est infiniment moins grave que la syphilis et que les affections blennorrhagiques. Quand la douleur se produit, elle est directe et locale; elle ne dépasse pas les limites du processus inflammatoire et ulcératif. Elle n'est jamais constitutionnelle ou centrale, comme l'algie syphilitique, puisque le virus du chancre mou n'exerce pas son action au-delà de la sphère des ganglions qui reçoivent les lymphatiques des parties atteintes, et par conséquent n'empoisonne pas l'organisme. Enfin, elle est rarement *réflexe* ou *virtuelle*, c'est-à-dire, qu'elle ne transmet pas aux centres nerveux ces impressions qui, modifiant la modalité fonctionnelle des cellules, font naître, en vertu de la loi du périphérisme des sensations, les douleurs réflexes sur des nerfs plus ou moins éloignés du foyer morbide primitif. Cependant le fait que je vais rapporter me paraît être un exemple de ces sortes de douleurs indirectes consécutives à un accident purement local.

M. P... (Michel), serrurier, âgé de 35 ans, entré le 20 mars 1870, salle 8, n° 39, dans mon service à l'hôpital du Midi, grand, fort, bien constitué, d'une bonne santé habituelle, avait eu la syphilis en 1860 : chancre infectant, roséole, plaques muqueuses. Il fut régulièrement traité, et les accidents, légers du reste, cessèrent de se reproduire au bout de trois ans, et n'ont pas reparu depuis.

Le 7 mars, le malade eut commerce avec une blanchisseuse de Batignolles, et, trois jours après, quatre chancres se déclarèrent sur la face muqueuse du prépuce. Guérison au bout de trois semaines; mais quinze jours après l'apparition des chancres, bubon inflammatoire et suppuré dans l'aine gauche, qui s'ouvrit spontanément.

Le 12 avril, le bubon suppurait avec abondance; il était large, profond et entouré d'une zone inflammatoire, extrêmement rouge et très-sensible à la pression. Le malade était réduit à une immobilité absolue par l'intensité des douleurs locales. Mais il éprouvait en outre, quoique n'ayant qu'un mouvement fébrile très-modéré, une céphalalgie très-violente et des douleurs aiguës dans la fesse et le mollet, du même côté que le bubon chancreux. Ces douleurs fessières et jambières étaient excessivement vives; elles constituaient deux foyers distincts non reliés par des irradiations douloureuses intermédiaires. Les régions qui en étaient le siége ne présentaient aucune modification appréciable. Les douleurs avaient le caractère névralgiforme, et redoublaient d'intensité pendant la nuit. Il en résultait une insomnie complète, accompagnée d'agitation et d'un peu de fièvre.

Le 11 avril, je lui fis donner, vers sept heures, *quatre* capsules de chloral (*un* gramme *vingt-huit* centig.). La nuit fut aussi mauvaise que les précédentes : crises très-douloureuses, insomnies, tiraillements d'estomac, pas de coliques.

Le 12 avril, le malade prit, dans la soirée, *huit* capsules de chloral (*deux* grammes *cinquante-six* centig.). Il éprouva quelques tiraillements d'estomac, mais pas d'autres troubles du côté du tube digestif. L'insomnie fut vaincue; sommeil de neuf heures de durée.

Le 13 avril, continuation des douleurs dans la cuisse et dans le mollet; elles sont aussi violentes que les jours précédents. Celles du mollet augmentent un peu par la pression.

Le 13, *huit* capsules de chloral. Encore sommeil de neuf heures de durée. Lourdeur de tête au réveil; un peu de fièvre.

Les jours suivants, je ne donnai pas de chloral. L'insomnie et les douleurs revinrent avec la même intensité qu'auparavant.

Le 19 et le 20, je fis prendre chaque soir un julep additionné de *quatre* grammes de chloral. Sommeil profond. Au réveil, il existait un peu d'embarras de la tête. Les fonctions de l'estomac et des intestins n'avaient pas été troublées.

A partir de ce moment, le sommeil revint peu à peu, et les douleurs s'atténuèrent progressivement, bien qu'on ne donnât plus de chloral. Il est vrai que le bubon était en bonne voie de guérison. Le 16 avril, les douleurs dans le mollet avaient disparu; celles de la fesse persistaient encore. Le malade ne tarda pas à sortir parfaitement rétabli.

L'effet hypnotique du chloral n'a pas été douteux : l'insomnie disparaissait quand on l'administrait et revenait dès qu'on le cessait. Il a fallu une dose plus considérable que dans les cas précédents pour obtenir le résultat voulu. Pourquoi ? Sans doute parce que les accidents étaient plus intenses, mais peut-être aussi parce que le malade avait un léger mouvement de fièvre. Je crois, sans pouvoir l'affirmer d'une manière positive, que la fièvre contrarie l'action du médicament. A cette époque, je soignais en ville une malade atteinte d'une fièvre muqueuse assez

(1) Suite. — Voir le numéro du 12 juillet 1870.

vive; elle avait une insomnie presque complète. Je tentai sans aucun succès le choral à la dose de quatre capsules, qui ne produisirent aucun trouble ni du côté du système nerveux, ni du côté du tube digestif.

Il importe de noter dès maintenant que le chloral, dans les cas d'insomnie causée par la douleur, commence par procurer du sommeil. C'est le sommeil qui fait taire la douleur ; ce n'est jamais la cessation de la douleur qui conduit à un sommeil qu'on pourrait considérer comme naturel. L'action du chloral est essentiellement et avant tout hypnotique. Quant à son action calmante sur les phénomènes douloureux, elle me paraît inséparable, dans l'observation précédente, de l'action hypnotique ; car les douleurs sont revenues avec la même intensité qu'auparavant dès que le sommeil a cessé. Les singulières douleurs de la fesse et du mollet, éloignées du foyer du mal et sans liaison matérielle apparente avec lui, n'ont-elles pas le caractère des douleurs réflexes? C'est la seule complication de cette nature que j'ai observée dans le cas de bubon chancreux; les douleurs crurales antérieures n'y sont pas très-rares; elles dépendent toujours de la pression que le travail inflammatoire devenu profond peut exercer immédiatement sur le nerf crural au niveau de l'aîne.

EMPHYSÈME INSOLITE DES DEUX PAUPIÈRES A DROITE

Par le docteur Pirès Ferreira, de Rio de Janeiro.

M. F..., âgé de 24 ans, négociant à Rio de Janeiro, vient me consulter le 26 décembre 1869 pour un cas d'emphysème des paupières. Il raconte avoir l'habitude de prendre tous les matins des bains de mer, et que ce jour-là en entrant dans l'eau, il voit approcher une grosse vague qu'il veut fuir en plongeant, mais celle-ci l'attrape et lui donne un violent coup à la figure.

Il a pu, cependant, rester encore quelque temps dans l'eau, mais en sortant il avait fort mal à la tête, et peu de temps après les paupières droites, surtout la supérieure, commencèrent à trembler, il se moucha et perdit un peu de sang par la narine droite.

En même temps les paupières devenaient grosses, lourdes et augmentaient de volume à mesure que le malade se mouchait.

Quand je l'ai examiné, quelques heures après l'accident, j'ai constaté le cas suivant : les deux paupières, surtout la supérieure, étaient le siége d'un gonflement indolent, sans rougeur et sans chaleur. Le malade faisait des efforts pour ouvrir l'œil et n'y parvenait pas, la paupière supérieure tombait au devant du globe et le cachait entièrement.

Le récit du malade et la date toute récente de l'accident, éloignèrent tout de suite l'idée d'une inflammation phlegmoneuse ou d'un gonflement œdémateux, d'autant plus qu'il existait une grande dépressibilité des tissus qui cédaient facilement à la pression des doigts et revenaient aussitôt que cessait la pression. J'ai employé, pour entendre la sonorité, le procédé de la chiquenaude, que j'ai vu mon vénérable maître, M. le professeur Gosselin, employer souvent dans le diagnostic des infiltrations gazeuses, et il m'a été facile d'entendre un son aérique très-distinct. J'ai cherché alors la crépitation emphysémateuse sans la pouvoir sentir, ce que j'attribuai à la lâcheté du tissu cellulaire de la région.

La couche du tissu cellulaire qui s'étend de l'arcade orbitaire à l'oreille, offrait le même état emphysémateux, et dans cette région j'ai parfaitement senti la crépitation.

Le malade se rappelle avoir reçu, dans son enfance, un coup de bâton sur le nez sans qu'il en résultât la moindre incommodité. La région nasale ne présente aujourd'hui aucune déformité.

Je pense qu'il y a eu ici quelque rupture de la paroi externe du nez et de la partie correspondante de la membrane de Schneider, et que le malade se mouchant avec force, l'air passa directement de la fosse nasale ou du canal nasal dans le tissu sous-jacent à la membrane muqueuse du sac lacrymal et gagne de proche en proche celui des paupières.

J'ai employé un traitement fort simple, et qui m'a donné une cure complète et très-rapide. J'ai commencé par tranquilliser mon malade qui s'effraya beaucoup en voyant tout à coup son œil dans un état pareil. J'ai pratiqué ensuite une petite incision dans la région externe de la paupière supérieure à 3 millimètres du rebord orbitaire externe.

L'air s'échappa immédiatement par l'incision et le malade put ouvrir l'œil facilement.

J'appliquai un bandeau compressif que le malade leva le soir pour aller dîner en ville. En rentrant il se fit de nouveau appliquer l'appareil jusqu'au lendemain matin.

L'emphysème n'existait plus vingt-quatre heures après, laissant l'œil et les parties voisines dans un état d'intégrité parfaite.

J'ai revu M. F... cinq mois après l'accident, il est parfaitement guéri.

Traité des maladies de la peau comprenant les exanthèmes aigus, par Ferdinand Hebra, traduit et annoté par le docteur Doyon. 6e fascicule. — Prix : 2 fr.

L'Eucalyptus globulus, *son importance en agriculture, en hygiène et en médecine*, par le docteur Gunbert. Brochure in-8 de 36 pages. — Prix : 1 fr. 25.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

ACADÉMIE DES SCIENCES

L'Académie des sciences a tenu lundi dernier sa séance solennelle. Un grand nombre de récompenses ont été décernées à des médecins, et nous tenons à donner au moins les noms des heureux lauréats.

Prix de médecine et de chirurgie (applications de l'électricité à la thérapeutique). — L'Académie a accordé : 1° à MM. Legros et Onimus, une médaille de 3,000 francs pour l'ensemble de leurs travaux et les résultats importants qu'ils ont déjà obtenus en vue des applications de l'électricité à la physiologie et à la thérapeutique ; 2° à M. Cyon, une médaille de 2,000 francs pour les mêmes motifs.

Prix de physiologie expérimentale. — Une mention très-honorable avec une somme de 600 francs est accordée à MM. Léon Tripier et Arloing : 1° pour avoir démontré les premiers, dans les nerfs sensitifs cutanés, l'existence d'une sensibilité récurrente jusqu'ici reconnue seulement dans les nerfs moteurs; 2° pour avoir établi expérimentalement que l'influence des nerfs sensitifs de la peau s'étend en dehors de leur zone de distribution anatomique; 3° que la persistance de la sensibilité dans le bout périphérique des nerfs sectionnés et la persistance de la sensibilité dans la peau correspondante sont deux phénomènes connexes, qui ne se présentent jamais l'un sans l'autre.

Prix Montyon. — Divers prix fondés par M. de Montyon ont été décernés : 1° à M. le docteur Junard, pour ses recherches « sur l'action de l'air comprimé sur le corps humain »; 2° à M. le docteur Hubert von Luschka, professeur d'anatomie à l'Université de Fubingen, pour divers mémoires, et particulièrement pour son ouvrage intitulé : *Anatomie médico-chirurgicale du thorax et des organes intra-thoraciques; étude anatomique du pharynx de l'homme;* 3° à MM. Paulet et Sarazin pour leur *Traité d'anatomie topographique.*

En outre, parmi les ouvrages qui ont mérité à leurs auteurs des mentions honorables avec encouragements de la valeur de 1,500 francs, nous trouvons les suivants :

1° *Recherches cliniques sur la chorée, le rhumatisme et les maladies du cœur chez les enfants*, par M. le docteur Henri Roger, médecin de l'hôpital des Enfants, etc.

2° *Typhus des Arabes, épidémie de* 1868, par un anonyme.

3° Divers mémoires sur *l'helminthologie médicale*, par M. Knoch, chirurgien en premier de l'hôpital militaire de Saint-Pétersbourg.

Enfin, l'*Essai sur les maladies du cœur chez les enfants*, par M. le docteur René Blache, et les études photographiques de M. Roudanousky sur le système nerveux de l'homme, etc., ont été cités avec éloges.

Prix Briant. — Une récompense de 5,000 fr., totalité de l'intérêt annuel du legs Briant a été décerné à M. Fauvel pour son bel ouvrage sur *L'étiologie et la prophylaxie du choléra.*

Trois autres mémoires, envoyés pour le même concours, ont été l'objet de mentions honorables :

1° Les *Études géographiques et scientifiques sur les causes et les sources du choléra asiatique*, par M. Proeschel.

2° Une *Notice sur les mesures de précautions prises à Batma pendant le choléra de* 1867, par M. Dukerley, médecin-major.

3° La *Statistique des décès, par le choléra, qui ont eu lieu dans le quartier Folie-Méricourt pendant les années* 1865 *et* 1866, par M. le docteur Géry père.

Prix Bordin. — Le sujet du concours était, cette année : la *Monographie d'un animal invertébré marin.* M. Marion, préparateur à la Faculté des sciences de Marseille, avait adressé un travail intitulé : *Recherches sur les nématoïdes marins;* et M. Nicolas Wagner, professeur à l'Univerté de Kasan, une *Monographie des ancées du golfe de Naples.* L'Académie a partagé le prix entre les deux concurrents.

Prix Barbier. — Ce prix a été également partagé par moitié entre M. Mirault (d'Angers), et le docteur B. Stilling (de Cassel). M. Stilling a le premier, à la suite des opérations d'ovariotomie, fixé le pédicule à l'angle inférieure de la plaie au lieu de le laisser retomber dans la cavité abdominale. Son procédé avait été décrit dès l'année 1841. M. Mirault a préconisé l'occlusion temporaire des paupières dans le traitement de l'ectropion cicatriciel. Il a dernièrement rendu cette méthode applicable à l'ectropion unipalpétral en fixant le lambeau, non plus au bord, mais à la base de la paupière non renversée.

Prix Godard. — Aucun travail « sur l'anatomie et la physiologie des organes génito-urinaires de l'homme » n'ayant paru mériter une récompense, l'Académie décerne le prix à M. le professeur Hyrt (de Vienne), pour ses recherches sur les mêmes organes chez les poissons.

Prix Desmazures. M. le docteur Hermann Hoffmann, professeur de clinique à l'Université de Gussen, qui a partagé ce prix avec M. le docteur Louis Rabenhorst (de Dresde), a étudié les bactéries au point de vue purement botanique, pour ainsi dire. On ne lit pas sans étonnement dans son mémoire qu'il est parvenu à les cultiver artificiellement, et même qu'il les a vues croître dans l'air sur un corps modérément humide. Dans cette condition insolite, les bactéries arrivent pourtant à former des chapelets assez allongés, et qui se dressent les uns contre les autres à la manière des soies, du velours.

Dans ce même concours, M. le docteur Edouard Strasburger, actuellement professeur de botanique à l'Université d'Iéna, a obtenu une mention honorable pour ses travaux sur les fougères et les hépatiques,

Prix de statistique. — Voici comment s'exprime le rapporteur académique au sujet de l'ouvrage qui a remporté ce prix.

« L'ouvrage remarquable dont il s'agit est dû à M. Chenu, et est intitulé : *Statistique médico-chirurgicale de la campagne d'Italie en* 1859 *et* 1860. Déjà l'Académie avait décerné un prix à M. Chenu, pour son excellent travail sur la mémorable campagne de Crimée. Les deux volumes qu'il publie aujourd'hui sur les combats de nos soldats en Italie ont paru mériter le même honneur. Ils offrent le même intérêt saisissant, au point de vue historique de la campagne et au point de vue des résultats chirurgicaux. Le lecteur s'y laissera entraîner, car la chronique de l'armée, quelque simplement qu'elle soit racontée, met en évidence l'héroïsme de nos troupes. Après l'avoir lue, nul ne prendra pour des lieux communs ces louanges qui reviennent si souvent dans nos histoires et dans nos chants patriotiques : ce ne sont pas de vains mots. Malheureusement la gloire n'est achetée qu'à haut prix, la vaillance paye ses gloires parfois bien chèrement. On n'en est que trop convaincu, en parcourant, même rapidement, la partie chirurgicale, c'est-à-dire presque tout l'ouvrage. Sans cesse elle met sous les yeux les plus pénibles tableaux...

« Il est bon d'en faire ressortir le résultat principal : c'est que cette campagne de trois mois, qui a vu tant de glorieux combats et la grande bataille de Solférino, a moins coûté à la France que l'on n'aurait pu le craindre. Voici la récapitulation des pertes de l'armée :

Tués.	2,536
Disparus.	1,128
Blessés et malades morts aux hôpitaux. .	5,010
Total des morts.	8,674

« Il y avait eu près de 20,000 blessés, dont 17,000 sur le champ de bataille.

« D'après divers renseignements, l'auteur évalue à 2,800 morts ou disparus, les pertes de l'armée sarde, qui avaient eu 4,922 blessés.

« Les pertes de l'ennemi sont nécessairement bien supérieures. On manque toutefois de renseignements positifs à ce sujet. Les morts sur le champ de bataille seraient au nombre de 5,400. Mais les hommes disparus excéderaient 17,000, dont une grande partie sans doute se retrouverait parmi les prisonniers. Les blessés et les malades excéderaient 40,000. »

HOTEL-DIEU DE NANTES. — M. LETENNEUR.

Deux fractures non consolidées de la cuisse traitées par la résection et la suture des os.

Fracture du fémur non consolidée. — Résection; suture des os. Guérison.

L... (Émile), âgé de 20 ans, terrassier, demeurant à Chantenay-sur-Loire, entre à l'Hôtel-Dieu de Nantes le 23 mars 1867.

Il a été surpris par un éboulement de graviers, qui l'a fait tomber de côté et a occasionné une fracture de la cuisse droite. En même temps, un pied de brouette renversée lui fit au côté de la poitrine près de l'aisselle, une plaie profonde et de 8 centimètres environ de diamètre.

Ce jeune homme, apporté à l'hôpital, est soigné immédiatement par l'interne de garde qui, après d'énergiques tractions, appliqua l'appareil ordinaire des fractures de la cuisse.

La plaie de l'aisselle fut réunie par une suture entortillée. Pendant les jours qui suivirent, on serra les lacs de l'appareil; on enleva au bout de quatre jours les épingles de la plaie de l'aisselle, qui se rouvrit aussitôt.

Le 1er avril, je pris le service de clinique, et j'examinai la cuisse de notre malade. Les fragments présentaient un chevauchement considérables, et le fragment supérieur faisait sous la peau une saillie tellement apparente, qu'il était évident que ce fragment avait traversé la couche musculaire.

Des efforts méthodiques furent faits pendant plusieurs jours dans le but d'obtenir une réduction convenable, mais les fragments reprenaient invariablement leur situation vicieuse.

Le gonflement douloureux qui existait dans tout le foyer de la fracture, l'infiltration sanguine qui s'étendait au loin, me firent reculer devant l'idée d'un débridement sous-cutané du vaste externe, opération qui aurait été faite plus utilement peut-être dans les premiers jours, avant que le travail inflammatoire ne fût établi.

L'appareil fut surveillé avec le plus grand soin, et nous pûmes espérer un instant que la consolidation serait obtenue; je permis au malade de se lever à l'aide de béquilles le 25 juin, c'est-à-dire trois mois après l'accident. Mais le 29 juin il glissa sur le parquet ciré de la salle, et fit une chute qui eut pour résultat une déformation considérable de la cuisse et des douleurs si aiguës que le malade réclamait une opération, voire même l'amputation. Je me décidai alors à pratiquer la résection des fragments et la suture des os.

L'opération eut lieu le 2 juillet.

Le malade est endormi par le chloroforme, alors je taille un lambeau demi-circulaire à base supérieure de 10 centimètres environ, comprenant la peau et le muscle; ce lambeau relevé met à nu le fragment supérieur, qu'il fallut dégager des fibres musculaires dans lesquelles ses dentelures étaient enfoncées. Le fragment est attiré au dehors, et à l'aide d'une spatule je le dénude de son périoste dans l'étendue de 1 centimètre et demi, et cette portion est retranchée perpendiculairement à l'axe de l'os à l'aide de la scie à chaîne.

Le fragment inférieur était situé si profondément, que pour l'atteindre je dus faire une incision transversale tombant perpendiculairement sur la première et produisant un large débridement. Malgré cela, malgré la direction donnée au membre, le fragment ne put être attiré au dehors. Je passai autour de lui, à l'aide d'une aiguille courbe, un fil ciré, qui me servit à conduire la scie à chaîne. La résection de ce fragment eut lieu sans que le périoste eut été détaché, la portion réséquée était, comme pour l'autre fragment, de 1 centimètre et demi.

Il fut alors assez facile de mettre les fragments en présence et d'obtenir une coaptation convenable. Restait à pratiquer la suture; je me servis d'un foret à main, drille des tourneurs, plus puissant que le drille des horlogers, dont je m'étais servi dans une opération précédente. Je commençai par perforer obliquement de dehors en dedans le fragment inférieur, et je passai immédiatement dans l'ouverture un très-fort fil d'argent, dont l'extrémité avait été préalablement limée et amincie.

Le fragment supérieur fut perforé de la même manière, de dehors en dedans, et comme il est difficile de trouver le passage du canal médullaire vers la surface de l'os, j'introduisis dans l'ouverture que je venais de faire la canule d'un troquart explorateur, qui vint faire saillie au milieu du canal médullaire. L'extrémité du fil d'argent qui avait été effilée exprès, comme je l'ai dit plus haut, put être introduite dans la cavité de la canule, et, grâce à ce conducteur, fut dirigée à travers le fragment supérieur. Cette partie de l'opération présenta quelques difficultés; il fallut le redresser avec des pinces avant de l'ajuster à la canule.

Les os furent ensuite rémis en présence, et les deux extrémités du fil d'argent tordues énergiquement à l'aide d'un bec de corbin, les deux bouts réunis furent laissés dans la plaie avec les fils des ligatures artérielles.

La plaie fut réunie au moyen d'épingles, sauf la partie moyenne, qui fut remplie par une mèche de charpie imbibée d'un mélange d'eau, d'alcool camphré et de chlorure d'oxide de sodium; le pansement fut fait avec de la charpie et des compresses humectées avec le même mélange. Enfin le membre fut placé dans une gouttière en fil de fer comprimant le bassin.

Le soir à cinq heures, le malade se plaint beaucoup et me fait appeler. Je découvre la plaie, et je reconnais qu'un épanchement de sang s'est produit profondément; j'enlève toutes les épingles, je détache les caillots et j'applique des ligatures sur une dizaine de petites artères, qui donnaient du sang.

Le pansement fut refait comme le matin, sauf les réunions par la suture entortillée, à laquelle il fallut bien renoncer.

Les suites de l'opération furent assez simples, la fièvre fut modérée, et ce qui me préoccupa le plus ce fut la contraction des muscles postérieurs et intérieurs, qui donnaient à la cuisse une courbure exagérée en dehors et en avant. Je luttai avec persévérance contre cette difficulté au moyen de l'extension et de la contre-extension.

La gouttière de Bonnet ne fut supportée que pendant les premiers jours; je la remplaçai par une boîte de Baudens, dont la valve externe était à charnière.

Le gonflement des parties molles fut considérable, ce qui donnait à la plaie une grande profondeur. Le foyer fut lavé chaque jour au moyen d'injections faites avec le mélange qui servait au pansement. Grâce à ces précautions, la plaie eut rapidement un bon aspect et la cicatrisation marchait à souhait. Cependant, un abcès survint à la partie interne et postérieure de la cuisse, et fut ouvert.

Le 25 septembre, c'est-à-dire 85 jours après l'opération, le fil d'argent se détacha sans entraîner avec lui des portions d'os.

En sondant la plaie, on ne trouve point de nécrose; la réparation s'est donc faite à mesure que l'os s'est coupé au contact du fil métallique. Le cal paraissait alors solide, et le malade pouvait faire quelques mouvements. Cependant la plaie ne se ferma pas complétement, et au mois de novembre, un nouvel abcès se forma, qui nécessita le drainage.

A partir de ce moment, l'amélioration fut rapide; le malade se leva avec des béquilles et sa santé se fortifia; bientôt il put marcher à l'aide d'une chaussure à semelle épaisse.

Au mois d'avril 1868, neuf mois après l'opération, une petite fistule existait encore; elle communiquait avec une cavité du cal; un drain et des injections iodées réussirent à faire combler ce vide, et le malade quitta l'hôpital à la fin d'avril dans un état très-satisfaisant; il pouvait marcher sans bâton.

Au mois de mai, il revint me voir et me dit que les trois jours précédents il avait fait à pied cinq lieues chaque jour sans se fatiguer. La guérison est donc complète; la fistule est guérie; le raccourcissement est de près de 6 centimètres.

La fistule correspondant au cal s'est r'ouverte après les courses que je viens de raconter, et quatre jours après L.... rentre à l'hôpital pour se reposer, après avoir retiré une petite esquille. Depuis ce temps, la guérison s'est maintenue sans le moindre accident.

L... s'est débarrassé de sa chaussure à semelle épaisse, il s'appuie habituellement sur sa jambe droite, qu'il prétend être plus forte que l'autre; il a pris l'habitude de marcher en fléchissant toujours un peu la jambe gauche; grâce à ce moyen, il ne boite pas d'une manière disgracieuse, marche facilement, fait de longues courses et se livre à des travaux fatigants avec autant d'aisance qu'avant sa fracture.

(A suivre.)

ÉPISTAXIS REBELLE.

MOYEN SIMPLE DE COMPRESSION.

La *Gazette des hôpitaux* a rendu compte d'un fait d'épistaxis rebelle, et démontre une fois de plus les difficultés qu'on rencontre quelquefois pour se rendre maître des hémorrhagies nasales. Dans le cas qui fait l'objet de la note ci-dessus mentionnée, ces difficultés tenaient surtout à l'état physiologique de la malade, dont le sang était d'une fluidité excessive; mais elles tenaient aussi à l'imperfection des moyens coercitifs employés, et disons-le, à la difficulté de la mise en pratique de ces moyens.

Depuis bientôt vingt ans, j'ai eu souvent l'occasion d'user d'un procédé qui m'a constamment réussi dans les cas les plus rebelles. Ce procédé est des plus simples, s'applique avec une facilité extrême; il est à la portée de tout le monde et on a toujours *en main* l'instrument, le seul instrument non pas nécessaire, mais le plus utile.

Si vous regardez attentivement la face d'un malade atteint d'épistaxis, vous remarquez bientôt sur le côté par où a lieu l'écoulement du sang, près de l'aile du nez, un petit soulèvement intermittent des téguments et des parties molles indiquant qu'une pulsation a lieu là. Si cette pulsation n'est pas visible à l'œil, le doigt promené sur la région la fait percevoir promptement; appuyez un peu la pulpe du doigt explorateur pour comprimer cette branche de l'artère faciale, immédiatement l'écoulement du sang cesse, pour recommencer si vous cessez la compression. Il suffit, pour arrêter complétement cet écoulement, de continuer la compression pendant un temps suffisant à la formation d'un caillot, et pour l'ordinaire ce temps est fort court, à moins qu'on ait affaire à un sang très-fluidifié, auquel cas il est aisé d'appliquer un petit tampon compresseur facilement maintenu par un ou deux tours de bande.

Ce procédé si simple enlève toute crainte de voir le sang refluer vers les fosses nasales postérieures, puisque l'arrêt a lieu avant les fosses nasales. Il laisse dans une liberté parfaite toutes les voies aériennes, il ne fait aucun obstacle à l'accomplissement d'aucune fonction; il est, je le répète, d'une application facile au-delà de tout, ne nécessite aucun appareil particulier, supprime la nécessité des injections astringentes qu'il n'est pas souvent facile de diriger, et qui ne sont pas toujours d'une innocuité parfaite.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE.

Séance du 15 juin (1). — Présidence de M. H. BLOT (vice-président).

COMMUNICATIONS

M. LABBÉ fait connaître le résultat de *la dissection et de l'examen microscopique de la pièce présentée par lui au nom de M. Notta, de Lisieux.* (Examen fait par M. Charles Legros.)

Il s'agit d'un cancer vrai du testicule. Dans quelques points, il y a des épanchements sanguins ou prédominents du tissu fibreux; mais ce qui domine, c'est un tissu composé de groupes de cellules imitant grossièrement la disposition normale des tubes testiculaires. M. Robin a insisté souvent sur cette particularité des cancers du testicule. Ces masses cellulaires, dont la forme varie à l'infini sur les coupes, sont séparées par des cloisons fibreuses. On ne trouve, dans aucun point, les traces de l'épididyme ou de tubes testiculaires normaux.

LECTURES

Hématocèle testiculaire. — M. CHASSAIGNAC lit la note suivante. (Voir la *Gazette des hôpitaux* du 14 juillet 1870.)

Traitement de la syphilis sans mercure. — Nouvelle statistique. — M. A. DESPRÈS. — Je viens apporter, messieurs, la statistique de mes malades de l'hôpital de Lourcine que j'ai traitées sans mercure.

J'ai reçu cette année 311 malades.

Sur le nombre 87 avaient été antérieurement traitées par le mercure, 10 pendant plus de 4 mois; 37 pendant plus de deux mois; 20 pendant 1 mois; 20 pendant moins de 1 mois.

41 sont rentrées après avoir été soumises dans mon service au traitement tonique. Sur le nombre 11 avaient été traitées pendant plus de 2 mois, 14 étaient sorties améliorées, 10 étaient sorties non guéries.

Si j'ajoute aujourd'hui les chiffres de mes quatre statistiques, j'arrive aux résultats suivants : en 5 ans j'ai traité à l'hôpital de Lourcine, sans mercure, par le régime tonique, les grands bains, les soins locaux et le repos, 1199 syphilitiques sur lesquelles 273 avaient été traitées antérieurement par le mercure et 112 sont rentrées avec des récidives après avoir été traitées dans mon service.

Remarquez ce chiffre de 1200 malades. Si l'absence de traitement mercuriel était un mal, vous comprenez ce que ces malades eussent dû présenter d'accidents graves. Or, comme je n'en n'ai point vu; comme mes collègues n'en n'ont pas vu, et qu'ils n'ont pu citer jusqu'ici que quelques cas rares, de récidives de plaques muqueuses, vous voyez que je n'ai point tort de conclure à l'efficacité du traitement de la syphilis par les seuls toniques.

Je donne cette statistique pour servir de terme de comparaison, avec celles des médecins et chirurgiens qui traiteront leurs malades par le mercure, et compteront leurs récidives comme je compte les miennes.

Je veux faire plus : J'ai reçu, ai-je dit, 112 malades déjà traitées par moi. Sur ce nombre plusieurs avaient été déjà traitées dans mon service, c'est-à-dire étaient à une 3me poussée. Ces malades sont au nombre de 35, sur lesquelles 24 avaient été traitées à la première poussée par le mercure et 9 avaient été traitées sans mercure. En établissant la proportion : 8 0/0 ont eu une troisième poussée après avoir été dès le début traitées sans mercure; 22 0/0 ont eu une troisième poussée après avoir été traitées au début par le mercure.

J'ai vu, messieurs, ce que j'ai observé les années précédentes sans que rien ait pu modifier mes convictions. Les récidives que j'ai observées chez mes malades n'ont été constatées que sur des sujets ayant des syphilis récentes, ne datant pas de plus de 12 à 16 mois. Au contraire, les récidives étaient assez fréquentes chez les malades qui avaient la syphilis depuis 18 mois ou 2 ans, et qui avaient été traitées par le mercure. Le mercure avait retardé sans les atténuer les récidives de plaques muqueuses ou de syphilides. Lorsqu'une malade a été traitée par des préparations mercurielles énergiques qui l'ont fatiguée, les plaques muqueuses disparaissent aussitôt que l'on cesse le traitement et elles sont plus rebelles et plus longues à guérir. Au contraire, les malades qui sont traitées sans mercure guérissent rapidement lorsqu'elles ont des récidives, lesquelles sont de moins en moins fortes. A cet égard, je puis citer une malade, traitée par moi, qui a eu en un an 4 récidives de plaques muqueuses, de plus en plus faibles, et qui est aujourd'hui inscrite à la police : ce qui prouve eu égard à la surveillance dont les prostituées sont l'objet, qu'elle n'a guère les apparences d'une syphilitique.

Je ne puis mieux faire pour exprimer bien ma pensée que de montrer ici une comparaison. Le syphilitique est comme un débiteur qui doit une grosse somme, celui qui ne prend pas de mercure paye en 3 ou 4 termes tout ce qu'il doit, celui qui prend du mercure recule ses payements, il fait des billets et les renouvelle à plus ou moins gros intérêt, mais il n'est pas moins obligé de payer.

Cette année comme les autres j'ai encore vu des faits significatifs. Une femme est traitée au début de la syphilis par le mercure pendant 2 mois. Un an après, elle entre dans mon service avec des plaques muqueuses et une syphilide papuleuse. Une petite récidive est survenue quand la malade a eu quitté mon service. La malade est retournée à Saint-Louis, on lui a donné de nouveau du mercure, pendant 6 semaines, ce qui n'empêche pas la malade de revenir dans mon service avec une 4me récidive aussi grave que la première et aussi rebelle, en même temps que la malade est anémique et a une gingivite chronique.

Sur mes 1,200 malades, c'est-à-dire sur les 926 malades vierges de mercure (si je soustraits celles qui avaient été traitées par le mercure avant d'entrer dans mes salles), je n'ai vu et il n'y a eu, à ma connaissance, que trois accidents tertiaires, 2 malades dont je vous ai parlé dans ma statistique de 1868, une malade qui a eu une syphilide tuberculeuse disséminée avec ulcères un peu profonds. Au contraire, sur les 273 malades traités par le mercure, outre les accidents tertiaires graves que j'ai mentionnés dans mes précédentes statistiques, tels que exostoses, paralysies syphilitiques, amauroses par retino-choroïdite, gommes du voile du palais, j'ai vu, cette année, des gommes de la peaux, un onyxis syphilitique, une choroïdite syphilitique, après 3 traitements mercuriels, dont le dernier a duré 4 mois, une syphilide tuberculeuse, après un traitement mercuriel de 6 mois, une gomme du voile du palais, une autre syphilide ulcéreuse du voile du palais, après un traitement mercuriel de 8 mois.

J'ajoute que j'ai vu une fois une gomme ulcérée du voile du palais sur une femme qui ne s'était point traitée et dont le début de la syphilis remontait à un an. Cette malade est signalée dans ma statistique de 1868.

Dans tous ces cas, il s'agit de malades dont la syphilis ne remontait pas au-delà de 5 ans.

On me dira sans doute que je dois attendre pour savoir ce qu'il adviendra à mes malades. Je ne pense pas qu'il puisse leur arriver rien de pire qu'à une femme M..., entrée dans mon service avec une perforation de la voute palatine, et qui, il y a vingt ans, avait été soumise à un traitement mercuriel de 18 mois.

J'ai eu des malades syphilitiques qui sont mortes; une est morte par accident, une est morte de rhumatisme articulaire aigu; une est morte de maladie du cœur, suite d'un rhumatisme articulaire peu antérieur au début d'un chancre et de plaques muqueuses qu'avait la malade en entrant à l'hôpital. Une malade, à la suite d'un érysypèle, a eu des engorgements ganglionnaires multiples du cou et est morte leucocytémique. Une malade est morte des suites d'un abcès en kyste du cerveau, de date bien antérieure à la syphilis. Je n'ai vu ni à l'œil nu, ni au microscope, aucun cas de syphilis viscéral.

J'ai revu 37 malades traitées par moi, il y a 3 et 4 ans et qui sont bien guéries. Ce sont des malades comme celles dont a parlé M. Diday. Je suis depuis 2 et 3 ans 5 hommes qui ont eu une syphilis d'une durée de 14 à 18 mois et qui sont bien guéris. Je cite ces malades par opposition à ceux et à celles chez qui je traite des accidents secondaires au 26me, au 30me et au 40me mois de la syphilis.

J'ai évalué, dans mes précédentes statistiques, la durée de la guérison de la syphilis, sans le mercure, à 3 années en moyenne. Vous voyez que je fournis des preuves. Mais je veux vous signaler un fait probant, que m'a rapporté un chirurgien de marine.

Les Européens ont porté en Océanie, dans l'île des Amis, entre autres bienfaits de la civilisation, la syphilis avec la verroterie et les armes de guerre. Les sauvages ont trouvé une prophylaxie : le syphilitique est renvoyé de l'île pour trois ans. On l'envoie vivre dans une île voisine. Au bout de ce temps, on le laisse revenir et il est guéri.

Il y a certes des syphilis qui durent moins de 3 ans. J'ai vu une syphilis grave qui a duré 18 mois; voilà 21 mois que la malade est sortie de mon service, je l'ai revue, il y a deux mois; elle était bien guérie et avait toutes les apparences d'une belle santé.

Je ne répéterai pas ce que j'ai déjà dit des iritis et des choroïdites syphilitiques. Cette année, comme les autres, je les ai traitées et guéries par les révulsifs aux tempes, les dérivatifs intestinaux et le collyre mydriatique, l'occlusion de l'œil et les sinapismes aux cuisses au moment des règles. Je n'ai pas eu besoin de recourir à la ponction de la cornée et à l'évacuation de l'humeur aqueuse. J'ajoute que, pendant les poussées syphilitiques, j'ai soin de faire porter des lunettes aux malades et de les empêcher de travailler, pour prévenir la congestion oculaire, cause occasionnelle fréquente de l'iritis.

J'ai vérifié encore ce que j'ai exposé en 1868 sur les syphilides cutanées généralisées.

Je termine par la comparaison de la parturition chez les syphilitiques traitées par le mercure et sans le mercure.

26 malades syphilitiques ont accouché à l'hôpital. 16 n'avaient pas pris de mercure, 9 avaient été traitées 6 mois, 3 mois et 1 mois ou moins par les préparations mercurielles.

Sur 16 malades, traitées par les toniques, 5 ont mis au monde à terme ou à 8 mois 1/2, un enfant vivant et sain (un premier enfant); 8 ont avorté ou ont mis au monde avant terme un enfant mort; 3 ont eu un enfant à terme ou un peu avant terme, mort dans les 24 heures ou le 17me jour. Vous connaissez un des enfants vivants; je vous l'ai présenté. Cet enfant vit encore; il a aujourd'hui 1 an et se porte aussi bien que sa mère, qui n'a plus aucune trace de syphilis.

Vous voyez que la différence sur les 9 femmes traitées par le mercure : — 3 ont eu un enfant vivant (un était un 2me enfant); 1 est mort à 3 mois; 1 vit encore et a des plaques muqueuses; 1 est sorti bien portant avec sa mère. — 5 femmes ont avorté ou ont mis au monde avant terme un enfant mort et macéré. — 1 est accouchée avant terme d'un enfant qui est mort le soir même. La malade dont l'enfant était le plus vivace est une femme qui avait une syphilis faible et qui avait été traitée par 15 bains de sublimé et 6 injections de sublimé (12 milligrammes en tout), lesquelles avaient déterminé, à la place de l'injection, 5 tumeurs dures et une ulcération. L'autre malade, qui a eu un enfant vivant, avait pris 20 pilules de protoïodure; la dernière avait pris cinq mois de mercure un an avant sa grossesse. Ceci prouve que la durée du traitement mercuriel n'a pas d'importance et que le traitement mercuriel pendant la grossesse n'a pas d'importance. Au point de vue même des partisans du mercure, voilà trois faits absolument contradictoires.

Les résultats, on le voit, sont à peu près égaux. J'ai cependant compté contre moi la malade qui avait pris très-peu de mercure.

J'ai eu chez mes malades 50 0/0 d'avortements. Chez les malades traitées par le mercure j'ai eu 55 0/0 d'avortements; la différence est sensible, et, cependant, j'ai compté contre moi une malade qui a avorté à la suite d'une chute, et une malade qui avortait en entrant à l'hôpital.

J'ai cherché, messieurs, si le début de la syphilis comparé à celui de la grossesse influençait l'accouchement.

Sur 8 malades qui avaient pris la syphilis en même temps quelles étaient devenues enceintes, 6 ont avorté; 2 ont mis au monde un enfant sain. Les deux qui ont mis au monde un enfant sain et vivant étaient à leur première grossesse, et n'avaient pas pris de mercure. Sur les 6 qui ont avorté, 1 avait pris du mercure pendant un mois.

Sur 11 malades qui avaient pris la syphilis pendant la grossesse, 4 ont avorté; toutes quatre elles avaient pris du mercure. — 2 ont eu un enfant qui est mort dans les vingt-quatre heures, une de celles-là avait pris du mercure. — 2 ont eu un enfant qui est mort dans les six semaines, une d'elles avait été traitée par le mercure. — 3 ont eu un enfant vivant et sain, une seule avait été traitée par le mercure, c'est celle qui n'avait pris que 12 milligrammes de sublimé.

Sur 5 malades qui avaient la syphilis, six à dix-huit mois avant d'être enceintes, — 3 ont avorté, toutes trois elles avaient pris du mercure avant ou pendant la grossesse. — 2 malades ont mis au

(1) Fin. — Voir le numéro du 12 juillet 1870.

monde un enfant vivant, l'une est la malade que je vous ai présentée cette année. L'autre avait pris cinq mois de mercure, elle était à sa seconde grossesse, et son enfant qui a quatre mois aujourd'hui, a, je viens de vous le dire, des plaques muqueuses.

Constatez ces résultats, messieurs, et voyez où en est l'utilité du mercure.

Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai déjà dit, mais je conclus encore, que la syphilis est une infection, un empoisonnement du sang, qui tend à guérir par l'élimination spontanée du sang contaminé par le virus syphilitique. Toutes les manifestations de la syphilis sont des infarctus des capillaires où s'accumule tout ce qui doit être éliminé sous forme de squames, de croûtes ou de pus en nature. L'infarctus syphilitique est comme le bouton de variole. La quantité de plaques muqueuses, de syphilide papuleuse ou tuberculeuse, mesure la quantité de sang malade à éliminer. Le mercure administré à faible dose ne fait rien. Administré à forte dose il trouble le mécanisme de l'évolution de la syphilis en même temps qu'il détériore les malades, comme les débilitants administrés dans les prodromes de la variole troublent l'éruption variolique. Au contraire, les toniques, le repos, les grands bains simples et sulfureux, les cautérisations des lésions syphilitiques en détruisant une partie de la papule et de l'ulcère, hâtent le travail éliminateur. Cette médication tonique, unie à un traitement local, est celle que j'ai instituée dans mon service à l'hôpital de Lourcine, depuis cinq ans son efficacité n'est plus douteuse, et, après cinq ans d'expérience, je suis de plus en plus convaincu de l'inutilité du mercure.

J'ai déjà dit, et je répète encore, que les syphilis viscérales sont très-rares si l'on ne donne point de mercure aux malades, et si l'on ne trouble pas l'éruption des syphilides. Si l'on ne recherche pas dans la pâleur des éruptions obtenues par une médication débilitante une trompeuse apparence d'amélioration. Reconstituer les malades, laisser sortir les éruptions de syphilis, vous aurez moins de syphilides profondes. Certes il y aura des syphilides viscérales chez des malades non traitées par le mercure, ce sera chez des phthisiques, des scrofuleux ou des rhumatisants. La syphilis réveillant la scrofule, la phthisie, le rhumatisme il y aura des lésions complexes des viscères, mais alors ce qu'il y aura de grave ce ne sera point la syphilis, ce sera la diathèse antérieure. Un individu qui aura eu antérieurement des maux d'yeux sera exposé à une choroïdite, celui qui a en germe une tumeur blanche aura des lésions articulaires, mais ce ne sera plus de la syphilis.

J'ai fini, messieurs. Cette statistique est la dernière que je présente. Je dois quitter l'hôpital de Lourcine à la fin de l'année. Ai-je entraîné la conviction dans vos esprits, je ne l'espère pas encore, mais cela viendra. Quelques médecins déjà donnent à peine de mercure, d'autres de nos collègues ont écrit que le mercure sans les toniques était absolument impuissant. C'est déjà quelque chose, mais je compte obtenir plus. Je laisserai à l'hôpital de Lourcine, et j'enverrai à l'hôpital Saint-Louis une copie de mon registre d'observations, et l'on pourra vérifier ultérieurement l'état des malades qui ont été traitées par moi sans mercure, sans s'exposer à des méprises semblables à celles que j'ai relevées ici. L'on verra comme je l'ai vu pendant cinq ans, que les accidents graves de la syphilis sont moins fréquents chez les malades qui ont été traitées par les toniques que chez les malades qui ont subi de longs traitements mercuriels.

En terminant, je remercie mes collègues de m'avoir conduit à approfondir l'importante question du traitement physiologique de la syphilis. Je les remercie du travail qu'il m'ont fait accomplir. Et je ne me souviendrai pas de quelques écorchures gagnées ici dans la dispute.

M. G. TEULON. S'abstenir de mercure dans les iritis, ainsi que le conseille M. Desprès, c'est véritablement vouloir risquer le sort de l'œil qui en est affecté; et cela est également vrai pour la choroïdite.

M. DEMARQUAY a été frappé de la facilité avec laquelle chez les femmes dont a parlé M. Desprès les accidents secondaires ont disparu sans mercure. Il est donc porté à penser, conformément à son expérience propre, que chez la femme comme chez les enfants, la syphilis est ordinairement moins grave que chez l'homme.

Dans l'ancien service de Desrouelles, M. Demarquay a été à même d'observer la disparition rapide des accidents syphilitiques sous l'influence du séjour à l'hôpital et du simple régime lacté; seulement, les malades n'étaient pas plutôt sortis, que de nouveaux accidents leur survenaient.

Ce n'est donc pas, d'après des cas légers, que le traitement de notre collègue pourrait être jugé, et je voudrais voir une bonne foi M. Desprès aux prises avec des accidents secondaires ou tertiaires graves.

M. LIÉGEOIS. La base du calcul de M. Desprès est essentiellement fautive, lorsqu'il oppose 60 cas de récidives chez des femmes ayant pris du protoiodure d'hydrargyre, contre 46 qui n'en auraient pas pris. Les premiers 60 cas se rapportent à un nombre considérable de malades soumises au traitement par le mercure. Tandis que les 46 femmes de la seconde série, proviennent toutes du petit nombre de malades qui suivirent le traitement tonique de notre collègue.

M. TRÉLAT fait observer que l'assertion de M. Desprès, prétendant avoir guéri des iritis *facilement*, et surtout en 15 et 16 *jours*, prouve que bien des formes graves d'iritis ont dû échapper à notre collègue.

M. DESPRÈS explique à M. Liégeois, au sujet des récidives, que ses statistiques se fondent exclusivement sur des malades ayant pris du mercure, et qui ont été vues antérieurement par lui; conséquemment, le chiffre 60 se rapporte à un nombre déterminé de malades, et l'objection de M. Liégeois n'a pas de valeur.

M. BLOT trouve, au contraire, qu'après l'explication donnée par M. Desprès, l'objection de M. Liégeois reste tout entière debout.

Fracture sus-condylienne du fémur avec issue du fémur au travers de la peau. — Fracture verticale intercondylienne. — Épanchement d'air et de sang dans l'articulation. — Tentative de conservation. — Guérison complète sans raccourcissement appréciable et sans claudication. — Intégrité des mouvements du genou. — M. LÉON LE FORT. (*Sera publié.*)

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. BROCA présente le cœur d'un homme de 31 ans, mégissier de profession, qui voulant se suicider s'est donné, le 26 mai, deux coups de couteau dans le cinquième espace intercostal.

Le malade est transporté presque exsangue à l'hôpital; on le trouve pâle, froid et sans pouls, offrant deux plaies de 12 à 15 millimètres de diamètre, situées dans le cinquième espace intercostal, l'une à 2 centimètres, et l'autre à 4 centimètres et demi en dedans du mamelon. La première est directement placée sur la ligne intermammaire, la seconde est à 1 centimètre au-dessous; toutes deux sont dirigées de bas en haut et de dedans en dehors.

Pour arrêter le sang, on prescrit de la glace sur la région du cœur; et dès le lendemain, les plaies extérieures se ferment.

Le couteau offrait 15 millimètres de large et avait pénétré de 6 centimètres, donc il avait intéressé le poumon, d'autant plus que le malade avait craché du sang. Quant à la blessure du cœur, elle était probable, mais non certaine. En effet, point de matité précordiale à la percussion. Rien dans la plèvre droite, mais à gauche, murmure affaibli, matité avec diminution des vibrations et égophonie.

Le malade, oppressé et très-agité, a dû porter la camisole : dès le lendemain, celle-ci fut supprimée le jour, et même la nuit à partir du cinquième jour.

Dans la nuit du 1er juin, ce malheureux, de nouveau en proie à son idée fixe, se porta plusieurs coups de fourchette au cou et à la région temporale. Dès ce moment il y eut des signes d'infection purulente suivis de mort, qui est survenue le 10 juin.

L'autopsie a donné les résultats suivants :

Abcès multiples dans le foie, dont un, très-volumineux, s'était vidé dans le péritoine, et a provoqué une péritonite.

Dans le poumon droit, abcès métastatique et pleurésie purulente; à gauche, pleurésie avec deux litres d'un liquide séro-hématique et purulent.

Les deux plaies du thorax entièrement cicatrisées offrent la plèvre déjà réparée en ce point, de façon à n'y plus pouvoir distinguer autre chose qu'un liséré légèrement enfoncé et comme demi-transparent. Quant au trajet du couteau dans les chairs, il est à noter qu'on n'en trouve nulle trace.

Une seule plaie, la plus inférieure, avait atteint le péricarde et le cœur. De même que la plèvre, le péricarde est cicatrisé et ne contient qu'une petite quantité de sérosité.

Un caillot fibrineux, sous forme de pseudo-membrane, offrant 1 centimètre et demi de large sur 8 centimètres de long, relie le bord droit du cœur au feuillet pariétal du péricarde.

La surface du cœur offre çà et là d'anciennes taches laiteuses.

Sur la partie inférieure du ventricule gauche, près de la pointe, existe une dépression cicatricielle. L'ouverture du cœur permet de s'assurer que la cicatrice est déjà solide. Du reste, cette plaie n'était pas pénétrante, et n'avait intéressé qu'une partie de l'épaisseur de la paroi de l'organe.

Malgré l'insufflation, on n'a pu reconnaître le siége exact de la plaie du poumon gauche.

Intéressante à plus d'un titre, cette observation démontre avant tout que les solutions de continuité des parois du cœur, — contrairement à ce qu'on avait dit, — sont susceptibles d'une prompte cicatrisation.

Ce qui a pu contribuer à accréditer l'opinion contraire, c'est que les blessures du cœur peuvent, suivant les cas, entraîner une mort rapide ou permettre à l'individu de survivre. Dans le premier cas, on trouve la plaie non encore cicatrisée, et dans le second, on reste toujours dans le doute s'il y a eu en réalité blessure de l'organe. Il faut des cas tout à fait exceptionnels, où la mort soit survenue, comme ici, par une autre cause que la blessure, pour arriver à tirer au clair la question encore controversée, de la cicatrisation des plaies du cœur.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire annuel, F. PANAS.

Ministère de la Marine et des Colonies.

CORPS DE SANTÉ

CONCOURS POUR LE GRADE D'AIDE-MÉDECIN ET D'AIDE-PHARMACIEN DE LA MARINE

En exécution du règlement du 10 avril 1866, concernant le mode d'admission et de concours dans le corps de santé de la marine, un concours s'ouvrira dans les écoles de médecine navale de Brest, de Rochefort et de Toulon, le 15 septembre 1870, dans le but de pourvoir à 35 emplois d'aide-médecin et à 6 emplois d'aide-pharmacien.

Le concours pour l'emploi d'aide-pharmacien aura lieu à Brest.

Aux termes du décret organique du 14 juillet 1865, nul n'est admis à concourir pour le grade d'aide-médecin :

1° S'il n'est Français ou naturalisé Français;

2° S'il n'est âgé de dix-huit ans au moins ou de vingt-trois au plus accomplis au 31 décembre de l'année du concours;

3° S'il n'est reconnu propre au service de la marine, après constatation faite par le conseil de santé;

4° S'il ne justifie de deux années d'études dans une école de médecine navale, dans une faculté ou dans une école préparatoire de médecine et de pharmacie : dans ces deux derniers cas, le candidat devra établir son temps d'étude en produisant ses inscriptions;

5° S'il n'est pourvu des titres universitaires exigés dans les facultés des candidats qui se présentent aux examens du doctorat;

6° S'il ne prouve qu'il a satisfait à la loi du recrutement, dans le cas où il aurait été appelé au service militaire en vertu de cette loi.

Nul n'est admis au concours pour le grade d'aide-pharmacien s'il n'est pourvu des titres universitaires exigés dans les écoles supérieures de pharmacie, des candidats qui se présentent aux examens de pharmacie, de première classe, et s'il ne réunit pas ailleurs toutes les conditions requises des étudiants qui concourent pour le grade d'aide-médecin.

Il est établi au secrétariat du conseil de santé des ports de Brest, de Rochefort et de Toulon, un registre pour l'inscription des candidats. Ce registre est clos vingt-quatre heures avant l'ouverture du concours.

Au moment de l'inscription, le candidat dépose les pièces constatant qu'il remplit les conditions pour l'admission au concours.

Il présente, en outre, les titres qui peuvent militer en sa faveur.

Ces pièces lui seront rendues après les opérations du concours.

Le règlement du 10 avril 1866 a fixé comme il suit les matières du concours pour le grade d'aide-médecin et le grade d'aide-pharmacien :

Pour le grade d'aide-médecin : 1er examen (verbal). 1re partie. Anatomie descriptive. — 2e partie. Préparation d'une pièce anatomique.

2e examen (verbal). Pharmacologie; pharmacie extemporanée.

3e examen (verbal). Petite chirurgie; appareils et bandages; exercices pratiques.

4e examen (écrit). Éléments de pathologie générale et séméiotique.

Pour le grade d'aide pharmacien : 1er examen (verbal). Éléments de botanique et d'histoire naturelle médicale; déterminer une drogue simple.

2e examen (verbal). 1re partie. Pharmacie. — 2e partie. Une préparation pharmaceutique au laboratoire.

3e examen (verbal). 1re partie. Éléments de chimie; éléments de physique. — 2e partie. Manipulations chimiques au laboratoire.

4e examen (écrit). Pharmacie générale.

Ministère de la guerre.

PROGRAMME

D'un concours pour l'admission aux emplois de médecin stagiaire à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires, à Paris.

I. CONDITIONS D'ADMISSION

Le concours qui doit s'ouvrir, en exécution du présent programme, aura lieu :

A Strasbourg, le 7 décembre 1870,

A Montpellier, le 15 du même mois,

Et à Paris, le 21 du même mois,

A moins que le petit nombre de candidats ne motive leur concentration à Paris.

Les conditions d'admission aux emplois de médecin stagiaire à l'École impériale du Val-de-Grâce ont été ainsi déterminées par l'article 2 du décret du 13 novembre 1852 :

1° Être Français;

2° Être docteur en médecine de l'une des trois Facultés de l'Empire (les élèves qui ont subi les cinq examens pour le doctorat seront admis à concourir, s'ils s'engagent à produire le diplôme de docteur avant le 15 janvier 1871; ils ne seront commissionnés en qualité de stagiaire qu'après avoir satisfait à cette condition);

3° Être exempt de toute infirmité qui rende impropre au service militaire;

4° N'avoir pas dépassé l'âge de vingt-huit ans à l'époque de l'ouverture du concours (cette limite d'âge est absolue, et nul ne pourra être admis à la dépasser que dans la proportion de services militaires antérieurs pouvant être compris dans la liquidation d'une pension de retraite);

5° Avoir satisfait à des épreuves déterminées par le ministre de la guerre;

6° Souscrire un engagement d'honneur de se vouer pendant cinq années au moins au service de santé militaire.

Les candidats auront à requérir leur inscription sur une liste qui sera ouverte à cet effet, dans les bureaux de MM. les intendants des 1re, 6e et 10e divisions militaires, à dater du 1er septembre prochain. La clôture de cette liste aura lieu, à Strasbourg et à Montpellier, quinze jours avant l'époque fixée pour l'ouverture du concours dans chacune de ces localités, et à Paris, le 19 décembre.

Les candidats des concours de Strasbourg et de Montpellier, reconnus admissibles, recevront, pour se rendre à Paris, l'indemnité de route attribuée au grade de médecin sous-aide.

II. FORMALITÉS PRÉLIMINAIRES

En exécution des dispositions qui précèdent, chaque candidat doit déposer dans les bureaux de l'intendance militaire :

1° Son acte de naissance dûment légalisé;

2° Le diplôme de docteur en médecine ou le certificat de réception au cinquième examen (cette pièce pourra n'être produite que le jour même de l'ouverture des épreuves);

3° Un certificat délivré par un médecin militaire ayant au moins le grade de major, et constatant qu'il est apte au service militaire; cette aptitude pourra d'ailleurs être vérifiée par le jury d'examen;

4° L'indication exacte de sa demeure, pour qu'il puisse être convoqué en temps utile aux épreuves du concours;

5° Pour les candidats comptant des services militaires, les pièces constatant ces services.

L'entrée à l'École du Val-de-Grâce des candidats admis aura lieu du 1er au 15 janvier 1871.

III. NATURE DES ÉPREUVES

1° Une composition sur une question de pathologie et de thérapeutique médicale;

2° Une épreuve orale d'anatomie des régions, avec application à la médecine et à la chirurgie pratiques;

4° Une épreuve orale de chirurgie, suivie de l'application de deux appareils ou bandages.

Ces épreuves auront lieu devant un jury composé d'un inspecteur du service de santé militaire, qui le présidera, et de deux professeurs à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires désignés par le ministre.

Après la dernière épreuve, le jury procède, en séance particulière, au classement des candidats par ordre de mérite.

Le classement général de tous les candidats a lieu à Paris.

IV. MODE D'EXÉCUTION DES ÉPREUVES

Il est accordé quatre heures pour rédiger la composition écrite, sans livres, ni notes, sous la surveillance d'un membre du jury; la question est la même pour tous les candidats.

Pour traiter la question orale d'anatomie des régions, il est accordé quinze minutes de réflexion.

Au commencement de la séance, chaque candidat tire sa question, qui est numérotée par le président, dans l'ordre que le sort a fixé pour son audition; elle lui est remise dans le cabinet de réflexion quinze minutes avant l'épreuve.

La durée de l'épreuve orale de chirurgie, suivie de l'applicatiou de deux appareils ou bandages, est fixée à vingt minutes, dont cinq à huit, au gré du candidat, pour l'épreuve.

V. STAGE A L'ÉCOLE IMPÉRIALE DU VAL-DE-GRACE

La durée de ce stage ne peut dépasser une année, et peut être abrégée si les besoins du service l'exigent. Pendant leur séjour à l'École, les docteurs admis sont exercés à l'examen des malades, aux prescriptions d'après le régime et le formulaire des hôpitaux militaires, aux opérations, aux pansements, aux analyses de chimie usuelle dans l'armée, aux expertises d'hygiène et de médecine légale militaires, à la connaissance et à l'application des lois et règlements qui concernent le service de santé militaire.

Ils sont soumis aux obligations de la discipline militaire, et reçoivent, pendant leur séjour à l'École, les appointements de médecin stagiaire, soit 2,818 francs par an, y compris le supplément de Paris et l'indemnité de logement.

Ils ont droit, en outre, à une indemnité de première mise d'habillement fixée à 500 francs, et payable : 250 francs au moment de leur admission à l'École et après avoir souscrit l'engagement dont il est question ci-dessus, et 250 francs après qu'ils ont satisfait aux examens de sortie.

Au terme de leur temps de stage, ils obtiennent, sous la réserve de ces examens de sortie, le brevet du grade de médecin aide-major de deuxième classe, et ils jouissent, à partir de ce moment, des privilèges inhérents à la position d'officier. Après deux ans de grade, ils passent de droit aides-majors de première classe.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hier, dans les diverses mairies de Paris, on a pris les noms des médecins qui désirent prêter leur concours soit dans les hôpitaux militaires, soit dans les ambulances.

— La deuxième épreuve du concours du bureau central (médecine) est terminée. Sont admis à la troisième épreuve (*consultation*) MM. Audhouy, Ball, Beaumetz, Bordier, Bouchard, Damaschino, d'Heilly Duguet, Fernet, Gerin-Roze, Gingeot, Hayem, Hemey, Leven, Lecorché, Martineau, Rigal.

— Il paraît qu'il est grandement question d'installer à Paris une école spéciale de médecine pour les femmes.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 10 au 16 juillet 1870, donne les chiffres suivants :

Variole, 225.—Scarlatine, 16.—Rougeole, 9. — Fièvre typhoïde, 16. Typhus, ». — Érysipèle, 10. — Bronchite, 42. — Pneumonie, 40. — Diarrhée, 37. — Dysenterie, 6. — Choléra, 6. — Angine couenneuse, 6. — Croup, 9. — Affections puerpérales, 8. — Autres causes, 720.— Total : 1,150.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Traité des fistules uro-génitales de la femme, contenant : les fistules vésico-vaginales, vésicales cervico-vaginales, uréthro-vaginales, vésicales cervico utérines, urétéro-vaginales et uréthrales cervico-utérines, par L. DEROUBAIX, chirurgien des hôpitaux civils de Bruxelles, professeur d'anatomie et de clinique chirurgicale de l'Université de Bruxelles, médecin de S. M. le roi des Belges, membre titulaire de l'Académie royale de médecine de Belgique. Bruxelles, 1870, 1 vol. in-8. — Prix : 12 fr.

Lois et règlements sur la pharmacie en Belgique depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours, ou Code annoté à l'usage des pharmaciens praticiens, par L. CRÉTEUR. Bruxelles, 1870. 1 vol. in-8, d'environ 500 pages. — Prix : 6 fr.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Enfin, il est permis d'espérer que la discussion sur le vinage touche à son terme. Les conclusions premières ont été renvoyées à la commission qui doit les modifier, en s'inspirant surtout du discours très-sage de M. Fauvel.

—La vaccination animale vient d'être l'objet d'un débat très-vif à l'Académie de médecine de Belgique.

M. Warlomont a eu d'abord pour adversaire M. le professeur Crocq, qui a commencé par nier l'existence de la syphilis vaccinale et proclamer ses préférences pour la vaccine jennérienne. Puis la discussion s'est échauffée comme nos lecteurs pourront en juger par ce court extrait de *la Presse médicale* belge.

M. VLEMINCKX. Je me propose de vous parler, dans la prochaine séance, des mesures insuffisantes prises pour l'éventualité où nous nous trouvons; il me tarde de vous dire combien, à mon sens, l'Institut vaccinal du Jardin zoologique est au-dessous de sa destination. Je voudrais, selon l'avis du Conseil supérieur d'hygiène, qu'on y conservât le vaccin et qu'on l'y distribuât gratuitement aux praticiens.

M. WARLOMONT. (avec une grande vivacité). Je déclare que jamais un médecin ne s'est vu refuser par moi du vaccin gratuit pour un service public.

M. VLEMINCKX. Qu'est-ce que signifie un *service public*? Est-ce un orphelinat, un hôpital!

M. WARLOMONT. C'est tout le monde.

M. VLEMINCKX. Eh bien! alors. Vous donnez deux pointes vaccinales aux médecins des pauvres, et pour le reste, vous les faites payer, et bien payer.

M. WARLOMONT. Je proteste.

M. TALLOIS. L'hospice de la Maternité de Liége demande du vaccin. Vous lui envoyez cinq tubes avec une facture de 25 francs, plus les frais de port. On refuse et on en saisit la Députation permanente, qui fait autoriser le payement.

M. WARLOMONT. J'agissais alors comme particulier; je faisais ce que je voulais, l'établissement vaccinal actuel n'existait pas. D'ailleurs, voulez-vous donc que j'envoie du vaccin gratuit aux bourgmestres, sages-femmes, ducs, barons, bref, à tous ceux qui m'en demandent?

M. VLEMINCKX. Il s'agit bien des ducs et des barons! Les médecins ont un droit qu'un abus ne peut prescrire; du reste, vous vendez du vaccin aux particuliers.

M. WARLOMONT lit une note insérée dans l'*Annuaire médical* de M. Marinus, où il est dit que le vaccin se distribue gratis.

Plusieurs membres. Qu'est-ce que cela prouve?

M. WARLOMONT. D'ailleurs les médecins qui ont une riche clientèle peuvent bien acheter du vaccin.

M. VLEMINCKX. Nous y voilà. Vous faites déjà des distinctions. J'entends que l'État, qui se fait pourvoyeur de vaccin, en distribue à tous les médecins indistinctement.

M. TALLOIS. Voici encore un fait que M. Warlomont qualifiera de désobligeant. Je désire pourtant qu'il l'explique. Un médecin de Charleroi nous écrit pour obtenir du vaccin; il a vainement tenté de se servir de celui qu'il a acheté cinquante francs à l'Institut vaccinal, il a constamment échoué.

M. WARLOMONT. Il est bon, ce monsieur...

Le président lève la séance à 3 heures au milieu du tumulte.

Décidément M. Lanoix doit encore se féliciter d'avoir eu affaire à des Français. A la *Conférence médicale* on était plus calme des deux parts.

HOTEL-DIEU DE NANTES. — M. LETENNEUR.

Deux fractures non consolidées de la cuisse traitées par la résection et la suture des os.

Fracture du fémur non consolidée; résection des fragments : suture des os; érysipèle : mort.

Pierre M..., 29 ans, laboureur, est tombé le 8 octobre 1863 d'une hauteur de 4 mètres, et se fracture la cuisse droite un peu au-dessus de la partie moyenne de l'os. Un appareil de Scultet fut appliqué, et pendant les neuf premières semaines le médecin (d'après la relation du malade), aurait fait trois fois par jour des tractions énergiques pour combattre le raccourcissement.

Au bout de 60 jours, il n'y avait pas de consolidation; un nouvel appareil fut appliqué et surveillé avec soin pendant 50 jours. Alors le médecin croyant à la guérison, entoura la cuisse avec des attelles de carton maintenues par un bandage roulé et permit au malade de marcher avec des béquilles; mais au premier effort, on s'aperçut que les fragments étaient mobiles comme le premier jour.

Un second médecin fut appelé, eut recours, comme son confrère, au bandage de Scultet; mais au bout de 20 jours, le malade perdit patience, et vint à l'Hôtel-Dieu de Nantes, où il fut admis à la clinique le 17 février 1864, c'est-à-dire plus de quatre mois après l'accident.

Mon collègue, M. Heurtaux, chargé du semestre d'hiver, constate la mobilité des fragments, un raccourcissement du membre de 4 à 5 centimètres avec courbure à convexité externe et antérieure. Une douleur assez vive au niveau du pubis et une déformation du bassin fait croire à une fracture en ce point.

Du reste, le malade paraît d'une belle et riche constitution. Aucune maladie antérieure, aucune maladie intercurrente ne peut expliquer l'absence de consolidation, qu'il faut attribuer au peu de docilité du malade et peut-être, si le malade dit vrai, aux mouvements intempestifs opérés par le premier médecin.

M. Heurtaux applique à son tour un appareil de Scultet, mais avec des précautions qui assurent cette fois l'immobilité du membre; en outre, il prescrit *deux* grammes de phosphate de chaux chaque jour.

Au 1er avril, je prends le service, et en examinant le malade, je m'assure qu'aucun progrès vers la guérison n'a été obtenu. Cependant, je temporise jusqu'au 21 avril; mais à cette époque, le malade déclare qu'il ne se soumettra pas plus longtemps à un traitement aussi fatigant, et que d'ailleurs il lui semble qu'il aura la force de marcher. J'enlevai l'appareil, et nous vîmes avec plaisir que M.... peut soulever son talon à quelques centimètres; il demande à faire quelques pas, et se réjouissait du résultat de cette expérience, qui fut renouvelée trois jours de suite.

Le 24, en soulevant le talon dans son lit, M... sentit un craquement qu'il compara au bruit produit par la brisure d'un tuyau de pipe, et vit avec douleur que la fracture était redevenue mobile.

Après avoir pris l'avis de mes collègues, MM. Heurtaux et Joüon, je proposai au malade une opération, qui fut acceptée avec empressement et fut pratiquée le 28.

Le malade fut endormi à l'aide du chloroforme. Pour mettre à nu les deux fragments je fis, au moyen d'une incision courbe, un large lambeau à base supérieure; ce lambeau, qui comprenait toute l'épaisseur des portions molles, fut relevé par un aide; quelques artères furent liées; nous pûmes nous faire alors l'idée du chevauchement des fragments, qui était énorme, et entre lesquels une couche musculaire assez épaisse rendait tout contact impossible, excepté dans un point où s'était fait la petite jetée osseuse, qui s'était brisée si facilement le 24 avril.

Cette sorte de stalactite était restée adhérente au fragment supérieur, et je l'enlevai tout d'abord pour déblayer le terrain.

Le fragment supérieur est alors attiré au dehors; une attelle de bois mince échancrée au milieu isole l'os et protége les parties voisines, et je réussis assez facilement à scier par un trait oblique quelques millimètres de cette extrémité, qui était mousse et présentait un travail de réparation analogue à celui qui se produit après les amputations. J'eus beaucoup de peine à découvrir le fragment inférieur, et comme ce fragment était très-irrégulier, j'en enlevai une longueur de 3 centimètres au moyen de la scie à chaîne, en donnant à la section une direction parallèle autant que possible à celle du fragment supérieur. Mais malgré mes efforts, la scie à chaîne donna une obliquité moins grande que je ne l'aurais voulue, de sorte que les deux fragments rapprochés l'un de l'autre ne se touchaient pas exactement et présentaient entre eux un angle aigu, dont le sinus regardait l'intérieur du muscle. Cependant la coaptation était assez exacte pour faire espérer un cal solide et régulier. Je procédai alors à la suture des fragments : la perforation fut faite obliquement sur l'un et sur l'autre au moyen d'un drille d'horloger. Un fil d'argent très-fort et très-flexible fut introduit de dehors en dedans dans le fragment inférieur, ressortit par le canal médullaire et traversa le fragment supérieur de dedans en dehors. Après quoi, quelques mouvements énergiques de torsion assujettirent les deux fragments dans le point où le contact pouvait avoir lieu exactement entre eux.

Le passage du fil d'argent de dedans en dehors dans le fragment supérieur a offert quelques difficultés, qui eussent été bien plus grandes si le canal médullaire n'avait pas été oblitéré. Malgré cette circonstance, il a fallu agrandir l'ouverture au moyen d'un foret à main pour empêcher le fil de s'égarer dans le tissu spongieux.

La plaie a été fermée à l'aide d'épingles; une ouverture est restée libre au milieu pour donner passage aux deux chefs du fil d'argent et aux fils des ligatures d'artères.

Un pansement simple fut appliqué, et le membre fut placé dans une gouttière en fil de fer soigneusement matelassée, embrassant le bassin et présentant au niveau de la plaie une valve s'ouvrant à charnière.

L'examen des fragments enlevés nous a démontré que nul travail d'ossification ne s'était fait dans le fragment inférieur, le canal médullaire existait dans toute sa largeur et était rempli par de la moelle rougeâtre, se confondant avec du tissu cellulaire infiltré de graisse, qui entourait ce fragment. Une couche musculaire ayant subi dans plusieurs points la régression graisseuse était adhérente à l'os et le séparait du fragment supérieur.

Le fragment supérieur offrait des traces de réparation; le canal médullaire était oblitéré, et la section oblique faite par la scie avait mis à nu un tissu aréolaire de nouvelle formation.

Sur l'un et l'autre fragment, on voyait le point d'insertion de la petite stalactite osseuse qui s'était brisée dans un mouvement du malade, et qui représentait le travail du cal.

Le malade avait parfaitement supporté l'opération, et pendant le jour, il manifesta plusieurs fois sa joie d'avoir été opéré. Cependant le sommeil fit défaut, si ce n'est pendant quelques heures, le lendemain matin.

Le 29, le malade accuse une soif vive, se plaint de souffrir beaucoup au niveau de la plaie; il a peu de fièvre. Il se trouve mal à l'aise dans sa gouttière et demande instamment qu'on la lui enlève. Je la remplace par une boîte de Baudens. Les linges de pansement étaient modérément tachés de sang; on renouvelle les pièces extérieures de l'appareil.

Le 30, le malade a mieux dormi, mais le pouls, qui la veille au soir était à 110, est monté à 125.

M.... demande des aliments, mais il a immédiatement des nausées et des vomissements.

J'examine le membre et je remarque à la région trochantérienne une rougeur superficielle, qui disparaît sous la pression du doigt et laisse alors une teinte jaune.

J'annonce l'invasion d'un érysipèle, et mes craintes sont d'autant plus fondées qu'un autre opéré de la même salle vient d'être atteint de la même complication.

En découvrant la plaie, nous voyons s'écouler une certaine quantité de pus sanguinolent de mauvais aspect. La charpie est arrosée d'eau chlorurée.

Le 1er mai, la rougeur s'étend au tronc et a gagné le flanc; la région inguinale qui est également envahie, est très-douloureuse à la pression.

Dans la soirée, le pouls a donné 140 pulsations.

Le 2, l'érysipèle s'est encore étendu, le gonflement de la cuisse est plus considérable; en pressant sur la face interne du membre on fait couler du pus par la plaie.

La jambe et le pied sont œdématiés; en outre, je constate un épanchement de l'articulation du genou.

La moindre quantité de liquide ingérée amène des nausées et des vomissements. Adynamie, étourdissements, troubles de la vision.

Il n'y a pas eu de selles depuis l'opération; on essaie de faire passer un peu d'huile de ricin.

Le 3, le mal a fait des progrès effrayants; la rougeur a gagné toute la poitrine; la plaie qui s'était réunie dans la plus grande partie de son étendue, s'entr'ouvre et a un aspect blafard. L'huile de ricin a procuré plusieurs selles, mais il y a du délire, et le pouls, sans devenir moins fréquent, est plus faible et plus dépressible.

Pendant les jours suivants, l'adynamie et le délire augmentent; l'érysipèle ne s'étend plus, mais prend une teinte livide; enfin le malade succombe dans la journée du 7, sept mois après la fracture, dix jours après l'opération et huit jours à partir de l'apparition de l'érysipèle.

A l'autopsie, nous avons trouvé la plaie grisâtre et exhalant une odeur fétide, du pus s'était infiltré dans la vessie cellulaire intermusculaire de la cuisse.

Les fragments maintenus solidement par la suture étaient assez rapprochés pour se réunir facilement.

Le fragment supérieur scié suivant sa longueur, ne présentait de traces d'inflammation que dans quelques millimètres du tissu spongieux qui fermait le canal médullaire; dans le fragment inférieur, la moelle était un peu rouge dans la partie qui était en rapport avec le fil d'argent, mais il n'y avait point d'ostéo-myélite, ni d'autre lésion qui mérite d'être notée. Plusieurs autres cas d'érysipèle se sont manifestés dans la salle pendant les jours qui suivirent, et nous avons assisté à une véritable épidémie dont M.... a malheureusement subi l'influence.

(*A suivre.*)

FRACTURE SUS-CONDYLIENNE DU FÉMUR

Avec issue du fémur au travers de la peau. — Fracture verticale intercondylienne. — Épanchement d'air et de sang dans l'articulation. — Tentative de conservation. — Guérison complète sans raccourcissement appréciable et sans claudication. — Intégrité des mouvements du genou.

(Lu par M. le docteur LÉON LE FORT, à la Société de chirurgie, dans la séance du 15 juin 1870.)

Ce malade, âgé de 18 ans, exerçant la profession de couvreur, tomba le 17 octobre 1869 du toit d'un des hangars de la compagnie des omnibus. Apporté à l'hôpital Cochin, il présente les symptômes suivants : le genou droit fléchi repose sur le brancard par son bord externe. La cuisse offre, à sa face interne, une ouverture irrégu-

(1) Fin. — Voir le numéro du 19 juillet 1870.

lière dont le grand axe vertical a de 4 à 6 centimètres de hauteur. Cette plaie, à travers laquelle font saillie quelques fibres du vaste interne, est due à l'issue au dehors du fragment supérieur du fémur brisé au-dessus des condyles, mais qui s'est réduit dans les mouvements imprimés au membre. Le genou a complétement perdu sa forme normale; la cavité articulaire est distendue par du sang et par des gaz auxquels on donne partiellement issue au travers de la plaie par des pressions exercées sur l'articulation. Le condyle interne du fémur est porté un peu en avant; le condyle externe en arrière; tous deux difficiles, du reste, à reconnaître, sont séparés par un intervalle appréciable, et sont mobiles l'un sur l'autre, et en même temps sur le fémur.

Le malade est porté dans son lit, placé sous la tente élevée dans le jardin de l'hôpital. On met la jambe dans l'extension sur la cuisse, et en exerçant une légère traction sur la jambe, on arrive à rendre au genou sa forme à peu près normale, c'est-à-dire qu'en dehors du gonflement produit par l'épanchement intra-articulaire, on retrouve, dans leurs rapports respectifs, les condyles fémoraux. Appelé par mes internes afin de pratiquer une amputation qui leur paraissait complétement indiquée, je crus, après discussion des indications cliniques, pouvoir tenter la conservation. La constitution robuste du sujet plaidait pour la conservation et me faisait craindre une fièvre traumatique fort grave, si j'ajoutais au traumatisme accidentel celui d'une amputation de la cuisse. Le fémur avait traversé le vaste interne, et j'espérais que le gonflement dû à l'inflammation interromperait la communication entre l'air extérieur et le foyer de la fracture, et que la section de la peau pourrait se cicatriser rapidement. Enfin, le milieu favorable où nous nous trouvions augmentait ma confiance.

Le membre fut placé sur un plan incliné, légèrement fléchi au niveau du genou, et toute la partie blessée, laissée à découvert, fut entourée de compresses trempées dans de l'eau aiguisée d'alcool et d'une toile imperméable formant une occlusion aussi hermétique que possible. L'immobilité la plus complète fut conservée, et le 24 novembre, cinq semaines après l'accident, nous crûmes pouvoir procéder à l'examen du membre en enlevant les attelles et les coussins, mais sans chercher encore s'il existait de la mobilité anormale. Un appareil inamovible fut appliqué avec les plus grandes précautions. Le malade continua à garder le repos au lit.

Le 29 décembre, dix semaines après la chute, cet appareil est enlevé. L'articulation est encore fortement distendue par du liquide; mais l'exploration par le palper ne nous permet pas de douter que nous n'avons guère à faire qu'au liquide séreux d'une hydarthrose. Les deux condyles sont encore un peu mobiles l'un sur l'autre; leur mobilité sur le fragment diaphysaire du fémur est plus marquée. Il n'y a pas encore de consolidation parfaite. Comme des observations antérieures m'ont démontré depuis longtemps que le meilleur moyen de combattre les retards dans la consolidation est de faire marcher les malades, tout en assurant le rapport intime des fragments, j'applique un appareil silicaté prenant depuis le pied jusqu'au-dessus de la ceinture, et comprenant une attelle externe remontant jusqu'à la base de la poitrine. Le malade se lève deux jours après et continue tous les jours à marcher dans la salle, tout en diminuant la pression exercée sur les fragments en appuyant fortement la main sur le haut de l'attelle, laquelle fait en quelque sorte office d'une canne qui serait comprise dans le bandage.

Sorti le 30 janvier, le malade rentra le 18 février. L'appareil n'est enlevé que vers le milieu du mois de mars. La consolidation paraît complète; mais, pour s'assurer contre tout accident, on lui fait faire une jambière de cuir à deux valves rapprochées par des courroies et fortifiées par de minces attelles d'acier.

Cet appareil permet au malade de marcher en toute sécurité; il assure l'immobilité du genou, auquel on imprime chaque matin des mouvements d'abord limités afin de combattre la roideur, suite d'une longue immobilisation. Peu à peu, les mouvements sont revenus; depuis un mois le malade a quitté tout appareil, et vous pouvez voir qu'il marche et court rapidement sans aucune espèce de claudication; il fléchit et étend avec force la jambe sur la cuisse, et en le voyant marcher, on ne soupçonnerait pas qu'il ait pu avoir même une frature simple du fémur, bien qu'on sente encore sous la peau la légère saillie faite par le fragment supérieur, lequel déborde un peu les condyles.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 19 juillet 1870. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Des rapports d'épidémie par MM. les docteurs Beaupoil (de Chinon), Cressan (de Guéret), Charvot (de Moulins), Zaquelot (de Tucange) et Gilbrin (d'Ars-sur-Moselle).

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1869 dans les départements du Puy-de-Dôme, du Var et de l'Yonne. (Commission des épidémies.)

3° Un rapport de M. le docteur Bordes-Pages sur le service médical des sources minérales d'Aulus (Ariège) pour l'année 1868. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Un mémoire de M. Glénard, professeur de chimie à l'École de médecine de Lyon, sur l'hydrocolimétrie, méthode nouvelle d'analyse des eaux bicarbonatées. (Commissaires : MM. Goblet et Boudet.)

2° Une lettre de M. le docteur Demeaux (de Puy-l'Évêque), sur l'efficacité de l'élixir du Mont-Cenis au Paullinia pour prévenir ou pour combattre les accidents pernicieux de la variole hémorrhagique. (Commission de vaccine.)

3° Une note de M. le docteur Burq, sur un nouveau procédé de récolte, de conservation et d'insertion du vaccin, qui est conçue en ces termes :

La vaccination telle qu'on la pratique communément, présente, au point de vue de l'économie du fluide vaccinal, de sa bonne conservation, de la sûreté de son insertion et de la facilité de soumettre à cette petite opération les enfants et nombre de personnes que trouble la vue seule des instruments ou qui se laissent arrêter par l'idée d'une dépense ou d'une simple perte de temps, des vices ou *desiderata* qui, dans mon opinion, font principalement échec aux si louables efforts de l'administration pour répandre les bienfaits aujourd'hui incontestés des revaccinations, et contre lesquels je propose les moyens suivants :

1° Recueillir le vaccin au moment le plus opportun (fin du sixième jour), et sur des enfants âgés de plus de 4 mois toutes les fois que faire se pourra dans le chas d'aiguilles fines à ce point qu'une bonne pustule vaccinale puisse en charger des centaines;

2° L'y conserver à l'abri de l'air, de l'humidité et de la lumière par un enveloppement convenable des aiguilles et, au besoin, même par le recouvrement préalable du vaccin une fois sec d'un enduit protecteur tel qu'une solution gommeuse.

3° Pratiquer l'insertion directement sans instrument *intermédiaire*, au moyen de trois ou quatre au plus de ces aiguilles afin d'augmenter encore d'un bon tiers les ressources vaccinales jennériennes déjà plus que décuplées par le premier moyen, aiguilles qui seront introduites par la tête et laissées à demeure pendant une heure ou deux dans la couche sous-épidermique du lieu d'élection, soit au bras, soit à la cuisse ou sur n'importe quelle partie du corps.

4° Mettre à la portée de tout le monde, dans les officines de pharmacies ou ailleurs, des aiguilles toutes chargées, afin que chacun puisse revacciner sûrement lui ou les siens sans douleur ni effusion de sang, et sans perte notable ni de temps ni d'argent.

M. VERNEUIL présente, de la part de l'auteur, M. Witkwoski, un *Atlas d'anatomie iconologique*.

M. LARREY dépose sur le bureau :

1° Le *Rapport médical statistique de l'armée anglaise pour l'année 1868*;

2° Une brochure sur l'*Hygiène militaire*, par M. de Chaumont;

3° Un mémoire sur l'*Anatomie et la physiologie du corps tyrhoïde, et de la rate*, par M. le docteur Riou;

4° L'*Éloge de Roux*, par M. le docteur Dyonis (des Carrières).

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture d'une proposition déposée sur le bureau par M. Blot et plusieurs de ses collègues demandant qu'à l'avenir tous les livres, brochures, mémoires ou instruments qu'on désire présenter à l'Académie soient adressés au secrétaire qui *seul* en fera le dépouillement à propos de la correspondance.

Après quelques explications échangées entre M. le président, M. Larrey et M. Blot, l'Académie décide qu'il n'y a pas lieu de donner suite à cette proposition.

Discussion sur le vinage.

M. BOUCHARDAT. J'ai écouté avec le plus grand plaisir l'œuvre si consciencieuse de notre rapporteur. On ne saurait trop louer un travail aussi remarquable pour le fond que pour la forme.

Je pensais qu'en présence d'un rapport si parfaitement étudié, les membres de la commission n'auraient pas à intervenir dans le débat; mais cette question du vinage est si complexe que les meilleurs esprits peuvent être divisés.

Je ne chercherai point à répondre aux différents orateurs qui m'ont précédé. C'est le devoir qui incombe au rapporteur; il s'en acquittera mieux que moi.

Je vais m'efforcer seulement à mettre en lumière les vrais principes en écartant les données sujettes à controverse.

Je resterai autant que possible sur le terrain qui convient à notre compagnie, sur celui de l'hygiène.

J'ai besoin de dire, dès l'abord, que, dans ma pensée, les intérêts de l'agriculture progressant, les prescriptions de la morale se confondent avec les exigences de l'hygiène. On ne s'étonnera donc pas si je penche du côté des bonnes cultures et si je m'éloigne avec ardeur d'une pratique qui a la fraude pour principale raison d'être.

Pourquoi les bons esprits sont-ils divisés sur la question du vinage? C'est que, dans certaines conditions que je vais chercher à déterminer, cette addition d'alcool au vin présente de réels avantages; que dans d'autres, c'est un mal nécesssaire; mais que, vue de haut, en négligeant les exceptions, c'est une pratique qu'on ne saurait encourager.

Pour bien me faire comprendre, j'aurai donc à esquisser l'historique du vinage dans les principales conditions où il s'exécute. Commençons par le cas le plus simple.

Un grand nombre de vins étrangers subissent cette opération pour être exportés; mais la plupart de ses vins se vendent très-chers. Ils n'entrent pas dans la comsommation du peuple. Toutes les fois qu'ils sont pris en proportion modérée, ce n'est qu'exceptionnellement qu'ils sont incriminés par les médecins hygiénistes.

Ainsi, les vins de Madère, de Xérès, de Marsala, destinés à l'exportation, reçoivent de fortes proportions d'alcool. Je dois ajouter que ce ne sont jamais les qualités supérieures qui sont traitées de la sorte. Dans d'autres localités, outre l'alcool, on ajoute du moût concentré dans d'immenses chaudières. Ces pratiques sont consacrées pour plusieurs espèces de vins d'Espagne, qui sont très-recherchées. Ce sont là des vins de liqueur que la classe aisée, en Angleterre, a généralement adoptés. Ces vins de liqueur, dont la richesse alcoolique atteint quelquefois 25 p. 100, se conservent très-bien sans qu'il soit nécessaire de les maintenir dans de bonnes caves. C'est sans doute cette dernière raison qui a fait étendre ce procédé de la suralcoolisation, pour la destination de Londres, au vin de Porto et à nos excellents bordeaux, qui s'en passent si bien.

Si sous le point de vue de la facilité et de la sûreté de la conservation, ces vins alcoolisés se rapprochent des liqueurs fortes, ils s'en rapprochent aussi quand on en abuse par leurs malfaisantes propriétés. Ajoutons que pour des palais exercés et délicats, ils n'ont plus ce charme particulier qui caractérise les grands vins naturels.

Il est encore certains vins de luxe dans lesquels il est d'usage d'ajouter de l'alcool et du sucre. C'est ainsi que cela se pratique pour les vins de Champagne et pour plusieurs vins du Rhin. Ces additions ont pour but de pourvoir à l'insuffisance de maturité et à satisfaire des goûts qui se sont dépravés par l'habitude.

On comprend d'après cela que ces proportions d'eau-de-vie et d'alcool varient suivant les années. Voici les quantités qui ont été généralement adoptées dans les vignobles du Rhin, pour l'année 1869. Pour 1,000 litres de vin blanc, 70 kiligrammes de sucre, 100 kilogrammes d'eau et 6 litres d'alcool pur ajoutés après la fermentation.

Je dois dire que ces pratiques sont hautement blamées par les connaisseurs qui savent apprécier les vins naturels.

J'en dirai autant pour nos vins de Champagne, quoique la liqueur qu'on ajoute lors de la seconde fermentation soit constituée par du suore de cannes candi et de bonne eau-de-vie de Cognac; jamais cette charmante limonade gazeuse que le monde entier a adopté, ne vaudra le vrai vin de Champagne préparé avec des pineaux blancs et noirs mûris à point sur les côteaux de Sylleri, quand la mousse est dégagée : quel fond, quel goût fin et délicat qu'on ne trouve plus dans ce vin, qui cependant est si bien apprécié par l'immense majorité des consommateurs?

Toutes ces pratiques que je viens de rapidement énumérer ne constituent pas le vinage proprement dit, pas plus que l'addition de deux ou trois litres d'eau-de-vie dans une pièce de vin de 300 litres que le vigneron craint de voir s'altérer quand il l'expédie à Paris.

Nous arrivons à la question véritable, à l'addition de proportions élevées d'alcool au vin qui doit servir de base à la boisson destinée à la consommation courante.

C'est d'abord et pendant longtemps dans de bonnes et d'utiles conditions que ce vinage fut pratiqué.

On ajoutait de l'alcool de vin aux vins du Roussillon, fabriqués avec soin et avec de bons raisins.

Les marchands de vin employaient avec intelligence ces vins suralcoolisés pour couper et fortifier les petits vins du Loiret, du Cher, de la basse Bourgogne et d'autres régions viticoles. Leur art consistait à fournir au consommateur un produit toujours semblable à lui-même et à effacer les grandes variations que les vins de petits crus présentent suivant les années.

Personne ne condamnait ces pratiques. Il est cependant quelques viticulteurs, et je suis de ce nombre, qui tout en reconnaissant des avantages dans les pauvres années à ces coupages de même qu'au sucrage, au glycosage, n'y avaient pas recours. Les vins tels que ceux de 1860, 1866, étaient consommés dans les lieux de production ou mélangés aux vins de mêmes crus d'années plus heureuses.

Après 1849 survint une série d'années des plus médiocres, pour les vignobles du centre et de l'est de la France qui fournissaient leurs vins à la consommation de Paris.

La maladie de la vigne augmenta la pénurie; une grande activité imprimée aux travaux publics accrut les besoins.

Les marchands en gros pensèrent alors aux vins du Languedoc qui jusque-là étaient destinés à la chaudière. Fabriqués pour être distillés, ils ne pouvaient être conservés dans les lieux de production, et encore moins être transportés.

Les alcools du Nord arrivèrent en abondance dans la terre classique du 3/6 ; on en ajoute dans ces vins le plus qu'on peut, sauf à les ramener après leur entrée dans Paris au type de huit à dix pour cent d'alcool. Ils prirent le nom de vins de Montagne.

Voilà le vinage tel qu'il existe aujourd'hui, examinons si c'est une pratique que l'Académie doive recommander.

Nous allons parler des vins suralcoolsés employés en nature et de ces mêmes vins ramenés par une addition d'eau au type normal des vins de Bordeaux, 9 à 10 pour cent d'alcool.

Il est d'observation que dans les pays vignobles où l'on ne produit que de petits vins contenant de 6 à 8 pour cent d'alcool, l'abus de ces vins ne conduit que très-rarement aux accidents graves de l'alcoolisme. On voit dans ces régions bon nombre de vieillards qui pendant toute leur vie n'ont pas brillé par la sobriété et qui, cependant, ont pu atteindre un âge assez avancé. Par contre, nous le savons par ce que nous avons observé ici, courte est la vie des gens qui abusent de vins forts ou de liqueurs fortes. On peut énoncer la loi hygiénique suivante qui, dans la pratique, rencontrera peu d'exceptions. A dose égale d'alcool ingéré sous forme de vin, le danger d'alcoolisme sera d'autant moins grand que la quantité d'alcool contenue dans le vin sera plus faible.

Deux raisons rendent compte de cette immunité. La première, c'est que l'alcool est moins rapidement absorbé, qu'il arrive plus dilué dans le sang; la seconde, c'est que les acides qui l'accompagnent dans les petits vins entravent, en la prolongeant, sa destruction et son action sur l'économie.

Si, à dose égale d'alcool, l'abus d'un vin suralcoolisé est plus dangereux que l'abus d'un vin moins riche, il est indubitable que l'ouvrier peu sobre, habitué à boire une mesure déterminée de vin, ne calculera pas si la proportion d'alcool a été augmentée, et le danger doublera pour lui.

Supposons maintenant que le vin suralcoolisé ait été ramené par addition d'eau au type d'un vin normal. J'avouerai immédiatement que le danger d'alcoolisme sera beaucoup diminué, j'ajouterai que les différences hygiéniques que je vais chercher à mettre en lumière demandent encore la considération de la clinique.

L'alcool ajouté à un vin naturel a pour effet de diminuer la solubilité du bitartrate de potasse, et de déterminer la précipitation de ce sel.

L'addition d'eau en diminuant la masse des matériaux fixes rend l'absorption du mélange plus rapide, elle diminue son acidité naturelle. L'absorption et la destruction de l'alcool contenu dans ce vin ainsi fabriqué deviennent plus énergiques.

La modification salutaire imprimée à l'alcool par son association avec les principes normaux du vin, est évidemment modifiée et atténuée. D'après cela, je regarde, à dose égale d'alcool ingéré, l'abus d'un vin suralcoolisé et étendu d'eau comme plus à redouter que l'abus d'un vin naturel contenant tous ses principes normaux.

Je vais maintenant chercher à établir que la liberté du vinage est non-seulement un encouragement, mais un privilége accordé aux mauvaises cultures.

Avec des soins, on peut faire dans le Languedoc des vins de très-bonne qualité; sans parler de ces Muscats, vins de Frontignan, de Lunel, si parfumés, si délicats, les vins de Tavel, de Saint-Georges, d'Orgues, de Langlade, Narbonne, etc., sont généreux, de bon goût et se conservent très-bien et sans addition quand ils sont soignés.

Dans ces vignobles où la culture est si facile, les récoltes si abondantes, on cueillait pour les vins de chaudière des raisins à toutes les phases de la maturité, pourris, trop mûrs, verts. Tout est accumulé dans les cuves. La fermentation alcoolique était irrégulière, et compliquée bien souvent des fermentations tartrique, butyrique, propionique. Le produit obtenu était très-bon pour fabriquer de l'eau-de-vie; mais lorsqu'on le destine à la boisson, il a fallu entraver, modifier toutes ces fermentations secondaires par le vinage. Que les viticulteurs du Languedoc imitent les pratiques des vignerons et des sommelliers de la Bourgogne, de la Gironde, ils produiront de bons vins naturels.

Pour cela, il faut une culture plus soignée, plusieurs récoltes attentives, une fermentation bien dirigée, de bonnes caves, des soutirages et des collages faits à propos.

Tout cela ne s'improvise pas, mais tous les hygiénistes conviendront que ces pratiques valent beaucoup mieux que celles qui consistent à arrêter par le vinage les fermentations secondaires qui constituent le vin tourné ou botté. Ces vins altérés à divers degrés fournissent de l'alcool, mais constituent une mauvaise boisson.

Le fait est devenu évident par la pratique, malgré l'habitude qu'ont prise les Anglais de consommer des vins vinés. L'augmentation de l'exportation depuis les traités de commerce a porté principalement sur les vins fins fabriqués avec les plus grands soins. Ils ont absolument négligé les vins communs vinés qu'ils ont laissés à la consommation parisienne, parce que dans ces vins communs, le vinage masquait de réels défauts.

J'ai dit que le vinage était pour les contrées à production abondantes un privilége qui amenait une concurrence désastreuse pour les régions viticoles qui produisaient des vins communs vendus en nature. Si après leur entrée à Paris, avec un litre de vin viné on en fait deux, le droit sera réduit de moitié pour le producteur de vin viné.

Comment voulez-vous que le producteur du vin naturel puisse supporter la concurrence?

Ainsi, tandis que la vigne envahit tout le Languedoc, elle perd du terrain dans les régions viticoles de l'est et du centre, comme il ressort du tableau suivant :

Depuis dix ans, la culture de la vigne a perdu :

Dans le Puy-de-Dôme.	470 hectares.
L'Allier.	1,710
Le Loiret.	1,981
L'Eure-et-Loir.	2,067
La Seine-et-Oise.	477
La Seine-et-Marne.	6,776
L'Oise.	431
L'Aisne.	1,260
L'Yonne.	953
La Marne.	129
L'Aube.	129
La Moselle.	821
Le Bas-Rhin.	130
Le Haut-Rhin.	1,138
La Loire-Inférieure.	716
L'Isère.	1,244

(*Rapport de M. Tassin.* Officiel, 1870.)

Quoique partisan avec le comte Odark, Cazalis Allier, avec mes collègues et amis MM. de Vergnethe, Lamothe, Jules Guyot, etc., de vins naturels sans aucun mélange, je reconnais cependant que le vinage est quelquefois utile, que l'abus du vin viné est beaucoup moins redoutable que celui de l'eau-de-vie et des liqueurs fortes; mais c'est un mal nécessaire qu'il faut restreindre dans ses limites les plus étroites, en réduisant à l'indispensable la proportion d'alcool ajouté.

Me voici arrivé à cette question dernière. Faut-il prescrire pour le vinage l'usage absolu de l'alcool de vin?

Je conviendrai sans peine que les procédés de rectification des alcools de grains et de betteraves sont arrivés à un tel degré de perfection, qu'ils doivent renfermer des proportions si faibles d'alcools amyliques et batyliques qu'hygiéniquement il n'y a pas à trop s'en préoccupper.

Je dirai même que des observations précises sur l'homme sont encore nécessaires pour établir la puissance toxique de ces alcools. Quoiqu'il en soit, je voterai la conclusion qui prescrit l'emploi de l'alcool de vin. Voici mes raisons :

Je ne vois que des points noirs dans l'histoire des distilleries de grains et de betteraves étudiées sous le rapport de l'hygiène.

Que les fabriques de betteraves ne dévient pas de leur destination, qui est de produire du sucre dont la consommation est insuffisante dans la classe pauvre ou malaisée;

Que les distilleries de grains laissent ces utiles produits pour la nourriture de l'homme ou des animaux domestiques.

Voici ce qui accompagne le développement de ces fabriques : les progrès incessants de l'alcoolisme dans tous les pays où ces industries s'élèvent.

Non contents de la consommation locale, ils expédient leurs produits dans les Charentes, pour les mêler aux vins de la Folle-Blanche, afin de doubler la production d'eau-de-vie. Le mal menaçait d'être si grand que les producteurs se sont coalisés pour condamner et repousser ces déloyales falsifications.

Chassés des Charentes, les distillateurs du Nord transportent leurs produits dans le Languedoc pour faire une redoutable concurrence aux producteurs de vin naturel, concurrence qui a la fraude pour base.

Par tout ce que je viens d'exposer, je n'hésite pas à conclure :

Non : Au point de vue de l'hygiène, le vinage n'est pas une bonne opération.

Le vinage est quelquefois un mal nécessaire, mais qu'il convient de restreindre dans les plus étroites limites.

Oui : Il ne faut autoriser le vinage qu'avec des alcools de vin, parce que l'hygiène redoute le développement des distilleries de grains et de betteraves.

M. FAUVEL. Si je prends la parole aujourd'hui, ce n'est pas dans le but d'apporter une nouvelle lumière au côté technique de la question du vinage, car il a été trop sérieusement étudié par la Commission pour qu'il me reste quelque chose à ajouter. Mais je veux insister surtout sur le côté pratique, et à ce point de vue je crois pouvoir soutenir les arguments que j'ai déjà présentés ailleurs.

Les partisans du vinage ont été en général à côté de la question. Le principe même du vinage n'est menacé ni par la commission ni par personne. Ce que nous repoussons c'est l'abus. Or, tous les arguments de nos adversaires n'ont porté sérieusement que sur l'usage et non pas sur l'abus.

Le vinage est un mal nécessaire, mais cela ne veut pas dire qu'il faille l'encourager. C'est là pourtant ce que l'on veut obtenir de nous

Par une inconséquence inévitable. les mêmes personnes qui voulaient restreindre le rapporteur à l'hygiène pure et lui interdisaient toute digression économique, ont indiqué surtout, comme principal argument, la liberté commerciale et d'autres choses encore également étrangères à l'hygiène. C'est qu'en effet, il est excessivement difficile de séparer l'hygiène publique de l'économie politique, dont elle fait partie.

Personne n'y est parvenu dans cette enceinte. Je suis donc obligé de suivre encore nos adversaires sur ce terrain.

On a dit que le vinage n'était pas libre, c'est une grande erreur. Depuis 1864, le vinage est parfaitement libre. Seulement, il est soumis au droit commun, il doit acquitter les impôts ordinaires et les taxes sur l'alcool. Ce qu'on réclame donc, ce n'est pas la liberté dont on emprunte le nom, c'est le privilége. On veut renverser cette barrière fiscale qui est la principale sauvegarde de la population; derrière cette barrière, s'arrêtent contenus, l'alcoolisme et le vinage excessif. Faut-il donc y renoncer pour le bénéfice particulier de quelques industriels?

Pourquoi réclame-t-on, en effet, si vivement la liberté du vinage? C'est que les fabricants d'alcool ne peuvent écouler leurs produits. Pour viner avec un avantage pécuniaire réel, il faut actuellement un vin qui ait des qualités, de la valeur; il faut que ce vin soit naturellement alcoolisé à un titre raisonnable. Il suffit alors d'y ajouter 2 et 3 pour 100 d'alcool pour en assurer la conservation et le transport. Mais ce n'est pas là ce qu'on veut. On veut faire du vin.....

M. BOULEY. Sans raisin?

M. FAUVEL. Oui, sans raisin. On veut fabriquer en un mot une boisson frelatée qui fasse gagner davantage les marchands tarés qui la vendent. Il leur faut pour cela de l'alcool, de grandes quantités d'alcool, et c'est pourquoi on réclame des exceptions, des faveurs qui auraient pour résultat de compromettre la santé publique. Si l'on en croyait les pétitions qui ont été adressées depuis quelque temps au gouvernement, il faudrait supprimer tout à fait les droits qui sauvegardent la population ou au moins les réduire à 20 francs l'hectolitre au lieu de 90.

Et cela pourquoi? On nous dit que c'est pour livrer au public, en plus grande abondance, un liquide réparateur. Mais, en vérité, ce n'est pas le vin alcoolisé qui est un liquide réparateur, mais le vin naturel. Le vinage exagéré présente, au contraire, les plus graves inconvénients.

Il y a deux sortes de vinages : l'un est licite, l'autre ne l'est pas. Le premier nous l'appellerons *le vinage conservateur*, car il a pour but d'assurer la conservation et le transport des vins. Il n'améliore pas le vin, comme on l'a prétendu; mais il le conserve et c'est beaucoup. Ce vinage ne dépasse pas un titre assez faible : 2 à 3 0/0. Le second vinage est le *vinage falsificateur*. Il n'est jamais nécessaire à la conservation, mais en l'appliquant à un vin sans qualité et dépourvu d'alcool, il en cache les défauts et permet d'autres mélanges encore plus insalubres.

Ce vinage s'appliquerait même à toute espèce de liquide qu'on décorerait du nom de vin.

Actuellement, le vinage est limité par le prix de l'alcool. La fraude est ainsi en partie entravée, et pourtant tel qu'il se pratique il donne déjà naissance à des vins nuisibles.

Une voix. Combien contiennent-ils d'alcool?

M. FAUVEL. 9 pour 100. Ce n'est pas parce que le titre est élevé que ce vin est dangereux, mais parce qu'il ne contenait primitivement que 3 ou 4 pour 100, et que par conséquent la fraude seule a élevé le titre.

M. BOULEY. Qu'est-ce que cela fait?

M. FAUVEL. Il suit de là qu'il nous arrive à Paris un vin frelaté et nuisible à la santé publique.

Il y a quelques années, l'acool était plus cher. On buvait de la piquette et l'on s'en trouvait beaucoup mieux.

L'alcoolisme et tous les troubles organiques qu'il amène avec lui étaient beaucoup moins fréquents. Je sais bien que l'on va me dire que l'usage des liqueurs fortes en est la principale cause. Mais je répondrai que l'alcoolisme est hors de toutes proportions avec la consommation de l'eau-de-vie nature. Depuis plusieurs années j'interroge tous les malades qui arrivent dans mon service avec des accidents dus à l'alcoolisme. La plus grande partie d'entre eux me déclarent qu'ils ne boivent que fort peu de liqueurs. C'est donc le vin qu'ils consomment qui cause ces accidents.

Or, il est certain que les maladies ont actuellement à Paris une tout autre physionomie qu'il y a trente ans, alors qu'on ne faisait guère usage que de vin ou de piquette.

Dans la pneumonie, par exemple, les habitudes d'alcoolisme jouent un rôle tout particulier et qui change complétement la nature et la gravité de la maladie. Il en est de même pour beaucoup d'autres affections aiguës : le grand coupable est ordinairement le vinage. C'est alors qu'on peut constater le rôle désastreux des vins vinés.

Ils ne causent pas ordinairement, sans doute, le *delirium tremens*, mais ils ont un effet funeste dans la plupart des maladies de ceux qui en font habituellement usage. Je n'ai pas, dira-t-on, le preuve rigoureusement scientifique de ces inconvénients du vinage, mais vous, avez-vous la preuve du contraire? Vous vous bornez à de simples dénégations. Pour nous, nous observons consciencieusement, et j'ose dire que, parmi les médecins des hôpitaux, il n'y en a pas un qui contredirait les faits que j'avance en ce moment. Tous, ils partageraient, je crois, mon opinion, car tous ils ont observé dans leurs services les effets habituels de l'alcoolisme.

M. BOULEY. — Mais cet alcoolisme est causé par l'alcool, par l'absinthe.

M. GAULTIER DE CLAUBRY. — Sans aucun doute.

M. BOULEY. — Vous nous donnez là de pures inductions et non des démonstrations.

M. FAUVEL. Je ne nie pas les effets de l'alcool pur, mais je dis qu'il n'explique pas tout. On accusera peut-être mes malades d'avoir voulu cacher dans leurs déclarations l'abus, fait par eux, des liqueurs fortes. Cela peut arriver quelquefois.

Mais la plupart du temps, ils me décrivaient en toute simplicité leurs habitudes et leurs antécédents qui me semblaient utiles à connaître. Le grand nombre des cas observés me paraît donc concluant.

L'Académie, dans de telles circonstances, doit-elle donc autoriser la liberté absolue du vinage?

Non, ce n'est pas possible, car cette liberté n'est autre chose que la liberté de la fraude, et, sur ce terrain, j'avoue que je ne puis partager les opinions de M. Bouley, qui nous prêche la liberté commerciale.

Certes, je suis libre-échangiste autant que personne; mais je n'admets pas que l'on puisse appliquer ce principe aux questions intéressant l'hygiène et la santé publique.

Or, la liberté absolue en fait d'alimentation, c'est la négation de l'hygiène. Le public est inconscient et il ne peut se défendre, car la liqueur alcoolique, bien que dangereuse, est agréable au goût. Il faut donc le protéger. M. Broca demande pour cela qu'il y ait un danger évident. Pour moi, je crois que la présomption est suffisante.

Mais d'où vient cet effet nuisible des vins vinés, nous demandera-t-on? Vient-il de ce que l'alcool existe, comme l'a dit M. Bergeron, à l'état libre? Je ne sais. Mais M. Payen lui même nous a montré que l'alcool ne laisse plus l'alcool dans les conditions normales par rapport aux autres éléments renfermés dans le vin, et M. Bouchardat a confirmé cette idée.

Je ne me prononcerai pas davantage sur la question de l'unité de l'alcool qui représente toujours, à ce qu'on nous a dit, $C^4H^6O^2$. Cet alcool-là doit être très-rare à l'état pur dans le commerce, et je crois qu'il existe plutôt encore dans l'esprit des chimistes que dans leur laboratoire.

Mais c'est surtout l'addition même de l'alcool au vin qui est nuisible. On a dit que c'était l'alcool qui donnait au vin toute sa valeur, sa *vertu réparatrice*, etc.; c'est une erreur. L'alcool est un stimulant qui, à ce qu'on a prétendu, ne fait que traverser l'organisme. Ce stimulant peut être utile dans certaines conditions, dans les pays froids, par exemple; mais enfin ce n'est pas son mélange avec un liquide quelconque qui constitue le vin, et le vin ne doit pas son élément *réparateur* à l'alcool, mais bien à toute autre chose. Aussi le vin de Bordeaux, réparateur par excellence, est-il peu alcoolisé, tandis que les vins du Midi le sont beaucoup. L'alcool est un excitant. C'est un coup de fouet. Et, en vérité, le moindre picotin d'avoine répare mieux un cheval fatigué qu'un coup de fouet. M. Bouley peut en faire, s'il le veut, l'expérience.

On a dit, comme principal argument que le vinage avait pour effet de diminuer l'alcoolisme, et on a cité les pays vinicoles où l'alcoolisme est fort rare. Ce dernier fait est très-exact; mais dans les pays vinicoles, on ne boit pas de vin viné, on le laisse aux Parisiens.

D'ailleurs le goût de l'alcool engendre le goût de l'alcool. On prend d'abord du vin viné, puis du vin surviné puis de l'alcool pur. Le vinage augmente donc plutôt qu'il ne diminue l'alcoolisme. Je repousse complétement cette prétendue diminution.

On prétend enfin que le vinage rend un grand service à la viticulture parce qu'il rend les vins du Midi transportables. Sans doute le vinage modéré est utile pour les vins qui en valent la peine, mais si vous exportez des vins qui n'en valent pas la peine, vous faites par là une concurrence désastreuse à ces bons petits vins si abondants en France, et dont ils font une des principales richesses. Ces vins dont la variété est infinie, vous les tuez pour les remplacer par une liqueur qui s'étend à volonté, et peut se livrer à un bon marché qui ne permet aucune lutte sérieuse. C'est donc la ruine de la viticulture que vous opérez ainsi, et s'il m'était permis de le dire, j'ajouterais que c'est manquer de patriotisme, car la France devient ainsi l'égale des pays qui n'ont que des distilleries au lieu des vignes qui couvrent notre sol.

En résumé, les bons arguments invoqués en faveur du vinage s'appliquent au vinage utile à la conservation et au transport de certains vins de bonne qualité, mais ils ne sont pas applicables au vinage étendu à des liquides qui n'ont du vin que le nom.

Tout porte à croire, sans cependant que la démonstration scientifique en ait été faite, que ces liquides, qui ne sont guère que de l'alcool dilué et coloré, exercent à la longue une fâcheuse influence sur la santé des consommateurs. — Nul doute que ces boissons vendues à bas prix et par suite devenant d'un usage très-répandu, n'augmenteraient le progrès de l'alcoolisation parmi les classes ouvrières et cela quand même l'alcool employé serait de bonne qualité.

Que si l'on objectait à cette manière de voir l'absence de preuve scientifique je répondrais que cette absence de preuve n'autorise pas l'affirmation contraire que n'hésitent pas à donner les partisans du vinage, et que d'ailleurs, il y a des présomptions suffisantes pour que l'Académie mette le gouvernement en garde contre une pratique qui pourrait être désastreuse.

Qu'y aurait-il donc à faire?

A mon sens le plus sage serait de maintenir le *statu quo* qui soumet au droit commun l'opération du vinage et s'opposer à ce qu'elle devint une source d'abus nuisibles. Ma conclusion serait donc: *liberté pour le vinage, et droit commun sans privilége d'aucune sorte.*

Je soumets ces considérations à l'appréciation de la commission. Peut-être y trouvera-t-elle des motifs suffisants pour modifier certaines conclusions du rapport, d'ailleurs excellent, de notre honorable collègue M. Bergeron.

M. LE PRÉSIDENT. Puisque la commission consent à modifier les

conclusions de son rapport, il me semble qu'il serait temps de lui renvoyer la question.

M. GUÉRIN. Il faudrait lui adjoindre quelques partisans du vinage.

M. LE PRÉSIDENT. On pourrait, en effet, lui adjoindre M. Bouley.

M. GUÉRIN. Et M. Reynal.

M. BERGERON. Ce serait pour le coup complétement changer la constitution de la commission dans laquelle toutes les opinions étaient représentées.

M. BOULEY. Vous avez peur ?

M. BERGERON. Allons donc ! Seulement, il est évident que du moment où la commission demande à modifier elle-même son rapport, mieux vaudrait laisser sa composition dans le *statu quo*.

M. BOULEY. Je ne voudrais plus, pour ma part, y être adjoint. J'y serais trop mal reçu.

M. LE PRÉSIDENT. Je consulte l'Académie sur le renvoi à la commission.

Le renvoi est prononcé.

La commission se réunira dans la semaine pour présenter, mardi prochain, ses nouvelles conclusions.

La séance est levée à 5 heures et demie.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1870.

107. Gaucher (Arthème). De la phthisie granuleuse généralisée.
108. Prat (Jean). Du panaris.
109. De Villario (Paul). De la compression dans les affections inflammatoires.
110. Rozier (Fernand). De la variole, de la varioloïde, de la varicelle et du red-rash.
111. Chemsi-Chérifzadé. Quelques mots sur la nature des hémorrhoïdes et leur traitement chirurgical.
112. Saldivax. Quelques observations pour servir à l'histoire de la leucocythémie.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

PENDANT L'ANNÉE 1870.

44. Bouvet. Essai sur l'alcoolisme.
45. Daumas. De la méthode hypodermique ou sous-cutanée.
46. Chavanon. Étude des différentes méthodes de traitement relatives à l'épiploon dans l'opération de la hernie étranglée. Réduction, ligature, excision, cautérisation, et en particulier de l'abandon de l'épiploon dans la plaie.
47. Doat. Du lupus.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

—

Thérapeutique des maladies chirurgicales des enfants, par T. HOLMES, chirurgien de l'hôpital des Sick Children (Enfants malades), à Londres, chirurgien et professeur de chirurgie à Saint-George's Hospital. Ouvrage traduit sur la seconde édition et annoté sous les yeux de l'auteur par le docteur O. LARCHER, lauréat de l'Institut de France, de la Faculté et de l'Académie de médecine de Paris. 1 vol. gr. in-8 de 960 pages, avec 330 figures. — Prix : 15 fr.

Notions et considérations cliniques sur l'urine, par le docteur FRANCISCO RONCATI, professeur d'hygiène et de médecine légale à l'Université de Bologne, médecin en chef de l'hospice provincial des aliénés, etc., etc. Traduit de l'italien sur la 3me et dernière édition, avec le concours du docteur E. MAHAUX, agrégé à la Faculté de médecine, par le docteur Ch. DELSTANCHE fils, de Bruxelles. Bruxelles, 1870, 1 vol. in-8. — Prix : 4 fr.

Les névralgies, leurs formes et leur traitement, par VAN LAIR, professeur à l'Université de Liége. Ouvrage couronné (médaille en vermeil) par la Société royale des sciences médicales et naturelles de Bruxelles. 1 vol. in-8. — Prix : 4 fr.

Guide aux eaux de Bourbon-l'Archambault descriptif et médical, par le docteur G. PÉRIER, médecin inspecteur de ces eaux. 1 vol. de 242 pages. — Prix broché : 2 fr. 50. — Avec un joli cartonnage anglais. — Prix : 3 fr. 50.

De la situation et de l'étendue des centres réflexes de la moelle épinière chez la grenouille, par MM. MASSIUS et VAN LAIR, professeurs à l'Université de Liége. Bruxelles, 1870. In-8, avec 1 planche. — Prix : 2 fr.

Recherches expérimentales sur la régénération anatomique et fonctionnelle de la moelle épinière, par MM. MASSIUS et VAN LAIR, professeurs à l'Université de Liége. Bruxelles, 1870, in-8 avec une planche. — Prix : 2 fr.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonneme[illegible]
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MEDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois.. 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

CONFÉRENCE MÉDICALE DE PARIS

Séance du 29 juin 1870. — Présidence de M. CAFFE.

CORRESPONDANCE

(Suite)

M. GALLARD, l'un des vice-présidents, médecin principal du chemin de fer d'Orléans, lit les lettres qu'il a reçues de ses subordonnés, en réponse à une circulaire qu'il leur a adressée pour leur demander des renseignements sur les revaccinations et sur la variole. Il fait connaître également plusieurs documents qu'il a reçus de médecins étrangers à l'administration du chemin de fer de l'Est.

Suivent des extraits ou analyses de ces lettres ou documents.

I. — *Épidémies de variole.*

M. DANTHON (Montluçon). J'ai traité à Montluçon, depuis le 3 mars, 18 varioleux, dont je vous donne les noms et l'histoire.

J'ai eu l'occasion de voir d'autres varioleux, mais d'une façon incidente; les 18 cités sont les seuls que j'ai suivis. Voici les conclusions que je tire de ces quelques observations :

1° Tous avaient été vaccinés dans leur enfance, aucun n'a été revacciné, sauf le n° 13.

2° Quelques-uns ont eu des éruptions pendant ou après la période d'invasion rubéiliforme (11), framboisée (1, 6), scarlatiniforme (15).

3° Quel qu'ait été la gravité de la maladie au début, que l'éruption ait été confluente ou discrète, pas de fièvre de suppuration; je n'ai donc eu affaire qu'à des varioloïdes ou varioles modifiées par une vaccine antérieure.

4° Il faut donc des études sérieuses avant de prôner un médicament quelconque, ayant la faculté d'empêcher la fièvre de suppuration, vertu que l'on attribue à l'acide phénique : études basées seulement sur l'observation de malades indemnes de vaccine.

5° Dans certaines épidémies, comme chez deux de mes malades, la variole modifiée peut entraîner la mort en devenant hémorrhagique, sans que l'éruption puisse se développer. J'ai même vu un malade, âgé de 28 ans, dont je n'ai pas le nom, mourir en trois jours avec une rougeur scarlatiniforme généralisée, l'éruption variolique n'ayant pas eu le temps de se faire.

M. LACOMBE (de Périgueux). Nous n'avons pas eu à Périgueux de variole, sauf 5 à 6 cas isolés depuis deux mois. Une jeune dame arrivant de Paris, où elle s'était rendue pour voir un neveu soigné à la maison municipale de santé (et décédé 4 ou 5 jours plus tard de la variole), a présenté ici, 6 jours après son arrivée, une variole d'intensité moyenne qui a duré 14 jours. — Un jeune homme arrivant de Bordeaux, près de son frère atteint de la variole, est décédé ici 3 jours après son arrivée il y a dix jours. Je ne connais que ce cas de mort ici.

A l'hôpital, j'ai eu depuis 2 mois 3 varioloïdes chez mes soldats (2 cas assez intenses).

M. VILLERS (de Lorient). La variole a envahi tous les âges, depuis l'âge de 7 à 8 ans. Les adultes ont été frappés en plus grand nombre, je parle des vaccinés; beaucoup d'enfants de trois mois à deux ans sont morts par l'insouciance des parents qui ne les avaient pas fait vacciner. Peuple trop insouciant, administration trop peu active.

Je n'ai dans ma clientèle aucun revacciné atteint. Dans celle de mes confrères, il y a 5 à 6 cas de malades atteints de la variole de 7 à 10 jours après avoir subi l'opération de la vaccine.

Les revaccinations ont eu, comme on l'a remarqué, plus de succès qu'en temps ordinaire : il a dépassé les trois quarts. Il est fâcheux que beaucoup de gens n'aient pas persisté, car on a vu le succès arriver à la troisième ou quatrième revaccination. Je n'ai employé que du vaccin d'enfant pris de bras à bras.

M. QUINEMANT (de Surgères). La variole sévit toujours à Rochefort et à la Rochelle; nos campagnes environnantes commencent à être atteintes, et tous nos efforts vont être dirigés vers les vaccinations et revaccinations : j'ai eu un exemple frappant, en 1866, de l'utilité de cette pratique : une commune de 1,200 habitants, enclavée entre deux autres communes, n'a présenté qu'un cas de variole bénigne, parce que mes confrères et moi nous avons vacciné environ 400 habitants ; pendant que les deux communes voisines ont été abimées par cette affreuse maladie.

M. DE LA RONCETE (de Saint-Georges-sur-Loire). Pour ma clientèle, j'ai très-peu vacciné cette année en dehors des petits enfants qui ne l'avaient jamais été, attendu qu'il n'est pas question de variole dans le pays que j'habite, et que l'année dernière presque tout le monde du pays, petits et grands, se sont fait revacciner par précaution,

M. ROUX (de la Guerche). L'épidémie n'a point sévi dans la contrée.

M. HALLEGUEN (de Châteaulin). J'ai observé un seul cas de variole légère dans mon service.

M. MARSAL (de Marsiac). A Marsiac ou à Saint-Pouy, jusqu'à présent, d'après ce que m'ont dit mes collègues, près de 40 personnes, vieilles ou jeunes, ont été prises de petite vérole, et je dois vous dire qu'à Marsiac ou à Saint-Pouy, il est mort tout au plus 20 personnes; maintenant l'épidémie semble s'amoindrir, et on espère que bientôt elle cessera.

M. MÉCHINET (de Niort). Il n'y a pas eu d'épidémie de variole dans le département des Deux-Sèvres.

Cinq cas de variole se sont déclarés de la manière suivante, dans un village près Niort où j'ai ma campagne. Ce village est traversé par le chemin de fer.

Le 3 janvier, le jeune P..., 14 ans, domestique à Surgères (Charente-Inférieure), revint, avec la variole, dans sa famille. Aussitôt le père, âgé de 45 ans et deux filles, âgées de 8 et 10 ans furent successivement atteints. Tous avaient été vaccinés et guérirent.

Le 21 février, un homme du même village, nommé P..., tailleur de pierre, âgé de 39 ans, bien qu'éloigné de la famille P..., fut pris de variole et mourut. Ses deux enfants aussitôt revaccinés ainsi que leur mère, n'eurent point la maladie, et depuis, aucun autre cas ne s'est manifesté dans ledit village.

Ainsi donc, Niort et ses environs n'ont pas eu de variole. Nous n'y avons vu que quelques cas isolés et généralement sans gravité aucune.

Vaccinations, 25 ; 25 succès. — Revaccinations, 55; 19 succès.

Le vaccin a toujours été employé de bras à bras ou conservé sur plaque de verres durant moins de dix jours.

II. — *Variole et vaccine.*

M. DE HARPUGENT (de Landernau). Malheureusement l'épidémie ne paraît pas vouloir cesser. J'ai même, dans ce moment, une dizaine de malades, dont trois très-graves, qui me donnent les plus sérieuses inquiétudes. La perte générale a été d'un dixième, à peu près, malgré la diversité des traitements employés. L'acide phénique tant vanté et le sulfate de quinine à haute dose ne m'ont produit aucun bon résultat. Les éméto-cathartiques au début et le traitement des symptômes particuliers à chaque sujet sont encore les moyens qui m'ont le mieux réussi.

Huit personnes seulement, sur la ligne d'Orléans, ont été atteintes par la variole.

Le vaccin employé a toujours été du vaccin humain, et autant que possible de bras à bras. Nous avons essayé, à trois ou quatre reprises différentes, d'inoculer des génisses, sans obtenir de résultat, quoique le même vaccin, pris sur des enfants et inoculé à d'autres enfants, ait parfaitement réussi.

Dans ma clientèle privée, j'ai vacciné de semaine en semaine, pendant six à sept mois environ, 400 personnes à peu près, dont 150 enfants, sur la totalité desquels, trois ou quatre exceptés, le vaccin n'a jamais fait défaut. Sur les 250 grandes personnes qui se sont fait revacciner, un dixième environ a présenté de bons boutons, et encore sur le nombre y en avait-il 8 à 10 qui n'avaient jamais été vaccinées.

M. QUINEMANT (de Surgères). Jusqu'ici, nous n'avons eu qu'un cas de variole à Surgères même ; cas mortel : le malade était allé voir un varioleux (mort également) dans la commune de Genouillé (11 kilomètres).

J'ai soigné seulement deux cas de variole dans la commune de Genouillé, fortement envahie : ce sont les médecins plus rapprochés qui voient les malades.

Premier cas : femme P..., 29 ans, n'ayant jamais été vacciné. Variole confluente. Morte le onzième jour de suppuration au bourg de Genouillé même.

Deuxième cas : P... (Léopold), 23 ans; vacciné avec succès dans l'enfance de bras à bas; revacciné par moi, il y a six ou sept ans, sans succès. Revacciné par sa mère de bras à bras (sur un enfant de trois ans que j'avais vacciné), le 5 juin au matin; le 7 juin, accidents légers, attribués à l'action du vaccin. Le 8, je suis appelé et je constate que la marche du vaccin se fait conjointement avec une varioloïde légère, sans accident; les boutons du vaccin ne sont pas arrivés à maturité. L'éruption de varioloïde s'est faite très-régulièrement. Guérison facile.

Le même jour 5 juin, la mère de ce jeune homme s'est vaccinée avec succès et a vacciné un autre fils, 27 ans, sans succès : aucun n'a été malade depuis.

Voici maintenant les renseignements que je puis vous fournir :

Enfants vaccinés pour la première fois, 28; succès, 28.

Enfants n'ayant jamais été vaccinés, 4; succès, 3.

Adultes ayant été vaccinés et revaccinés, 52; succès, 39.

En dehors de ces vaccinations pratiquées chez moi, j'ai vacciné une dizaine de personnes avec du vaccin frais transporté sur verre, et je n'ai obtenu que deux succès.

Je crois, sans exagération, pouvoir fixer à 1,000 le chiffre des vaccinations faites par nous dans le canton depuis le 1er mai 1870, époque où nous avons eu pour la première fois du vaccin sur un bras d'enfant; jusqu'alors, nous avions vainement pratiqué l'opération avec du vaccin pris sur verre, conservé de l'année dernière, ou envoyé par mon confrère Barbraud (de Rochefort), ou de Paris, pris à je ne sais quelle source par un de mes confrères. Toujours est-il que ce n'est qu'avec du vaccin pris sur un bouton chez un enfant que nous avons pu le propager.

M. PUIBARAUD (d'Ancenis). En 1858, deux des communes les plus voisines de la ville d'Ancenis, celles de Saint-Géréon et Mésanges, négligeant depuis deux ou trois ans de présenter leurs enfants au vaccinateur, furent envahies par une épidémie de variole confluente. Je n'avais alors à ma disposition que du vaccin en tubes, de l'année précédente; je l'employai à tout événement chez deux enfants non vaccinés dont le père était horriblement malade, et j'eus le bonheur de couper court au mal dans cette maison.

Je me hâtai de répandre ensuite mes vaccinations dans ces deux communes, et le mal, à ma grande joie, céda au bout de quelques semaines.

Mais ce qu'il y eût de remarquable, à cette occasion, c'est qu'il n'y eût à Ancenis, malgré la terreur générale qu'inspirait son peu de distance des lieux infectés, aucun cas de petite vérole.

Aux mois de mai et juin 1868, je reçus, comme médecin des épidémies, la mission d'observer une épidémie de variole confluente qui sévissait dans plusieurs communes de mon arrondissement. Je m'y rendis successivement, j'y opérai un grand nombre de vaccinations, en recommandant de les continuer, et le mal céda dans ces premières communes pour se répandre dans les limitrophes, négligées sous le rapport des vaccinations, quand la commune d'Ancenis s'est encore trouvée complétement préservée.

J'ajoute que, dans le cours du mois de mai dernier, deux cas de variole confluente ont été importés de Nantes dans notre localité; que l'un des malades y a succombé, après avoir communiqué la variole à une parente venue du dehors pour le soigner, et que cette malade a succombé également; que le jeune enfant de cette maison, non encore vacciné, a été atteint par la maladie et y a survécu, et qu'enfin il s'est borné le développement du mal.

Ne faut-il pas admettre, dans ce cas, que les précautions prises antérieurement nous ont préservé d'une épidémie imminente?

Dans une période de 39 ans, j'ai vacciné de 14 à 15,000 individus.

Le vaccin que j'ai employé a toujours été du vaccin humain ou jennérien.

Ce vaccin a été par moi conservé en tubes, d'une année à l'autre, et j'ai toujours eu à m'applaudir de le posséder pour commencer mes vaccinations aux époques habituelles.

Je déclare pourtant qu'avec celui-là les premières pustules se développent moins nombreuses et plus lentes. Mais communiqué ensuite de bras à bras, le virus pris sur ces pustules donne toujours lieu à de nouvelles pustules d'une belle venue.

Mes vaccinations pour l'année ne sont pas encore, à beaucoup près, terminées, bien que je compte déjà 112 revaccinations opérées depuis 10 jusqu'à 50 ans.

Les revaccinations ont donné lieu, chez un tiers environ, au développement de pustules vaccinales d'autant plus régulières que les sujets se trouvaient dans l'âge de 10 à 30 ans.

Quant à mes vaccinations sur de très-jeunes enfants, elles ne sont encore qu'au nombre de 84 pour l'année, et je ne sache pas qu'une seule ait manqué; la moyenne des belles pustules vaccinales, sur chaque sujet, étant de trois à cinq.

M. DENIS. La variole est toujours bien rare. J'en ai un cas à l'hôpital; aucun résultat avec vaccin de génisse envoyé de Paris.

M. MAUGERET (de Tours). J'ai inoculé, par précaution, votre vaccin de génisse en tubes, d'abord sur de jeunes enfants non vaccinés. Le résultat a été trois fois et complétement négatif. Maintenant, faut-il recommencer avec du vaccin plus sûr quand j'aurai pu m'en procurer.

La variole n'a régné dans aucun des pays à proximité de mes hommes, qui sont disséminés sur un immense parcours. Je n'en ai constaté aucun cas dans le service. Quelques-uns dans ma clientèle, encore très-bénins.

On n'a compté, à Tours, que 6 décès en quatre mois, et les cas y sont très-peu nombreux.

M. VILLENEUVE (de Lexos). En 1869, j'ai donné des soins à un seul individu atteint de variole. C'était un soldat en congé semestriel. Il avait 22 ans et avait été vacciné à l'âge de un an. Il a guéri.

Voici les résultats de mes vaccinations et revaccinations, opérées l'année dernière et cette année avec du vaccin jennérien pris sur le bras d'un enfant au neuvième jour.

1869. —	Vaccinations.....	183	succès	180
	Revaccinations...	17	—	3
1870. —	Vaccinations.....	101	succès	90
	Revaccinations...	99	—	43

M. RAIMBERT (de Châteaudun). J'ai vacciné 8 enfants avec un succès complet; éruption normale, vaccin humain.

Ces huit enfants m'ont servi à faire, de bras à bras, 39 revaccinations : succès, 32, dont 27 vaccinoïdes; insuccès, 7.

Dans trois circonstances, j'ai fait revacciner ou j'ai revacciné moi-même des personnes exposées à la contagion par leurs rapports

plus ou moins fréquents avec des malades atteints de variole depuis un à trois jours (1 à 3 jours d'éruption); aucune de ces personnes n'a été atteinte de la variole ni même de la varioloïde.

Depuis trois jours, j'ai donné des soins à 5 varioleux non revaccinés; sur ce nombre 3 ont eu des varioloïdes et 2 des varioles confluentes, 1 a guéri et 1 est en traitement; mais la période de dessication a commencé, et j'ai tout lieu d'espérer la guérison de ce malade.

M. CHARCELLAY (de Tours). A l'ouverture de nos vaccinations, qui, cette année, a eu lieu de bonne heure, en mars et avril, le vaccin en tubes, recueilli de juillet à octobre 1869, a moins fréquemment réussi que le vaccin frais, de bras ou de tubes. Cette différence est moins appréciable en été.

Généralement les vaccinations et revaccinations réussissent mieux par une température élevée. Il faut donc tenir chaudement les bras vaccinés.

Voici nos résultats de cette année (vaccin humain) : vaccinations, 36 : 31 succès; revaccinations, 60 : 19 succès.

A Tours, le vaccin de génisse a été essayé à diverses reprises par plusieurs médecins ; mais il a presque toujours échoué. Ce vaccin était envoyé de Paris. J'ai aussi reçu d'Orléans du cow-pox trouvé à Beaugency : insuccès.

6° J'ai moi-même, il y a deux, trois et quatre ans, recueilli du cow-pox naturel, du vaccin spontané de génisse dans trois circonstances différentes; je n'ai réussi qu'une seule fois sur une génisse; cependant les plus grandes précautions avaient été prises, et des inoculations multipliées avaient eu lieu aussi par l'intermédiaire de plusieurs collègues, sur des enfants.

7° Enfin, je réponds à votre dernière phrase relative à la variole après vaccination.

a. Je n'ai pas vu de malades appartenant à cette catégorie de faits.

b. J'ai vu des adultes, non vaccinés, atteints de varioles, qui généralement sont confluentes, graves et mortelles.

c. J'ai vu chez des adultes vaccinés des éruptions varioliformes; les plus confluentes même se sont caractérisées à la période de suppuration, qui a manqué; la dessiccation a eu lieu rapidement.

d. Tous les adultes compris dans ce paragraphe 7 avaient été vaccinés dans leur enfance avec du vaccin humain, dont ils portaient les traces.

M. DELPECH (de Villefranche). Nous n'avons eu que deux cas de variole à Villefranche, un passant qui s'est arrêté à l'Hôtel-Dieu, et la domestique de l'Hôtel-Dieu; cas suivis de guérison, il y a de cela environ trois mois.

J'ai vacciné environ 150 individus, dont 30 adultes.

Je n'ai employé que le vaccin jennérien de bras à bras, parce qu'il m'inspire plus de confiance, et que c'est plus commode pour nous, qui pratiquons la vaccine gratuitement.

Sur les 120 enfants vaccinés, tous ont donné des boutons d'une belle apparence et b en développés, sauf quelques piqûres qui n'ont pas réussi, soit que la lancette ne fût pas assez chargée ou que la piqûre ait donné un peu trop de sang.

Sur les 31 adultes revaccinés, trois seulement ont donné une éruption complète.

III. — *Vaccin humain. — Vaccin de génisse.*

M. VIALETTE (de Vic-sur-Cère). Jai vacciné et employé du vaccin de génisse que vous m'avez envoyé. J'ai pratiqué deux piqûres à chaque bras. Le mardi 12 avril, j'ai revu mes vaccinés, et une piqûre seule, chez C..., poseur, a donné lieu à une pustule qui s'est développée régulièrement. Chez les autres, je n'ai obtenu aucun résultat.

J'ai vacciné le même jour 5 avril, et avec le même vaccin, six enfants sur la ligne, compris entre l'âge de 6 mois à un an. J'ai pratiqué également deux piqûres à chaque bras, et j'ai constaté le huitième jour :

Chez trois de ces enfants, de belles pustules vaccinales à chaque bras, et chez les trois autres une seule a pu se développer, ce qui est d'ailleurs suffisant pour l'immunité.

M. VIALETTE (2e lettre). J'ai vacciné six enfants, compris entre 6 et 15 mois, avec le vaccin de génisse sur des plaques d'ivoire que vous avez eu l'obligeance de m'envoyer. J'ai pratiqué deux piqûres à chaque bras.

Cinq n'ont vu se développer qu'une seule pustule; le sixième en a présenté quatre.

Sur 24 inoculations, 9 succès.

Quelques jours après, j'ai vacciné six autres enfants avec du vaccin humain et de bras à bras. J'ai encore pratiqué deux piqûres à chaque bras et toutes ont réussi.

Sur 24 inoculations, 24 succès.

J'ai revacciné six adultes avec le vaccin de génisse, le même que précédemment. J'ai pratiqué deux piqûres à chaque bras, une seule a été suivie de résultat.

Sur 24 inoculations, 1 succcès,

J'ai revacciné six autres adultes avec du vaccin humain et de bras à bras. J'ai toujours pratiqué deux piqûres à chaque bras. Quatre ont eu un résultat. Trois pustules se sont développées sur un même sujet, et une quatrième sur un autre.

Sur 24 inoculations, 4 succès.

Les résultats que je vous transmets sont très-exacts; car j'avais sous ma main tous les sujets que j'ai vaccinés ou revaccinés.

Quant à la variole, elle règne peu dans notre département. Cette année, je n'en ai vu aucun cas dans ma clientèle.

M. BOUCHARD (de Saumur). Voici ce qui m'est propre :

Enfants vaccinés.........................	10
Adultes revaccinés........................	19
Succès enfants..........................	10
Succès adultes..........................	4

J'ai employé :

Vaccin humain, 18 cas.

Vaccin conservé dans des tubes venant de la préfecture d'Indre-et-Loire, reçu 4 jours après son départ de Tours, je ne sais à quelle époque il a été recueilli, ni quelle est sa provenance, employé dans un cas, un succès.

Vaccin conservé sur plaque, venant du bras d'un enfant, employé dans les 12 heures, un cas, une pustule.

Vaccin conservé sur plaque, venant de l'Académie de médecine de Paris, envoyé deux fois par M. le docteur Bricheteau et employé : la première fois, sur un enfant, sans succès ;

La deuxième fois, sur un enfant et une jeune fille déjà vaccinée, une seule pustule chez l'enfant ; rien chez la jeune fille, âgée de 9 ans.

Vaccin provenant de la génisse de l'Hôtel-Dieu envoyé dans un tube par M. Alling, interne à cet hôpital : employé 36 heures environ après son départ de Paris, dans quatre cas, chez quatre enfants non vaccinés, 4 insuccès.

Vaccin humain envoyé en tube par le docteur Mirault d'Angers : employé 18 heures environ après le départ d'Angers, trois cas adultes, 3 insuccès.

Vaccin de génissse envoyé par le même confrère, et employé dans les 24 heures : rois cas, un adulte et deux enfants, 3 insuccès.

Vous trouverez quelques vaccinations de plus que celles indiquées au total général. Cela tient à ce que plusieurs enfants et grandes personnes ont été revaccinés deux fois.

Pas un seul cas de variole à Saumur ou aux environs.

M. VALLOT (de Bonneval). Je ne puis donc vous dire qu'approximativement le résultat de mes opérations : 650 environs. Tous les enfants et les adultes vaccinés pour la première fois l'ont été avec succès. Sur les revaccinations, un tiers environ ont réussi à produire du vrai vaccin.

Je me suis toujours servi de vaccin jennérien pris originairement à Chartres. Celui qui m'avait été envoyé par l'Académie a complétement échoué.

Une seule fois j'ai opéré avec du vaccin mixte pris sur une génisse vaccinée par moi avec du vaccin jennérien. J'avais vacciné immédiatement, avec le virus pris sur plaque, deux personnes, dont une seule, la femme, l'a été avec un succès complet. Le mari revacciné plus tard avec du vaccin jennérien a eu du vrai vaccin

Quatre autres personnes (une famille) vaccinées le lendemain sur les mêmes plaques, l'ont été sans résultat. Revaccinées huit jours après avec du vaccin jennérien, il y a eu trois résultats nuls (la mère et ses deux filles) et un résultat très-complet sur le père, qui en a été très-malade, suivant son dire.

M. LALAGADE (d'Albi). Aux mois de février et mars, notre ville d'Albi et le département du Tarn étaient fort effrayés des épidémies de petite vérole sévissant dans un grand nombre de localités de France.

Plusieurs médecins, plusieurs sages-femmes et beaucoup de mères de familles insistaient auprès de moi pour que je leur donnasse du vaccin de génisse, tant à la mode à Paris, à Bordeaux, à Toulouse, etc.

Comme simple vaccinateur, avec mes profondes convictions, avec ma confiance absolue dans le vaccin jennérien, je n'aurais pas très-certainement eu la condescendance de me soumettre au désir de mes clients, par les motifs :

1° Qu'on ne doit pas abandonner une pratique de 30 ans, de laquelle on n'a qu'à se louer ;

2° Que j'avais renoncé, il y a une quinzaine d'années, aux vaccinations que j'avais pratiquées avec du vaccin de vaches laitières, que j'avais inoculées avec du vaccin d'enfant, et qui m'avaient rendu le vaccin tel que je le leur avait donné ;

3° Que je n'avais jamais pu obtenir un seul résultat affirmatif avec le vaccin de génisse, que j'avais reçu dans plusieurs circonstances de l'Académie.

Comme directeur de la vaccine pour le département du Tarn, j'ai dû subir les exigences de ma position, et j'ai dû employer le vaccin de génisse.

Pendant tout le mois de février et une partie du mois de mars, j'ai employé, inutilement, le cow-pox venu de l'Académie de médecine, sur plaques.

Le 14 mars, je me suis rendu à Toulouse, avec une génisse qui a été inoculée avec du cow-pox de provenance du cow-pox spontané, découvert à Beaugency.

Je n'ai qu'à me louer du gracieux accueil du docteur Audiguer et de M. Gratiolet, médecin-vétérinaire, qui ont mis le plus grand empressement à mettre à ma disposition une de leurs génisses vaccinifères.

J'ai pratiqué de nombreuses vaccinations et revaccinations, publiques et gratuites, dans une des salles de notre hôpital, en ville et dans mon domicile, avec du vaccin de génisse constamment en action, et toujours le quatrième jour de l'inoculation animale.

J'ai mis le plus grand soin à n'inoculer que la lymphe vaccinale, en évitant scrupuleusement la sérosité que l'on obtient inévitablement en pressant trop fort les bords de la pustule.

Le nombre de mes opérations vaccinales pour 1870 est environ de 1,200 avec le cow-pox, et de 400 avec le vaccin humain.

Pour le moment, je me contenterai de vous dire que, quant à l'action immédiate, bien entendu, des deux virus, je n'ai point noté de différences notables.

Ce qu'il y a de bien certain, c'est que cette année j'ai obtenu un bien plus grand nombre de résultats affirmatifs chez les revaccinés que les années précédentes.

Je me contenterai de vous analyser les résultats que j'ai obtenus au couvent de Notre-Dame, qui reçoit un grand nombre de pensionnaires :

Sur 205 revaccinées avec le vaccin de génisse, j'ai obtenu 142 résultats affirmatifs et 302 boutons;

Sur 27 revaccinées avec du vaccin jennérien, j'ai constaté 18 succès avec 36 boutons. Toutes les revaccinées n'ont reçu que quatre piqûres. La revaccination a été plus active chez les jeunes filles de 12 à 14 ans.

Autrefois, je n'obtenais que 22 résultats affirmatifs sur 100 revaccinés.

Mon opinion intime est, en dehors de toute préférence pour le vaccin jennérien, en dehors de toute prévention contre la vaccine animale, que l'influence variolique qui pèse, plus particulièrement, sur toute la France depuis les premiers mois de 1870, à agi sur la préservation vaccinale, et partant sur l'aptitude à la petite vérole. En d'autres termes, l'influence variolique a favorisé les nouvelles aptitudes vaccinales.

Par mes rapports hebdomadaires, vous savez que nous n'avons pas ici d'épidémie de petite vérole, et nous n'en aurons point, car la ville d'Albi est peut-être la ville la plus vaccinée et la plus revaccinée de France.

M. BONNET (de Poitiers). Point de variole en ville.

Trois individus en sont morts; mais l'ayant contractée à Bordeaux, Angoulême, ils sont venus mourir à Poitiers en convalescence, a-t-on dit. Je ne les ai pas vus.

S'il n'y a pas de variole à Poitiers, il y en a dans le département, à Montmorillon et ailleurs.

Fait curieux. La sœur d'un prêtre, vacciné autrefois, mort à 50 ans d'une variole gagnée à Angoulême, forcée de se faire revacciner à 69 ans, a vu six beaux boutons se développer. Religieuse, elle a été forcée par sa supérieure de subir cette petite opération.

Je commence par vous dire que je n'ai aucune confiance dans le vaccin de génisse. J'ai été trompé quatre fois; je n'y crois plus.

8 enfants vaccinés, pour la première fois, avec du vaccin de génisses : sans résultat.

19 adultes revaccinés avec le vaccin jennérien: deux succès.

Depuis quatre ans, le vaccin de l'Académie, sur plaques ou en tube, ne vaut plus rien : il faut recommencer bien des fois pour obtenir un malheureux bouton. Ce n'était point comme cela autrefois.

C'est à dégoûter un praticien de trente-neuf années de pratique, ancien vaccinateur officiel.

IV. — *Vaccin de génisse.*

M. POMAREL (de Brives). Il y a deux ans, un de mes amis me remettait deux tubes de cow-pox envoyés par M. Danet, médecin du ministère de l'intérieur. C'était pour vacciner l'enfant de mon ami. A cet effet, je vaccinai un veau de 3 mois, suivant la recommandation de M Danet. Le huitième jour, j'avais de très-jolies pustules qui me servirent à vacciner 25 enfants non vaccinés avec le plus grand succès, et trois adultes sans succès.

Cette année, vous avez eu la bonté de m'envoyer une plaque de cow-pox, dont je fis l'essai sur une génisse, dans ma propriété. Le sixième jour, j'eus de bonnes pustules, qui donnèrent de beau vaccin à plusieurs enfants. Avec le cow-pox transplanté successivement à quatre autres génisses, j'ai vacciné un grand nombre de personnes; mais il m'est impossible de préciser les résultats autres que les suivants :

1° 22 enfants non encore vaccinés l'ont été avec succès à la première fois;

2° 42 enfants déjà vaccinés, personnel de l'hospice de Brive, âgés de 4 à 8 ans. Insuccès général.

Résultat obtenu au collége de Brives :

Classe préparatoire.....	6 réussites	sur	15	enfants
— de 1re année....	8	—	19	—
— de huitième	5	—	13	—
— de septième....	7	—	18	—
— de sixième.....	8	—	13	élèves
— de cinquième...	9	—	12	—
— de quatrième...	8	—	15	—
— de troisième....	8	—	12	—
— de seconde.....	8	—	12	—
— de rhétorique...	7	—	8	—
— de philosophie..	15	—	16	—
	89		183	

Résultat général pour le collége : 62 p. 100.

Il est à remarquer que le nombre de réussites va en augmentant à mesure qu'on a affaire à des enfants plus âgés et que l'on s'éloigne de la première vaccine.

Je n'ai opéré qu'avec du vaccin de génisse au 6e, 7e et 8e jour. Succès constant sur les enfants; variable et quelquefois douteux sur les adultes. Repris sur les enfants et transmis à d'autres, il a fourni de belles et bonnes réussites.

V. — *Vaccin mixte.*

M. BRISSONNIÈRE (de Redon). J'ai fait jusqu'à présent 75 vaccinations et environ 50 revaccinatious.

Sur les 75 vaccinations, je ne puis dire le nombre des succès, parce qu'il y eu beaucoup d'enfants de la campagne que je n'ai pas revus, et aussi 32 vaccinations faites il y a deux ou trois jours. Mais pour tous les enfants que j'ai pu voir il y a succès.

Pour les revaccinations, j'ai pu mieux suivre les sujets, car la plupart sont des employés (environ 40), et tous sont de la ville; j'ai eu à peu près deux tiers de succès.

J'ai employé pour commencer du vaccin recueilli sur une génisse, et que mon confrère Gascon, le vétérinaire et moi nous avons reporté sur d'autres génisses, sur lesquelles j'ai pris le vaccin qui a été inoculé le lendemain sur des enfants. Depuis, j'ai pris le vaccin sur des enfants. J'ai remarqué : 1° que le vaccin reporté de la génisse sur un enfant prenait lentement, et que beaucoup de pustules manquaient, et que les pustules étaient peu volumineuses; quelque chose d'intermédiaire entre le volume de la pustule du cow-pox et la pustule du vaccin, fournissant peu de liquide; 2° que le vaccin pris sur un enfant vacciné avec le cow-pox (deuxième génération sur l'homme) produisait des pustules énormes, d'un développement rapide; lesquelles pustules fournissaient une grande quantité de liquide. Aux générations suivantes sur l'homme, les pustules sortent volumineuses et d'un développement rapide.

J'en conclus que pour les vaccinations, et surtout pour les revaccinations, il est préférable de se servir du vaccin à la deuxième génération sur l'homme; je suis convaincu que pour les revaccinations j'aurais échoué avec le cow-pox, et que j'aurais échoué également avec le vieux vaccin que j'employais les autres années.

Nous sommes en train, mon confrère Gascon, le vétérinaire et moi, de faire des expériences de transport du vaccin d'une espèce animale à l'autre, et nous avons du vaccin de génisse, de cheval, de

porc et du vaccin humain; mais il est très-difficile de transporter tout autre sur l'homme que le cow-pox et le vaccin humain; on s'y refuse complétement.

Nous n'avons pas ici de variole; j'ai vu seulement il y a dix jours un cas de varioloïde, et avant-hier un cas de variole venant d'Hennebont. Je crois que mes confrères n'ont vu aucun cas. Du reste, l'épidémie nous a visités en ne faisant que nous toucher, il y a quatre ou cinq ans.

VI. — *Vaccin jennérien.*

M. MIQUEL (de Cransac). Depuis le 28 avril que j'ai commencé, jusqu'à ce jour, j'ai vacciné 327 enfants. J'ai donné à chacun quatre boutons. J'ai été forcé d'en revacciner 31, aucun résultat n'ayant été obtenu. Sur les 296 restant, 60 n'ont eu que deux boutons, et 17 un bouton seulement. Le résultat a été complet pour 219.

Le vaccin de génisse que vous m'aviez envoyé n'a rien valu. Je me suis adressé à la préfecture qui m'en a envoyé sur des plaques de verre. Quel jour a-t-il été recueilli? Je l'ignore; ce que je sais, c'est que c'était du vaccin jennérien.

Du reste, je n'ai pas eu à voir un seul cas de variole. Je n'ai pas même su qu'elle eut fait son apparition dans nos contrées. Mes collègues des environs, à qui j'en ai fait part, sont dans le même cas que moi.

Je dois ajouter que l'état sanitaire de notre pays est excellent. Il y a eu quelques cas de rougeole fort bénigne. J'ai vu trois cas de varioloïde.

M. GIDOULON (de Libos). Je me suis servi du vaccin humain ou jennérien, j'ai pratiqué la vaccination de bras à bras, excepté dans quatre cas.

Voici, dans un tableau synoptique, la solution des diverses questions que vous me posez :

1° Nombre des enfants vaccinés : 150.
2° Nombre des adultes revaccinés : 45.
3° Succès dans la vaccination : 148.
4° Succès dans la revaccination : 21.
5° Vaccin jennérien inoculé de bras à bras.
6° Je n'ai pas eu un seul cas de variole à traiter, ni dans le personnel de la compagnie, ni dans ma clientèle privée.

Du tableau qui précède, il résulte que les vaccinations ont été suivies de succès dans tous les cas, sauf deux, dont un revacciné à trois reprises et de bras à bras, s'est toujours montré réfractaire. Les revaccinations ont réussi aussi cette année dans presque la moitié des cas, ce qui n'est pas ordinaire.

Je dois faire observer que depuis quelque temps le vaccin conservé sur plaques, quelqu'en soit la provenance, perd très-rapidement ses propriétés virulentes. Autrefois je pouvais conserver sur plaque de verre du vaccin pendant un et deux mois; mais depuis deux ou trois ans, je suis obligé d'en redemander quelquefois deux ou trois fois avant de pouvoir faire un vaccinifère. C'est ce qui m'est encore arrivé cette année, malgré la réceptivité exceptionnelle que j'ai remarquée et chez les vaccinés et chez les revaccinés.

M. MAURY (de Floirac). Vaccinations avec du vaccin de génisse fourni par un enfant que j'avais fait vacciner par M. Pomarel, à Brives.

Revaccinations, 43 : insuccès, 19; succès, 24.

Vaccinations, 14 : insuccès, 2; succès, 12.

Dans ce nombre, n'est comprise qu'une aide-garde; les autres sont les enfants des employés.

M. LIZÉ (du Mans). Dans ma circonscription, aucun cas de variole.

Le nombre des enfants vaccinés par moi jusqu'à ce jour depuis le 2 juin a été de 35; j'ai pu constater 29 succès; les autres ne sont pas revenus à ma consultation.

Le nombre des adultes vaccinés a été de 21; j'ai pu constater 9 succès sur ce nombre; 3 cas de fausse vaccine.

J'ai constamment vacciné avec du vaccin humain et de bras à bras.

M. HOUDET (de Chollet). J'ai vacciné jusqu'à ce moment, à partir du mois de mai, 14 enfants âgés moins de 1 an; revacciné 15 personnes adultes avec du vaccin humain pris à Angers et envoyé sur verre.

Chez tous les enfants non vaccinés avant, l'opération a fourni les résultats ordinaires : un beau vaccin Sur les quinze personnes revaccinées, il n'y a eu qu'un seul succès.

Je n'ai aucun cas de variole à vous signaler.

M. RHODES (de Murat). 1° J'ai vacciné, cette année, 53 enfants. J'ai employé le vaccin humain, de bras à bras. Succès dans tous les cas.

2° J'ai revacciné de la même manière 11 adultes : 2 succès, 9 insuccès. Tous avaient déjà été vaccinés.

3° Je n'ai observé qu'un seul cas de variole confluente. L'individu n'avait pas été vacciné; il est guéri.

M. MONCELON (de Villefranche). Nous n'avons actuellement aucun cas de petite vérole. Jusque-là il n'y en a pas eu, il est probable que nous n'en verrons pas.

J'ai pratiqué 99 vaccinations, 30 revaccinations. Dans la première catégorie je n'ai connaissance que de deux insuccès. Dans la seconde pas un seul succès.

Je n'emploie que le vaccin humain.

M. CAREL (de Napoléonville). La variole nous a épargnés. Il est vrai qu'en ville on vaccine tous les ans, et il est bien peu d'enfants qui échappent à cette pratique.

N'ayant pas réussi avec le vaccin en tubes de génisse, je n'ai plus employé que le vaccin de bras à bras qui a réussi toujours sur les jeunes enfants, puisque parmi quatre enfants vaccinés appartenant à des agents de la compagnie il y a eu succès complet. Il en est ainsi dans la grande généralité.

C'est toujours le vaccin humain qui a été employé, il a toujours réussi sur les enfants en bas âge. Quant aux revaccinations d'adultes, elles réussissaient d'autant mieux que les individus étaient plus avancés dans la vie; ainsi, à partir de 50 ans, presque toujours j'ai constaté de très-beaux vaccins, et encore mieux sur des sujets de plus de soixante ans.

M. MÉCHINAUD (de Clisson). En réponse à la demande contenue dans votre circulaire n° 19, en date du 25 présent mois, je vous adresse les renseignements ci-après relatifs aux vaccinations et aux revaccinations que j'ai pratiquées depuis deux mois avec du vaccin jennérien employé frais :

1° Nombre des enfants vaccinés : *a*, dans le personnel des employés de ma circonscription, 10; *b*, dans ma clientèle privée, 40; total, 50.

Tous avec succès, sauf un seul. Vaccin régulier.

2° Nombre des adultes revaccinés : *a*, dans le personnel de ma circonscription, 59; *b*, dans ma clientèle privée, 30; total, 89.

3° Nombre des succès dans chaque catégorie : enfants vaccinés : succès, 49, insuccès, 1; adultes revaccinés : succès, 61, insuccès, 28.

Quand à la variole, je n'en ai eu à soigner jusqu'à présent absolument aucun cas, et je ne sache pas, après renseignements pris, qu'il s'en soit présenté un seul dans un rayon de douze kilomètres autour de ma résidence.

(A suivre.)

HOTEL-DIEU DE NANTES. — M. LETENNEUR.

Deux fractures non consolidées de la cuisse traitées par la résection et la suture des os (1).

Ma première observation présente deux points à noter :

1° D'après le conseil donné par M. Bérenger-Féraud, j'ai essayé de faire une section oblique, afin d'affronter les fragments dans une plus grande surface. Je me suis convaincu de la difficulté de faire manœuvrer la scie à chaîne de manière à obtenir une obliquité notable, et je suis arrivé à une coaptation qui laissait à désirer, bien que suffisante pour la formation du cal.

En faisant la section oblique des fragments, on est donc exposé à obtenir des surfaces qui ne se correspondent pas exactement; mais cette manière d'agir a un autre inconvénient, car elle ne donne pas une solidité de grande durée : au bout de très-peu de temps, l'anse métallique se relâche, parce que le tissu osseux cède peu à peu sous la pression qu'il subit; rien ne s'oppose alors à l'action musculaire, les surfaces glissent l'une sur l'autre et le membre se raccourcit.

C'est pourquoi, dans une seconde opération de résection du fémur, de même que dans une résection du tibia, j'ai fait sans hésiter la section transversale. Les fragments fixés l'un sur l'autre s'affrontent facilement, se maintiennent par l'action musculaire, et sont déjà assujettis par les parties molles voisines lorsque l'anse métallique commence à devenir trop lâche.

2° Pour perforer les fragments, je me suis servi d'un drille. C'était au mois d'avril 1864. J'ignorais alors que cet instrument eût été employé par d'autres chirurgiens, et bien que je crusse être le premier à m'en être servi, je n'attachai aucune importance à cette priorité, persuadé que la même idée devait venir à d'autres qu'à moi. Je ne fus donc point étonné l'année suivante, lorsque je lus dans la *Gazette des Hôpitaux* l'article publié par le docteur Fauvel (du Havre), et je crois qu'aujourd'hui le drille est adopté par tous les chirurgiens (2).

1° Ma seconde observation, qui peut compter comme un très-beau succès, offre à noter un détail assez important dans le manuel opératoire, je veux parler de l'emploi d'une canule de troquart explorateur comme moyen de conduire le fil métallique de dedans en dehors.

Lorsqu'on veut faire passer le fil du canal médullaire vers l'extérieur de l'os, on se perd facilement dans le tissu spongieux, à moins qu'on n'ait fait de larges ouvertures. Or, il est de règle de ne créer à travers les os qu'un trajet que le fil puisse remplir exactement; c'est une condition importante de solidité.

En amincissant l'extrémité du fil, on peut introduire cette extrémité dans la canule et diriger facilement le fil, bien qu'il soit aussi gros que la canule elle-même. Les fils métalliques doivent être forts pour maintenir solidement les fragments; ceux qui sont assez minces pour passer dans les aiguilles tubulées n'offriraient pas de garanties suffisantes pour le maintien des os.

Le moyen que j'ai employé mérite donc d'être indiqué, puisqu'il permet de diriger de gros fils métalliques lorsqu'on ne peut les faire passer sans conducteur.

2° Chez mon second malade, le fil est tombé sans entraîner les portions d'os contenues dans l'anse métallique; le tissu osseux s'est détruit peu à peu devant le fil, et la réparation s'est faite à mesure par derrière. Le fil a donc été éliminé par une action vitale.

Les choses se sont passées de la même manière chez un malade auquel j'ai fait la suture des fragments pour une fracture de la mâchoire inférieure.

Ces deux faits sont la confirmation des idées énoncées par M. Bérenger-Féraud (page 357). Dans les cas de fracture du tibia qui ont nécessité la suture osseuse, j'ai agi sur des os dénudés et destinés à être éliminés; dans ces conditions, l'anse métallique ne s'est pas relâchée, et l'os n'a pas subi d'usure notable au contact de cette mise.

Mes deux malades m'ont servi à étudier un point de physiologie controversée.

Quelle est l'influence de l'artère nourricière de l'os sur le travail qui s'opère dans les fragments?

Sur mes deux malades, le bout supérieur présentait un travail d'organisation bien plus avancé, bien plus riche que le fragment inférieur. Le fragment supérieur ressemblait aux extrémités osseuses dans les amputations anciennes, tandis que le fragment inférieur ne présentait qu'une couche peu épaisse de tissu de nouvelle formation oblitérant le canal médullaire. Cette différence entre les fragments était surtout remarquable chez mon premier malade; l'un représentait à son extrémité une masse arrondie, compacte ou du moins formée de tissu spongieux très-dense; l'autre avait conservé des dentelures, comme on l'observe dans les fractures récentes, et le canal médullaire était à peine recouvert d'une couche osseuse nouvelle.

En examinant sur des pièces sèches d'anciennes fractures du fémur consolidées vicieusement, j'ai trouvé également le plus souvent un travail d'organisation plus avancé sur le fragment supérieur que sur l'inférieur.

J'ai recherché alors à quelle hauteur l'artère nourricière pénètre dans le fémur, et j'ai trouvé que presque toujours c'est dans le tiers supérieur de l'os, ou tout au plus à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen.

L'artère nourricière appartient donc en général au fragment supérieur, et il est tout naturel d'attribuer à sa présence ou à son absence la différence qu'on remarque dans le mode de cicatrisation des deux fragments.

Ce qui précède vient à l'appui des idées de Curling, qui affirme que le fragment qui ne porte pas l'artère nourricière s'atrophie au bout de peu de temps. C'est la confirmation de l'opinion de Gueretin, qui elle-même n'est que le corrollaire de la loi d'A. Bérard sur la soudure des épiphyses.

Les faits et la théorie sont donc ici en concordance parfaite, et je me serais abstenu d'en faire la remarque si Follin n'avait exprimé une opinion opposée.

Pour Follin, en effet, *l'importance qu'exerce la position de l'artère nourricière sur la réparation a été exagérée.*

Il parle des opinions de Curling comme d'*hypothèses que les faits n'ont pas confirmées.* Puis il ajoute : *on sait que les artères dites nourricières destinées spécialement au tissu médullaire des os, ne concourent à la nutrition de l'os que d'une manière secondaire; le rôle principal appartient aux vaisseaux du périoste et des tissus qui enveloppent les épiphyses. Ces vaisseaux sont extrêmement nombreux sur toute l'étendue de l'os, et le niveau de la fracture n'influe aucunement sur l'accomplissement de leur fonction.*

A côté de cette affirmation d'un auteur aussi exact et aussi prudent que Follin, il était nécessaire de faire parler les faits et de montrer que c'est à tort qu'il a combattu les idées de Curling et de Gueretin.

(1) Fin. — Voir les numéros des 19 et 21 juillet 1870.

(2) J'écris *drill*, contrairement à M. Béranger-Féraud, qui écrit *drill*. Voici ma justification :

Je lis dans le dictionnaire de Napoléon Landais : *drill*, instrument pour seme; et plus bas : *Drille*, instrument qui porte un foret et dont se servent les horlogers.

EMPLOI DU CHLORAL,

DANS LE TRAITEMENT DES ALGIES DE NATURE VÉNÉRIENNE (1)

Par CHARLES MAURIAC,
Médecin de l'hôpital du Midi.

IV

M. A... (Théodore), âgé de 22 ans, garçon nourrisseur, entré le 4 mai 1870 dans mon service à l'hôpital du Midi, salle 8, n° 27, avait contracté dans les premiers jours d'avril une blennorrhagie qui se compliqua, au quinzième jour, d'une orchite du côté droit, peu douloureuse et rapidement guérie. Huit jours après la première orchite, début brusque d'une orchite gauche à caractère inflammatoire beaucoup plus prononcée que dans la première. Vers le quatrième ou le cinquième jour de son apparition cette orchite se compliqua de douleurs excessivement vives, occupant le nerf sciatique dans toute son étendue, revenant à des intervalles irréguliers et présentant pendant la nuit une exacerbation très-violente. Il en résultait une insomnie presque complète. Il y avait quatre jours que cet état existait et allait en empirant, lorsque je fis administrer au malade, le 16 mai au soir, *quatre* grammes d'hydrate de chloral dissous dans un julep. Entre autres symptômes, il y avait de l'anémie, de la claudication, des sueurs nocturnes profuses causées par la violence des douleurs, et de la diarrhée depuis huit ou dix jours, consécutive à une seule purgation.

Presque immédiatement après l'administration du chloral, qui fut pris le soir, vers sept heures, en une demie-heure de temps, à des intervalles très-rapprochés, le malade s'endormit d'un sommeil calme et non interrompu, qui dura jusqu'à cinq heures du matin. Le lendemain au réveil, les douleurs étaient moins violentes que les nuits précédentes. La tête était parfaitement libre et l'estomac avait très-bien toléré le médicament. La diarrhée continuait.

Les 17, 18 et 19, même dose de chloral, à la même heure. Sommeil profond sans aucun trouble physiologique. Diminution progressive des douleurs sciatiques. Le 20, elles cessèrent presque complétement. Néanmoins le chloral fut continué jusqu'au 22, et il ne manqua jamais de faire naître, presque aussitôt après avoir été pris, un sommeil paisible, non troublé par des rêves, qui durait en moyenne neuf à dix heures. A son réveil, le malade était gai, dispos, sans aucun embarras à la tête. Dans les derniers jours, il éprouvait immédiatement après la première dose de chloral, une sorte d'énervement et de faiblesse dans les deux bras. Aucun accident du côté du tube digestif. La diarrhée n'a été ni augmentée ni diminuée par le chloral.

Chez ce malade, l'action du chloral a été aussi satisfaisante que possible. Le sommeil artificiel ne différait en rien du sommeil le plus physiologique. Il n'existait au réveil aucun de ces malaises cérébraux qui sont si communs à la suite de l'administration

(1) Suite. — Voir le numéro du 12, 14 et 16 juillet 1870.

des narcotiques, tels que lourdeur de tête, hébétude, obtusion des sens, sensations vertigineuses, torpeur intellectuelle, embarras de la parole, etc., etc. Enfin l'estomac a toléré d'une façon parfaite la dose assez forte de *quatre* grammes de chloral.

V

On peut administrer le chloral pendant plusieurs jours consécutifs, sans qu'il en résulte aucun inconvénient sérieux pour la santé générale et pour les fonctions digestives. Les effets qu'il produit sur le système nerveux ne *s'accumulent* pas; ils sont très-fugaces et sans longue portée.

M... (Édouard), chapelier, âgé de 27 ans, entré dans mon service, à l'hôpital du Midi, le 11 avril, salle 8, n° 14, avait eu commerce, après quinze jours de continence, le mardi gras, avec une ouvrière rencontrée au bal Molière. Un mois après, sans avoir vu d'autre femme : démangeaisons sur le prépuce, puis, au bout d'un jour, gonflement considérable de toute la verge.

Le 10 avril (41e jour à partir de la contamination, 10e jour du chancre), apparition de taches de roséole.

Le 28 avril (59e jour de la contamination, 28e jour du chancre), l'accident primitif n'avait subi aucune diminution; verge triplée de volume par le sclérème du fourreau. Prépuce épais de plusieurs centimètres et dur comme du bois, balano-posthite purulente, adénopathie inguinale double, syphilide papuleuse confluente sur le tronc. A cette époque, le malade était pris depuis quatre ou cinq jours d'une douleur presque subite et très-violente dans les deux régions temporales. Cette douleur, constrictive et lancinante, irradiait des deux côtés vers le sommet de la tête. Elle atteignait son maximum d'intensité vers dix heures du soir. Insomnie complète jusqu'à minuit, sans fièvre ni sueurs. Cette douleur disparaissait complétement dans la matinée et dans la journée.

Vers les premiers jours de mai, après avoir constaté que cette douleur n'avait aucune tendance à céder spontanément, qu'elle augmentait au lieu de diminuer, et que le traitement hydrargyrique n'agissait pas sensiblement sur elle, j'administrai au malade un julep contenant *quatre grammes* d'hydrate de chloral, qui fut pris le soir, vers sept heures, dans l'intervalle de trois quarts d'heure en plusieurs fois. Pendant huit jours consécutifs, le malade prit à la même heure et de la même façon un julep contenant *quatre* grammes d'hydrate de chloral. Voici les effets que produisit le médicament. Presque immédiatement après son ingestion le sommeil arrivait, sans être précédé de sensations vertigineuses bien appréciables, ni d'aucun trouble des sens. Ce sommeil se prolongeait jusqu'au matin; il était lourd, sans rêves, accompagné d'une sensation de fatigue quand le malade se levait pour uriner. Le lendemain, au réveil, la tête restait lourde pendant quelques heures, et il n'était pas rare qu'il y eût un peu de somnolence dans la journée. Aucun trouble du côté du tube digestif.

Pendant tout le temps que le remède fut administré, la crise douloureuse ne fut pas perçue par le malade, et si elle se produisit, elle ne fut pas assez forte pour dominer le sommeil. Elle n'est pas revenue après la cessation du chloral. Le 17 mai (78e jour de la contamination, 47e du chancre), le sclérème de la verge était toujours très-étendu et très-dur, diminution dans les phénomènes de la balano-posthite. Roséole en voie de guérison. Plus de céphalée. *Exeat.*

Si j'avais donné de l'iodure de potassium dès le début de cette algie bitemporale, dont la nature syphilitique me parut hors de toute contestation elle aurait probablement diminué peu à peu. Je l'ai laissée suivre son cours naturel afin d'être bien sûr que si elle cédait à l'action du chloral, c'est à ce dernier remède qu'il faudrait attribuer tout l'honneur de la guérison. Néanmoins, je n'ai pas voulu suspendre le traitement hydrargyrique. Son action quoique bien loin d'être aussi décisive que celle de l'iodure de potassium contre les algies syphilitiques, doit entrer cependant en ligne de compte. Elle est indirecte, je le répète; elle n'atteint les manifestations douloureuses de la maladie constitutionnelle, qu'en ramenant peu à peu à ses conditions normales la plasticité organique plus ou moins profondément viciée par le virus. Le chloral, autant que j'en puis juger par mon expérience personnelle, agit immédiatement, mais pour un temps très-court. Son influence est éphémère. Pour obtenir une édation continue, il faut l'administrer fréquemment. Or, pendant qu'il agit par ses doses répétées contre l'élément douleur, la médication spécifique fait son œuvre de réparation; si bien qu'au bout de quelques jours on peut cesser la médecine du symptôme douleur, parce que ce symptôme n'a plus sa raison d'être dans l'état constitutionnel amélioré ou guéri. (*A suivre.*)

Le concours ouvert par la Société de médecine de Gand sur les *causes de l'augmentation toujours croissante de la population des asiles d'aliénés et les moyens d'y remédier*, vient de se terminer dans la séance du 5 courant. Cette savante compagnie a décerné le premier prix (médaille d'or) à M. le docteur E. Dufour, de Grenoble, médecin adjoint de l'asile public d'Armentières. M. Dufour a, de plus, été nommé membre correspondant. On a décidé, en outre, que son mémoire, imprimé aux frais de la Société, serait publié et conservé dans ses annales, et que 50 exemplaires seraient mis à la disposition de l'auteur.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois.. 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOCIÉTÉS SAVANTES ET HOPITAUX

En ce moment, ceux qui le peuvent vont à la frontière, et les autres y ont leur pensée.

Aussi les faits de médecine n'ont-ils plus ce grand intérêt qu'ils auraient dans un autre temps.

C'est à peine si l'on se préoccupe du chiffre de la mortalité par la petite vérole ; et une maladie nouvelle qui se produirait à Paris pourrait passer presque inaperçue.

Tel est du reste, parfois, le cas même en dehors de toute guerre. On n'observe bien que ce qui est classé. Et c'est pourquoi il est toujours utile d'appeler fortement l'attention sur les maladies récemment décrites.

Dans une des anciennes séances de la Société médico-chirurgicale d'Édimbourg, M. Claude-Muirhead vient de faire avec soin l'histoire d'une maladie épidémique qu'il a observée cette année dans les hôpitaux de cette ville : *la fièvre à rechutes*, (*relapsing fever*); et cette histoire nous a rappelé les traits principaux d'une observation qui nous avait beaucoup étonné.

On avait d'abord cru que la *fièvre à rechutes* appartenait à la famille des fièvres de famine, de ces *typhus par starvation* qui furent si communs en Irlande. Mais, sur plus de 60 malades qu'a observés M. Muirhead, pas un n'avait souffert de la faim. Le plus grand nombre étaient des ouvriers qui gagnaient 3 fr. 50 à 7 fr. 50 par jour de travail. Ils n'avaient pas manqué d'ouvrage, mangeaient habituellement de la viande à leurs repas, ils paraissaient gras et bien nourris.

Cette première cause écartée, M. Muirhead a dû en chercher d'autres. Il a signalé la contagion et peut-être l'encombrement, le manque d'air.

Plusieurs de ses malades habitaient d'étroits réduits où ils vivaient entassés avec leurs familles. Et c'est également dans une petite chambre de la rue Saint-Jacques que se déclara cette affection si analogue à la *fièvre à rechutes*.

Ordinairement *la fièvre à rechutes* débute d'une manière subite : par un violent frisson, ou par un vomissement, ou par un grand mal de tête ; souvent le frisson est peu de chose ; bientôt après le malade éprouve une chaleur intense, et le thermomètre placé sur la peau accuse, en effet, une élévation de température de plusieurs degrés (de 4 degrés centigrades dans certains cas). Simultanément, le pouls s'accélère jusqu'à 110 pulsations et plus ; le malade devient anxieux, extrêmement agité, souffre des membres ; la soif est vive ; les urines abondantes, la langue blanche, la face jaunâtre ou comme bronzée. Presque toujours il y a des vomissements répétés de matières bilieuses ; parfois du délire. D'autres fois, dès le début, le malade est prostré complétement, sans connaissance, comme dans les dernières périodes de certaines fièvres typhoïdes.

Le premier accès dure en général 5 à 7 jours, et pendant ce temps la température reste à peu de chose près aussi élevée, ainsi que le pouls. Puis avoir monté encore de quelques dixièmes de degrés, elle s'abaisse subitement, souvent au-dessous de la normale, en même temps que se produisent des sueurs abondantes.

Dès lors le malade semble guéri, plus de fièvre, de vomissements, ni de mal de tête, l'appétit reparaît très-vif ; la constipation opiniâtre pendant le paroxisme fait ordinairement place à une légère diarrhée. La rémission se prolonge jusqu'au douzième ou quatorzième jour.

Puis survient un second accès à peu près semblable au premier, sauf qu'il dure seulement trois ou quatre jours. Il débute de même par un frisson et se termine par des sueurs profuses. La température s'élève aussi haut ou même plus haut que la première fois : les vomissements, le mal de tête, la soif, l'abondance des urines, tout se reproduit pour cesser encore subitement.

Il n'est pas très-rare qu'après une nouvelle semaine de rémission, on observe un troisième accès qui, cette fois, finit en vingt-quatre, ou tout au plus quarante-huit heures.

Telle est cette étrange maladie qu'on appelle *fièvre à rechutes*. Chacun de ses accès commence et se termine comme un accès de fièvre intermittente, et pendant leur durée, on a trouvé la rate notablement augmentée de volume ; mais la période de chaleur se prolonge jusqu'à une semaine entière, et le quinquina n'a pas d'action thérapeutique ou prophylactique.

D'ailleurs, il ne peut pas être question de miasmes paludéens, si, comme le pense M. Muirhaed, il s'agit d'une maladie qui non-seulement est épidémique, mais se propage par contagion.

Dr VICTOR REVILLOUT.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. DEMARQUAY

Liomyomes multiples de l'utérus. — Résorption putride. Mort.

(Observation recueillie par M. GESCHWENDER, interne du service.)

Quoique les liomyomes de l'utérus (*fibromes utérins*) soient assez fréquents, leur texture véritable est restée longtemps ignorée, et ils ont été unanimement confondus avec les tumeurs fibreuses, fibroïdes ou fibro-cartilagineuses. Ce n'est que depuis une vingtaine d'années environ que les études de Bidder et Walter de Vogel, Lebert, puis celles de Virchow, Zenker et Broca ont enfin démontré que ces prétendues tumeurs fibreuses étaient presque exclusivement formées de fibres musculaires lisses disposées par faisceaux entrecroisés ou réunies en séries, concentriques, et que le tissu conjonctif était rare et souvent presque absent.

Ces tumeurs à fibres lisses ou *liomyomes* ont été rencontrées depuis dans la plupart des organes (et sans quitter les organes génitaux, M. Demarquay en a trouvé un dans l'épaisseur des parois vaginales), mais leur siége de prédilection est dans l'utérus, et c'est là surtout qu'on a étudié leur genèse et leur marche. Leurs caractères généraux étant bien connus, je me contenterai d'insister brièvement sur les transformations que ces tumeurs subissent à un moment donné de leur évolution. A cet égard, l'observation suivante présente un grand intérêt.

Les liomyomes utérins peuvent en réalité s'accroître indéfiniment. Cependant on les voit assez souvent s'atrophier après la ménopause, et ce processus se fait soit par une atrophie sénile progressive, soit par une transformation fibreuse changeant la tumeur en une masse dure, sèche, comme fibro-cartilagineuse. Cette modification dans la texture de ces tumeurs s'accompagne d'un retrait de la masse morbide et caractérise leur évolution rétrograde chez un grand nombre de malades à partir de la cinquantième année.

Ailleurs, ce processus atrophique est dû à l'infiltration de la masse par des amas de granulations calcaires qui viennent se déposer, soit dans le tissu conjonctif, soit le long des fibres lisses.

Souvent ces tumeurs subissent des modifications différentes, ainsi qu'on le voit dans l'observation ci-jointe : elles se ramollissent à partir de leur centre, se liquéfient pour ainsi dire et donnent au toucher la sensation d'une coque remplie d'une bouillie semi-liquide fluctuante. Ce ramollissement est dû à un travail de régression graisseuse suivi de résorption, et ne se voit guère que dans les tumeurs de très-petit volume. Notre observation nous en offre des exemples répétés.

Quelquefois enfin, des liomyomes plus volumineux peuvent s'enflammer, se ramollir, suppurer, se gangréner et se détacher morceau par morceau. Ce processus particulier se voit surtout sur des tumeurs plus grosses et plus anciennes, n'adhérant plus au tissu voisin que par des pédicules longs et minces. Dans ce cas, la masse ne reçoit plus ses éléments de nutrition que par les rares vaisseaux qui sillonnent le pédicule. Ces éléments étant insuffisants et d'ailleurs inégalement répartis, la nutrition est incomplète, et si l'on ajoute que la tumeur pédiculisée est comprimée souvent par les liomyomes et les tissus avoisinants, l'on comprendra aisément comment des portions de la masse comprimées et privées de nourriture soient frappées de mort, et que la gangrène les détache fragment par fragment. Or, ce travail de suppuration et surtout de gangrène ne se fait pas sans aggraver l'état d'une santé délabrée. Pour peu que les détritus sanieux et les produits de la putréfaction aient quelque peine à s'écouler, et qu'ils continuent à baigner et à imbiber la masse morbide, la résorption putride est un danger à redouter, et, en effet, dans l'espèce, nous voyons la malade décliner rapidement à partir du début de la fonte purulente de la tumeur pédiculée, la fièvre s'allume et se maintient, se compliquant de redoublements fébriles vers le soir, de frissons répétés, et la mort survient au bout de quelques jours. L'autopsie confirme le diagnostic de résorption putride, et nous montre de nombreux petits foyers purulents dans les poumons et dans le foie.

Voici d'ailleurs l'observation :

Mme D..., âgée de 60 ans, entre le 30 janvier 1870, dans le service du docteur Demarquay, pour un fibrome utérin, diagnostic porté par M. Richet quelques jours auparavant.

Voici les antécédents :

Réglée à 17 ans, la menstruation a toujours été régulière.

Mariée à 24 ans, n'a eu ni enfants, ni fausses couches.

Cependant, depuis son mariage, la durée de l'écoulement menstruel a augmenté de quatre à cinq jours à chaque époque.

Constitution faible, tempérament lymphatique, symptôme de chloro-anémie depuis son mariage.

Il y a cinq ans seulement qu'elle a commencé à ressentir de la pesanteur dans le bas-ventre et des douleurs dans la région lombo-sacrée, accentuées et persistantes. A cette époque, elle n'avait ni pertes de sang, ni augmentation du volume du ventre.

Il y a cinq mois qu'elle a aperçu son ventre grossir; elle s'en est d'ailleurs fort peu préoccupée. Mme D... ne perd du sang que depuis seize à dix-sept mois.

Au début, le sang sortait par caillots et en grande abondance. Ces pertes durèrent deux mois et diminuèrent ensuite d'intensité, grâce au traitement appliqué.

Depuis treize ou quatorze mois, la malade reperd du sang, et ces pertes, constantes, mais modérées, ont persisté jusqu'à ce jour, augmentant quand elle était debout ou qu'elle marchait.

Il y a trois mois, la malade éprouva une légère exaspération des douleurs lombo-sacrées, qui fut suivie de l'expulsion d'un fragment de tumeur, qui, examiné au microscope, montra la texture d'un liomyome. Puis, tout revint à l'état habituel.

Quinze jours après, un nouveau fragment se détacha, mollasse, anfractueux, de la grosseur d'une noix, et son issue fut accompagnée d'une perte de sang assez forte.

Depuis cette époque, la malade est restée couchée, et voici son état le 1er février.

Teint pâle, jaunâtre; figure triste, abattue. Rien du côté du cœur ni des poumons. Le ventre proéminent, ressemble à celui d'une femme enceinte de quatre mois. Le palper permet de circonscrire une tumeur dure, à surface arrondie, vaguement bosselée; située sur la ligne médiane, et dont le sommet arrondi s'élève à quatre travers de doigt au-dessus du pubis.

Les parois abdominales étant minces et relâchées, offrent peu de résistance à la tumeur qui bombe en avant et au doigt qui suit facilement le contour des parois latérales de son extrémité supérieure.

Le diamètre transversal de cette tumeur est d'environ 10 à 12 centimètres.

La pression, à son niveau, n'est point douloureuse. La percussion y donne un son mat.

Par le toucher vaginal, on obtient le résultat suivant : col élevé; ses lèvres amincies; le pourtour lisse sans induration ni ramollissement partiel. Le col est effacé en partie et dilaté au point d'admettre deux doigts environ.

A travers le col, entrebaissé, proémine une sorte de polype fongueux, mollasse, fuyant devant le doigt qui le refoule, et enlève quelques parcelles.

En combinant les deux modes d'examen, l'on sent que le doigt soulève aisément et en masse la tumeur tout entière, et que le choc imprimé au col utérin se transmet en totalité à la main qui déprime le bas-ventre. L'utérus n'a donc contracté aucune adhérence morbide avec les parties voisines.

La malade ne marche plus depuis quelque temps. Elle perd du sang en assez grande abondance. De plus, depuis son entrée à la maison de santé, ses douleurs lombo-sacrées sont venues se compliquer d'élancements dans les deux cuisses.

Depuis deux mois l'appétit diminue. Elle perd ses forces et maigrit. Le courage l'abandonne.

Le liquide de ses pertes est rouge-grisâtre, sanieux, très-fétide, mais ne contient pas de particules solides.

Traitement : injections désinfectantes d'une solution de permanganate potassique faiblement alcoolisée. Tonique.

Le 8 février, et afin que l'écoulement de cette saisie sanguinolente se fasse plus aisément, M. Demarquay débride légèrement le col utérin sur deux points opposés.

9 février. La malade a passé une mauvaise nuit. Hier soir, vers sept heures, elle a eu un frisson qui a duré un quart-d'heure.

Figure jaunâtre, un peu grippée. Peau chaude, moite. P. 110.

Grande prostration; anorexie complète.

Soir. T. 38°,3. P. 96. Légère amélioration générale. La malade prend un bouillon et un potage.

10 février. Nuit mauvaise : sommeil agité; très-abattue.

Soir. T. 39°,4. P. 108.

Le ventre est sensible à la pression. Un peu de météorisme. Constipation depuis trois jours. Faiblesse extrême.

11 février. Nuit agitée. Même état général. Nouveau frisson d'un quart-d'heure de durée, hier soir à six heures et demie.

Soir. T. 39°,2. P. 124.

La malade se plaint moins de son ventre. Point de tympanite. Ne va à la garde-robe qu'à l'aide de lavements.

12 février. Nuit très-mauvaise. Pas de nouveau frisson. Prostration extrême.

Soir. T. 39°,7. P. 124.

13 février (matin). La malade a eu le délire toute la nuit. Ce matin, à huit heures, en voulant se lever, elle tombe en syncope au moment de mettre pied à terre, s'affaisse et meurt.

L'autopsie, faite dix heures après, donne les résultats suivants : *Cœur* flasque en dégénérescence graisseuse.

Poumons sains, crépitants dans les deux tiers supérieurs. Congestion hypostatique à la base. Par des incisions multiples, on découvre cinq ou six petits abcès métastatiques variant de la grosseur d'un grain de chènevis à celle d'un noyau de cerise.

Foie de couleur jaunâtre, ramolli, se déchire facilement par la pression du doigt. On découvre dans le lobe droit un petit abcès métastatique gros comme un noyau de cerise.

Rate grosse, extrêmement diffluente.

Reins augmentés de volume; flasques, mous, leur surface est parsemée de petites taches ecchymostiques. Pas d'infarctus dans leur épaisseur.

L'Utérus forme une tumeur énorme à surface vaguement bosselée, ou plutôt ondulée; libre adhérence. En l'enlevant et en la mesurant dans ses différents diamètres, on obtient les résultats que voici :

Diamètre vertical, depuis le fond de l'utérus jusqu'au niveau du col utérin, 22 centimètres ;

Circonférence au tiers supérieur du corps, 31 centimètres ;

Circonférence au niveau du tiers moyen du corps, 37 centimètres.

En incisant la face antérieure dans la plus grande partie de sa hauteur, on aperçoit d'abord une tumeur allongée, pédiculée, dont l'extrémité supérieure va s'insérer vers le fond de la cavité utérine, et dont le sommet, un peu déchiqueté, fait saillie à travers l'orifice du col entre-bâillé. La tumeur mesure ainsi en longueur toute la cavité utérine. Elle est mollasse, pulpeuse, à coloration grise-noirâtre, et se moule aisément sur la surface inégale et bosselée de la cavité utérine. C'est un fibrome entièrement ramolli en travail de regression très-avancé, exhalant une odeur de putréfaction. De son sommet, se sont détachés les deux fragments que nous a présentés la malade.

Le fond même de l'utérus est occupé par une tumeur de même nature, mais d'une dureté élastique, presque régulièrement sphérique, ayant une circonférence de 30 centimètres, tumeur formée par un fibrome unique, sphéroïdal, dont le diamètre est de 7 centimètres environ.

Dans le reste de l'étendue de la cavité utérine, on trouve une masse de tumeurs plus petites (on en compte plus de vingt) de toute grandeur et de consistance très-diverse, depuis la grosseur d'un pois jusqu'au volume d'un œuf de pigeon, depuis la fermeté presque fibro-cartilagineuse jusqu'au ramollissement pulpeux gélatiniforme.

D'ailleurs, les degrés de fermeté ou de ramollissement ne correspondent nullement à l'âge des divers fibromes en effet, d'un côté on voit les fibromes très-développés, comme celui du fond de l'utérus, présenter une dureté excessive, tandis qu'à côté se trouve une petite tumeur de la grosseur d'une noisette à peine comprise en travail de regression graisseuse déjà fort avancée.

Toutes ces tumeurs sont situées, les unes directement sous la muqueuse, les autres dans l'épaisseur de la couche musculaire, plus près cependant de la surface interne qu'externe. Elles sont facilement énucléables et n'adhèrent que lâchement au tissu qui les enveloppe.

Il résulte de là qu'elles ont plus de tendance à se développer du côté de la cavité utérine, et qu'elles ne font à la surface de l'utérus que des saillies vagues qui donnent l'aspect ondulé dont il a été parlé plus haut.

Les parois utérines sont notablement épaissies et hypertrophiées, comme dans un utérus gravité.

Examen histologique des tumeurs, par M. Hénocque. — Les tumeurs nombreuses qu'on trouve dans l'utérus peuvent être distinguées en tumeurs *dures, molles et diffluentes* :

1. *Très-dures* : elles présentent les caractères des myomes de l'utérus, *variété dure*, c'est-à-dire qu'elles sont formées, comme éléments fondamentaux, de fibres musculaires lisses, développées en séries concentriques, en amas arrondis, tels qu'on les rencontre dans ce genre de tumeurs.

Les noyaux caractéristiques des fibres sont nettement visibles avec ou sans réactif.

Comme éléments accessoires, on trouve des vaisseaux et du tissu fibreux.

2. Dans les *tumeurs molles*, on rencontre les fibres lisses complétement développées, mais un grand nombre d'entre elles sont granuleuses infiltrées de graisse.

A côté de ces fibres, on rencontre en grand des noyaux en bâtonnet entourés d'une masse cellulaire, irrégulière, granuleuse. Ces éléments représentent ou bien des fibres lisses incomplétement développées, ou bien des fibres lisses dont la masse cellulaire est en partie détruite.

Le tissu fibreux est infiltré de gouttelettes graisseuses, et l'on trouve plusieurs petits foyers hémorrhagiques dans les tumeurs les plus molles.

3. Dans les *tumeurs diffluentes*, on trouve à l'intérieur d'une sorte de coque formée par la muqueuse et des fibres lisses, un détritus jaunâtre, presque caséeux formé par des éléments cellulaires irréguliers de forme, représentant des noyaux de fibres musculaires lisses, granuleux et infiltrés de graisse. Autour d'eux, on retrouve en partie la masse cellulaire des fibres lisses.

Suite de l'examen histologique. — Çà et là, des reliquats d'épanchements sanguins (globules rouges, corps granuleux, granulations graisseuses), etc.

En résumé, il s'agit d'un *liomyome* ayant subi d'une façon plus ou moins prononcée la régression graisseuse, qui pour quelques-uns atteint la destruction presque complète.

Quelques expériences ont été faites avec les portions les plus dures, afin de s'assurer si les altérations des liomyomes recueillis n'étaient pas dues à une infiltration pure et simple des tumeurs par les liquides secrétés à la surface de la cavité utérine, ou à une imbibition par les produits de putréfaction de la grande tumeur ; on a fait macérer et putréfier dans l'eau des portions des tumeurs solides.

Au bout de quinze jours de macération, les parties examinées au microscope ont montré les altérations suivantes : dans le détritus ramolli on retrouve les éléments du tissu fibreux, plus ou moins reconnaissables, puis des fibres musculaires lisses, gonflées, ramollies, en partie brisées, mais nulle part on n'a retrouvé les granulations graisseuses qui, dans les liomyomes diffluents, infiltraient la masse cellulaire et les noyaux.

Par conséquent, la différence est bien due à un travail de régression et non à une simple infiltration des tissus.

SUR LA

PATHOGÉNIE DES CAILLOTS APOPLECTIQUES DU PLACENTA

Par M. Bailly, professeur agrégé.

Un fait de pathologie générale dont on ne saurait, je crois, contester l'exactitude, c'est que la constitution physique des tissus animaux et leurs conditions physiologiques exercent une influence considérable sur la nature et la forme des maladies qui les affectent, c'est que, par suite de leur texture plus ou moins lâche ou compacte, de l'activité de leur circulation et de leur nutrition, du degré de vitalité dont ils sont doués, nos organes sont plus particulièrement exposés à tel ou tel genre de lésions réfractaires à tel autre. Les faits qui viennent à l'appui de cette assertion et la justifient abondent dans la pathologie, et il me suffira d'en rappeler quelques-uns.

N'est-il point d'observation vulgaire, par exemple, que les organes riches en vaisseaux pourvus d'une active circulation, tels que le poumon, le tissu cellulaire, la peau, les muqueuses, les membranes séreuses, etc., sont aussi ceux qui sont prédisposés au plus haut degré aux maladies inflammatoires, aux dégénérescences, aux processus morbides divers qui consistent essentiellement dans un trouble de la nutrition?

Les médecins ont tous observé, et les gens du monde euxmêmes savent combien le tissu adipeux et les muscles s'atrophient rapidement pendant les maladies graves qui condamnent le malade au repos et à la diète, pour recouvrer également avec promptitude leur volume primitif, après que le rétablissement de la santé a ramené l'appétit et l'exercice. Eh bien, ces modifications rapides dans le volume de ces organes ne sont certainement que la conséquence de leur richesse vasculaire et de l'intensité du mouvement nutritif dont ils sont le siége.

Si les aponévroses, comme les tendons, semblent rebelles à l'envahissement des dégénérescences qui émanent des tissus voisins, si les cartilages opposent une barrière insurmontable à la propagation de ces mêmes lésions, à ce point que l'extrémité épiphysaire d'un os peut être complétement détruite sans que l'articulation, protégée par la lame cartilagineuse, participe ellemême à la maladie (Richet), il faut l'attribuer au faible développement de leur appareil vasculaire ou à son absence totale, c'est-à-dire à leur obscure vitalité plus encore qu'à leur constitution physique, puisque les os qui présentent une texture bien autrement dure et compacte, se laissent envahir par le cancer des parties environnantes.

Au reste, les propriétés physiques de nos organes, ai-je dit, ne jouent pas, dans leur pathogénie, un rôle moins évident que leur physiologie, et en ne considérant d'abord que les tissus que j'ai pris pour exemple, je rappellerai que les chirurgiens savent tous que si le tissu cellulaire est plus que les autres exposé à s'enflammer, sa variété séreuse, que caractérise une laxité prolongée, expose surtout aux inflammations diffuses, aux fusées purulentes, aux décollements étendus, tandis que le tissu adipeux du dos, des fesses, de la plante des pieds, de la pulpe des doigts, est plus habituellement le siége d'inflammations et de suppurations circonscrites.

Enfin, n'est-ce pas la texture éminemment molle et délicate du tissu cellulaire sous-conjonctival, de celui des paupières, des grandes lèvres ou du prépuce, qui favorise l'infiltration séreuse et qui explique l'œdème énorme et subit dont ces parties deviennent le siége dans certains cas?

Ces mêmes aponévroses, que leur obscure vitalité rend réfractaires à l'action désorganisatrice des maladies, doivent à leur solide texture de résister aux agents physiques et de pouvoir servir de barrière aux infiltrations purulentes ou urineuses, qui pénètrent ou détruisent avec facilité le tissu cellulaire et les muscles.

Autre exemple des tissus très-étroits qui unissent l'anatomie des organes et leur pathologie ; il nous est offert par le système artériel où nous voyons la rétractilité si puissante de la tunique moyenne dans le sens de la longueur, tendre constamment à élargir les plaies transversales ou obliques de ces vaisseaux ; aussi voit-on celles-ci prendre peu à peu une forme ovalaire et laisser échapper en abondance le sang projeté par la double systole ventriculaire et artérielle ; tandis que les plaies longitudinales ont peu de tendance à l'écartement de leurs bords et guérissent par cicatrisation solide et définitive.

Enfin, la très-forte proportion des éléments fibreux qui entrent dans la composition du tissu pulmonaire et la solidité de ce tissu, conséquence de son organisation, préviennent sa déchirure lorsque quelqu'un des vaisseaux du poumon venant à se rompre, le sang qui s'en échappe tend à se répandre dans les parties voisines.

La résistance de la trame pulmonaire se montre en effet supérieure à l'effort du sang qui, dans la majorité des cas, se borne à l'imbiber dans une certaine étendue et y produit des noyaux hémorrhagiques *par infiltration*. Dans les mêmes circonstances, les fibres molles et fragiles de la substance nerveuse se laissent rompre et écarter par l'ondée sanguine, qui se creuse une cavité au sein de la pulpe molle et compacte du cerveau, et, s'y coagulant, donne lieu à une hémorrhagie *de collection*. L'anatomie, si je ne me trompe, nous donne encore ici la clef des différences que présente la constitution de ces deux ordres de foyers apoplectiques, que forment presque toujours dans le poumon du sang infiltré et des caillots dans l'encéphale.

Les exemples qui précèdent me paraissent suffisants pour justifier la thèse que je soutiens en ce moment ; en grossir le nombre serait donc tout à fait superflu. Je tenais à rappeler ces faits tout d'abord ; ils pourront, je crois, jeter quelque lumière sur la pathogénie des caillots apoplectiques du placenta, que j'ai plus spécialement en vue dans ce travail.

Il n'est point d'observateur, placé à la tête d'un service de femmes en couches, qui n'ait l'occasion d'observer assez fréquemment des placentas dont un ou plusieurs lobes ont subi l'altération de structure désignée autrefois par les noms de *dégénérescence squirrheuse du placenta, encéphaloïde, induration cancéreuse*, aujourd'hui par celui de *dégénérescence* ou *altération fibro-graisseuse*. Ces placentas sont parfois pénétrés en même temps de concrétions sanguines dont le siége, la forme, le volume et l'aspect variables ont été décrits avec une rigoureuse exactitude dans l'ouvrage de M. Jacquemier : les uns complétement inclus dans les profondeurs du cotylédon dégénéré, les autres plus ou moins rapprochés de sa surface utérine ou même affleurant cette surface ; ceux-ci de forme irrégulière, hérissés de prolongements inégaux, ou au contraire plus ou moins arrondis et offrant alors un volume qui varie depuis ce ui d'une noix jusqu'à celui d'un noyau de cerise ou même moindre ; enfin de consistance diverse, et, suivant l'âge du dépôt sanguin, de couleur rouge, noire, ou déjà décolorés et d'apparence fibrineuse, au moins dans leurs couches extérieures. Dans tous les cas, ces concrétions sanguines s'énucléent facilement et n'offrent à l'examen le plus minutieux, destiné à en vérifier l'organisation et la structure, aucun autre élément que du sang coagulé et plus ou moins altéré déjà. Or, en face de ces curieux placentas où l'on trouve associées deux altérations de nature si différente, l'une paraissant produite avec lenteur par un trouble de la nutrition placentaire, l'autre accidentaire et brusque, causée par une rupture vasculaire et l'extravasation sanguine qui en est la conséquence, une intéressante question de physiologie pathologique et de pathogénie qu'on est naturellement amené à se poser est la suivante : n'y a-t-il entre l'altération organique du placenta et l'existence de ces noyaux hémorrhagiques qu'une coïncidence fortuite, ou bien existe-t-il entre ces deux lésions un rapport de cause à effet? Et dès lors, en admettant cette seconde hypothèse, laquelle de ces deux lésions a précédé l'autre et lui a donné naissance? L'hémorrhagie est-elle le fait initial et la cause éloignée de l'altération organique du placenta, ou bien celle-ci a-t-elle précédé et tient-elle l'apoplexie sous sa dépendance?

Cette question, je le répète, présente pour l'anatomo-pathologiste un assez grand intérêt, mais jusqu'à une époque rapprochée de nous, sa solution ne paraissait point embarrassante. La filiation des phénomènes morbides semblait tout à fait claire, et il n'était point, que je sache, d'anatomiste qui ne considérât la production des plaques dites *squirrheuses du placenta* et la perte de toute vascularisation dans ces parties indurées, comme consécutives à une extravasation sanguine et produites par elle. C'était, d'après cette manière de voir, le sang extravasé, qui en se coagulant à l'entour des villosités venait suspendre la circulation dans le vaisseau qui les pénètre, et finalement en causait l'atrophie. C'était aussi la transformation lente des éléments de ce sang épanché, et en particulier de la fibrine, qui produisait à la longue cette teinte jaunâtre et la consistance lardacée que présente la lésion dont il est ici question, lorsqu'elle est portée à son plus haut degré.

C'est cette doctrine qu'enseignait Paul Dubois, qu'on trouve reproduite dans les ouvrages d'obstétricie écrits par ses disciples, et que tout récemment encore a défendue avec conviction, dans sa thèse inaugurale, M. le docteur Verdier. Eh bien, on n'en peut plus douter pourtant aujourd'hui, cette doctrine était une erreur dont les travaux de M. le professeur Robin surtout ont fait justice. Les recherches de l'éminent histologiste ont en effet démontré de la manière la plus péremptoire que l'induration jaunâtre du placenta ne résulte nullement d'une suffusion sanguine opérée à une époque antérieure dans les parties malades ; que dans aucun cas on ne retrouve dans ces parties les éléments du sang, fibrine, globules altérés, cristaux d'hématoïdine, etc., dont la présence ne fait jamais défaut dans les véritables foyers hémorrhagiques ; mais qu'en réalité, l'altération si remarquable dont il s'agit est le résultat d'une mort graisseuse du tissu, dont la cause n'a peut-être pas encore été élucidée, mais dont le mécanisme ne paraît pas différer du processus au moyen duquel s'opère normalement la disparition des villosités choriales situées sur les parties de l'œuf qui sont sans connexion avec la muqueuse inter-utéro-placentaire. C'est en somme une véritable oblitération atrophique des capillaires fœtaux que renferme la

villosité, avec épaississement du tissu cellulaire, qui entoure ces capillaires et infiltration granulo-graisseuse de la membrane fibreuse fournie par le chorion, d'où le nom *d'altération* ou *dégénérescence fibro-graisseuse* sous lequel on désigne généralement aujourd'hui cette lésion remarquable du tissu placentaire.

(*A suivre*).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 10 juin 1870. — Présidence de M. Bergeron.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Moissenet, à l'occasion du procès-verbal, demande à donner quelques renseignements sur les mesures prises par l'administration au sujet des varioleux. Depuis le 29 avril, les varioleux sont transportés au Vésinet dans des voitures spéciales. De plus, on en a admis un grand nombre à Vincennes depuis le 25 mai. La demande du transport des varioleux dans cet établissement a été faite, au conseil, directement à M. le préfet. Le service est aujourd'hui complétement organisé et fonctionne très-bien.

M. Chauffard demande à donner quelques nouvelles explications sur l'acide phénque. Il déclare qu'il n'a jamais présenté cet agent comme un spécifique de la variole, et qu'il est très-loin de partager les opinions exagérées qui ont été émises dans la presse et ailleurs sur l'acide phénique.

Il ne modifie en rien, à son sens, la première période de la variole confluente. Tout le monde a observé, dans l'épidémie actuelle, un certain nombre de cas de varioles à forme hémorrhagique auxquelles les malades succombent avant même que l'éruption ait eu le temps de se produire. Dans tous ces cas-là, l'acide phénique reste complétement sans action, tout en étant très-bien supporté. Mais voilà où l'acide phénique présente une propriété remarquable, selon M. Chauffard, c'est lorsque la suppuration arrive avec la fièvre qui l'accompagne. Si on a donné de l'acide phénique depuis sept à huit jours, on remarque une altération singulière de la fièvre secondaire.

M. Chauffard administre l'acide phénique depuis un an, et croit avoir observé qu'il a sur la variole des propriétés analogues à celles de la vaccine comme modificateur de la variole. Il n'a jamais vu, en outre, d'abcès se former à la suite de la variole confluente depuis qu'il a eu recours à cet agent. Une autre modification incontestable à ses yeux que l'acide phénique procure dans la variole, c'est l'absence absolue d'odeur chez les malades. Cette remarque a, du reste, été faite par toutes les personnes attachées au service.

Enfin M. Chauffard n'a plus perdu de malades affectés de variole confluente dans la période de suppuration, c'est-à-dire du dixième au quinzième jour. Est-ce à l'acide phénique que l'on doit attribuer ces faits? L'avenir en jugera.

Quoi qu'il en soit, M. Chauffard tient à constater de nouveau qu'il n'a jamais pensé à donner l'acide phénique comme un spécifique de la variole.

Variole et vaccine.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la variole et la vaccine.

La parole est à M. Desnos pour la lecture d'un travail intitulé : *Considérations sur le diagnostic, le pronostic et la thérapeutique des différentes formes de la variole.*

Voici le résumé de ce travail :

M. Desnos a été fort étonné d'entendre dire à M. Bourdon, à l'occasion d'une communication de M. Chauffard, qu'en ayant recours à l'usage du vin et du quinquina, il sauvait les trois quarts ou même les quatre cinquièmes de ses malades atteints de variole confluente. En comparant ces résultats à ceux qu'il a obtenus, et qui sont tout à fait opposés, M. Desnos a pensé que la différence qui les sépare était peut-être plus apparente que réelle, et qu'elle reposait probablement sur une confusion dans les termes.

C'est pourquoi M. Desnos va chercher à établir, en peu de mots, les caractères distinctifs, fondamentaux de la variole confluente pour les opposer à ceux d'une autre forme de l'affection varioleuse qu'on lui assimile trop souvent, et qu'il désignera sous le nom de variole en corymbes. Tout en tenant compte du chiffre des pustules développées à la surface du corps et surtout à la face, M. Desnos ne lui accorde qu'une importance secondaire au point de vue du diagnostic, si on le compare aux signes tirés de la forme et surtout de la durée des prodromes, de la marche de l'état fébrile, du mode de terminaison de la maladie. Ce qui, pour lui, domine tous les phénomènes, et constitue le caractère fondamental de la variole confluente, c'est la brièveté de la période prodromique. Sa durée ne dépasse pas deux jours ou deux jours et demi. Toutes les fois donc qu'on peut acquérir la certitude que les papules ont apparu à la fin du deuxième jour ou au commencement du troisième, on peut affirmer qu'on a eu affaire à une variole confluente. Telle est du reste l'opinion formelle de Sydenham, de Trousseau, opinon à laquelle sont parfaitement conformes les résultats des observations que M. Desnos a eu occasion de faire depuis deux ans. Si la fièvre n'est pas continue, car il se fait une défervescence de la fièvre initiale, ainsi que l'ont prouvé les recherches thermométriques de Richard Léon, confirmées par celles de M. Desnos lui-même, il n'en est pas moins vrai que cette chute est tardive et que l'apyrexie complète ne dure parfois que peu d'heures pour faire place à la fièvre secondaire, bien différente en cela de la défervescence souvent rapide et l'apyrexie plus prolongée des varioles discrètes.

Quant à la marche et à la terminaison, elles sont presque fatalement les mêmes dans la plupart des cas. Le malade ne parait pas courir un danger imminent jusqu'au onzième ou douzième jour; mais si, à cette époque, la salivation s'arrête en même temps que s'opère le dégonflement de la face sans être remplacé par le gonflement des mains et des pieds, il succombe rapidement en quelques heures vers le treizième, quatorzième ou quinzième jour; le gonflement des extrémités ne le met pas même toujours à l'abri du danger; il meurt, soit dans un accès de délire à formes variables, soit atteint d'une suffocation que n'explique aucune lésion de l'appareil respiratoire ou qui se lie à une congestion pulmonaire très-formelle. Dans d'autres cas, il est rapidement asphyxié par l'accumulation, dans l'arrière-gorge et le larynx, de mucosités épaisses dont la sécrétion succède à la salivation, et qui obstruent ces régions par suite d'une semi-paralysie du pharynx due à l'angine varioleuse et plus encore à la prostration générale des formes de l'organisme. D'autres fois encore, c'est à une laryngo-bronchite pustuleuse que succombent les malades; on trouve des pustules jusque dans les petites ramifications des bronches. Cette lésion, selon M. Desnos, a été jusqu'à présent insuffisamment étudiée.

M. Desnos a eu en outre l'occasion d'observer quelques sujets morts beaucoup plus tôt, vers le septième ou huitième jour, par le cœur, qu'on trouve alors atteint d'une profonde dégénérescence granulo-graisseuse. Il rappelle à cette occasion les faits de ce genre, cités par M. Hayem. Cette dégénérescence du cœur ne serait qu'une épisode d'une altération plus ou moins généralisée du système musculaire dans les maladies infectieuses.

L'orateur croit pouvoir conclure, de ce qui précède, que, dans la variole confluente, la mort est la règle et la guérison l'exception. Sur cinq varioles confluentes traitées dans le service des varioleux, à Lariboisière, pendant les mois de janvier et de février, quatre malades sont morts, et une seule malade a guéri, qui avait été traitée par la digitale. M. Desnos n'a pas été plus heureux l'année dernière, et ceux qui l'ont précédé ont éprouvé les mêmes revers. Il a essayé de toutes les médications et les a toutes vues échouer. Abstraction faite de tous les autres phénomènes, la variole confluente présente dans son éruption même, selon M. Desnos, un caractère particulier. Elle débute par une rougeur comme érysipélateuse qui, lorsqu'on y regarde de près, laisse apercevoir une multitude de petits points rouges pressés les uns contre les autres, et qui donnent au toucher la sensation d'une peau de chagrin. Par suite de leur développement difficile, ces pustules, en se remplissant d'une sérosité lactescente, soulèvent l'épiderme sous forme de vastes ampoules qui recouvrent toute la surface du visage sans laisser entre elles d'intervalle de peau saine. Elles sont d'une couleur grisâtre. Si à ce tableau on compare l'aspect d'un malade atteint de variole en corymbes, on voit que son visage est couvert de nombreuses papules destinées à devenir des vésico-pustules souvent extrêmement abondantes et se confondant les unes les autres en formant des plaques, des corymbes ou grappes qui rappellent l'aspect du masque de la confluente. Ces corymbes sont de formes et de dimensions variables. Mais toujours il existe en même temps qu'elles des pustules isolées qui se développent comme dans la variole discrète en s'entourant d'une aréole inflammatoire ; toujours, quelle que soit leur étendue, elles laissent entre elles des intervalles de peau saine qui rougit. Vers le huitième jour, ces pustules se rompent en recouvrant la face de croûtes épaisses, jaunâtres, qui ne ressemblent en rien au masque gris qui leur succède dans la confluente. Cependant, à une période avancée de la dessication, la distinction deviendrait fort difficile, et il faudait alors remonter aux autres phénomènes.

Les prodromes se prolongent jusqu'au troisième jour et demi, au quatrième et même au cinquième. Ils s'accompagnent, ainsi que l'éruption, de sueurs abondantes qui manquent dans la variole confluente. La salivation fait défaut à la période d'éruption, ou tout au moins est peu abondante. La chute de la fièvre a lieu rapidement, et l'apyrexie se prolonge plus que dans la confluente, pour faire place au septième jour au début de la fièvre secondaire, enfin, avec la longueur des prodromes, la marche de la fièvre, la diaphorèse, la terminaison est presque toujours heureuse.

Bien qu'ils soient très-malades très-longtemps, exposés à certaines complications cardiaques, à une succession d'abcès qui les retiennent au lit fort longtemps, ils triomphent en général de tous ces dangers, et M. Desnos croit pouvoir renverser la proposition qu'il émettait plus haut pour la variole confluente, et dire ici que la mort est l'exception et la guérison la règle. Pendant les mois de janvier et de février, sur 44 malades atteints de variole discrète dont un grand nombre étaient en corymbes, 3 seulement sont morts qui ont succombé dans le délire au début.

M. Desnos croit donc pouvoir ranger les varioles en corymbes parmi les varioles discrètes, et les appellerait volontiers, n'était antiomnie, des *discrètes abondantes*. Il demande donc à M. Bourdon, après ces explications, si, dans ses statistiques, il n'a pointfait figurer des varioles discrètes à pustulation abondante?

L'orateur regarde cette distinction comme d'une importance capitale dans l'étude de la thérapeutique de la variole, et à ce sujet, il déclare que si, comme croit l'avoir démontré M. Chauffard, l'acide phénique guérit des varioles confluentes, il regarde la constatation de cette propriété comme une précieuse découverte; mais parmi les varioles qu'il a guéries, M. Chauffard lui-même a mentionné des varioles cohérentes ou en corymbes, qu'avec Borsieri il considère comme des variétés de varioles confluentes. M. Desnos préfère l'opinion de Trousseau qui, au moins implicitement, range les cohérentes parmi les discrètes, d'autant plus que, pour lui, cette opinion a été confirmée parce qu'il a été à même d'observer.

L'orateur demande donc à M. Chauffard, ainsi qu'à tous ceux qui expérimentent l'acide phénique, de bien distinguer, dans leurs statistiques, les varioles confluentes vraies des varioles en corymbes, car si, comme le croit M. Desnos, l'acide phénique n'a guéri que ces dernières; il lui préfère encore l'expectation qui lui a, jusqu'à présent, parfaitement réussi.

Comme complément à ce travail, M. Desnos ajoute que, depuis la communication de M. Chauffard, il a traité 21 individus atteints de variole confluente, sur lesquels 19 ont été soumis à l'acide phénique; les deux autres, qui étaient des femmes, ont été laissées à l'expectation; l'une est morte, l'autre a guéri. Sur les 19 malades traités par l'acide phénique, il y en avait 4 atteints de varioles confluentes hémorrhagiques qui sont morts, mais qui ne doivent pas entrer en ligne de compte, personne n'ayant préconisé l'acide phénique contre les varioles hémorrhagiques. Les 15 varioles confluentes qui restaient ont fourni 13 morts et 2 guérisons.

M. Isambert a essayé l'acide phénique et déclare qu'il a trouvé que son action était complétement nulle. Il a continué à avoir une mortalité tout aussi grande. Si cependant, comme l'affirme M. Chauffard, l'acide phénique atténue considérablement la fièvre secondaire, c'est là un fait d'une grande importance, car la fièvre secondaire est le passage de la varioloïde à la variole, et si on arrive à l'arrêter, on n'a plus affaire par conséquent qu'à la varioloïde. Frappé de ce fait, M. Isambert a expérimenté, en prenant avec le plus grand soin les relevés thermométriques, et n'a remarqué aucune influence de l'acide phénique. Il en a été donné par erreur dans son service jusqu'à *dix* grammes par jour. Il est fort mal supporté à cette dose; eh bien, même à cette dose, M. Isambert n'a remarqué aucune modification dans la fièvre secondaire. Si l'on prend la température des malades, on n'observe non plus aucune influence.

Il n'a pas remarqué non plus que l'acide phénique pris par les malades corrigeât en rien la mauvaise odeur. En résumé, après quatre mois d'observation dans son service à Saint-Antoine, devant les résultats absolument nuls qu'il obtenait, il a cru devoir l'abandonner. Maintenant, il faut tenir compte, pour la différence dans la mortalité, de la constitution des malades, des quartiers qu'ils habitent, et de l'hôpital lui-même.

M. Archambault, chargé du service des varioleux à l'hôpital des Enfants, a aussi essayé l'acide phénique; il croit devoir dire qu'il ne modifie en rien aucune des périodes. M. Archambault a scrupuleusement observé l'influence de la vaccination sur ses petits malades. Il résulte de ses observations ces deux faits certains pour lui : 1° que la variole atteint de préférence les individus non vaccinés; 2° qu'elle est beaucoup plus grave chez ceux-ci que chez ceux qui ont été vaccinés. Le vaccin est donc et restera incontestablement le préservatif de la variole.

M. Bourdon dit à M. Desnos qu'il a en effet considéré dans sa statistique les varioles cohérentes comme varioles confluentes, et qu'en outre, cette statistique se rapportait à une époque antérieure à l'épidémie. M. Bourdon pense que ces deux choses expliquent suffisamment la différence notable qui existe entre cette statistique et celle de M. Desnos. Quoi qu'il en soit, il ne saurait admettre la distinction que fait M. Desnos des varioles discrètes-cohérentes.

M. Desnos fait remarquer à M. Bourdon que du moment qu'il n'admet pas cette distinction, ils ne sauraient être d'accord, attendu que c'est là le fond principal de son argumentation.

PRÉSENTATION

M. Hérard met sous les yeux de la Société une pièce anatomique fort curieuse; ce sont des hydatides du cœur. Ces hydatides se trouvent logées dans l'orifice de l'artère pulmonaire.

M. Ollivier a connu ce malade et avait diagnostiqué chez lui une phthisie hydatique. C'était un jeune homme qui avait été réformé pour avoir craché du sang.

La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE

Le comité de secours, dont M. Le Fort est chirurgien en chef, a entrepris d'exécuter en France les grandes choses que les ambulances volontaires ont si bien su faire en Amérique. Nous serons heureux de nous associer à cette œuvre, le plus possible, et nous appelons l'attention de nos lecteurs sur la lettre suivante que nous venons de recevoir :

L'appel fait au patriotisme et au dévouement des médecins a été entendu. De tous les points de la France les offres de concours affluent au comité médical de la Société de secours.

Pour relever, abriter, soigner et nourrir des blessés, pour soutenir les forces, pour alléger les fatigues de nos soldats, pour soulager les infortunes que la guerre laisse après elle, il faut de l'argent, beaucoup d'argent.

Aux femmes, aux filles de médecins, dans toutes les villes de France, appartient la mission de provoquer des souscriptions, de réunir des secours de toute nature.

Nous serions heureuses si vous, monsieur, ainsi que vos collègues de la presse médicale, consentiez à ouvrir une souscription spéciale confiée au dévouement charitable des femmes et des filles des médecins français, et dont le produit, centralisé par les journaux de médecine, seraient remis à la Société de secours aux blessés, palais de l'Industrie, Champs-Élysées, Paris.

Recevez d'avance tous nos remercîments.

Mme Nélaton.
Mme Malgaigne.
Mme Blain des Cormiers.
Mme Le Fort.

PREMIÈRE LISTE DE SOUSCRIPTION

Mme Nélaton.	1,000 fr.
Mme Malgaigne.	1,000 fr.
Mme Blain des Cormiers.	500 fr.
Mme Le Fort.	500 fr.
Mme Pilastre (née Malgaigne). . .	100 fr.
Mme Homelle.	100 fr.

SOCIÉTÉ POUR L'INSTRUCTION MÉDICALE DES FEMMES

Art. 1er. Une association pour l'instruction médicale des femmes se constitue à Paris, sous le patronage de l'Impératrice, présidente d'honneur de l'association, et fonde une école libre de médecine.

Art. 2. L'association se compose de membres fondateurs ayant versé une souscription de 200 francs au moins, et de sociétaires dont la souscription annuelle est de 20 fr.

Les femmes peuvent être membres de la Société.

Art. 3. L'enseignement de l'École est théorique et pratique.

Les élèves suivent les cours et exercices indiqués au programme, et de plus :

Elles assistent à des conférences complémentaires et à des démonstrations destinées au développement des sujets traités par les professeurs;

Elles rédigent les leçons;

Elles sont fréquemment interrogées sur les matières des cours par les répétiteurs;

Elles font des dissections et des manipulations chimiques ou pharmaceutiques pour la préparation des médicaments;

Elles sont exercées à la pratique de la petite chirurgie.

Art. 4. Les élèves fréquentent des hôpitaux déterminés pour y étudier d'une manière pratique la médecine et se familiariser avec les soins à donner aux malades.

A l'intérieur des hôpitaux, elles sont placées dans les services des médecins et chirurgiens, professeurs de l'association, et spécialement confiées aux sœurs de charité attachées à ces services, sous la surveillance paternelle des directeurs des établissements.

Art. 5. Des répétiteurs choisis parmi les docteurs des facultés ou les internes des hôpitaux font les conférences et démonstrations, interrogent les élèves et corrigent les rédactions.

Art. 6. Des examens de fin d'année ont lieu pour autoriser le passage au cours supérieur.

Art. 7. Des cours de turc et d'arabe seront faits durant les trois années d'études pour apprendre à parler l'une ou l'autre de ces deux langues aux élèves qui se destineront à exercer dans les pays où elles sont en usage.

Art. 8. A la fin du cours normal des études, l'association délivre, s'il y a lieu, après examen public passé devant un jury de professeurs, un diplôme d'études médicales.

Art. 9. L'école peut avoir deux sortes d'élèves : des externes et des demi-pensionnaires.

Les externes suivent les cours théoriques et les cliniques organisées pour le service de l'École.

Les demi-pensionnaires sont reçues de huit heures du matin à cinq heures du soir, dans une maison où se trouvent des salles d'études, des bibliothèques, des collections de pièces anatomiques et des instruments.

Cette maison est placée sous la direction d'une dame choisie par le Conseil d'administration.

Les élèves y prennent le repas de midi.

Art. 10. Les affaires de la Société sont dirigées par un Conseil d'administration composé de cinq membres du Comité fondateur, auxquels seront adjoints cinq membres élus par l'assemblée des sociétaires.

Art. 11. Le Conseil d'administration prononce, après enquête sur leur moralité, l'admission des élèves, qui doivent être âgées de dix-huit ans au moins, et avoir subi un examen d'admission constatant un degré déterminé d'instruction générale.

Il règle le budget de la Société, désigne les professeurs et répétiteurs, accorde les bourses et demi-bourses dont il dispose, et règle par ses délibérations tout ce qui intéresse l'École.

Art. 12. Le Conseil d'administration désigne un ou deux de ses membres pour la haute surveillance de l'École.

Art. 13. L'association fournit à ses élèves, soit directement, soit par l'intermédiaire d'établissements publics ou privés, tous les moyens d'études nécessaires.

Les frais sont couverts par les droits d'inscription et le montant des pensions que payent les élèves, et par les bourses, demi-bourses et donations que constitueraient des membres de la Société ou des personnes bienfaisantes.

Art. 14. Le Conseil d'administration remplit vis-à-vis des élèves sorties avec le diplôme, le rôle de Comité de patronage.

Art. 15. Chaque année, le Conseil d'administration rend compte à l'assemblée générale de l'état de l'École et des progrès de l'œuvre.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

MM. les étudiants en médecine qui appartiennent aux classes de la garde nationale mobile 1865, 1866, 1867 et 1868, appelées à l'activité et qui ont satisfait aux examens d'aptitude subis au Val-de-Grâce, sont invités à se faire inscrire pour le service médical de la garde nationale mobile, chez M. Champouillon, médecin principal de première classe, rue du Cherche-Midi, 13.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 17 au 23 juillet 1870, donne les chiffres suivants :

Variole, 215.—Scarlatine, 15.—Rougeole, 19.—Fièvre typhoïde, 20. Typhus, ». — Érysipèle, 7. — Bronchite, 39. — Pneumonie, 48. — Diarrhée, 69. — Dysenterie, 3. — Choléra, 9. — Angine couenneuse, 6. — Croup, 3. — Affections puerpérales, 6. — Autres causes, 701.— Total : 1,160.

Celui de Londres donne les chiffres suivants, du 10 au 16 juillet 1870 :

Variole, 11.—Scarlatine, 85.— Rougeole, 31.—Fièvre typhoïde, 18. — Typhus, 14. — Érysipèle, 7. — Bronchite, 61. — Pneumonie, 34. — Diarrhée, 259. — Dysenterie, 4. — Choléra, 22.—Angine couenneuse, 7. — Croup, 10. — Affections puerpérales, 9. — Autres causes, 926. — Total : 1,498.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort du docteur Chaudouët, chevalier de la Légion d'honneur, âgé de 73 ans, qui, pendant 45 ans, a exercé la médecine à Montlhéry (Seine-et-Oise), et s'est acquis une considération universelle par son dévouement.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois... 8 fr. 50 c.
Six mois... 16 —
Un an..... 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Évidemment, les adversaires des conclusions présentées d'abord par la commission du vinage doivent être satisfaits des modifications que ces conclusions ont souffertes.

Si on ne les a pas appelés dans le sein de la commission, c'était sans doute pour avoir plus de mérite à s'inspirer de leur esprit.

On leur accorde tout sur la question d'hygiène ; et cette question est la seule que l'Académie ait à traiter.

Elle n'a pas à condamner les tromperies sur la qualité des choses vendues ; elle n'est pas appelée à faire connaître ses préférences au point de vue économique ou commercial ; elle n'a pas même de prohibitions ou de règlements restrictifs à édicter.

Interrogée sur les effets que les vins vinés peuvent avoir pour la santé des consommateurs, elle a le droit d'exprimer sur ce sujet restreint jusqu'à ses moindres doutes ; car, ainsi que l'a très-bien montré M. Fauvel, de simples doutes, une présomption défavorable peuvent faire conclure au *statu quo* lorsqu'il s'agit de constituer un privilége, et d'encourager une industrie par des abaissements de tarifs qui représentent un genre de primes.

Il serait donc parfaitement légitime de dire par exemple ceci :

« L'Académie n'est pas convaincue que les vins toniques et réparateurs doivent à l'alcool leur action utile sur l'économie.

« Au contraire, elle tend à croire que, séparé des autres éléments constitutifs des vins naturels, l'alcool, même étendu d'eau dans des proportions considérables, devient un liquide dangereux.

« Bien que n'ayant pas à citer d'expériences assez bien faites ou d'observations assez suivies pour constituer des preuves scientifiques, elle incline à penser, d'après les remarques des praticiens, que le remplacement des vins naturels par les vins vinés peut entrer dans une certaine part dans la production des accidents alcooliques de plus en plus fréquents.

« Le vinage lui semble donc être une pratique que l'on peut tolérer dans une certaine mesure, mais que l'on ne doit pas encourager. »

Ces conclusions auraient rallié les praticiens adversaires du vinage, et l'Académie de médecine aurait eu à choisir entre elles et celles qui résument la pensée de MM. Bouley, Raynal et Broca. « Les vins vinés et les vins naturels, au même titre alcoolique, ne présentent pas plus de dangers les uns que les autres, et ils peuvent être également utiles pour la santé des consommateurs. »

Nous nous réservons d'apprécier prochainement le mémoire de M. Laborde sur un nouveau signe de la mort réelle.

Dr VICTOR REVILLOUT.

HOPITAL MILITAIRE DE TIARET. — M. OSCAR DURANT.

Blessure de l'aorte thoracique et des poumons par un coup de fleuret démoucheté.

La rareté des observations relatives aux blessures de l'aorte nous engage à publier un fait dont nous venons d'être témoin.

Dans un duel où il mettait beaucoup d'animation, M. A... se fend tout à coup et s'enferre sur le fleuret de son adversaire, qui lui-même était en train de se fendre et visait à l'épaule droite. L'arme frappe à un centimètre au-dessous du mamelon droit et s'enfonce profondément dans la poitrine. L'adversaire a conscience de cette forte pénétration et retire l'arme. Tandis qu'on appelle un médecin resté à proximité, le blessé, docteur en médecine, fait quelques pas, pendant trente secondes environ, sans se plaindre de souffrir. A un témoin qui l'interroge et lui annonce des secours, il répond : « C'est fini, je n'ai plus besoin de médecin. » Tout à coup il pâlit et s'affaisse sur lui-même. Le médecin arrive, l'appelle, cherche en vain à le ranimer. Les lèvres sont bleues, les yeux atones, le cœur silencieux. Il croit entendre une sorte de frémissement profond et perçoit encore quelques rares et faibles inspirations. Aucune hémorrhagie externe, pas d'expectoration sanguine. Cinq minutes de respiration artificielle restent sans effet.

L'autopsie, faite quinze heures après la mort, par une température de 25 degrés centigrades permet de constater ce qui suit :

Rigidité cadavérique presque complète. Face très-pâle. Teinte violacée de toute la face postérieure du tronc.

Poitrine. A 1 centimètre au-dessous du mamelon droit est une petite plaie linéaire à bords contus et rapprochés, de 0,0015 environ. Pas d'emphysème ni de changement de coloration à la peau périphérique. Une sonde cannelée y entre facilement et pénètre très-profondément de droite à gauche et d'avant en arrière dans la cavité pectorale.

En disséquant la région on trouve :

1° Une infiltration étendue de sang noir dans le tissu cellulaire sous-jacent au muscle grand pectoral.

2° Une plaie béante au 4e espace intercostal (entre la 4e et 5e côte), au niveau de la plaie cutanée, à bords formés par les fibres des intercostaux, à ouverture linéaire dirigée comme elles, et due à la déchirure d'un de leurs faisceaux.

3° Le trajet se continue d'avant en arrière et de droite à gauche, suivant un plan presque perpendiculaire à l'axe du corps, à travers le bord inférieur du lobe moyen du poumon droit, lequel bord est sain d'ailleurs et sans infiltration sanguine ; puis, à travers le lobe inférieur du même poumon, dont le tissu est dur et infiltré de sang noir dans une notable étendue suivant le trajet. L'ouverture postérieure de la plaie pulmonaire répond à un orifice semblable existant sur le feuillet droit de la plèvre médiastine, un peu au-devant du rachis, à trois travers de doigt au-dessus du diaphragme. Le feuillet gauche offre une ouverture pareille au même niveau. Le tissu cellulaire du médiastin postérieur est largement infiltré de sang noir. L'aorte, entourée de ce tissu engorgé, vue par sa face interne, offre, au même niveau que les ouvertures pleurales, dans la portion tout à fait postérieure de son calibre, deux perforations linéaires transversales de 3 millimètres chacune, à bords nets, séparées par un pont de 2 millimètres et demi dont les tuniques internes sont fort éraillées. Les conduits accidentels qui, dans le tissu cellulaire infiltré, vont de l'aorte aux ouvertures pleurales, sont obstrués par un caillot peu dense. Enfin, le lobe inférieur du poumon est pénétré de 8 centimètres environ. Les parois du trajet de l'arme sont infiltrées de sang noir jusque près de la surface du poumon.

En résumé l'arme a traversé successivement : la peau, le grand pectoral, le 4e espace intercostal, les lobes moyen et inférieur du poumon droit, le médiastin postérieur où elle a rencontré la portion tout à fait postérieure de l'aorte, et le lobe inférieur du poumon gauche jusque près de sa surface.

Six litres de sang rouge noirâtre, liquide, sans trace de caillot, sont extraits des deux cavités pleurales presque également.

Poumons sains, sauf les infiltrations de sang noir sur le trajet de la blessure. Pas d'emphysème, pas d'adhérences.

Péricarde intact, contenant une cuillerée à café de liquide légèrement rosé. Cœur sain, mais rétracté ; le ventricule gauche a sa cavité presque effacée ; toutes les cavités du cœur sont vides sans caillots.

On n'a pas jugé nécessaire de regarder les autres organes pour ménager l'extérieur du corps.

L'inspection du fleuret n'a pas fourni d'indications précises ; la lame était tachée de sang dans l'étendue de 7 à 8 centimètres seulement, tandis que le trajet a dû être au moins de 20 centimètres au moins d'après les lésions observées. La lame était quadrangulaire jusqu'à 22 millimètres de la pointe où elle était arrondie.

Cette relation a surtout son intérêt anatomique ; le diagnostic et le traitement n'en sont pas plus éclairés. On peut cependant faire remarquer la rapidité de la mort : deux orifices béants sur les feuillets de la plèvre médiastine ont fourni une hémorrhagie interne, qui amena une prompte syncope. Dans les faits publiés, il ne paraît être question que d'une seule piqûre à l'aorte ; la mort ne survient dans ces observations que plusieurs jours après, par épanchement ou anévrysme faux consécutif ; la guérison même ne serait pas impossible d'après les auteurs du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (tome II). La mort semble aussi d'autant moins prompte que la blessure s'éloigne plus de l'origine du vaisseau : un blessé de Boyer meurt au sixième jour d'une piqûre de la crosse aortique ; un blessé de Pelletan ne meurt qu'au bout de deux mois d'une grosse plaie de l'aorte thoracique ; le domestique de Guattani vit deux ans avec une blessure de l'aorte lombaire ayant amené un anévrysme faux consécutif.

Notons enfin cette fatalité qui compromet l'existence du blessé

FEUILLETON BIBLIOGRAPHIQUE

Traité d'anatomie descriptive, avec figures intercalées dans le texte, par M. SAPPEY, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris (1).

Malgré son légitime succès, on pouvait reprocher à la première édition du *Traité d'anatomie descriptive* de M. Sappey, un manque évident d'homogénéité. L'ouvrage, commencé dans les proportions d'un Manuel, prenait un cadre de plus en plus large, et les volumes consacrés au système nerveux et à la splanchnologie brillaient par l'infinité des détails que l'on rencontre seulement dans les traités complets.

L'auteur, dans la deuxième édition, a voulu corriger cette imperfection ; il nous paraît avoir parfaitement réussi, à en juger par les deux premiers volumes parus.

Le premier volume, consacré à l'ostéologie et à l'arthrologie, commence par un important chapitre qui a pour titre : *Du corps humain en général*, et qui mérite d'arrêter notre attention.

Après quelques considérations pleines d'intérêt sur l'attitude, la configuration et la symétrie, sur la taille, le volume et le poids du corps, nous remarquons un paragraphe intitulé *Structure du corps*, dans lequel le lecteur est mis au courant de ce qu'il faut entendre par *appareils, organes, systèmes, tissus, éléments.* L'auteur nous conduit à la notion des systèmes par analyse, c'est-à-dire en procédant du composé au simple. Après avoir montré comment les appareils sont composés d'organes, il fait observer que chaque organe est produit par l'association de parties différentes, mais dont chacune peut être retrouvée différemment disposée, il est vrai, et aussi en proportion différente, mais avec des caractères semblables dans un plus ou moins grand nombre d'autres organes. Ce sont ces parties similaires réparties ainsi dans divers points de l'économie qui, groupées ensemble, constituent les systèmes. Passant successivement en revue les appareils, M. Sappey arrive au dénombrement de vingt-deux systèmes, qu'il divise, à l'exemple de Bichat, en systèmes générateurs ou généraux à tous les appareils, au nombre de huit, et en systèmes particuliers ou propres à un ou plusieurs des appareils. Ces derniers systèmes sont au nombre de quatorze.

Les systèmes étant considérés dans leur conformation extérieure, l'auteur étudie ensuite leur structure et en déduit qu'ils sont composés les uns d'un seul tissu, d'autres de plusieurs, et qu'à ces tissus s'ajoutent, pour le plus grand nombre, des parties accessoires. Les tissus sont au nombre de quatorze et ont pour parties constituantes les éléments anatomiques ou derniers termes de la décomposition de nos organes.

On peut par synthèse remonter des éléments aux appareils en reconstituant les tissus, les systèmes et les organes. Si, au lieu de cette synthèse après coup, l'auteur avait procédé tout d'abord du simple au composé, il est peu probable qu'il fût arrivé à un résultat identique ; ce qui nous fait émettre cette opinion, c'est la différence que nous observons entre la manière de voir du professeur d'anatomie et celle du professeur d'histologie.

M. Robin, en procédant par synthèse, établit l'existence distincte de trente et un tissus, puis, considérant la manière dont chacun d'eux est réparti dans l'économie tout entière, il les étudie ainsi à l'état de systèmes. Admettant à peu près autant de systèmes que de tissus, il y ajoute toutefois les systèmes capillaires, artériels, veineux et lymphatiques ; systèmes formés de parties similaires qui sont de véritables organes continus les uns aux autres, et que l'on pourrait aussi bien considérer comme des appareils secondaires du grand appareil de la circulation. Mais nous n'avons pas à trancher la difficulté, notre devoir était de constater la différence qui existe dans la manière de voir des deux maîtres, et de montrer ce qui nous semble en être la cause. Et il nous a paru important d'insister un peu sur la définition des systèmes, à cause de la difficulté qu'ont les débutants de la bien comprendre, et parce que de la lecture du livre de M. Sappey, il semblerait résulter que les systèmes sont les intermédiaires forcés entre les tissus et les organes ; (nous verrons alors comment les éléments se combinent pour former les tissus, comment les tissus s'unissent pour former les systèmes, comment ceux-ci s'entremêlent pour former les organes, etc., etc., page 36.) Tandis que suivant nous, la notion des systèmes, incontestablement utile, n'est point indispensable pour arriver à connaître la texture d'un organe. Quand j'étudie l'enveloppe fibreuse d'un organe, je constate l'existence d'une membrane d'une certaine forme et constituée par un tissu qu'après examen je sais être du tissu fibreux ; mais tant que mon attention reste limitée à l'organe que j'examine, l'idée d'*un système fibreux* ne me vient pas nécessairement à l'esprit ; pour que cette idée me vînt, il me faudrait établir une comparaison entre cette enveloppe fibreuse et d'autres parties fibreuses appartenant à différents organes, sinon je n'y vois qu'une partie composante de l'organe en question et formée d'un tissu déterminé. En un mot, dans un organe il n'existe que des éléments groupés en

(1) Tomes I et II — Prix : 24 francs.

en lésant la plus grosse artère du corps, alors qu'une direction tant soit peu différente de l'arme la faisait butter contre le rhachis, en ne lésant que le poumon droit, d'où une blessure assurément bien moins grave.

LA GREFFE ÉPIDERMIQUE

DANS LES HÔPITAUX DE LONDRES

Par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie.

Cette importante découverte faite par M. Reverdin, a eu un grand retentissement; elle est partie de la France comme d'un centre pour se diriger vers tous les pays. Les chirurgiens anglais n'ont pas manqué d'en tirer parti, et Saint-George's Hospital, a eu le mérite de l'initiative. En ce moment, il y a dans cet hôpital six sujets en expérience dont quatre appartenant à M. Pollock, un à M. Holmes et le sixième à M. Henry Lee.

1° Parmi les quatre premiers, le plus remarquable est celui d'une enfant de 8 ans, entrée à l'hôpital en janvier 1870, pour un ulcère, suite de brûlure, mesurant 45 centimètres de longueur, depuis la région fessière jusqu'au genou, et 36 centimètres de largeur à sa partie supérieure. L'ulcère existait depuis deux ans, et jusqu'à la première opération de transplantation épidermique, le travail de réparation était imperceptible.

Le 5 mai, M. Pollock prit trois petits lambeaux d'épiderme sur le flanc droit de l'enfant et les greffa sur trois points différents de la surface granuleuse. Deux des lambeaux sont devenus l'origine d'îlots épidermiques.

Le 26 mai, une nouvelle opération avec trois lambeaux; le 10 juin, deux lambeaux, enfin le 14 juillet on renouvelle l'opération.

Il n'a pas fallu moins de quinze jours pour constater que les premières greffes avaient réussi. Dès l'apparition des îlots épidermiques, leur extension a été rapide. Au bout de sept semaines, chacun des premiers îlots épidermiques avait atteint une surface de 7 centimètres de diamètre. Aujourd'hui, 22 juillet, il reste environ un cinquième de la surface ulcéreuse non cicatrisée.

2° Un jeune homme de 26 ans portait, depuis six ans, deux plaies ulcéreuses, suite de brûlure, sur le coté externe du genou gauche. L'une de ces plaies a une étendue de 6 centimètres carrés; l'autre de 30 centimètres carrés environ. Le 7 juillet, M. Pollock porte un lambeau d'épiderme sur le petit ulcère, et deux sur l'autre. Aujourd'hui, la cicatrisation recouvre plus de la moitié de ses deux surfaces.

3° Une troisième expérience a été tentée sur un ulcère variqueux de la jambe gauche chez un homme de 45 ans. L'ulcère était en mauvais état, les bourgeons charnus, pâles, la jambe pleine de varices. Insuccès.

4° Une première expérience a également échoué sur un jeune enfant de 3 ans, portant sur la poitrine un large ulcère résultant d'une brûlure.

5° Un malade de M. Holmes, âgé de 64 ans, portait deux ulcères variqueux de la jambe droite. Sur l'un d'eux, M. Holmes greffe un lambeau d'épiderme, le 30 juin. Quinze jours après, la moitié de l'ulcère était cicatrisée.

6° M. Henry Lee a obtenu un bon résultat sur un vieillard portant depuis trois ans un ulcère variqueux à la jambe droite, de 8 centimètres de diamètre environ. Le 30 juin, un lambeau de peau a été appliqué sur la surface granuleuse; le 7 juillet, un autre lambeau; aujourd'hui, plus de la moitié de l'ulcère est cicatrisée et la cicatrice émanant des lambeaux s'est réunie aux bords de la plaie.

Ce sont là de beaux résultats, le premier surtout, de *chirurgie réparatrice*, nés sous l'influence de la découverte de M. Reverdin, qui nous dira sans doute pourquoi l'épiderme greffé s'étend si rapidement vers les bords de la plaie, tandis que ceux-ci conservent leur marche lente. Ne pourrait-on pas tenter quelque chose d'analogue en avivant les bords de la plaie pour hâter leur cicatrisation? Les cicatrices nées de ces greffes seront-elles aussi rétractiles? ou bien, les bourgeons charnus, surpris pour ainsi dire par la nouvelle couche protectrice épidermique donnent-ils naissance à une cicatrice de structure différente? Chez l'enfant qui fait le sujet de la première observation de M. Pollock, il nous semble que la cicatrice formée sous le nouvel épiderme a plus d'analogie avec la peau qu'avec le véritable tissu inodulaire.

Un mot du *Manuel opératoire*. Voici le sens de celui que M. Reverdin a lu dans sa communication à la Société de chirurgie, en décembre 1869 : prendre sur la face interne de la jambe, avec la pointe d'une lancette, un petit lambeau d'épiderme, 2 à 3 millimètres, et mettre sa face profonde en contact avec la surface granuleuse d'une plaie parfaitement débarrassée de toute impureté, sang, *coagulations*, etc. M. Reverdin cherche à soulever en même temps les jeunes cellules épidermiques qui constituent ce qu'on a décrit à tort comme une couche spéciale sous le nom de corps *muqueux*, de telle sorte qu'il applique sur une surface granuleuse de jeunes cellules nouvellement écloses. Ensuite, il fixe le fragment épidermique avec une bandelette de diachylon, qu'il renouvelle tous les jours avec précaution.

Ce que nous savons sur la vie des cellules dans leur jeune âge ne porte-t-il pas à croire que ces organites, se trouvant sur un terrain propre à leur développement, prolifèrent d'une manière exagérée, de sorte qu'ils augmentent rapidement l'étendue du fragment épidermique greffé sur la plaie?

Chaque praticien peut faire l'expérience *avec succès*, même en modifiant les règles de ce manuel opératoire. Ainsi, M. Pollock, qui a parfaitement réussi, n'en a pas suivi à la lettre les indications. Il saisit avec une pince un petit point de l'épiderme qu'il coupe avec des ciseaux, de sorte que le lambeau, d'un millimètre d'épaisseur environ, est formé par l'épiderme et la partie superficielle du derme. Il fait ensuite sur les granulations une incision dans laquelle il introduit le fragment de peau; c'est une vraie greffe, comme la pratiquent les jardiniers. Les surfaces saignantes du petit lambeau et des granulations étant mises en contact, il recouvre le tout d'une bandelette de sparadrap qu'il n'enlève pour la première fois qu'au bout de cinq à six jours.

Nous aimons mieux la manière de procéder de M. Reverdin qui présente des chances plus favorables de succès, mais il n'en est pas moins vrai qu'on peut réussir autrement.

On peut prendre l'épiderme sur divers points du corps. Dans les opérations citées plus haut, il a été pris sur le flanc, le ventre, la cuisse, le bras, etc. Il est possible de greffer l'épiderme d'un individu sur la plaie d'un autre individu; M. Pollock a greffé un fragment de la peau de son avant-bras sur l'ulcère de la petite fille dont il a été question. L'expérience réussit encore lors même qu'il s'agit de la peau d'un nègre. M. Pollock en a encore fait l'expérience avec succès : sur le même enfant, il a greffé un fragment de peau d'un nègre, ce fragment a pris et il s'est jusqu'à présent un peu étendu.

M. Henry Lee a varié l'expérience d'une autre manière; il a pris un pli de la peau et a coupé un lambeau de cette membrane dans toute son épaisseur. Ce fragment de peau a contracté adhésion, la cicatrice marche activement.

Nous n'insisterons pas davantage sur ce point si important de théorie et de pratique; nous avons fait connaître des faits que chacun peut imiter; laissons à l'auteur de la découverte le soin de nous initier aux phénomènes intimes, primitifs et consécutifs de ce travail physiologique.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 26 juillet 1870. — Présidence de M. Denonvilliers.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1869 dans les départements de la Charente, de la Mayenne, du Doubs, de la Meurthe, de Seine-et-Marne et dans l'arrondissement de Rochechouart (commission des épidémies);

2° Des rapports sur le service médical des eaux minérales de Miers, par M. le docteur Lagasquié; de Saint Sauveur (Hautes-Pyrénées), par M. le docteur Charmasson, du Puy-Laval; d'Ax (Ariége), par M. le docteur Auphan; de Pierrefonds, par M. le docteur Sales Girons; de Greoulx (Basses-Alpes), par M. le docteur Joubert; de Gamandes (Landes), par M. le docteur Batbedat; de Dax (Landes), par M. le docteur Massies; d'Eugénie-les-Bains (Landes), par M. le docteur Arrat-Balous (commission des eaux minérales).

M. Gubler présente, au nom de l'inventeur, M. le docteur Thonion, d'Annecy, un troquart à hélice pour la recherche et l'extraction des balles (commissaires : MM. Richet et Verneuil).

Discussion sur le vinage.

M. Bergeron donne lecture des conclusions nouvelles proposées par la commission du vinage. Ces conclusions sont les suivantes :

« L'alcoolisation des vins faits, plus généralement connue sous le nom de vinage, lorsqu'elle est pratiquée méthodiquement avec des eaux-de-vie et des trois-six de vin, et dans des limites telles que le titre alcoolique ne dépasse pas 10 pour 100, est une opération qui n'expose à aucun danger la santé des consommateurs.

« Quant à la suralcoolisation des vins communs, qui, pour la vente au détail, sont ramenés par des coupages avec l'eau au titre de 9 à 10 p. 100, l'Académie la condamne, comme elle condamne toute tromperie sur la qualité de l'aliment vendu, mais aucune preuve scientifique ne l'autorise à dire que les boissons ainsi préparées, bien que différant sensiblement des vins naturels, sont compromettantes pour la santé publique.

« L'Académie reconnaît que le vinage peut être pratiqué avec tout alcool de bonne qualité quelque en soit l'origine; toutefois elle a tenu à marquer sa préférence pour les eaux-de-vie et les trois-six de vin, non-seulement parce qu'elle pense que ces derniers alcools se rapprochent plus que les esprits rectifiés de la composition du vin, mais aussi parce qu'elle est justement préoccupée des inconvénients que présenteraient, au point de vue des progrès de l'alcoolisme, le développement exagéré de la fabrication des alcools de grains et de betteraves trop souvent consommés en nature. »

M. Fauvel. Je ne crois pas que ces conclusions doivent être votées aujourd'hui. Elles demandent un examen approfondi, et, pour ma part, j'ai l'intention de proposer des amendements importants. Or, on n'improvise pas de semblables amendements; je demande donc le renvoi du vote à la séance prochaine.

M. Bergeron. Je ne crois pas à l'utilité de nouveaux retards.

M. le Président. Évidemment il faut donner à l'Académie quelques jours pour la réflexion.

L'Académie, consultée, décide que le vote sera remis à la séance prochaine.

RAPPORT

M. Broca, au nom d'une commission dont il fait partie, avec MM. Jules Guérin et Denonvilliers, lit un rapport sur une réclamation de priorité adressée à l'Académie par M. le docteur Van den Corput au sujet de la seringue à aspiration de M. le docteur Dieulafoy. Voici les conclusions de ce rapport :

En résumé, et sans exagérer ce qu'il pouvait y avoir de nouveau dans le plan de M. Van den Corput, on peut dire qu'il a fait construire en 1853, et publié en 1856, un instrument de petit volume qui permet de pratiquer à la fois l'exploration des collections de liquide, l'évacuation des foyers et l'injection médicamenteuse suivant les principes de la méthode sous-cutanée...

Le trocart de M. Van den Corput ne diffère pas des trocarts explorateurs ordinaires; il se compose comme eux d'une canule et

---

tissus plus ou moins complexes et d'une configuration particulière. C'est par une généralisation et en rapprochant les tissus affectant une forme déterminée de parties semblables appartenant aux autres organes que l'on peut arriver à établir des systèmes. Je reprocherai précisément à M. Sappey d'avoir procédé en sens inverse, en établissant d'abord un certain nombre de systèmes, de l'analyse desquels il est arrivé à établir un nombre moins grand de tissus. En outre, ce sens particulier donné au mot système laisse une certaine confusion dans l'esprit. M. Robin a peut-être évité cet inconvénient en donnant le nom d'organes premiers ou primaires aux parties figurées dont l'association constitue un organe proprement dit. Tous ces organes primaires de même espèce (similaires) forment un système. Il y a là, on le voit, des difficultés assez grandes; mais nous espérons les voir résolues dans le *Traité d'anatomie générale* que M. Sappey nous promet dans sa préface.

L'aperçu général sur le corps humain se termine par un paragraphe très-clair et très-concis où l'on prend une excellente idée du développement du corps et des lois principales auxquelles il est soumis.

Après ces préliminaires, l'auteur aborde l'anatomie descriptive par l'étude de l'appareil de la locomotion, et consacre soixante pages à des généralités sur le système osseux. Après avoir donné une bonne idée de la conformation extérieure et intérieure des os, il en étudie la texture. Les auteurs admettaient deux systèmes de lamelles osseuses, les unes propres à chaque canalicule, les autres formant une sorte de système général entourant l'os et réunissant entre eux les systèmes spéciaux. M. Sappey fait remarquer avec raison que, dans une coupe transversale d'un os, les systèmes de lamelles appartenant aux canalicules horizontaux sont coupés parallèlement à leur axe, et ne peuvent donner que l'idée de lames parallèles longitudinales et non courbes et concentriques. Considérant en outre que les lamelles périphériques, soit sous-jacentes au périoste, soit circonscrivant le canal médullaire, n'existent que par endroits et sont fréquemment interrompues; que de plus, la plus grande épaisseur de ces couches n'est pas plus considérable que celle d'un système spécial vu autour d'un canalicule coupé en travers, l'auteur se croit autorisé à nier l'existence de deux systèmes de lamelles et n'en admet qu'un seul. Chaque canalicule de Havers ne renfermait que le vaisseau capillaire auquel il est destiné, si l'on y rencontre des cellules adipeuses, ce ne serait que chez le vieillard et exceptionnellement chez l'adulte. La cavité des ostéoplastes serait tapissée par une membrane mince et délicate constituant l'enveloppe d'une cellule étoilée à conduit nucléaire.

Les recherches entreprises par l'auteur, pour découvrir des vaisseaux lymphatiques dans les os, ne lui ont donné que des résultats négatifs; aussi, après avoir lu tout ce qui a été tenté dans ce but, est-il convaincu qu'ils n'existent pas. Les nerfs évidents, au milieu du tissu spongieux de quelques os, n'existeraient pas dans le tissu compacte.

Nous trouvons ensuite un excellent chapitre où toutes les idées qui ont actuellement cours sur le développement des os sont exposées avec une grande clarté.

L'étude des os en particulier se fait remarquer par la façon méthodique dont elle est faite. L'auteur insiste avec soin sur tous les points qui offrent un intérêt pratique, sans négliger pour cela les faits que l'on peut considérer comme étant d'anatomie pure.

Nous n'avons que des éloges à donner à la manière dont sont traités le crâne et la face; nous regrettons seulement de n'avoir pas rencontré un chapitre consacré à la tête en général, où le lecteur puisse se mettre en quelques pages au courant des progrès récemment accomplis en anthropologie. Cependant nous recommandons aux chirurgiens la lecture des articles consacrés au crâne et à la face en général, ils y trouveront une excellente exposition du mode de résistance de ces deux parties. Nous recommandons de même la lecture des chapitres concernant le thorax et le bassin en général; puis celle de l'intéressant parallèle établi entre les membres supérieurs et les membres inférieurs. A côté des idées qui règnent dans la science, on y trouve d'ingénieux aperçus de l'auteur.

La deuxième partie du premier volume est consacrée à l'arthrologie. Les descriptions y présentent le même cachet scientifique que celui que nous avons signalé en parlant de l'ostéologie.

Nous aurions rencontré avec plaisir une étude de la résistance de la colonne vertébrale et du bassin faite, comme pour le crâne et la face, et aussi pour le thorax, à un point de vue un peu plus chirurgical; les fractures du rhachis présentant au point de vue de leurs conséquences graves, une analogie assez grande avec celles du crâne. Il n'eût pas été déplacé, nous le pensons, de montrer quel genre de violences peuvent rendre inefficace le rôle protecteur dévolu au cylindre rhachidien; mais à cette objection, on peut répondre que cette étude incombe plutôt aux auteurs d'anatomie chirurgicale.

Dans les considérations générales sur les diarthroses, M. Sappey, étudiant la texture des parties qui concourent à former une articulation, émet à propos des fibro-cartilages une opinion qui nous semble appelée à soulever quelques discussions de la part des histologistes. Suivant lui, dans les fibro-cartilages on rencontrerait des fibres élastiques dérivées des cellules de cartilage par juxta position bout à bout et fusion de ces cellules. Si ce fait était démontré vrai, nous devrions admettre que les fibres élastiques se développent de plusieurs manières, car il en existe dans bien des tissus où certaine-

d'un poinçon. La présence du poinçon aurait empêché l'évacuation du liquide si l'inventeur n'avait réussi, à l'aide d'un mécanisme très-ingénieux, à relever ce poinçon au moment voulu dans la tige qui supporte le piston de la seringue; mais cette complication a paru inutile à M. Dieulafoy, et il a donné la préférence au trocart-canule des seringues hypodermiques qui faisait déjà partie de la seringue de M. Laugier.

Le robinet de l'appareil de M. Van den Corput n'est autre que le robinet à double effet de la seringue de M. Jules Guérin. Il est creusé de deux conduits perpendiculaires l'un à l'autre, de sorte que l'opérateur ne peut commettre aucune erreur, et que l'introduction de l'air dans le foyer est impossible. A ce double robinet, dont le maniement est si commode, M. Dieulafoy a substitué deux robinets distincts, dont l'un est placé sur le conduit d'aspiration et l'autre sur le conduit d'évacuation. Il faut une certaine attention pour manier successivement les deux robinets, et la moindre erreur peut occasionner une injection d'air dans le foyer. C'est là une différence notable entre l'appareil de M. Dieulafoy et celui de M. Van den Corput; mais on ne peut dire que cette différence soit à l'avantage du premier.

Enfin la seringue est constituée dans les deux appareils par un petit corps de pompe en verre qui sert de manche au trocart; mais il y a dans le corps de pompe de M. Dieulafoy un point d'arrêt qui permet d'effectuer le vide préalable et qui ne se retrouve pas dans l'autre corps de pompe. Au surplus, ce point d'arrêt n'est pas nouveau, puisqu'il existe déjà et identiquement le même dans la seringue de M. Laugier (1856).

Nous ne pouvons donc pas admettre, avec M. Van den Corput, que l'instrument de M. Dieulafoy soit identique, tant au point de vue « du principe qu'à celui de l'application, » avec le trocart décrit en 1856 dans le *Bulletin de l'Académie de médecine* de Bruxelles. Il y a en réalité quelques différences entre ces deux instruments; mais elles ne sont vraiment que de peu d'importance et M. Van den Corput a le droit de dire qu'il existe une très-grande ressemblance entre son appareil et celui qui a été récemment présenté à l'Académie. Il est fort probable que si M. Dieulafoy avait connu l'instrument de M. Van den Corput, il se serait fait un devoir de dire que le sien n'en était qu'une modification.

Nous devons ajouter, en terminant, que la seringue de M. Dieulafoy ne diffère que par une particularité tout à fait accessoire de celle que M. Laugier a fait construire en 1856 par M. Mathieu, et qu'il a depuis lors employé maintes fois dans sa clinique de l'Hôtel-Dieu. Le trocart est identique, le corps de pompe et le vide préalable sont identiques. Il n'y a de différence que dans le robinet; M. Laugier a conservé, comme M. Van den Corput, le robinet à double effet de la seringue de M. Jules Guérin, tandis que M. Dieulafoy l'a dédoublé, ainsi qu'on l'a vu plus haut. Cette modification minuscule a plus d'inconvénients que d'avantages au point de vue de la pratique, et au point de vue de l'invention instrumentale elle est tout à fait insignifiante.

En résumé, l'instrument de M. Dieulafoy ne diffère de celui de M. Van den Corput que par des caractères de fort peu d'importance. Il a beaucoup plus d'analogie encore avec la seringue de M. Laugier, dont il n'est qu'une imitation nullement perfectionnée.

Après quelques observations échangées entre MM. Depaul, Gavarret, Hardy, Vulpian, Broca, Chauffart, Bouley, M. le président et M. Jules Guérin, l'Académie décide sur la proposition de M. Guérin, accepté par le rapporteur, qu'elle se contentera de voter une conclusion ainsi conçue :

« En conséquence, l'Académie dépose dans ses archives l'appareil de M. Van den Corput. »

(La proposition est adoptée.)

LECTURE

M. le docteur L. V. Laborde, fait ensuite la lecture d'un mémoire sur les *Phénomènes physiques de la vie et sur leur application à la détermination de la mort apparente et de la mort réelle*.

En voici le résumé introductif rédigé par l'auteur :

Lorsqu'on plonge, à une suffisante profondeur, dans les tissus de l'homme ou d'un animal vivant, une aiguille d'acier bien poli, non détrempée, au bout d'un temps variable, mais généralement très-court, cette aiguille a subi à sa surface la modification suivante :

Elle a perdu son éclat métallique dans une plus ou moins grande étendue; elle est ternie, ou, en propres termes, OXYDÉE...

C'est en 1857, à l'hospice de Bicêtre où j'étais interne, que j'ai eu l'occasion d'observer pour la première fois cette curieuse modification d'une aiguille d'acier implantée dans les tissus vivants, que M. le professeur J. Cloquet avait déjà fait connaître plus de vingt ans avant, lors de ses remarquables recherches sur l'acupuncture.

Il s'agissait d'un homme trouvé dans l'état de mort, en ayant, en effet, tous les signes apparents.

Je laisse de côté les détails de l'observation, quelque intéressants qu'ils soient, pour ne m'attacher qu'à ce qui a exclusivement trait à mon sujet.

Pour interroger la sensibilité profonde chez le prétendu cadavre, car il put être ranimé, j'avais enfoncé successivement plusieurs aiguilles d'acier poli dans les masses musculaires des mollets et de la région supérieure des cuisses; et comme nulle réaction ne répondait à cet appel énergique, je retirais les aiguilles peu après les avoir implantées dans les tissus.

Mais l'une de ces aiguilles ayant été oubliée dans l'une des jambes pendant plus d'une heure, je ne fus pas peu surpris, en la retirant, de voir toute sa surface recouverte d'une tache continue, ayant les apparences de la rouille.

Je fus d'autant plus tenté, je le déclare, de chercher à provoquer de nouveau ce phénomène, que j'avais affaire, pour le moment, à des tissus absolument insensibles : une nouvelle aiguille fut implantée dans un point similaire de la jambe droite; vingt minutes après, elle avait subi à sa surface les mêmes modifications que la précédente, mais avec moins d'intensité, à cause sans doute de la différence du temps de l'implantation.

Ce même phénomène se produirait-il sur un vrai cadavre, sur un cadavre confirmé...?

Telle fut l'idée qui surgit immédiatement dans mon esprit.

L'expérience était facile à réaliser, et sitôt que je pus m'arracher à mon malade, pour ainsi dire ressuscité, je courus à l'amphithéâtre.

Plusieurs aiguilles enfoncées dans les masses musculaires des jambes d'un cadavre de la veille, et laissées en place vingt minutes, une demi-heure, une heure, furent toujours retirées vierges et nettes de toute tache à leur surface.

Ce fait, devenu le point de départ de ce travail, me parut tout d'abord, — en raison des circonstances où il s'était révélé, — de nature à résoudre pratiquement la question de la mort apparente, et conséquemment celle de la mort réelle.

Les résultats de mes recherches ultérieures sont venus confirmer cette présomption, et lui donner, dans ma conviction, les caractères d'une vérité scientifique.

L'oxydation d'une aiguille dans les conditions dont il s'agit, et les phénomènes thermiques et électriques qui s'y rattachent intimement et qui peuvent être aussi appréciables que l'oxydation elle-même, constituent, selon nous, un signe constant de mort apparente.

L'absence complète d'oxydation et des phénomènes concomitants est un signe constant de la mort réelle.

L'oxydation seule ou la non oxydation de l'aiguille constitue un signe, que l'on peut dire vulgaire, de la mort apparente et de la mort réelle.

La séance est levée à 5 heures.

CORRESPONDANCE

Secours pour les blessés.

M. le docteur Devergie vient de nous écrire en ces termes :

Madame Devergie s'empresse de répondre à votre appel en vous priant de l'inscrire pour une somme de 200 fr. sur votre liste.

Permettez-moi seulement une observation.

Dans le corps médical, beaucoup de membres n'ont ni femmes ni filles, et bon nombre seraient disposés à coopérer à votre bonne œuvre.

Je crois donc qu'il serait utile d'élargir le cadre de la souscription et de la transformer en une souscription qui représenterait *tout le corps médical*, surtout en présence du dévouement que montrent tous nos jeunes élèves.

Je vous livre ma pensée.

Agréez l'expression de mes sentiments très-distingués.

A. DEVERGIE.

25 juillet 1870.

PETITS HOPITAUX PROVISOIRES

Le ministre de l'intérieur a adressé la circulaire suivante aux préfets de nos frontières du nord et de l'est :

Monsieur le préfet, la pensée de venir au secours de nos soldats blessés et malades a été accueillie avec enthousiasme dans toute la France. Des souscriptions se sont organisées, les offrandes affluent, et bientôt nous aurons à songer aux moyens de les appliquer avec efficacité.

Mais il faut, dès à présent, que la prévoyance publique s'étende plus loin. Les grandes agglomérations de malades, quand elles se sont faites rapidement, entraînent souvent avec elles des inconvénients et des dangers dont les hommes spéciaux ont reconnu toute la gravité. On crée, au contraire, les conditions les plus favorables en disséminant les blessés et les malades, et en les répartissant sur un espace étendu. C'est ce résultat qu'il est nécessaire d'atteindre et pour lequel, monsieur le préfet, je réclame votre concours.

Il me semble utile que vous provoquiez immédiatement, dans les localités rapprochées de la frontière, ou qui s'y rattachent par des voies ferrées, la formation de dépôts provisoires sur lesquels seraient évacués les malades et les blessés. On établirait ces petits hôpitaux dans les bâtiments de la commune ou bien dans des baraquements, ou bien encore, ce qui serait préférable, dans les maisons particulières, qui, j'en ai la confiance, s'ouvriront en grand nombre à nos blessés.

Vous pourrez utiliser les écoles municipales, que l'approche des vacances va rendre libres. Ces hôpitaux seront entretenus par le patriotisme et la sympathie de tous. Les soins seront donnés par les religieuses, les instituteurs, les dames de charité les hommes de bonne volonté, sous la direction des hommes de l'art, et je ne doute pas que nous ne puissions sauver ainsi beaucoup de nos vaillants soldats.

Dès la réception de la présente circulaire, vous aurez à pourvoir, monsieur le préfet, à cette organisation. Les maires grouperont autour d'eux toutes les personnes dont le concours serait acquis à cette œuvre patriotique. De concert avec elles, ils désigneront les locaux qui pourraient être affectés à ce service. Que les lits soient installés, que les médicaments, le linge et tous les objets nécessaires soient préparés et réunis, qu'à chaque ambulance soient immédiatement attachés un médecin, des sœurs de charité, des infirmiers ou des infirmières pris dans le sein de la population et prêts à se rendre à leur poste au premier signal.

Vous adresserez au major-général de l'armée l'état complet de ces petits hôpitaux, avec l'indication du nombre des lits attribués à chacun d'eux. A mesure qu'un lit deviendra vacant, vous lui en donnerez l'avis immédiat, afin que l'intendance militaire puisse savoir, jour par jour, le nombre des places mises à sa disposition et que les transports successifs s'effectuent, pendant toute la durée de la guerre, avec ordre, précision et célérité.

Je vous prie de me rendre compte, le plus promptement possible, de tous les détails de cette organisation.

En ce qui touche le service du transport des malades et des blessés, le Gouvernement sait qu'il peut compter sur le dévouement et le concours absolu de MM les médecins des compagnies de chemins de fer.

Recevez, etc.

CHEVANDIER DE VALDROME.

---

ment on ne rencontre aucune trace de cellules cartilagineuses. Plus loin l'auteur insiste sur l'existence constante de cellules de cartilages au sein des ligaments articulaires; et ici encore il fait provenir de ces cellules de cartilages les cellules étoilées, les fibres de noyaux, et les fibres élastiques complètes qui pour une minime partie, il est vrai, concourent avec les fibres de tissu conjonctif à constituer le ligament.

M. Sappey propose une nouvelle classification des diarthroses. Il en forme deux ordres : 1° articulations dont les *surfaces se correspondent*; 2° articulations dont les *surfaces ne se correspondent* pas.

Dans le premier ordre, nous trouvons les six genres décrits par M. Cruveilhier. Le deuxième ordre comprend quatre genres :

1° Articulations bicondyliennes. Ex. : l'articulation temporo-maxillaire distraite du troisième genre de M. Cruveilhier.

2° Articulations par double emboîtement réciproque. Ex. : articulation sterno-claviculaire (2e genre Cruveilhier).

3°. Articulations bitrochléennes. Ex. : genou (4e genre Cruveilhier).

4°. Articulations à surfaces biconvexes et sans fibro-cartilage interarticulaire. Ex. : apophyses articulaires inférieures de l'atlas avec les apophyses articulaires supérieures de l'axis.

Pour ce 4e genre, il nous semble que l'auteur aurait pu se dispenser de l'établir, les surfaces ne présentant pas un tel degré de convexité que ces articulations ne puissent rentrer dans le genre *Arthrodie* dont l'auteur les a distraites. Il y aurait eu cet avantage que les trois autres genres appartiennent à des articulations des fibro-cartilages interarticulaires, et la division se basant à la fois sur ces deux caractères purement anatomiques, *non correspondance des surfaces, et fibro-cartilages interarticulaires,* eût peut-être mieux atteint le but que se proposait l'auteur.

Le deuxième volume comprend la myologie et l'angéiologie.

Les 85 premières pages sont consacrées à des généralités du plus haut intérêt sur les muscles. La texture des muscles y est fort bien exposée; nous regrettons seulement qu'un anatomiste aussi compétent que M. Sappey ne se soit pas nettement prononcé sur la constitution de la fibrille musculaire. Nous y voyons la preuve des difficultés de cette importante question, dont la solution définitive ne paraît pas encore sur le point d'être donnée.

L'étude des muscles, en particulier, est parsemée d'aperçus généraux sur certains groupes musculaires. Ne pouvant signaler tous les chapitres importants, nous appellerons particulièrement l'attention du lecteur sur l'appareil moteur du globe oculaire, sur l'aponévrose orbitaire: là, il rencontrera des aperçus tout nouveaux et une description complétement originale des muscles lisses annexés à la membrane fibreuse de l'orbite.

Le chapitre de l'angéiologie ne comportait de modifications possibles que sur les points qui concernent l'anatomie générale des des vaisseaux. Les changements sur ce point sont assez marqués, et on le conçoit aisément si l'on se reporte à ce qu'était l'histologie alors que paraissait la première édition.

Nous regrettons que l'auteur, devant se restreindre à l'anatomie descriptive, n'ait pu s'étendre davantage sur l'étude des origines du système lymphatique et sur la texture des ganglions, points d'anatomie qui sont encore l'objet de si nombreuses discussions; et ce *desideratum* nous paraît surtout regrettable quand on songe aux progrès dus à M. Sappey dans l'anatomie du système lymphatique.

En résumé, ces deux volumes nous promettent un véritable traité classique d'anatomie, remarquable par une incontestable netteté d'exposition, par des descriptions irréprochables et d'utiles applications à la pathologie et à la médecine opératoire.

Nous mentionnerons d'une façon toute spéciale les très-belles figures qui accompagnent les descriptions. Leur utilité est incontestable; souvent en effet, l'élève, dans le cours d'une dissection, est fort embarrassé pour distinguer d'un autre un objet dont il a cependant la description. Un coup d'œil jeté sur une figure bien faite le renseigne à l'instant. Or ici les figures ont toutes été dessinées et gravées sous les yeux de l'auteur, qui a mis un soin extrême à leur donner la plus rigoureuse exactitude. Celles que renferment les deux premiers volumes nous montrent qu'il a réussi; on peut même dire que ces figures sont faites avec un véritable luxe.

Un livre continué avec ce soin et dans cet esprit doit occuper dans la littérature scientifique une place exceptionnelle. Les ouvrages élémentaires d'anatomie, publiés tous les jours sous nos yeux, peuvent rendre et rendent incontestablement d'utiles services; mais la plupart du temps, leurs auteurs ont moins la prétention de faire prévaloir des opinions personnelles que de donner un résumé exact de l'état actuel de la science. La nature des études auxquelles M. Sappey se livre avec tant de persévérance depuis plus de vingt ans, donne à son ouvrage une autorité de premier ordre. Toutes les descriptions sont appuyées sur un examen, sur un contrôle minutieux; l'auteur a tout vu, tout disséqué.

Écrit dans de pareilles conditions, le livre que nous venons d'analyser possède non-seulement l'autorité du moment, mais il constituera un monument durable élevé à la science anatomique contemporaine.

Le seul souhait que nous ayons à formuler, c'est de voir, le plus tôt possible, l'ouvrage complet entre nos mains.

Dr LÉON LABBÉ

Chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.

AMBULANCES VOLONTAIRES

Voici comment est constitué le service médical de la première ambulance :

— *Chirurgien en chef* : M. Liégeois, agrégé et chirurgien en chef de l'hôpital du Midi.

Chirurgiens : MM. les docteurs Gillette, prosecteur à la Faculté de médecine ; Good, ex-chirurgien de l'armée américaine ; Martin, ancien interne des hôpitaux de Paris ; Sanné, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Aides-chirurgiens : MM. Laugier, ancien interne des hôpitaux de Paris ; Létendard, docteur en médecine ; Nottin, docteur en médecine ; Ranlow, docteur en médecine ; Sadreux-Lachapelle, docteur en médecine ; Chevalet, Fremy, Labadie-Lagrave, Lagrange, Lorez, internes des hôpitaux de Paris.

Sous-aides : MM. Barborin, Bonnet, Boylan, Brière, Decaestcker, Forestier, Galisson, Guenaud de Mussy, Lafite, Menard, Raillard, Vizzu, étudiants en médecine.

ÉCOLE LIBRE DE MÉDECINE POUR LES FEMMES.

Programme provisoire des cours de la première année :

La première année sera principalement consacrée à l'étude des sciences qui sont la base de la médecine : l'histoire naturelle, la chimie, la physique, étudiées dans leurs applications à l'art de guérir, et l'anatomie.

Pendant le premier semestre, les élèves suivent des cours institués à la Sorbonne pour l'instruction secondaire des jeunes filles, et ayant pour objet :

1° Des notions élémentaires de physique. — Professeur : M. Jamin, membre de l'Institut.

2° Des notions élémentaires de chimie. — Professeur : M. Riche, professeur suppléant à l'École supérieure de pharmacie.

3° Des notions élémentaires de botanique. — Professeur : M. Van Tieghem, maître de conférence à l'École supérieure.

4° Des notions élémentaires d'anatomie et de physiologie animale. — Professeur : M. Bert, membre de la Faculté des sciences.

5° Des notions élémentaires de mathématiques. — Professeur : M. Philippon, secrétaire de la Faculté des sciences.

Pendant le second semestre les élèves suivent :

1° Un cours spécial de chimie pharmaceutique et médicale. — Professeur : un pharmacien des hôpitaux.

2° Des leçons spéciales d'anatomie et de physiologie humaines, considérées dans leurs rapports avec la médecine, et ayant principalement pour objet les fonctions de la digestion, de la respiration, de la circulation et l'innervation. — Professeur : un chirurgien des hôpitaux.

3° Des leçons élémentaires sur la pathologie, spécialement sur les maladies particulières aux enfants, et leçons d'hygiène. — Professeurs : deux médecins des hôpitaux.

A partir de ce second semestre, les élèves fréquenteront les hôpitaux qui leur seront désignés.

Des conférences complémentaires et des démonstrations seront faites par des répétiteurs spéciaux.

Pendant cette première année et les années suivantes, les élèves qui voudront exercer en pays musulman auront, chaque semaine, trois leçons de turc ou d'arabe. — Professeurs : M. Pavet de Courteille, professeur au Collége de France et M.

A la fin de l'année scolaire, examen de passage au cours supérieur.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 21 juillet 1870, rendu sur la proposition de l'amiral ministre de la marine et des colonies, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de directeur : MM. les médecins en chef Quesnel (Edmond-Théodore), Rochard (Jules-Eugène).

Au grade de médecin en chef : MM. Maisonneuve (Auguste-Alfred-Camille), médecin professeur ; Mauger (Pierre-François-Paul-Noël), médecin principal.

— Par arrêté en date du 24 juillet, le ministre de l'intérieur a chargé M. le docteur Oulmont, médecin des hôpitaux de Paris, médecin en chef du chemin de fer de l'Est, de l'installation et de l'inspection du service des ambulances et des hôpitaux provisoires établis dans les communes, en faveur des militaires malades ou blessés.

— Par une décision impériale, en date du 22 juillet 1870, rendue sur la proposition de l'amiral ministre de la marine et des colonies, les docteurs en médecine qui se présenteront pour servir à bord des bâtiments de la flotte pendant la durée de la guerre pourront recevoir des commissions de médecins auxiliaires de 2e classe.

— Nous rappelons que c'est le 1er août que doivent être remis à l'archiviste de la Société anatomique les mémoires concernant l'*anatomie* ou l'*anatomie pathologique* ou la *tératologie*, pour le concours du prix GODARD.

Adresser les volumes ou manuscrits à M. H. Liouville, rue Mazarine, 9.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — CONFÉRENCE MÉDICALE DE PARIS. — Emploi du chloral dans le traitement des algies de nature vénérienne (M. Mauriac). Note sur un signe de certaines fractures de la face (M. Dubreuil). — Ovariotomie ; guérison (M. Liégeois)

CONFÉRENCE MÉDICALE DE PARIS

Séance du 29 juin 1870 (1). — Présidence de M. CAFFE.

CORRESPONDANCE

(Suite)

Vaccin jennérien.

M. MORÈRE (de Palaiseau). Je dois vous dire que j'ai pris pour règle de vacciner du sixième au septième jour, et toujours de bras à bras.

Le transport sur plaques, tubes, lancettes, etc., m'ayant toujours donné peu de résultats, le vaccin employé a été le vaccin jennérien.

Enfants appartenant aux employés : 8 vaccinations. Il faut aussi noter que je recommence la revaccination jusqu'à réussite, ce qui équivaut à 8 succès.

Revaccinations d'adultes, agents de la compagnie : 12 ; 7 succès.

Je n'ai jusqu'à présent eu aucun cas de variole chez les employés.

Maintenant je vais vous donner les nouvelles vaccinations pratiquées par le docteur Delsol et moi, dans les communes de notre clientèle.

Palaiseau. — 267 vaccinations, se décomposant ainsi : vaccinations d'enfants avec succès complet, 88 ; revaccinations, 179 ; réussite chez 103.

Individus atteints de la variole et supposés vaccinés, 13 ; décédés, 2.

Massy. — Enfants vaccinés, 40 ; adultes revaccinés, 260. — Insuccès, 115 ; variole, 50.

Décès par suite de la variole : 3 cas, tous vaccinés.

Igny. — Enfants vaccinés, 27 ; adultes, y compris l'orphelinat pour 83, 315 ; réussite, 109.

Individus atteints de la variole, 63 ; décédés, 6.

Bièvre. — 3 décès chez des adultes.

Dans cette commune exercent deux médecins. Nous ne savons si des revaccinations ont été pratiquées.

Villelon. — 13 vaccinations d'enfants ; 64 d'adultes, 29 succès ; 1 décès.

Champlan. — 6 vaccinations d'enfants ; 15 d'adultes, 4 succès ; 1 décès.

Orsay. — 13 vaccinations d'enfants ; 47 d'adultes, 22 succès ; 1 décès.

Dans cette commune se trouvent un médecin et un hôpital. Il y a eu nécessairement d'autres vaccinations.

Saclay. — 9 vaccinations d'enfants ; 14 d'adultes, 4 succès ; pas de variole.

Vanheillan. — Enfants 6 ; adultes 9, 4 succès ; variole 1 ; pas de décès.

M. MAUGENEST (de Saint-Amand).—Total des revaccinations : 97.

Résultats négatifs : 26 ; pustules incomplétement développées (faux vaccin), 27 ;

Pustules complétement développées (résultat positif), 44.

Le virus employé a été le vaccin humain, porté directement de bras à bras. Il semblerait que la revaccination a mieux réussi dans certaines familles, et que la durée de l'influence du vaccin serait jusqu'à un certain point héréditaire, autant qu'on peut en juger sur un tableau aussi succinct.

Il me paraît également résulter de ces observations que rien n'est plus variable que la durée de l'efficacité de la vaccine, car des pustules parfaitement développées ont pu se montrer trois à quatre ans après la première vaccination.

Le faux vaccin est-il sans efficacité? Je serais porté à croire que non, car sa marche a eu quelque analogie avec celle de la vaccine la mieux caractérisée.

M. SOULÉ (de Coutras). J'ai vacciné pas mal d'individus de tout âge, de tout sexe. Sur presque tous, les accidents locaux consécutifs à l'inoculation ont été relativement considérables. Loin d'être en faveur des détracteurs des vaccinations en temps d'épidémie, les manifestations intenses du virus localisé me semblent leur infliger un démenti.

Vaccin frais. — Vaccin conservé.

M. FATOU (de Quimper). Je n'ai pas les éléments d'une statistique des vaccinations que j'ai faites dans ma clientèle privée, au nombre de 300 à 400 probablement ; mais voici les résultats approximatifs : le vaccin d'enfant a pris généralement à tous les enfants, sauf aux enfants au-dessous d'un mois, lorsqu'il était récent. Séché sur plaques à l'ombre, il s'est conservé aussi bien qu'en tubes ; conservé en tubes scellés à la lampe, au bout de plusieurs mois, il a bien pris le jour de l'ouverture du tube, mais, deux jours après, le reste du vaccin n'a donné aucun résultat.

La revaccination des adultes a réussi souvent de 20 à 40 ans, et presque toujours chez les personnes de 50, 60 et 70 ans non revaccinées depuis leur enfance, en employant du vaccin récent d'enfant.

Le vaccin, beau en apparence, recueilli au bras d'une jeune fille de 23 ans, vaccinée pour la seconde fois, a échoué chez les adultes et les enfants. Du vaccin de génisse, expédié de Paris en 2 tubes par le docteur Lanoix, a échoué complétement, quatre jours après qu'il avait été recueilli, sur 10 adultes revaccinés et 2 enfants non vaccinés antérieurement. L'autre tube, 10 à 12 jours après, mis à un bras à 5 adultes dont l'autre bras recevait du vaccin d'enfant un peu ancien, n'a pas non plus réussi.

M. OHEIX (de Savenay). Voici le résultat de mes revaccinations :

Employés de la compagnie d'Orléans vaccinés par moi en mai et juin 1870. — 1° Vaccinés avec du vaccin d'enfant de bras à bras : 34. Tous ces employés (34) avaient été vaccinés à une époque plus ou moins éloignée et portaient des cicatrices de vaccin.

Sur ces 34 revaccinés, 9 ont eu de beau vaccin, 5 à 6 ont eu des boutons de vaccinoïde.

2° Revaccinés avec du vaccin pris sur 2 des 9 employés précédents, c'est-à-dire avec du virus recueilli au moment de l'opération sur des boutons, suite de revaccinations : 21.

Sur ces 21 revaccinations, je n'ai pu connaître le résultat de l'opération que dans 10 cas. Sur ces 10 cas, deux fois l'opération a réussi. Il m'a été impossible de savoir ce qui s'était passé chez les onze employés.

3° Revaccinés avec du vaccin recueilli le jour même sur des enfants, et conservé dans des tubes : 9. Nombre de succès obtenus sur ces 9 : 2.

Plusieurs de ces 9 ne présentaient aucune trace de vaccin, bien que tous prétendissent avoir été vaccinés ; 1 de ces 9 reconnaît n'avoir jamais été vacciné ; mais il a eu la variole, il y a 8 à 9 ans ; chez lui le vaccin n'a pas réussi.

Vaccinés en dehors de la compagnie. — 1° Enfants vaccinés pour la première fois avec du vaccin d'enfant et de bras à bras : 38 ; succès : 38.

2° Enfants vaccinés pour la première fois avec du vaccin d'adulte revacciné : 14 ; succès : 14.

3° Adultes revaccinés avec du vaccin d'enfant et de bras à bras : 12 ; succès : 0. Trois ont eu des boutons de vaccinoïde.

4° Adultes revaccinés avec du vaccin conservé dans des tubes et de un à six jours de date : 9 ; succès : 0. 2 ont eu des boutons de vaccinoïde.

M. JOLLET. Dès le commencement de l'épidémie, j'ai vacciné, avec du vaccin conservé dans un tube depuis plus de six mois, un enfant dans une commune composée de mineurs ; avec les boutons heureusement développés, j'ai pratiqué l'opération sur cinq ou six enfants. Et tous les huit jours, après avoir pris du vaccin en tubes pour le transporter soit en ville, soit dans d'autres communes que je parcours comme médecin cantonal, je refaisais cinq ou six autres sujets. Jusqu'aujourd'hui, j'ai toujours eu du vaccin frais et pris dans les meilleures conditions. Tout enfant douteux, faible ou atteint d'impétigo, était laissé, et le virus n'a jamais été transmis dans ce cas.

Avec cette méthode : vaccin pris sur un bel enfant le 7e ou 8e jour, selon l'état de la température (rarement le 9e), vaccin pris en tubes, *jamais je n'ai eu un insuccès*, et je puis approximativement compter sur 120 ou 130 enfants, plus d'un tiers, vaccinés avec le virus transporté dans un tube, à des distances éloignées.

Chez les grandes personnes, de 30 à 55 ans, j'ai eu la moitié au moins de succès pour celles qui n'avaient jamais été revaccinées depuis leur enfance. Sur une dame de 60 ans, j'ai obtenu six belles pustules, toujours avec le vaccin en tubes. Le nombre des grandes personnes est environ de 60 à 80.

De 10 à 30 ans, le résultat heureux n'est que d'un tiers. Je n'ai pas voulu revacciner avant 10 ans, sauf volonté expresse de la famille.

Le vaccin de génisse produit par le vaccin de l'enfant, vaccin que je n'ai pas employé, mais dont j'ai suivi le travail et les expériences, n'a jamais donné que des résultats dérisoires.

J'ai eu l'honneur de vous dire, je crois, lors de mon dernier voyage, que j'avais tenté de produire le cow-pox sur la vache avec la maladie du cheval dite eaux aux jambes. De concert avec un vétérinaire fort instruit de la ville, nous avons inoculé cinq vaches sans aucun résultat.

J'ai cherché dans la campagne, dans un rayon de six à huit lieues, le cow-pox naturel chez la vache ; aucun cultivateur n'a pu ni m'en fournir ni m'en montrer.

En résumé, j'ai vacciné à peu près 120 à 130 enfants, les deux tiers de bras à bras, un tiers avec du vaccin en tubes pris le 7e ou 8e jour, et transmis du 2e au 30e jour. Je n'ai pas eu un insuccès, et mon premier enfant étalon a été inoculé avec un virus datant de six mois en tubes.

J'ai échoué 8 fois sur 10 avec le vaccin conservé en plaques bien latées avec le papier d'argent, quelle qu'en fût la provenance et de quelque manière que je l'aie employé ; j'en suis revenu toujours au système des tubes.

Sur 60 ou 80 adultes vaccinés depuis 25 ans jusqu'à 60 ans, moitié environ de succès, s'il n'y avait jamais eu de revaccinations antérieures ; un cinquième environ, s'il y avait eu une ou plusieurs revaccinations.

Échec presque constant avec le vaccin de génisse transmis sur enfant, et, dans le cas de succès, pustules petites et n'atteignant jamais le développement produit par le virus pris directement chez l'enfant.

M. RECURT (de Toulouse). La Société des sciences médicales de Toulouse tient ses séances dans l'hôtel que j'habite. Elle a vacciné gratuitement et régulièrement tous les lundis des mois d'avril et de mai. Elle a mis spontanément à ma disposition, pour mes vaccinations et revaccinations, les génisses dont j'ai eu besoin, avec un gracieux empressement dont je l'ai remerciée.

Voici donc mes renseignements :

150 enfants vaccinés, les deux tiers avec succès ; 250 adultes revaccinés, un tiers avec succès.

Je me suis servi indistinctement du vaccin humain et de celui de génisse, au choix des personnes qui subissaient cette petite opération. Les résultats ont été à peu près identiques.

C'est de bras à bras (le virus pris sur un sain et bel enfant) que j'ai vacciné et revacciné avec le vaccin humain.

Le vaccin recueilli sur des plaques de verre ne m'a donné de bons résultats que tout autant que je l'ai employé frais.

M. PATUREAU (de Châteauroux). Dans ma clientèle privée, j'ai pratiqué des vaccinations et des revaccinations, et je me suis toujours servi du vaccin jennérien. Je le propage le plus souvent de bras à bras, et, si je suis obligé d'avoir recours à une autre méthode, je le conserve sur deux plaques de verre, et je l'emploie le jour même où je l'ai pris, ou le lendemain, au plus tard, ayant observé que plus longtemps le vaccin est ainsi conservé, moins il a de chance de réussir.

Vaccin en tubes, sur plaques, etc.

M. AUSSET (de Cahors). Le 25 mars vous m'avez envoyé deux pointes d'ivoire chargées de vaccin de génisse, je me suis empressé de l'inoculer à deux personnes, en ayant bien soin de me conformer aux indications qui accompagnaient les pointes ; mais le résultat a été nul chez les deux enfants. Comme il n'y avait alors aucun cas de petite vérole ni dans la ville, ni dans les environs, je n'ai pas voulu vous demander du vaccin de nouveau. Un de ces enfants été plus tard vacciné utilement avec un tube de vaccin de provenance inconnue.

M. PICARD (de Selles-sur-Cher). La vaccination que j'ai pratiquée sur un enfant, avec un tube de vaccin de génisse, a été sans succès.

M. DIARD (de Dourdan). J'ai reçu le vaccin de génisse que vous avez eu l'obligeance de m'envoyer, et je l'ai inoculé aussitôt à un petit enfant de notre chef de gare et à un facteur, mais il n'a pris ni sur l'un ni sur l'autre.

M. GUÉRINEAU (de Poitiers). J'ai vacciné un enfant avec le vaccin que vous aviez eu la complaisance de m'envoyer, et le résultat a été nul.

M. HUGUEL (de Cransac). J'ai le regret de vous annoncer que le vaccin de génisse que vous m'avez envoyé n'a pas réussi. Je l'ai essayé sur deux enfants. Les boutons ont paru le troisième jour, et se sont desséchés le cinquième. Le même phénomène s'est produit sur les deux sujets.

Ici, ni dans les environs, pas un cas de variole jusqu'ici.

M. LACOMBE (de Lacoquille). Le vaccin de génisse sur pointes d'ivoire n'a pas réussi : j'avais vacciné plusieurs enfants, il n'a pris sur aucun. On aurait dû le conserver sur plaques ou dans des tubes ; c'est probablement la cause de l'insuccès.

M. BESNARD (de Vichy). Je n'ai vacciné à la compagnie qu'un seul employé, le sous-chef de gare des voyageurs. Je me suis servi du vaccin de génisse que vous m'aviez envoyé. Insuccès complet.

En ville, j'ai vacciné un enfant avec le même vaccin de génisse, et sans succès. Le vaccin jennérien frais pris le septième jour, réussit sur cet enfant qui avait déjà été vacciné deux fois avec du vaccin conservé sous verre. J'ai vacciné six autres enfants avec le vaccin jennérien, pris à la même époque et de bras à bras. Sur tous, le vaccin a très-bien pris.

Quinze adultes à peu près ont été vaccinés avec le même vaccin pris sur des enfants. La moitié d'entre eux à peu près ont eu des pustules vaccinales très-bien caractérisées. Les autres n'ont rien présenté, si ce n'est deux ou trois fausses pustules.

J'ai soigné en ville un seul malade atteint de variole discrète, 38 ans, ayant été vacciné dans son enfance, une fois. Il a guéri sans accident autre qu'un ulcère de la cornée, occasionné par une pustule.

M. GRAJON (de Vierzon). J'ai revacciné une dizaine d'hommes en tout, tant de la voie que de la traction et de l'exploitation.

De ce nombre, quatre environ l'ont été fructueusement.

(1) Suite. — Voir les numéros des 16 et 23 juillet 1870.

Mon vaccin de semence a toujours été du vaccin jennérien assez récent, conservé en tubes; puis j'ai toujours utilisé autant que possible les pustules des enfants vaccinés sur tubes.

J'ai vacciné un veau avec du vaccin pris sur un bras d'enfant; mais j'en ai été littéralement pour mes frais; mes piqûres n'ont pas pris.

Vaccin humanisé.

M. SÉGURET (de Rodez). Le premier vaccin que j'ai eu à ma disposition m'avait été envoyé de Toulouse, par M. Guitard, professeur-adjoint de clinique interne; je lui avais demandé du vaccin pris sur un enfant. Des cinq plaques de verre que j'avais reçues, quatre furent employées à revacciner des élèves du lycée (les plus âgés), et la dernière à vacciner un enfant de 3 ans. C'était au mois d'avril; il faisait encore un peu froid; je n'eus aucun succès sur les revaccinés; quatre boutons sur six piqûres se montrèrent chez l'enfant; mais ces quatre boutons furent lents à paraître, se développèrent mal et amenèrent chez l'enfant peu de réaction. Avec le virus de ces boutons, je vaccinai trois autres enfants : chez deux, résultat médiocre, boutons peu développés; chez le troisième, six boutons plus beaux. C'est à cette dernière source que je puisai pour mes vaccinations et revaccinations subséquentes, et à partir de ce moment les succès furent constants. Toutes mes vaccinations ont été suivies de succès, et les revaccinations ont d'autant mieux réussi que je m'éloignais davantage de la première source employée.

La conclusion que je crois pouvoir tirer de ceci, c'est que les cinq plaques de verre, qui me furent envoyées de Toulouse en avril dernier, pouvaient bien avoir été prises sur un enfant; mais je présume que cet enfant avait dû être vacciné lui-même avec du vaccin de génisse, et ce n'est qu'après avoir resemé plusieurs fois ce virus primitif sur des bras d'enfants qu'il est arrivé progressivement à l'état de graine parfaite. Ce dernier résultat s'est produit à la troisième génération (à la quatrième, en y comprenant l'enfant de Toulouse, qui m'avait fourni la première semence).

J'ai vacciné de 55 à 60 enfants, en ville ou à la campagne, les uns de bras à bras, les autres avec des plaques de verre que j'avais recueillies moi-même, et je n'ai eu aucun insuccès. Quand j'ai vacciné avec des plaques, ç'a été toujours peu de temps après les avoir chargées, quatre à six jours au plus.

Pour les revaccinations, toutes les fois que j'ai pris le virus sur le bras d'un enfant et que je l'ai inoculé desuite, je n'ai échoué qu'une fois sur huit ou dix. Avec du vaccin conservé sur des plaques de verre, la proportion des insuccès a été de 1 sur 3 environ.

M. GAGNARD (de Castillon). Je réponds à chacune de vos questions :

1° Nombre des enfants vaccinés : 80 opérations ont été faites et ont donné 80 succès. 6 piqûres ont été pratiquées sur chaque enfant; presque toujours j'ai obtenu six pustules.

2° Revaccinations sur les adultes : 50 opérations ont donné 29 succès et 21 insuccès. En moyenne, la moitié des piqûres seulement a été suivie de pustules.

3° Les revaccinations du début (sur trois enfants) ont été faites avec du vaccin qui m'avait été envoyé de Bordeaux. Il était conservé sur des plaques de verre; il avait été pris sur une génisse, mais je ne puis dire depuis combien de temps il était en plaques; cependant, de mes renseignements il résulte qu'il n'y avait pas plus d'un mois qu'il avait été recueilli.

J'avais deux plaques : avec la première, je n'ai obtenu aucun résultat sur les trois enfants vaccinés. Avec la seconde plaque, j'ai vacciné de nouveau les mêmes enfants (quinze jours après la première opération), et j'ai obtenu 4 pustules sur l'un des enfants; les deux autres n'eurent rien encore.

A partir de ce moment, j'ai vacciné en prenant le vaccin sur cet enfant, et toutes les opérations que j'ai pratiquées par la suite ont toujours été faites de bras à bras. Jusqu'ici, je me suis constamment servi de vaccin pris sur un enfant ou sur un adulte qui n'avait jamais été vacciné.

Je n'ai eu à soigner aucun cas de variole. L'épidémie n'est point encore arrivée jusqu'à nous.

Efficacité de la vaccine.

M. DEVERS (de Saint-Jean-d'Angély). Au mois de mars 1861, deux individus, B... père et fils (de Lajallée, village de la commune de Saint-Denis-du-Pré, près de Saint-Jean-d'Angély), revenaient chez eux d'une foire de Brion (Deux-Sèvres), et avaient couché dans une auberge où il y avait des varioleux. Distance parcourue : 16 à 18 lieues environ.

Il n'y avait pas alors, dans tout l'arrondissement de Saint-Jean, un seul cas de variole. Ces deux individus en furent atteints aussitôt leur arrivée chez eux. Elle fut très-grave, et ils sont restés défigurés depuis. Plusieurs autres, de leurs parents et voisins, furent atteints. Ce que voyant, quelques jeunes gens de la commune vinrent me raconter la chose et me demander de les vacciner.

Je demandai immédiatement du vaccin à l'Académie de médecine, et quelques jours après, sur les plaques envoyées, je vaccinai huit personnes, de sept à quinze ans, n'ayant jamais été vaccinées. A l'honneur de l'Académie, son vaccin prit sur tous, et huit jours après, je vaccinai avec ceux-là, et de bras à bras, plus de cent autres personnes de cette commune, de tout âge et de tout sexe. Les vaccinations prirent toutes très-bien, sauf quelques revaccinations (le quart environ). Huit jours encore après, je finis de revacciner le reste de la commune.

Pendant ce temps, la variole avait fait du mal. Une douzaine de personnes étaient atteintes. Trois avaient succombé (des enfants non vaccinés, dont deux furent pris le troisième et le cinquième jour après leur vaccination, qui ne pouvait servir à rien encore). Mais le village de Lajallée et deux autres, voisins, virent seuls sévir sur eux la variole. Par cette vaccination en masse, la variole fut tuée sur place.

Aucun de ceux que j'avais vaccinés ou revaccinés ne fut plus atteint, et huit jours après ma dernière fournée, la variole était morte et bien morte. Pas un seul autre cas dans l'année ni dans le reste du canton. En ville, distante de 4 kilomètres, il n'y eût pas un seul cas cette année-là.

Je n'ai jamais vu de syphilis vaccinale. Nous vaccinons autant que possible de bras à bras, lorsque le bouton est encore dans toute sa fraîcheur. Je n'ai jamais vu d'accidents graves. Quelquefois un gonflement inflammatoire dont les cataplasmes font justice. Je sais que quelques-uns de mes confrères ont fait venir de Paris du vaccin de génisse, mais il n'a pas pris. Peut-être était-il trop vieux.

M. AUSSET (de Cahors) 2e lettre. Pendant la durée de cette épidémie 196 hommes, 179 femmes et 31 enfants ont été affectés, en tout 406; il est mort 31 hommes, 27 femmes et 7 enfants, en tout 65 : 1 sur 6 environ. Je ne puis pas vous fixer d'une manière exacte sur l'âge des individus affectés, le plus grand nombre avait de dix-huit à trente ans; c'est à cet âge principalement qu'a eu lieu la plus grande mortalité, et la plupart de ceux qui sont morts n'avaient pas sur les bras des traces de vaccine. Parmi les enfants affectés et qui avaient été vaccinés, tous avaient plus de dix ans, et il n'en est pas mort un seul. Les 7 qui sont morts n'avaient pas été vaccinés et avaient tous moins de trois mois. 3,000 revaccinations au moins ont été faites de bras à bras, avec du vaccin pris sur des enfants vaccinés pour la première fois. Le vaccin qui avait servi pour le premier enfant avait été envoyé de Paris, dans des tubes, au mois de septembre 1868, sans désignation de provenance. Il a réussi à produire de vrais boutons au moins dans la moitié des cas. Les deux tiers environ de l'autre moitié ont eu des vésicules de fausses vaccines. Le dernier tiers de cette moitié, c'est-à-dire un sixième environ du nombre total des revaccinés n'a eu aucune manifestation. Pas un seul de ces revaccinés n'a eu la variole. Les 500 environ sur lesquels il ne s'est produit, à la suite de la revaccination, de manifestation d'aucun genre, étaient-ils en ce moment-là réfractaires à la petite vérole comme à la vaccine? on serait tenté de le croire, puisqu'ils ont tous été épargnés par l'épidémie.

Les revaccinations ont été faites depuis l'âge de huit ans jusqu'à un âge avancé. L'enfant le plus jeune sur lequel il se soit développé des boutons de vrai vaccin avait alors neuf ans et demi. Relativement aux revaccinations il s'est passé un fait qui m'a frappé, je ne puis résister, malgré la longueur de cette note, au désir de vous le raconter. Quatre pensionnats de jeunes filles et trois pensionnats de garçons contenant environ 600 élèves, depuis l'âge de sept ans jusqu'à l'âge de dix-sept ou dix-huit ans, ont été revaccinés :un grand nombre d'enfants ayant plus de douze ans ont eu de très-beaux boutons. Pas un seul cas de petite vérole ne s'est déclaré dans ces maisons.

Le même résultat a été obtenu à la caserne sur 500 soldats revaccinés par le médecin militaire avec une réussite de 60 pour 100. J'avais alors le service des militaires à l'hôpital civil; je n'ai pas eu à soigner un seul varioleux parmi eux, tandis que dans un autre compartiment du même hôpital et sur la même cour, dans le service civil, il y a eu des cas de variole pendant toute la durée de l'épidémie. Maintenant comme contre partie de ce que je viens de raconter, il me reste à dire qu'une maison d'éducation de filles pauvres qui ne contient qu'une douzaine de pensionnaires, une maison de refuge contenant habituellement 150 filles, et le grand séminaire ayant alors 70 élèves n'ayant pas jugé utile de suivre l'exemple des autres pensionnats, et s'étant privés des bienfaits de la revaccination, ont été envahis par la petite vérole, et chacune de ces trois maisons a eu à déplorer quelques victimes. Le séminaire a dû être licencié, il y a eu 27 malades. Il me semble qu'en présence de ces faits qu'ici tout le monde connaît, on serait mal fondé à ne pas croire à l'efficacité des vaccinations et des revaccinations.

M. DAROUX (de Saramont, Gers.) J'exerce depuis dix ans la médecine dans le département du Gers et très-souvent dans cet espace de temps, il m'a été malheureusement donné d'observer la variole, soit, à l'état sporadique, soit à l'état épidémique.

De l'examen approfondi de ces faits cliniques, j'ai cru pouvoir tirer les conclusions suivantes :

Le virus jennérien a perdu de ses propriétés fondamentales; il ne met plus à l'abri de la variole pendant un temps aussi long, qu'il le faisait dans les premières années de sa découverte.

Les cas de variole, observés par moi, se sont presque exclusivement manifestés chez les adultes et les vieillards; plus on se rapprochait de la période vaccinale, plus aussi s'éloignaient les chances de contracter cette affreuse maladie, tandis que le contraire avait lieu.

La confluence, la gravité de la variole ont été d'autant plus grandes qu'on s'éloignait de la période de la vaccination. La variole hémorrhagique a été celle qui a donné lieu au plus grand nombre de décès.

La revaccination, pratiquée sur une large échelle, a profondément atténué l'extension de l'épidémie. La revaccination n'a jamais provoqué l'évolution de la maladie; au contraire, elle l'a toujours modifiée et singulièrement amoindrie quand la seconde s'est simultanément développée avec la première, ce que j'ai observé plusieurs fois.

M. GALLARD. Voici la statistique générale des vaccinations pratiquées par mes divers correspondants :

1° Avec le vaccin Jennérien : 2,856 vaccinations sur des enfants, 2,733 succès; 8 vaccinations sur des adultes, 7 succès; 3,451 revaccinations sur des adultes, 1,466 succès. Total général : 4,206 succès sur 6,315 opérations.

2° Avec le vaccin de génisse : 283 vaccinations d'enfants, 170 succès; 522 revaccinations d'adultes, 126 succès. Total général : 386 succès sur 803 opérations.

M. VICTOR REVILLOUT, l'un des secrétaires, donne lecture ou fait l'analyse de documents provenant des hôpitaux de Paris.

Manifestations hémorrhagiques dans la variole.

MM. GORECKI, interne et RUAUX, externe du service de M. Descroisille à l'hôpital de la Charité (annexe), résument ainsi leurs observations.

Une des complications les plus remarquables de la variole, surtout dans cette épidémie, est celle qui a trait aux hémorrhagies. Celles-ci, en effet, suivant qu'elles se sont montrées, à certaines périodes de l'affection, avec tel ou tel symptôme, présentent de nombreuses différences, tant sous le rapport de la marche qu'elles impriment à la maladie principale que sous celui du pronostic.

Parmi les divers cas que nous avons pu observer, nous avons cru pouvoir distinguer quatre types principaux autour desquels peuvent venir se grouper les diverses variétés.

Certains de ces types, très-fréquents, ont été bien étudiés par les auteurs. D'autres, plus rares, ne peuvent être distingués qu'au milieu d'un nombre considérable de malades, en temps d'épidémie, alors que les éléments de comparaison se trouvent en abondance sous les yeux.

Ainsi nous avons cru pouvoir distinguer quatre formes principales de manifestations hémorrhagiques.

1° Hémorrhagie d'emblée (variole noire, variole hémorrhagique des auteurs);

2° Rash purpurin;

3° Variole hémorrhagique secondaire;

4° Pustules hémorrhagiques terminales.

1° *Variole hémorrhagique.* — Nous n'insisterons pas sur la description bien connue de la variole noire qui a causé plus de la moitié des décès dans les deux mois de mars et d'avril. Son diagnostic, toujours facile, présente des symptômes si caractéristiques qu'après les avoir vus une fois la confusion n'est plus possible. Ainsi elle affecte surtout les hommes de 25 à 50 ans; elle est plus commune relativement à mesure que l'âge est plus avancé; la peau est uniformément couleur lie de vin et ne présente point les taches purpurines de la seconde catégorie; on peut presque la confondre avec une scarlatine noire générale. La marche de la maladie est aussi très-caractéristique; l'éruption n'apparaît que beaucoup plus tard; elle consiste en pustules aplaties, se détachant en blanc sur une surface foncée.

A ce moment les symptômes généraux présentent la plus grande gravité : la fièvre est intense, l'oppression, la rachialgie, extrêmes. La température, d'abord très-élevée, ne baisse qu'à la période ultime, et le refroidissement commence par la périphérie.

En même temps, des congestions et des hémorrhagies apparaissent dans tous les organes. Il survient des épistaxis incoercibles, des hématémèses, des hématuries, des hémorrhagies sous la conjonctive.

La mort arrive en général par congestion pulmonaire, rapidement, souvent avant l'éruption; le délire est moins fréquent dans cette forme que dans la variole confluente.

2° *Rash*, variolous rash.— Les principaux caractères de la variole rash sont tirés : 1° de l'époque où le rash se produit;

2° De sa position habituelle;

3° De la forme, de la couleur des hémorrhagies;

4° De leur durée.

Ainsi, le *rash* a lieu avant l'éruption de la variole, deux jours après les premiers prodromes. A ce moment, la température est la plus haute de toutes celles que nous ayons trouvées.

Il se localise à la partie interne des articulations, et regardant de préférence le plan médian. Ses endroits de prédilection sont par ordre de fréquence :

1° Le pli inguinal : il s'étend aussi sur le ventre et la partie interne et supérieure des cuisses;

2° L'aisselle, 3° le pli du coude, 4° la partie interne des genoux, 4° le cou.

Il n'apparaît pas toujours en tous ces endroits à la fois.

Son aspect est bien tranché, et nous nous expliquons difficilement qu'un œil *exercé* l'ait confondu avec une scarlatine.

Le rash, en effet, est formé par un pointillé purpurin, formé de taches de la largeur d'un grain de millet accolées les unes aux autres, devenant plus distinctes vers les bords, et n'occupant qu'un espace parfaitement limité.

Il accompagne en général une varioloïde ou une variole discrète, et son pronostic nous a toujours paru excellent.

La durée du rash est en général de trois jours: souvent plus, jamais moins, d'après ce que nous avons vu; vers le commencement du troisième jour, la coloration jaunit, devient analogue aux éphélides, ou bien est remplacée par une éruption confluente de sudamina, qui disparaissent bien avant la fin de la maladie et altèrent peu la peau.

3° *Variole hémorrhagique secondaire.*— Cette variole débute comme une variole confluente; à peine si une certaine paresse dans l'éruption, une teinte légèrement violette autour des pustules, une congestion plus intense des poumons, peuvent faire présager la complication qui doit survenir.

L'éruption se fait bien, pas d'épistaxis, ni aucun des signes qui forment le cortége de la variole d'emblée hémorrhagique. Mais au moment où on attend la suppuration, et quelquefois un jour après, un changement subit arrive dans l'état général et dans l'aspect de l'éruption. L'oppression devient extrême, des épistaxis, des hématémèses, des hématuries se déclarent, en même temps que la peau devient violette, que les pustules déjà blanches s'affaisent, et que leur centre ombiliqué devient noir.

Tous ces phénomènes se produisent subitement à la même *période* de l'éruption; dans des cas de variole confluente, le pronostic en a toujours été fatal.

4° Après avoir signalé la gravité de la variole hémorrhagique secondaire, nous allons décrire notre dernière forme d'hémorrhagie, que nous n'avons trouvée signalée nulle part.

Cette quatrième variété se distingue des précédentes :

1° Par la période et les circonstances où elle se produit;

2° La forme spéciale qu'elle affecte, les endroits où elle se montre.

3° Son pronostic.

Ces hémorrhagies surviennent à la période de dessication de variole très-confluente, au milieu d'une fièvre intense en général. A ce moment, les pustules confluentes qui recouvrent les extrémités des membres, se confondent entre-elles et forment de grosses bulles qui se remplissent presque soudainement d'un liquide séro-sanguignolent ou de sang pur.

Nous avons vu des doigts complétement enveloppés d'une gaîne sanguine, et aux jambes des phlyctènes hémorrhagiques de la grosseur de celles qui résultent d'un vésicatoire.

L'aspect de ces parties est au premier abord effrayant. La première idée qui se présente à l'esprit est celle d'une gangrène des

extrémités. Loin de là, dès que ces phénomènes se sont produits, la fièvre tombe, le malade recouvre l'appétit, la maladie marche rapidement vers la guérison. Aussi, à la vue de ces symptômes, rassurons-nous toujours les malades épouvantés, et notre confiance n'a jamais été trompée.

Peu à peu ces phyctènes se dessèchent, le contenu est résorbé ou s'écoule à l'extérieur, l'épiderme est détruit, quelquefois les ongles tombent, et au-dessous apparaît une peau saine de nouvelle formation.

Coïncidences de variole et de vaccine.

M. GORECKI. Voici quelques cas de coïncidence de la variole et de la vaccine :

1° Jeune homme atteint de variole semi-confluente, portant trois pustules de vaccine animale, dont l'inoculation a eu lieu dix jours avant l'éruption de la variole.

Les deux éruptions marchent de concert sans se modifier, la guérison a lieu après les phases ordinaires de la maladie.

2° Le nommé V..., 19 ans, entre le 29 avril à la salle Sainte-Marie, il est atteint d'une variole discrète à larges et beaux boutons ombiliqués; il porte une pustule de vaccine sur le bras droit et deux sur le bras gauche.

Sa vaccination a été faite par une sage-femme avec du vaccin d'enfant le 14 avril, c'est-à-dire dix jours avant l'éruption de la variole. Marche régulière des deux maladies. Guérison.

3° B..., 22 ans, vacciné dans son enfance, est revacciné avec le vaccin animal, par le docteur R..., son maître (Boulevard Magenta), un mois avant son entrée à l'hôpital, qui a lieu le 3 mai 1870. A cette époque, il porte sur le bras gauche une pustule de vaccine arrivée à la période de dessiccation. Il est atteint de varioloïde semi-confluente, qui se termine sans autre complication.

4° M. F..., 35 ans, entré chez M. Brouardel pour y être soigné d'un diabète sucré, est revacciné le 5 mai par M. Girard, interne du service. Une pustule réussit; les prodromes sont du 13, l'éruption confluente et assez grave a lieu le 15.

Pendant le cours de la maladie le diabète cesse complètement.

Les deux éruptions, vaccine et variole, suivent leur cours normal. La guérison a lieu un mois après environ; le diabète se reproduit, mais un peu moins intense (le sucre avait, à un moment donné, complètement disparu des urines).

5° Un jeune homme entre à l'hôpital pour une varioloïde très-légère; il a été vacciné il y a dix jours, et porte une pustule qui commence à se dessécher au moment où nous le voyons; sa varioloïde date de deux jours; au bout de huit jours, tout est terminé.

V..., 38 ans, vaccine douteuse de l'enfance, a été revacciné ainsi que tout l'atelier de serrurerie de M. G..., par M. Leriche, environ un mois avant son entrée à l'hôpital. Le vaccin employé était du vaccin de génisse. Aucun succès. (Il paraîtrait qu'il n'y en a pas eu dans tout l'atelier.)

Le 23, il entre à l'hôpital avec une variole très-confluente. Son état est des plus graves. Malgré cela, de larges hémorrhagies apparaissent aux pieds et aux mains. Ce symptôme, survenant à cette période de la maladie, constitue un excellent pronostic. En effet, le malade ne tarde pas à se relever, et la guérison a lieu normalement.

M. DELPECH. Un jeune homme, attaché au magasin du *Bon-Marché*, fut revacciné de bras à bras avec tous les employés de la maison. La vaccine se développa chez lui sur une seule piqûre au bras gauche; la pustule resta petite, quoique normale dans son évolution, et se termina un peu plus rapidement que de coutume.

Pendant l'évolution vaccinale, il fut pris d'une varioloïde très-légère (50 pustules au plus), qui ne présenta aucune importance.

Une jeune fille, entrée, le 11 mars au n° 31 de la salle Sainte-Adélaïde, avait été vaccinée, le 3 mars, par le cow-pox. Deux pustules incomplètes s'étaient développées. Elle fut atteinte, neuf jours environ après sa revaccination, d'une varioloïde très-légère.

Entrée le 11 mars, sortie le 24.

Variole après vaccination animale sans résultat.

M. PROHON, interne à l'hôpital Necker. La nommée S... (Philomène), 28 ans, domestique, est entrée le 14 mars 1870 à l'hôpital Necker, pour y être traitée d'une vaginite.

Le 30 mars, cette malade est vaccinée avec du vaccin de génisse. Cette vaccination n'a pas donné de résultat. Il ne s'est produit ni pustules légitimes ni fausses pustules.

Le 10 mai, la malade prend, dans la salle, une variole qui, du reste, est légère, et guérit sans laisser beaucoup de traces. La figure a été particulièrement préservée par le badigeonnage au collodion que l'on a pratiqué dès le début de la maladie.

Le 20 mars 1870, est entrée, salle Sainte-Eulalie, la nommée S... (Alexandrine), 26 ans, atteinte d'un embarras gastrique fébrile.

Elle est vaccinée le 2 juin. On lui fait 3 piqûres à un bras avec du vaccin de génisse.

Mardi 7 juin, elle passe dans le service de M. Delpech, atteinte d'une varioloïde qui guérit sans présenter aucune particularité.

Bien que le 2 juin, jour de la vaccination, la malade fût dans la période d'incubation de la variole, le vaccin de génisse ne s'est pas développé.

Le 24 mai 1870, est entré, salle Saint-Jean, n° 25 (service de M. Guyon), le nommé C... (Michel), mégissier, 28 ans, atteint d'une pustule maligne située au bras droit, partie antérieure du coude. Cette pustule, cautérisée au fer rouge, est ensuite traitée au moyen de l'acide phénique (charpie imbibée d'acide).

Ce malade est vacciné le 2 juin avec du vaccin de génisse. (3 piqûres au bras gauche). Pas de résultat.

Le 8 juin, le malade est évacué de la salle Saint-Jean et est transporté salle Saint-Ferdinand, atteint de la variole. Aujourd'hui 15 juin, la dessiccation est presque complète.

Comme dans le cas précédent, le vaccin ne s'est pas développé, bien qu'au moment de la vaccination, le malade fût dans la période d'incubation de la variole.

Le 9 juin 1870, est entré, salle Saint Ferdinand, n° 12, le nommé M..., infirmier de la salle Saint-Pierre, service de M. Desormaux, pour y être traité d'une varioloïde.

Le 26 mai, cet infirmier a quitté son service pour entrer à la salle Saint-Louis. Il avait, dit-il, une courbature. Il a été purgé trois fois. Il a quitté l'hôpital le 6 juin pour aller en convalescence à Vincennes. Le lendemain, mardi 7 juin, il a été pris de maux de reins, de fièvre, d'envies de vomir. Le jeudi 6, il est entré à la salle Saint-Louis (Necker).

Le jour même de son arrivée, il a été vacciné avec du vaccin de génisse (2 piqûres au bras droit, 3 piqûres au bras gauche).

Le samedi 11 juin, il entrait salle Saint-Ferdinand avec une varioloïde déclarée.

Le 14 juin, les pustules sont très-développées. Quant aux piqûres de vaccin, elles n'ont rien produit.

N. — Ce malade n'est infirmier que depuis un mois et demi. Antérieurement, il n'avait été dans aucun hôpital.

Les quatre malades ci-dessus avaient été vaccinés pendant leur enfance, et portaient des cicatrices légères.

M. DELPECH fut appelé le dimanche, mais pour visiter en consultation une femme de cinquante et quelques années, qui, revaccinée inutilement par M. le docteur Vivier sur la génisse, avait vu se développer la variole chez elle trois semaines après.

Vaccin de génisse et vaccin d'enfant.

M. BOUCHUT. Je vous envoie le compte rendu d'une partie de mes revaccinations à l'hôpital des Enfants et en ville, depuis le moment où la vaccination animale a été introduite dans mon service hospitalier. J'ai accueilli avec empressement et comme un progrès le nouveau vaccin; mais en présence de son inefficacité presque constante, alors que personne ne sait s'il aura des qualités préservatrices égales à celles du vaccin jennérien, j'ai dû changer d'opinion et en revenir aux anciens usages. Je vais vous donner mes résultats. Je vous dirai ensuite pourquoi le vaccin officiel a dégénéré, pourquoi il a permis à une effroyable épidémie de variole de se produire, et quels sont les moyens de le régénérer.

Sur 360 revaccinations, avec vaccin de génisse, sur des enfants et sur des adultes dont j'ai pris la note, il n'y a eu que 15 succès.

Sur 20 vaccinations d'enfants non vaccinés, il y a eu 4 réussites.

Il m'est arrivé en ville de vacciner trois fois le même enfant avec du vaccin de génisse frais sans réussir, et du premier coup, à la quatrième fois, avec le vaccin jennérien, j'ai eu six belles pustules.

Pour moi la question est jugée, et si nous avons une si forte épidémie de variole, c'est que le vaccin officiel a perdu ses qualités préservatrices; que l'introduction du vaccin de génisse a accéléré cette dégénérescence, et pour se débarrasser de l'épidémie, il faut en revenir à un vaccin d'enfant, cultivé selon d'autres règles que celles qui sont actuellement en usage.

Le vaccin officiel cultivé comme on le fait sur des enfants de huit à quinze jours, sur des enfants trouvés qui jadis servaient aux vaccinateurs de l'hôpital des Enfants, sur des enfants de la clinique d'accouchements, est un mauvais vaccin. C'est un virus pris sur des enfants cachectiques, et qui est lui-même cachectique en sortant des pustules pâles et peu développées. De plus, il est sujet à renfermer du virus syphilitique, ce qui n'a jamais lieu sur des enfants de quatre à cinq mois.

Que les médecins s'affranchissent donc de la subordination où ils se sont mis vis-à-vis des comités officiels, en demandant du vaccin qui ne prend presque jamais et qui ne donne qu'une immunité temporaire de moins en moins prolongée.

Qu'ils fassent eux-mêmes leur vaccin, en ne prenant que des enfants de quatre à cinq mois, de façon à avoir du vaccin énergique et pur de tout mélange syphilitique.

Le vaccin d'enfant doit être préféré au vaccin de génisse.

C'est pour avoir pris comme vaccinifères beaucoup d'enfants de quelques jours et des enfants trouvés cachectiques que l'on a perdu les propriétés énergiquement curatives du vaccin jennérien.

Le vaccin pris sur des enfants nouveau-nés ou âgés de quelques semaines, dont la santé paraît excellente, peut être mélangé de virus syphilitique, ce qui n'a pas lieu avec le vaccin des enfants de quatre à cinq mois.

Une revaccination avec le vaccin d'enfant régénéré par le cow-pox naturel est le seul bon moyen de se préserver actuellement de la petite vérole, et si la revaccination en masse était pratiquée sur tous les ouvriers, sur tous les domestiques et sur tous les pensionnaires des écoles, on arrêterait l'épidémie en quinze jours.

EMPLOI DU CHLORAL

DANS LE TRAITEMENT DES ALGIES DE NATURE VÉNÉRIENNE (1)

Par CHARLES MAURIAC,
Médecin de l'hôpital du Midi.

VI

M. V... (Paul), âgé de 23 ans, employé des postes, entré le 11 mai 1870 dans mon service, à l'hôpital du Midi, salle 8, n° 24, contracta, vers la fin de 1870, un chancre infectant situé dans le sillon balano-préputial. Adénopathie inguinale double. Le 24 mai, apparition sur la peau du dos et de la partie supérieure des cuisses, de saillies légèrement bleuâtres. Depuis deux ou trois jours, le malade avait été pris pour la première fois d'une névralgie excessivement douloureuse dans la région temporo-maxillaire droite. Il ne dormait que deux ou trois heures par nuit. Cette névralgie, quoique coïncidant avec le début des accidents secondaires, n'était peut-être pas syphilitique. Elle dépendait probablement de la carie d'une des grosses mollaires. Elle n'était pas plus intense la nuit que le jour.

Quoi qu'il en soit de sa nature, je donnai, le 24 mai, en deux fois, à sept heures et demie et huit heures du soir, un julep contenant *quatre* grammes d'hydrate de chloral. Le sommeil commença à huit heures dix minutes, et dura jusqu'à cinq heures du matin sans interruption, sans rêvasseries, sans agitation. Le lendemain le malade n'éprouvait pas de pesanteur de tête; il n'avait ressenti aucun trouble du côte du tube digestif ni du côté du système nerveux. Toutes les sensibilités étaient parfaitement conservées, et je m'assurai qu'il n'existait pas trace d'analgésie. Le sommeil se serait prolongé s'il n'avait été interrompu par le bruit du service. Pas de somnolence dans la journée. Tête très-libre. Aucune modification dans le jeu des pupilles.

Le 25, je donnai un julep ordinaire. Le sommeil ne vint que vers neuf heures et demie, mais il dura toute la nuit.

Le 26, julep ordinaire : sommeil presque immédiat et non interrompu jusqu'au matin. La névralgie n'avait pas été sensiblement améliorée.

Dans cette observation, peu concluante, et que je n'ai pas pu compléter, j'avais des doutes sur la nature des accidents contre lesquels j'ai employé le chloral. Je n'ai voulu le donner qu'une fois pour mesurer la portée de son action. Le sommeil est revenu à partir de son administration et a continué les nuits suivantes, bien qu'on eût interrompu l'usage du médicament. Faut-il en conclure que sa vertu hyponitique peut se continuer pendant plusieurs jours consécutifs, sans qu'il soit besoin d'en donner une dose quotidienne? Je ne le pense pas. Une seule expérience, du reste, ne suffirait pas pour permettre d'affirmer qu'il en est ainsi.

(1) Suite. — Voir le numéro du 12, 14, 16 et 23 juillet 1870.

NOTE

SUR UN SIGNE DE CERTAINES FRACTURES DE LA FACE

Par M. DUBREUIL.

(Lu à la Société de chirurgie, dans la séance du 22 juin 1870.)

Les professeurs Jarjavay et Richet ont, dans leurs leçons cliniques, signalé l'anesthésie d'une moitié de la lèvre supérieure comme survenant à la suite de traumatismes ayant porté sur la région génienne.

Cette paralysie de la lèvre est attribuée par ces chirurgiens à une lésion du nerf sous-orbitaire, qu'aucun d'eux n'a, je crois, eu l'occasion de vérifier à l'autopsie. Mais, tandis que Jarjavay la considérait comme symptomatique d'une fracture de l'os malaire, Richet en fait un signe de la fracture du maxillaire supérieur.

Voici une pièce prise sur un malade qui a présenté cette anesthésie hémilabiale, et j'en ai eu, il y a quelque temps, entre les mains une autre, où j'ai trouvé une lésion analogue du nerf sous-orbitaire et des os; mais le blessé ayant rapidement succombé, sans sortir de l'état comateux dans lequel il était tombé depuis l'accident, je n'ai pu m'assurer expérimentalement de l'insensibilité de la lèvre supérieure.

Quant à celui dont voici le maxillaire, et qui a survécu un mois et demi, j'ai à plusieurs reprises constaté l'anesthésie de la moitié gauche de la lèvre supérieure; le malade n'accusait aucune sensation quand on piquait avec une épingle cette partie habituellement si sensible des téguments.

A l'autopsie, j'ai trouvé que le nerf sous-orbitaire était complétement déchiré à la sortie du canal du même nom, tandis que, chez l'autre blessé, il était rompu dans le canal lui-même.

Dans les deux cas, la lésion s'était produite pendant une chûte dans laquelle un corps saillant, le fond d'un volet pour ce malade, avait frappé fortement la partie supérieure de la joue; dans les deux cas, il y avait un aplatissement assez prononcé de la saillie zigomato-maxillaire.

En somme, chez les deux blessés que j'ai eu récemment l'occasion d'observer et qui m'ont présenté une rupture du nerf sous-orbitaire, il y avait à la fois fracture de l'os malaire et fracture du maxillaire supérieur, cette dernière intéressant la paroi antéro-externe du sinus, et laissant intacte l'interne, ainsi que le rebord alvéolaire, au-dessus duquel elle siége.

C'est, je le crois, une variété spéciale de fracture du maxillaire supérieur, distincte à tous égards de celle étudiée par M. Alphonse Guérin, laquelle, succédant à un traumatisme agissant au-dessous de l'ouverture des narines, sépare la portion palatine de la partie supérieure du corps de l'os.

Celle que je signale est due à un choc agissant dans une directions antéro-postérieure, un violent coup de poing, une chute sur un corps saillant, un traumatisme enfin qui tend à enfoncer l'os malaire dans le sinus maxillaire, brise le premier et fait éclater la paroi antéro-externe du sinus, l'interne restant intacte.

Comme symptômes de cette fracture, je signalerai la dépression, l'aplatissement de la partie supérieure de la joue, dus à l'enfoncement de la saillie zygomato-maxillaire.

A l'insensibilité de la moitié correspondante de la lèvre supérieure qui, chez les deux blessés dont j'ai pu faire l'autopsie, se rattachait à la déchirure du nerf sous-orbitaire.

Je dois dire que, dans deux ou trois cas où j'ai pu observer ce signe à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de Jarjavay, et qui se sont terminés par la guérison, la sensibilité de la lèvre a reparu peu à peu au bout de quelque temps.

Je noterai enfin un dernier caractère de la fracture, que l'on peut percevoir en introduisant le doigt dans la cavité buccale. C'est l'affaissement de la voûte fermée en dehors par l'os malaire, qui se trouve affaissée et rapprochée de la tubérosité maxillaire.

En outre, chez le sujet dont voici la moitié de la face, et qui a succombé à un abcès du cerveau, il y avait une fracture incomplète de l'apophyse ptérygoïde et des fractures non consolidées du corps et de la grande aile gauche du sphénoïde, ainsi que de l'os planum de l'ethmoïde.

OVARIOTOMIE. — GUÉRISON

Par M. Liégeois.

(Note communiquée à la Société de chirurgie, dans la séance du 22 juin 1870.)

Mme X..., âgée de 61 ans, est une femme bien constituée; elle a eu deux enfants; sa grossesse et ses couches ont été normales. A l'âge de 46 ans ses règles ont disparu, mais depuis trois ans elles sont revenues avec la même abondance qu'autrefois. Ce fut à cette époque qu'elle s'aperçut que son ventre grossissait; n'en éprouvant aucune souffrance, aucune gêne, elle attribua ce développement à l'embonpoint, jusqu'à l'instant où il acquit un volume considérable. Effrayée alors des proportions qu'il prenait, cette femme vint me visiter le 1er avril. Alors l'abdomen mesurait en circonférence 118 centimètres au niveau de l'ombilic, en hauteur 55 centimètres de l'appendice xyphoïde au pli sus-pubien. Dans la cavité abdominale, on sentait manifestement une vaste tumeur bien limitée, uniformément ronde, donnant aux mains exploratrices la sensation de fluctuation que donne un liquide un peu épais.

Le toucher vaginal permit de constater un utérus normal, mobile sous le doigt. Au point de vue de l'état des principales fonctions, les déjections étaient souvent pénibles, la respiration un peu gênée, surtout lors de la marche, la circulation cardiaque normale; de l'œdème existait sur toute l'étendue des membres inférieurs et à la partie la plus déclive de l'abdomen.

Ayant égard d'une part à la bonne constitution de la malade; ayant tout lieu de supposer, d'autre part, que le kyste était libre d'adhérences, je n'hésitai pas, malgré l'âge avancé du sujet, à proposer l'ovariotomie. Sa résolution fut prise à l'instant même; seulement, n'étant pas dans une position de fortune qui lui permît de se faire opérer hors de Paris, elle réclama de moi que l'opération se fît chez elle, rue Affre, à La Chapelle.

L'opération fut pratiquée le 26 avril, en présence de MM. Boinet, Tarnier, Sée, Clément, Aubrun fils et Lozey, interne des hôpitaux. La paroi abdominale étant incisée entre le pubis et l'ombilic, dans une étendue d'environ 12 centimètres, un premier kyste fut vidé rapidement. Le liquide qui s'en échappa était visqueux, brun jaunâtre; un second kyste un peu plus gros qu'une tête de fœtus put passer par l'ouverture ventrale, après toutefois avoir légèrement agrandi celle-ci. Le pédicule du kyste, qui était court et charnu, fut lié avec une forte ficelle, puis coupé en deçà de la ligature. Celle-ci ayant glissé, une hémorrhagie se fit par une artère du pédicule, mais s'arrêta facilement en jetant sur elle une anse de fil.

Après quoi, un clamp écraseur étreignit le pédicule. Une petite quantité de sang s'était écoulée dans le cul-de-sac péritonéal. Quelques éponges portées au fond de celui-ci l'en débarassèrent complétement. Enfin la réunion de la plaie fut faite avec six points de suture métallique profonde, et trois points de suture superficielles, en prenant toutefois la précaution de comprendre le pédicule dans deux points de suture profonde.

L'opération avait duré 25 minutes. Le kyste contenait, outre les deux poches que nous avons signalées, quelques autres petits kystes situés soit à la surface interne de la paroi des grands kystes, soit dans leur épaisseur.

Pendant les cinq premiers jours qui suivirent l'opération, la malade ne se plaignit que de quelques douleurs légères au niveau de la plaie.

Le 1er et le 2 mai, les sutures furent enlevées. Le 3 mai le clamp se détacha. Le 4 mai le pédicule était notablement rétracté, de façon à déterminer à son niveau un infundibulum assez spacieux et dans lequel s'accumulait de la sérosité mélangée à des débris gangreneux provenant de la surface de ce dernier. Ce liquide était noirâtre et d'une fétidité extraordinaire.

Le 6 mai, la malade m'apprend qu'elle a rendu des urines dont l'odeur était infecte; je constate, non sans un certain étonnement, que l'urine rendue avait la couleur et l'odeur du liquide contenu dans l'infundibulum qui correspond au pédicule. Mais une sonde introduite dans la vessie me fait reconnaître que ce n'est pas dans le réservoir que s'est produit ce mélange. L'urine était complétement claire. Ayant alors porté mon doigt dans le vagin, je constatai qu'il était presque rempli par une matière ichoreuse en tout semblable à celle de l'infundibulum. Cette matière n'avait pu évidemment parvenir dans cette partie des voies génitales que par son passage à travers la trompe, demeurée béante après la chute du clamp. La présence de ce liquide dans le vagin, l'utérus et les trompes, ne donna lieu, du reste, à aucun accident. Au bout de cinq ou six jours, ces organes ne paraissaient plus en recéler. Le 10 mai, la malade a une indigestion, avec vomissements nombreux qui éveillent dans la paroi du ventre et dans la cavité péritonéale une sensibilité très-vive. Le 15 mai, un abcès se développe dans l'épaisseur de la plaie, qui jusqu'ici avait paru réunie d'une façon immédiate; les jours suivants, le pus s'échappe par la lèvre antérieure désunie et l'infundibulum. Le 31 mai, les parois de l'abcès sont complétement réunies, et celles de l'infundibulum complétement cicatrisées. Le 21 juin, la malade se lève et commence à vaquer à ses occupations.

— MM. les docteurs en médecine qui désireraient prendre du service dans la marine en qualité de médecins auxiliaires de 2e classe (décision impériale du 22 juillet 1870) devront adresser leur demande au ministre de la marine et des colonies, et y joindre leur diplôme, qui leur sera promptement renvoyé.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an..... 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

SOCIÉTÉS SAVANTES ET HOPITAUX

Est-il possible de combattre directement et de faire disparaître le symptôme *stertor* dans les divers cas où il se produit? La *Société royale médicale et chirurgicale* de Londres, vient de discuter cette question à propos d'un mémoire où le docteur Bowles avait soutenu l'affirmative.

La respiration stertoreuse peut être due aux causes les plus diverses. Elle paraît d'origine cérébrale dans l'apoplexie, le troisième stade de l'épilepsie et de l'éclampsie, dans certaines attaques hystériques, etc.: et au point de vue médical, il y a bien loin de ce *stertor* à celui de l'homme qui ronfle.

Eh bien, le même moyen très-simple mettrait fin à l'un et à l'autre. Il suffirait, suivant M. Bowles, de changer le *décubitus*. Une fois placé sur le côté, l'apoplectique ou l'homme qui ronfle respirerait bientôt librement et sans bruit.

Il en serait de même du noyé, de l'asphyxié, du malade atteint de la bronchite, etc.

Dans ces derniers cas, voici quelle est la théorie de M. Bowles.

Quand le malade est sur le côté, les mucosités tendent à descendre vers celles des bronches qui occupent la situation la plus déclive. Elles s'y accumulent sans inconvénient, car le poumon correspondant, sur lequel porte le poids du corps, est à peu près immobilisé. Il ne se fait donc pas de cette mousse et de cette écume bronchiques qui favoriseraient l'asphyxie en mettant obstacle au renouvellement de l'air. Un seul poumon pleinement libre suffit à la respiration.

M. Bowles cite l'observation d'une femme qui, mise sous l'action du chloroforme, fut prise tout à coup de symptômes graves. La respiration devint stertoreuse, et les assistants craignaient pour la vie, lorsque le chirurgien fit tourner cette femme sur le côté : la respiration redevint plus naturelle, et l'amélioration fut rapide. Comme contre-épreuve, la malade fut alors placée sur le côté opposé. A l'instant, le stertor se reproduisit, et de nouveau la mort paraissait imminente. Mais il suffit d'en revenir à la première position pour faire disparaître tout danger. La malade revint à elle presque aussitôt.

Dans d'autres cas, il s'agissait d'apoplectiques et en les plaçant sur le côté paralysé, M. Bowles aurait également modifié la respiration et ramené la connaissance.

Le docteur Weber a témoigné de l'efficacité de cette pratique, qui lui a, dit-il, réussi contre un ronflement habituel, et dans un cas d'épilepsie. Le stertor de l'épileptique se serait bientôt dissipé par l'effet de la position, et en quelques minutes l'état de coma et d'inconscience aurait disparu.

Mais qui ne voit combien ce dernier fait est peu probant? Le troisième stade de l'épilepsie, caractérisé par le stertor et le coma, est très-souvent d'une durée courte. Les malades se relèvent ayant toutes leurs idées, bien que la tête soit plus ou moins lourde. On n'a qu'à attendre pour obtenir ce résultat; et jusqu'ici tous les essais thérapeutiques n'ont pu le hâter le moins du monde.

Ce n'est donc pas dans des cas pareils qu'il faut éprouver la méthode de M. Bowles. Ce n'est pas non plus dans l'apoplexie ni dans les crises hystériques.

Mais ce serait déjà beaucoup qu'elle pût être utile dans l'asphyxie et dans les terribles accidents dus au chloroforme.

— Un fait très-curieux peut être observé en ce moment dans le service de M. Béhier, à l'Hôtel-Dieu.

Il s'agit d'un homme qui se meurt dans les circonstances suivantes :

Vers le commencement de juin, cet homme, âgé de 47 ans, graveur sur bois, entre à l'hôpital pour une diarrhée qui le fatiguait.

En l'examinant, on remarqua sur la face dorsale des deux mains et sur le nez une éruption feuillillée qui ressemblait à un ancien eczéma sec : il n'y avait pas eu d'eczéma, proprement dit, et cette éruption était bien celle qu'on a rattachée à la pellagre ; la diarrhée était donc un trait du même tableau nosologique.

Bien que la pellagre ne soit pas excessivement rare à Paris, puisque chaque année M. Hardy en peut montrer quelques exemples, le plus souvent cette affection y reste assez superficielle, pour ainsi dire.

Mais chez le malade de M. Béhier, il ne devait pas être le cas.

L'éruption disparut bien vite quand le malade fut soustrait à l'action des rayons solaires; mais la diarrhée persista malgré tout, les forces déclinèrent d'une manière rapide ; un sphacèle assez étendu se produisit sur la cornée droite, et en même temps il se déclara une espèce de sous-délire, accompagné d'hallucinations, semblable au délire de *famine*. Le régime le plus tonique, le plus réparateur, resta inefficace contre cette espèce *d'inanition moléculaire*; et bientôt sans doute cette observation sera *complète*.

C'est bien ici que se présente dans toute sa difficulté le problème de la pellagre.

Quel est le mécanisme de cette affection, le lien qui rattache l'un à l'autre les phénomènes qui la composent ?

La pellagre est-elle en réalité une fièvre de famine, comme on l'a dit? Mais alors pourquoi se produit-elle chez un ouvrier qui, gagnant beaucoup, ne manquait de rien?

Serait-ce une intoxication par le *verdet* ou d'autres parasites, par des farines avariées? Mais à Paris on n'use guère de pareilles farines; et d'ailleurs les intoxications que l'on observerait ne resteraient pas isolées.

Il n'est pas permis de supposer dans le cas actuel que ce soit l'effet pur et simple de l'insolation prolongée.

Quoi qu'il en soit, la débilité, le défaut de réparation involontaire, ont dominé la scène; et là doit être le lien commun d'à peu près toutes les pellagres, quand on ne donne pas ce nom à des éruptions sans gravité, sans importance pathologique.

Dr VICTOR REVILLOUT.

HOPITAL DE LOURCINE. — M. FOURNIER.

De l'état général des femmes syphilitiques pendant la période secondaire.

(Extrait d'une leçon recueillie par M. PERCHERON, interne du service.)

.... Et tout d'abord, avant d'entreprendre l'exposé de telle ou telle manifestation particulière, jetons un coup d'œil d'ensemble sur ce qu'on peut appeler l'état général de la femme syphilitique pendant la période secondaire.

Comment, sous quel aspect se présente la femme syphilitique à la période des accidents dits secondaires? Quelle en est l'allure, la physionomie générale? Quelle en est, en un mot, la santé ?

Envisagées au point de vue de leur état général, les femmes syphilitiques présentent de grandes variétés, et plus que des variétés, des dissemblances absolues. Les unes, en effet, tolèrent leur syphilis à merveille, et, syphilitiques, se portent comme si elles ne l'étaient pas. Les autres, au contraire, sont touchées à des degrés divers par la syphilis; elles sont réellement *malades* par le fait de la vérole; elles ont un *état général* syphilitique, tout comme les malades intoxiqués par le plomb ont, en dehors des manifestations spéciales du saturnisme (coliques, paralysies, etc.), un état général saturnin.

Mais entrons dans les détails; car pas une question n'est plus intéressante que celle-ci à bien approfondir; car de cette question résultent des notions pronostiques et thérapeutiques essentielles à déterminer.

En premier lieu, il est un fait certain, c'est que nombre de femmes tolèrent la syphilis avec une merveilleuse résistance. Plus simplement, il est bon nombre de femmes qui, tout en étant syphilitiques, se portent admirablement bien, ou qui du moins se portent comme elles se portaient avant de contracter la contagion. Chez elles, la diathèse semble n'intéresser en rien les grandes fonctions. Elles mangent avec appétit et digèrent facilement; leur teint est fleuri, leur embonpoint satisfaisant; leur mine respire la santé; elles sont gaies, alertes, travaillent sans fatigue, engraissent même quelquefois, et ne sont pas plus influencées par la maladie que si elles n'avaient rien. Il en est même quelques-unes qui, en dépit de manifestations cutanées ou muqueuses assez intenses, ont un visage superbe, les couleurs les plus fraîches et l'aspect le plus rassurant d'une santé parfaite. Sachons bien cela, messieurs, et ne partageons pas ce préjugé des gens du monde, pour lesquels il n'est de femmes syphilitiques que les femmes étiolées, à teint blême, à facies étique. Sachons bien que la vérole a parfois de belles couleurs, l'œil vif le teint frais et la mine épanouie.

Mais souvent aussi, et bien plus souvent, la santé de la femme syphilitique est altérée, modifiée, troublée de différentes façons et à des degrés divers. Chez la plupart des femmes, la syphilis crée un état véritable de *maladie*, déprime les grandes fonctions par l'intermédiaire probable du système nerveux, altère la crase du sang, change la manière d'être de l'individu, modifie la con-

FEUILLETON

NOTE

Sur les maladies saisonnières que les médecins militaires auront à traiter pendant la campagne d'Allemagne, en 1870.

Par M. MAILLOT
Ancien président du conseil de santé des armées.

Trois grandes manifestations pathologiques vont se présenter à l'observation des médecins militaires pendant la campagne d'Allemagne : la dysenterie, la fièvre rémittente d'automne des camps et les affections catarrhales.

La *dysenterie* apparaît presque tous les ans dans nos contrées, pendant les mois de juillet et août, comme nous l'apprend Pringt dans les relations médicales de ses campagnes; comme me l'ont confirmé mon expérience personnelle en Belgique, en 1831, une longue pratique dans le nord-est de la France, et plusieurs voyages sur les bords du Rhin, pendant lesquels, à Aix et à Coblentz, je me suis mis en rapport, au point de vue scientifique, avec les médecins de l'armée prussienne.

Ordinairement d'intensité moyenne, elle y prend quelquefois une gravité des plus redoutables : ainsi à l'hôpital d'instruction de Metz, où j'ai professé pendant neuf ans, de 1836 à 1845, il m'est arrivé, dans une de ces épidémies dysentériques, de perdre près du 5e de mes malades. Ma médication était celle de l'époque : elle consistait dans l'application de ventouses scarifiées sur le ventre, ou bien de quelques sangsues, soit à l'anus, soit sur le trajet du colon; dans l'administration plusieurs fois répétée de l'ipéca à dose vomitive; dans les préparations opiacées; dans l'usage du diascordium, du ratanhia, de la bistorte, de l'extrait de quinquina, des pilules de Segond, de boissons émollientes ou légèrement astringentes. J'alimentais assez vite les malades, mais j'avais renoncé à leur donner du bouillon; je les engageais à boire peu de tisane, parce que j'avais remarqué que les liquides passaient comme dans un tube inerte et provoquaient presque immédiatement plusieurs selles.

La médication par le bismuth à haute dose n'avait pas encore été, malheureusement pour nos malades et pour nous, formulée par Monneret. Les succès qu'elle donne en Afrique depuis 17 ans sont de nature à faire croire qu'elle réussirait aussi en Allemagne, où les affections des voies digestives sont généralement beaucoup moins graves que dans les pays chauds. Pour mon compte, j'y aurais grande confiance. Si j'étais médecin de régiment, destiné à faire campagne sur les bords du Rhin dans cette saison, j'approvisionnerais mes cantines de sous-nitrate de bismuth aussi largement que me le permettrait le règlement.

Je ne doute pas que les officiers de santé qui prendront cette précaution arrêteront une foule de diarrhées et de dysenteries dans leur évolution, économiseront au Trésor la dépense d'un grand nombre de journées d'hôpital, en même temps qu'ils conserveront beaucoup de soldats sous les drapeaux. Quant aux hommes qui font un long séjour dans les hôpitaux pour la dysenterie, je crois que la prudence, dans tous les pays, exige qu'ils soient dirigés sur les dépôts des convalescents.

C'est là une de ces circonstances où la Société internationale de secours pour les blessés et les malades pourra intervenir efficacement, en procurant des aliments choisis, et surtout un vin vieux, de bonne qualité, comme je l'avais obtenu, il y a quelques années, du ministre de la guerre, pour des soldats que j'avais trouvés à l'hôpital de Toulon rentrant de Cochinchine avec des ulcères de mauvaise nature.

Dès la mi-septembre, la *fièvre rémittente d'automne des camps* remplacera la dysenterie. Elle sera essentiellement bilieuse, et l'état ataxo-adynamique se manifestera vite, en raison des chaleurs excessives et continues qui ont régné pendant le printemps et l'été. Des éméto-cathartiques dès le début, du sulfate de quinine, à *un* gramme environ, pendant les deux ou trois jours suivants; puis observer tranquillement la marche de la maladie; dans quelques cas, appliquer des sangsues ou des ventouses scarifiées sur la région gastro-hépatique; revenir à une seconde purgation assez souvent; bien

stitution, diminue la résistance vitale, exerce en un mot sur toute l'économie une influence dépressive des plus manifestes. Cette action générale du virus se traduit le plus habituellement par une diminution notable des forces, un appétit moins vif, une langueur inusitée, un affaissement notable de toutes les fonctions, une certaine altération du teint, allant jusqu'à la pâleur de l'anémie, un amaigrissement très-appréciable, un changement marqué dans la physionomie, souvent même par une modification dans les habitudes, le caractère, l'enjouement, la gaieté, les aptitudes habituelles, etc. Bref, sous une forme ou sous une autre, la femme syphilitique paraît alors réellement *malade ;* une modification s'est produite en elle ; *sa santé s'est troublée.*

Mais encore de quelle façon la santé s'est-elle ainsi troublée ? On a dit : ce qui se produit en pareil cas n'est rien autre qu'une *chloro-anémie.* Cela est vrai, mais cela n'est qu'incomplétement vrai. Car si, descendant à l'analyse des phénomènes, nous venons à en étudier la nature, à rechercher quelles fonctions sont en souffrance, à fouiller en un mot la pathogénie et l'enchaînement de ces troubles morbides, nous ne tardons pas à remarquer ceci, c'est que les femmes syphilitiques ne sont pas toujours touchées de la même façon par la maladie ; que, chez l'une, par exemple, telle fonction, tel système paraît surtout atteint, tandis que chez l'autre ce système est intact, cette fonction est respectée, mais pour laisser place à d'autres troubles qui n'existaient pas chez la première. C'est qu'il existe en effet de grandes variétés dans le mode d'influence que la syphilis exerce sur les divers sujets ; et la chloro-anémie est loin de rendre compte de tous les troubles observés.

Quelque variée toutefois que puisse être cette influence, on parvient par une analyse méthodique à dégager *deux types principaux* sous lesquels elle s'accuse.

D'après moi, la femme touchée par la syphilis dans son état général se présente le plus habituellement sous l'un ou l'autre des deux aspects suivants : la *chloro-anémie*, l'*asthénie.*

La première forme, la *chloro-anémie*, est celle que tout le monde admet. Beaucoup de femmes syphilitiques à la période secondaire deviennent manifestement chloro-anémiques. Ce qu'on observe alors se résume en ces divers symptômes : décoloration de la peau et des muqueuses ; face pâle, terne, plombée, un peu jaunâtre ; faiblesse générale, alanguissement, incapacité de remplir sans fatigue le travail habituel ; amaigrissement léger ; palpitations, surtout dans la marche, l'exercice, l'ascension des escaliers, etc. Tous phénomènes habituels de l'anémie, auxquels correspondent des signes stéthoscopiques plus ou moins accentués : souffle cardiaque doux, au premier temps et à la base ; souffle vasculaire intermittent ou continu avec redoublement, offrant même parfois un timbre musical (bruit de mouche, sifflement modulé) ; tous phénomènes essentiels et primordiaux, auxquels viennent s'ajouter, comme dans l'état chloro-anémique, soit des troubles divers des fonctions digestives (appétit diminué ou capricieux, gastralgie, dyspepsie, etc.), soit des désordres multiples et variés du système nerveux : névralgies diverses, viscéralgies, susceptibilité nerveuse exagérée, étourdissements, vertiges, éblouissements, etc.

Vous reconnaissez là, messieurs, cette forme d'état général qu'on trouve partout décrit sous le nom de *chloro-anémie diathésique syphilitique.*

Ce type est très-commun, ici et ailleurs. Mais ce n'est pas là le type unique, exclusif, sous lequel se présente la femme syphilitique. Il en est un autre, peut-être aussi fréquent, qui, pour ne se trouver ni dénommé ni décrit nulle part, n'en est pas moins réel et cliniquement vrai. Celui-ci, je l'appelle *asthénie* ou *langueur* syphilitique.

Il diffère du premier en ce que, tout en présentant des symptômes analogues et souvent même plus accentués, il ne paraît pas résulter de cette altération particulière du sang qui constitue l'anémie. D'une façon sommaire, en effet, ce qu'on observe dans cette seconde forme d'état général, c'est une sorte de langueur et de dépression profonde de l'économie, *sans le faciès, sans les signes de la déglobulisation chloro-anémique.*

En effet, messieurs, ces malades en langueur que je vais vous décrire ne se présentent nullement avec l'extérieur habituel des femmes anémiques. Leur teint n'est que légèrement modifié ; quelques-unes conservent même un aspect assez satisfaisant ; elles « payent de mine », comme elles le disent elles-mêmes.

Et d'autre part, l'auscultation ne révèle sur elles aucun souffle au cœur ni dans les vaisseaux. Rien n'autorise donc, ni leur physionomie, ni les signes physiques, à considérer ces femmes comme chloro-anémiques.

Et cependant elles se plaignent d'une faiblesse générale, d'un accablement singulier dont elles ne peuvent elles-mêmes s'expliquer la cause, quelquefois même d'un anéantissement véritable. Elles ont été forcées de renoncer à leurs occupations journalières, de quitter leur travail habituel, dont elles n'étaient plus capables de s'acquitter ; elles sont, disent-elles, « toujours fatiguées sans avoir rien fait. » A l'hôpital, nous les voyons garder le lit la plus grande partie de la journée. Leur fait-on reproche d'une semblable inertie, elles répondent qu'elles n'en sont pas coupables, qu'elles se sentent les jambes brisées, les membres engourdis, courbaturés et moulus. » Se lèvent-elles, elles ne marchent qu'avec peine, lentement, lourdement, à la façon des malades en convalescence debout, elles éprouvent aussitôt le besoin de s'asseoir, et elles accusent le sentiment d'une défaillance prochaine dès qu'elles veulent se contraindre à faire quelque exercice. Enfin, si comme contrôle on vient à apprécier leurs forces au dynamomètre, on constate une diminution considérable de leur puissance musculaire, l'instrument ne marquant plus que 25, 20, 8, 14, 10 et même 6 kilogrammes, alors que, sur une femme jeune, de taille et de force moyenne, il s'élève habituellement à 30, 35 et même au delà.

Ce qu'on constate donc chez ces malades c'est une faiblesse extraordinaire, une *asthénie* telle, qu'on n'en observe guère de plus marquée à la suite des hémorrhagies abondantes ou dans la convalescence des fièvres graves.

Puis à cela se joignent encore, vers les principaux appareils, des troubles morbides divers, attestant l'*asthénie spéciale* de chaque fonction en particulier, à savoir : battements du cœur faibles et sourds ; pouls sans force, dépressible ; respiration pénible, se faisant par soupirs et avec une gêne manifeste ; étouffements passagers ; fonctions digestives languissantes ; inappétence ; digestions lourdes, lentes et difficiles ; souvent même nausées et vomissements, comme si l'estomac n'avait plus la force de digérer ; constipation, probablement par atonie de l'intestin.

Du côté du système nerveux, même état de dépression : sensibilité souvent obtuse et comme engourdie ; fatigue des yeux, obnubilations passagères ; en quelques cas, paresse de l'ouïe ; intelligence même notablement déprimée ; lecture devenue pénible ; inaptitude à un travail intellectuel un peu prolongé ; engourdissement, sorte de torpeur du cerveau, véritable asthénie cérébrale. Il n'est pas jusqu'au grand sympathique qui ne partage aussi cette dépression générale, et qui ne traduise sa souffrance spéciale par des phénomènes singuliers, tels que les suivants : sueurs générales, comme dans les grands états adynamiques ; sueurs locales des extrémités, rappelant ce qu'on observe dans les expériences de Cl. Bernard sur la section des rameaux sympathiques ; refroidissements partiels et algidité des extrémités, témoignant soit d'une résistance moindre aux abaissements de température, soit d'une activité moindre de calorification.

En un mot, ce qu'on observe dans ces cas, c'est à la fois un état de langueur générale et de dépression spéciale de toutes les fonctions ; état d'asthénie au moins égal à celui de la déglobulisation portée à ses limites extrêmes, ou de la convalescence des maladies graves ; état d'asthénie témoignant au plus haut point d'une vitalité amoindrie et déprimée.

Rappelez-vous bien, messieurs, ce type spécial de la femme syphilitique ; il est très-réel, très-clinique, je vous le répète. Si vous vouliez me permettre de le caractériser d'un mot trivial qui le résumerait assez exactement, je vous dirais : c'est le type de la femme accablée, *éreintée* par la syphilis, de la femme qui est à bout de forces, et qui n'en peut plus.

Ce type, comme vous le voyez, est très-distinct de la chloro-anémie. Si j'ai réussi à vous le presenter sous son véritable aspect, tel que je le conçois et tel que je l'ai observé, vous devez être persuadés actuellement qu'il a son cachet propre, son allure particulière, son individualité pathologique ; que, vaguement confondu jusqu'à ce jour avec l'anémie syphilitique, il doit en être distingué et mérite d'être décrit à part, sous le nom d'*asthénie syphilitique.*

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 22 juin 1870. — Présidence de M. Alph. Guérin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine : le *Journal de médecine de l'Ouest ;* — le *Bulletin de la Société de médecine de Paris pour* 1869 ; — le *Compte rendu des travaux de la Société médicale d'émulation de Montpellier*, 1867-1869 ;

— *De la dilatation du canal par l'urine dans les cas de rétrécissement de l'urèthre*, par le docteur Beranger-Féraud. Brochure de 20 pages ;

— *Sur les voies de propagation du processus inflammatoire*, par Billroth ; publié dans le *Samenlung Klinischer Vortrage*, de Richard Volkmann ;

— *Traité des fistules uro-génitales chez la femme*, par le docteur Deroubaix (de Bruxelles). 1870. Grand in-8° ;

— *Sur le traitement de l'anévrysme intra-thoracique par la ligature digitale*, par Christophe Heath (de Londres). Renvoyé à une commission composée de MM. Broca, Verneuil et Le Fort.

M. DEPAUL annonce qu'une nouvelle *opération césarienne* vient d'être faite par M. Closmadeuc (de Vannes). La malade est à son quatorzième jour ; la convalescence marche bien. L'observation complète sera adressée plus tard à la Société.

M. BROCA présente, au nom de M. Molas (d'Auch), un kyste stratifié du volume d'un petit œuf, probablement hématique, provenant de l'intérieur de la poitrine d'un vieux coq.

M. GIRALDÈS rend compte d'un travail de M. Achard sur la *résinothérapie* appliquée aux plaies.

M. LARREY rappelle que le conseil de santé de l'armée avait suivi les premières recherches de M. Achard. Il pense que dans certains cas les applications résineuses activent la cicatrisation, et son père se servait souvent de l'onguent Styrax et autres topiques résineux avec succès. Déjà, du temps de l'Académie royale de chirurgie, on avait insisté sur l'action cicatrisante des préparations résineuses dans les plaies atoniques.

M. DESPRÈS, en réponse aux objections qui lui ont été adressées dans la dernière séance, au sujet du traitement de l'iritis sans mercure, résume tous les cas qu'il a eu à traiter comme il suit :

En cinq ans, j'ai observé 37 iritis et 6 choroïdites. Je ne parle pas des malades qui sont entrées chez moi avec les yeux perdus, après un traitement mercuriel.

Au début, j'ai traité 8 malades par les mercuriaux, le protoiodure et le calomel, et le collyre mydriatique. Les iritis duraient quinze jours à cinq semaines, et les malades ont conservé quelques synéchies.

31 iritis traités sans mercure ont été guéris dans l'espace de huit à seize jours, sauf trois malades, qui ont eu : l'un un abcès de l'iris, l'autre une kératite diffuse, l'autre des douleurs oculaires vives, et pour lesquelles deux et trois ponctions de la cornée ont été faites, et ont amené en moins de huit jours la guérison des accidents. Sauf quelques cas d'iritis, les malades ont conservé des synéchies.

Sur 6 choroïdites consécutives à des iritis, 1 a été suivie d'atrophie de la papille et de pigmentation rétinienne. La malade était aveugle de cet œil quand elle est entrée dans mon service. Elle venait d'être traitée par le mercure pour une iritis pendant six mois (par les frictions mercurielles et les pilules de protoiodure) ; une a eu

---

rarement à une troisième. Voilà le traitement ordinaire dans ses conditions générales, et presque toujours il répond aux indications fondamentales.

Mais si l'état ataxo-adynamique se révèle par un délire vague, par des soubresauts dans les tendons, par les fuliginosités de la langue, par une prostration générale, il faut recourir vite aux toniques, à la tisane vineuse, aux décoctions de quinquina, à l'administration journalière de petites doses de sulfate de quinine, *deux* à *quatre* décigrammes dans les 24 heures. Lorsque les phénomènes ataxiques sont prédominants, il y a urgence d'ajouter les antispasmodiques aux moyens précédents : parmi eux, je préfère le camphre, que j'avais coutume, dans mes leçons cliniques, d'appeler le musc des soldats et des ouvriers ; je l'administrais de la manière suivante : en pilules, composées chacune de *cinq* centigrammes de camphre et d'*un* décigramme de sel de nitre ; la dose ordinaire était pour la journée de 12 pilules à prendre, une de deux heures en deux heures.

Quand on juge convenable d'augmenter la quantité du camphre, on peut le faire, soit en élevant le chiffre des pilules et en rapprochant les distances de leur prise, soit en recourant aux lavements camphrés. Il ne faut pas songer aux potions camphrées, qui sont si détestables au goût et qui répugnent si souvent aux malades. Après en avoir fait usage pendant longues années, j'avais entièrement renoncé à *l'esprit de Mindererus.* Quant au musc, qui est du reste parfaitement indiqué ici, je le réservais, dans les hôpitaux militaires, exclusivement pour les malades à constitution délicate et dont la sensibilité nerveuse rappelle la manière d'être de la femme.

En somme, la fièvre rémittente des camps sera l'affection principale pendant les mois de septembre et octobre. Les chaleurs de l'été prédisposeront l'organisme à des réactions qui aboutiront à l'état ataxo-adynamique. On aura donc des affections typhiques, peut-être des cas plus ou moins nombreux de *typhus-fièvre ;* mais on n'aura pas de vrai typhus, de typhus pétéchial, de ce typhus, en un mot qui a fait tant de victimes à l'armée d'Orient, et en 1813, dans ces mêmes pays où notre armée va porter ses armes victorieuses.

Le mois de novembre amènera avec lui les *affections catarrhales*, et cette constitution médicale se prolongera jusqu'au moment où la permanence d'un froid vif et local donnera naissance aux maladies inflammatoires. Mais, jusque-là, on n'aura que des douleurs rhumatoïdes des parois abdominales et surtout thoraciques, des pleurésies latentes ou très-peu vives, des rhumatismes ambulants, des pneumonies bâtardes, des bronchites ayant une grande tendance à devenir capillaires, si on ne les arrête pas dans leur marche insidieuse par la médication quinique, qui est indiquée dans ces cas si divers en apparence, et qui cependant, au fond, sont de même nature.

Il y a encore dans l'armée beaucoup de médecins qui, il y a plus de vingt ans, m'ont entendu énoncer et vu appliquer ces préceptes de pathogénie et de thérapeutique de la fièvre catarrhale et des affections incidentes qui s'y rattachent. L'un d'eux, homme d'un savoir solide, M. Corne, médecin en chef de l'hôpital de Thionville, prépare un travail sur cet important sujet ; je regrette fort qu'il ne l'ait pas encore publié, parce que, même sans en avoir pris connaissance, j'ai la conviction que ce mémoire serait un guide sûr pour les élèves qui, entraînés par un noble sentiment de patriotisme, quittent leurs études, leurs amis, leurs parents, pour aller porter leur concours dévoué au service hospitalier de nos armées.

Plus de neuf cents étudiants en médecine, ayant douze inscriptions, c'est-à-dire trois ans d'études, se sont fait inscrire au Val-de-Grâce pour suivre l'armée en campagne et soigner les malades ou les blessés. Un nombre assez considérable d'étudiants n'ayant que huit inscriptions ont été, sur leur demande, commissionnés pour la marine.

En vertu d'une décision récente prise par la Faculté de médecine, tous les jeunes gens qui vont être dirigés sur les ambulances sont exercés à la médecine opératoire par MM. les prosecteurs, sous la direction de M. le docteur Lannelongue, professeur agrégé et chirurgien des hôpitaux.

Enfin, dit le *Journal des Débats*, MM. Maurice Raynaud et Constantin Paul, également professeurs agrégés et médecins des hôpitaux, ont été chargés de conférences sur les maladies épidémiques des armées.

une atrophie choroïdienne, elle sortait de prendre 100 pilules pour un iritis.

J'ai vu une rétinite hypérémique chez une femme syphilitique. Elle a disparu en peu de temps, grâce aux purgatifs répétés et aux badigeonnages de la tempe avec la teinture d'iode.

Je répète que j'ai traité les iritis syphilitiques par les moyens que l'on emploie pour les iritis inflammatoires. Le collyre mydriatique, les vésicatoires aux tempes, les purgatifs, les sangsues aux cuisses, si l'iritis apparaissait un peu avant les règles. Je poursuis l'usage du collyre mydriatique pendant huit jours après la disparition de la rougeur et de la douleur. Quand au bout de quinze jours les malades ne sont pas guéries, quand il y a des abcès de l'iris, ou ce qu'on appelle des condylomes, je fais une, deux ou trois ponctions de la cornée, qui guérissent le mal en trois ou huit jours.

J'ai traité les choroïdites de même. Toutes les malades qui n'avaient pas l'œil perdu en entrant dans mes salles, sont sorties améliorées ou conservant une vision suffisante, quoiqu'elle ne restât point parfaite.

RAPPORTS

M. GIRAUD-TEULON, au nom d'une commission composée de MM. Verneuil, Trélat et lui, lit son rapport sur le travail de M. Masgana, intitulé : *Tumeur fibro-cystique de l'œil gauche. — Perforation de la voûte orbitaire.— Extirpation.— Guérison.*

Dans la séance du 1er juin, vous nous avez chargés, MM. Verneuil, Trélat et moi, de prendre connaissance d'une observation adressée à la Société par M. le docteur Masgana, chirurgien de l'hôpital de Smyrne, sur un cas d'extirpation d'une tumeur orbitaire.

Je viens aujourd'hui, au nom de votre commission, vous présenter les réflexions que lui ont suggérées la lecture et l'étude de cette observation intéressante.

Le 24 juillet-5 août 1869, se présenta à l'hôpital de Smyrne la nommée Eugénie D... (d'Aidin), âgée de 26 ans; cette femme, quoique d'une constitution lymphatique, a toujours joui d'une bonne santé; mariée à 16 ans, elle a eu deux enfants bien portants.

Il y a environ quatre ans, elle fut atteinte d'une céphalalgie qu'elle ne put attribuer à aucune cause déterminée et qui occupait la région sus-orbitaire du côté gauche : des douleurs sourdes, une pression, se faisaient sentir au fond de l'orbite, comme si, disait-elle, « on voulait me faire sortir l'œil. »

A ces symptômes vinrent bientôt se joindre une amblyopie graduelle, l'apparition de mouches volantes, enfin les phénomènes extérieurs d'un exorbitisme commençant. Les tissus antérieurs du globe, d'abord apparemment sains, finirent par s'altérer. La cornée s'opacifia, s'épaissit, s'ulcéra; la conjonctive, la sclérotique, se couvrirent de bourgeons charnus et d'ulcérations; enfin, au bout de quinze mois, le globe entier, faisant saillie entre les paupières, s'offrait à la vue comme une tumeur charnue, rouge et saignante, de la grosseur d'un petit œuf de poule.

Le développement de cette exophthalmie mit fin à la céphalalgie proprement dite; des douleurs lancinantes dans la tumeur, assez fortes pour troubler le sommeil de la malade, persistèrent seules et résistèrent à tous les moyens employés pour les combattre.

Tous ces détails, ajoute M. le docteur Masgana, ne me sont fournis par la malade qu'avec beaucoup de difficultés; l'intelligence paraît, chez elle, paresseuse; l'articulation des mots, les réponses au moins sont très-lentes. Ce fait trouvera son explication dans le courant de l'observation.

État actuel :

La face est amaigrie et pâle, la physionomie générale celle de l'épuisement.

La région orbitaire gauche est remplie par une tumeur saillante de la grosseur d'une petite orange, qui paraît comprendre tous les tissus de l'organe oculaire et de ses dépendances immédiates. Cette tumeur est rouge, saignante, inégale, un peu douloureuse au toucher, dure et rénitente à la pression. A la partie externe et supérieure (environ au tiers externe) de sa surface, on remarque un point noir, terne, recouvert des débris flasques et ridés de la cornée, et, en arrière, l'ouverture pupillaire dans laquelle se reconnaissent les vestiges d'un cristallin opacifié, en dehors des traces de sclérotique altérée; en un mot, on dirait que tout le globe oculaire a été refoulé et aplati dans cet angle par la tumeur développée en arrière de lui. L'aspect est, à s'y méprendre, celui des tumeurs cancéreuses ulcérées, sauf en un point très-limité, l'angle interne, où la tumeur est lisse et humide.

La paupière inférieure, déprimée, adhère, par tout son bord libre, à la tumeur, et ne peut en être détachée. La paupière supérieure, au contraire, peut, du moins par son bord libre, dont les cils sont conservés, glisser sur la tumeur, dont le manche du scalpel le sépare aisément. Les sourcils sont refoulés en haut, à peu près à 2 centimètres et demi au-dessus de leur situation normale. La photographie ci-jointe donne une idée de l'état des choses.

La malade accuse peu de sensibilité au toucher; mais des douleurs lancinantes spontanées, un sentiment de pression intra-orbitaire intolérable, une insomnie féroce, lui font instamment réclamer le secours d'une opération libératrice.

Une consultation fut réunie par les soins du docteur Masgana. Elle se composait de MM. Béguin, chirurgien principal de la frégate française *la Thémis*, des docteurs Japhet, chirurgien de la marine française, médecin sanitaire de France à Smyrne; Latry, Miltiadi, Mecredis, Klado, Raffinesque, médecin de l'hôpital, Von Teischtorff, médecin du chemin de fer et d'autres médecins de la ville.

Toute l'assistance s'arrêta à l'idée d'une tumeur cancéreuse ulcérée; néanmoins, malgré la gravité du pronostic, les instances de la malade furent écoutées, et M. Masgana se résolut à l'opération.

Nous laissons ici la parole à l'opérateur :

Voici comment je procédai, ayant pour aides principaux MM. Béguin et Japhet :

Une incision de 3 à 4 centimètres prolongea la commissure externe des paupières en se dirigeant obliquement un peu en haut et en dehors. Une seconde incision, presque verticale, partit de l'angle interne de l'œil et fut conduite de la caroncule jusqu'au-dessus et en dedans du sourcil. Mon but était de conserver la paupière supérieure, de la disséquer lentement, et, après l'extirpation de la tumeur, de la rabattre sur la cavité orbitaire.

Cette dissection se fit en effet assez facilement, grâce au peu d'adhérence de la paupière à la tumeur, et je pus ainsi remonter sur le frontal jusqu'à 2 centimètres au-dessus de l'arcade sourcilière osseuse.

Je commençai alors, avec beaucoup de précautions, le décollement de la tumeur de la cavité orbitaire, et, pour cela, je ne me servais plus que du dos de mon scalpel et de l'ongle de l'indicateur. A mesure que je pénétrais dans la cavité orbitaire, un écoulement de sang de plus en plus abondant me gênait davantage. Le décollement cependant se faisait facilement, quand, au moment où je m'y attendais le moins, la tumeur, qui était très-tendue, se rompit brusquement sous la pression de mon ongle, et un jet assez notable de liquide fut lancé à une assez grande distance. Ce liquide était jaune verdâtre, comme celui des kystes. La tumeur s'affaissa; mais, en même temps, une véritable hémorrhagie se manifeste. En ce moment, je mis mon doigt dans la cavité, et je m'aperçus que la voûte orbitaire était percée d'un trou qui reçut facilement mon doigt indicateur, lequel put pénétrer dans la cavité crânienne jusqu'à la moitié de la deuxième phalange et sentir parfaitement l'encéphale.

A peine le doigt fut-il retiré que, par cette ouverture, s'échappèrent deux lamelles ayant chacune une longeur de 2 à 3 centimètres et une largeur d'un demi-centimètre environ. Cette substance offrait entre les doigts la couleur et la consistance de la substance cérébrale. Elle a été touchée par plusieurs des confrères présents, qui ont également constaté la perforation de la voûte orbitaire et sa communication établie entre l'orbite et la cavité encéphalique.

Cependant, l'hémorrhagie continuant toujours, je me hâtai de terminer, en disséquant plus rapidement le reste de la tumeur et en emportant avec elle toute la paupière inférieure qui adhérait au kyste (Je puis dès à présent nommer ainsi cette tumeur). Je rabattis la paupière supérieure, sans faire le suture, et je bourrai la cavité béante de charpie imbibée d'eau. Des compresses d'eau glacée furent appliquées sur le tout, et la malade épuisée fut reportée dans son lit, où on lui fit boire quelques cuillerées de vin vieux et de bouillon.

L'examen de la tumeur put nous convaincre que nous avions sous les yeux un tissu fibreux comme celui de tous les kystes, et ce fait nous fut confirmé le lendemain par M. Béguin, qui avait emporté la tumeur à son bord, pour l'examiner au microscope. Ce chirurgien n'y trouva aucune trace de cellule cancéreuse; toute la poche était constituée par des tissus fibreux comme celui de tous les kystes séreux.

Les suites de cette opération furent des plus satisfaisantes; les douleurs cessèrent, l'hémorrhagie s'arrêta d'elle-même. Pour la première fois depuis longtemps, la malade a joui des bienfaits du sommeil; le lendemain et jours suivants, point de réaction.

L'appareil est demeuré en place quatre jours; lorsqu'il est enlevé, apparaît une suppuration peu abondante, de bonne qualité, sans odeur. Toutes les parties altérées qui n'ont pu être enlevées pendant l'opération sont maintenant entraînées par le lavage ou de légers raclements opérés avec l'ongle. Le trou de la voûte orbitaire est toujours béant, et, au travers de ses bords émoussés, le doigt pénètre aisément et sans douleur dans la cavité crânienne. En même temps, et pour la première fois sur la paroi interne de l'orbite, indépendamment de l'orifice du canal nasal, se remarque un autre trou qui paraît dû à l'usure opérée par la tumeur. Quelques fragments d'os de quelques millimètres se détachent aisément sous le doigt; la fente sphénoïdale est visible au fond de l'orbite.

Les pansements ultérieurs consistent en lavages à la décoction de ratanhia et en applications de charpie imbibée du même liquide.

La cicatrisation de cette vaste plaie, la réparation des pertes de substance des parois orbitaires par bourgeonnements charnus, la reconstitution de la malade, demandèrent trois mois environ, malgré deux menaces d'érysipèle de la face, survenues à deux mois de distance, mais n'ayant heureusement pas atteint les bords de la plaie.

A la fin de ces trois mois, la malade offrait l'aspect offert par cette seconde photographie. On ne dirait point, en la comparant à la première, que ce soit le même sujet qui ait posé, tant un embonpoint nouveau modifie ses apparences.

La plaie est complétement cicatrisée, le canal nasal est oblitéré, et cependant il n'y a aucun écoulement de larmes. Quoique le fait s'explique indépendamment de la présence ou de l'absence de la glande lacrymale, il est regrettable que la dissection de la tumeur n'ait point fait connaître expressément ce qu'était devenue ladite glande, atrophiée, sans doute, comme les autres tissus oculaires. L'olfaction est intacte.

Maintenant, si l'on pose des questions à la malade, on constate, dans ses réponses, les mêmes lenteurs que précédemment; elle comprend assurément tout ce qu'on lui dit; ses idées sont nettes, elle prend très-bien l'initiative d'une demande; mais elle semble faire un effort pour parler et répondre; ses phrases sont courtes. En un mot, il semble exister là une forme, un caractère, un degré d'aphasie. Cette circonstance est en rapport avec la doctrine de la localisation, de la détermination de la parole dans les lobes antérieurs du cerveau.

Réflexions. En terminant cet intéressant récit, M. le docteur Masgana se pose les deux questions que voici:

Premièrement, quelle est, se demande-t-il, la nature de cette tumeur?

Secondement, quelle est la substance de ces deux lamelles blanches recueillies à l'entrée de la perforation crânienne par le doigt introduit dans les premiers instants de l'opération?

Sur la première question, — vu l'absence de tout détail autre que celui accusant la présence unique dans la masse extraite de l'orbite d'une poche fibreuse, y demeurant seule après l'issue subite et par projection brusque d'un liquide séreux, — vu l'absence de tout élément cellulaire suspect dans les tissus examinés au microscope, tant immédiatement après l'opération que pendant le cours de la cicatrisation; — vu l'excellence de la cicatrisation et l'absence de toute récidive, pouvons-nous nous refuser à conclure, avec l'auteur, qu'il s'agissait dans le cas actuel d'une tumeur cystique classique, née et développée graduellement dans l'orbite? Les annales de la science contiennent de ces faits assez d'exemples pour que leur renouvellement de temps à autre ne doive pas frapper d'étonnement.

Ces exemples, sans être très-nombreux, le sont cependant assez pour que les pathogénistes modernes semblent même disposés à les rattacher à un mécanisme régulier de physiologie pathologique, en les faisant dériver de la même origine que les hygromas. Comme, dans l'espèce, nulle circonstance particulière ne peut permettre de prétendre qu'il en ait été réellement ainsi, nous laisserons de côté cette étiologie obscure encore.

En énonçant son opinion, M. le docteur Masgana ajoute qu'un des assistants a paru disposé à penser que la tumeur était l'effet d'une hernie congénitale du cerveau. Nous ne savons sur quelle circonstance ce confrère a motivé cette manière de voir, et nous trouvons que M. Masgana y répond judicieusement en rappelant que c'est seulement après sa vingtième année que la malade a commencé à souffrir dans sa santé générale ou locale, et que ce fait ne s'accorderait pas sans quelque difficulté avec une hernie datant de la naissance.

En l'absence de tout indice sur la marche suivie par le kyste dans son développement, l'analogie des lésions observées dans ce cas avec celles constatées dans un certain nombre d'autres, dans celle de Richerand, par exemple, doit porter à penser que ce kyste, né dans un point quelconque de l'orbite, a agi par compression résorbante graduelle sur les obstacles osseux qui le limitaient en dedans, comme il a agi sur le globe lui-même en dehors. L'histoire entière des tumeurs nées dans l'orbite et les cavités limitrophes est évidemment en faveur de cette conclusion.

Le diagnostic différentiel, d'après la narration qui précède, ne pouvait guère être suspendu, suivant nous, qu'entre le kyste fibreux proprement dit, et le kyste à hydatides. Mais l'auteur n'a rencontré d'acéphalocyste, ni lors de l'ouverture de la tumeur, ni dans les produits ultérieurement éliminés; et comme le kyste hydatique n'a de critérium positif que dans la vésicule spécifique, la seule raison pour nous d'énoncer cette hypothèse n'eût été que dans la fréquence relative de cette sorte de kyste.

L'auteur, comme nous avons vu, se demande en second lieu quelle pouvait bien être la nature des lamelles blanchâtres amenées par le doigt, dans le cours de l'opération, de l'intérieur du crâne, et dont toute l'assistance a constaté la ressemblance avec la substance même du cerveau. Votre commission, s'appuyant sur l'opinion d'un de ses membres devant lequel le même phénomène s'est produit, s'est rangée au même sentiment éminemment probable.

Nous bornerons ici une discussion presque superflue. Ce qui est ici particulièrement intéressant, c'est l'opération même très-judicieusement conduite et dirigée. Et à ce propos, qu'on nous permette de rendre hommage au mérite et au courage du chirurgien auteur de cette observation.

Une chose en effet est évidente, c'est que le docteur Masgana n'avait nulle certitude d'avoir affaire à une tumeur opérable. Il n'existait point, à la vérité, de contre-indication; mais on était en présence du danger probable d'une opération non-seulement inutile, mais peut-être inachevable, et, dans la plus favorable des suppositions, appelée à récidive. Mais l'hypothèse contraire pouvait être le salut de la malade; et à cette chance faible, mais réelle, notre honorable confrère a, sans hésiter, sacrifié la probabilité d'un échec opératoire, c'est-à-dire personnel. Votre commission ne peut que tenir à honneur d'être, à cet égard, l'interprète des sentiments approbatifs de la Société de chirurgie.

En conséquence, la Commission a l'honneur de vous proposer de décider le dépôt de cette observation dans vos archives, d'adresser à l'auteur une lettre de remercîments, et de l'inscrire sur la liste des candidats au titre de correspondant étranger.

M. VERNEUIL dit qu'en explorant un cancroïde de la tempe, il lui est arrivé de toucher une circonvolution cérébrale, qu'il entama même sans qu'il en résultât aucun accident.

(A suivre.)

CORRESPONDANCE

Monsieur le rédacteur en chef,

Depuis que j'ai fait connaître l'aspirateur pneumonique et la méthode qui s'y rattache, de nombreuses questions de priorité ont été soulevées : les unes avec bienveillance, les autres avec aigreur. Je n'ai pas répondu. J'estime qu'en pareil cas il est digne de garder le silence, et d'attendre le jugement non point de quelques voix isolées, dont je n'ai nul souci, mais du public médical, seul juge souverain.

Si je prends aujourd'hui la parole, ce n'est pas pour critiquer le rapport qui vient d'être présenté par une commission à l'Académie de médecine, je n'ai rien y voir, elle est maîtresse de ses opinions et responsable de ses actes. Mais ce rapport contient un fait extrêmement grave, sur lequel il faut à tout prix être éclairé.

Le rapporteur a dit qu'il existe depuis l'année 1856 un instrument de M. Laugier construit par M. Mathieu, et identique à l'aspirateur que j'ai fait connaître il y a quelques mois; les aiguilles, le corps de pompe, le *point d'arrêt*, le *vide préalable*, sont identiques de part et d'autre. L'apparition subite de cet aspirateur ignoré a causé quelque étonnement; comment, voilà quatorze ans qu'il existe sans qu'il en ait jamais été question! pas la moindre publication, pas le moindre dessin, pas une observation au sujet de cet instrument! Je questionne mes maîtres et mes collègues dans les hôpitaux, je consulte les recueils périodiques, j'interroge les fabricants, et il n'y a qu'une voix à ce sujet : on n'en a jamais entendu parler.

C'est bien mieux, j'ouvre le catalogue de M. Mathieu, et, en fait d'aspirateur Laugier, je ne trouve rien autre chose (page 139, année 1867) qu'un *ballon*, auquel est annexée une *pompe à ventouse* ordinaire, le tout destiné à la saignée des os.

Or, si cet appareil aspirateur, si défectueux et construit en 1853, est consigné dans le catalogue de 1867, à plus forte raison le modèle pneumatique si perfectionné, et inventé, nous dit-on, en 1856,

devrait-il s'y trouver. Mais non, il n'en est pas plus fait mention là qu'ailleurs.

Enfin, voici un dernier argument dont chacun saisira la portée : Dès que j'eus mis en usage la méthode de l'aspiration pneumatique, M. Mathieu courut tous les hôpitaux, j'en prends à témoin élèves et chefs; on le voyait sans cesse ayant à la main l'appareil ballon à ventouse, tombé depuis si longtemps dans l'oubli, et s'efforçant, mais en vain, de démontrer l'analogie du principe et de la construction. Comment! il aurait eu en sa possession, depuis 1856, un aspirateur pneumatique identique au mien, et il n'aurait songé à le montrer qu'après six mois de persistance et de tentatives infructueuses faites avec un ballon dont personne ne veut entendre parler! Et c'est quatorze ans après une existence latente et absolument inconnue, et huit mois après la publication de mes premiers travaux, que l'instrument en question fait son apparition, avec la prétention de tout renverser? Nul ne saurait admettre de tels procédés. C'est à la fois un droit et un devoir de demander à M. Mathieu des preuves matérielles et indiscutables sur l'existence antérieur de cet aspirateur pneumatique, si singulièrement identique à celui que j'ai eu l'honneur de faire connaître; j'ose espérer que la réponse ne se fera pas attendre.

Agréez, etc.

Dr Dieulafoy.

La Société internationale de secours aux blessés a composé ainsi sa seconde ambulance :

Chirurgien chef : M. Marc Sée.

Chirurgiens : MM. Mahotte, Le Dentu, Goujon, Paumier.

Aides-chirurgiens : MM. Bayle, Salmon, Bourgeois de Mercy, Owen, Petit (Eug.), Despines, Grippat, Leroy des Barres, Castiaux, Fliegel.

Sous-aides : MM. Reclus, Alibert, Baudon, Piquantin, Fichot, Tremblez, Deschamps, Cazeaux, Autun, Morel, Courmont, de Pressigny.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret impérial du 24 juin 1870, M. Figuier, pharmacien aide-major de 1re classe, répétiteur à l'École du service de santé militaire de Strasbourg, a été promu au grade de pharmacien-major de 2e classe.

— Par décision ministérielle du 1er juin 1870, sont nommés répétiteurs à l'École du service de santé militaire de Strasbourg :

M. Kiener, médecin aide-major de 1re classe au 6e d'artillerie ;

M. Tachard, médecin aide-major de 1re classe au 87e régiment d'infanterie ;

M. Lacassagne, médecin aide-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Marseille ;

M. Figuier, pharmacien aide-major de 1re classe, surveillant à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires.

— Par décision ministérielle du 17 juin 1870, M. Sarazin, médecin-major de 2e classe, répétiteur à l'École de santé militaire de Strasbourg, est chargé du service médical de la place de Strasbourg, et attaché, à cet effet, à l'état-major de la 6e division militaire.

— De nombreux médecins de la ville de Strasbourg, et presque tous les étudiants civils, se sont mis à la disposition de l'intendance militaire, et ont offert leur concours pour le service des ambulances de l'armée.

— La Faculté de médecine de Strasbourg a interrompu ses cours, cliniques et conférences, depuis le 20 juillet, afin de permettre aux élèves civils et militaires de passer leurs examens. Ils pourront, de cette façon, prêter un concours utile en temps opportun.

— Une mesure nécessitée par l'entrée prochaine en campagne de l'armée du Rhin vient d'être prise dans toute l'étendue du territoire. Tous les médecins militaires employés dans les hôpitaux sont envoyés aux corps d'armée et divisions sur le pied de guerre, et remplacés momentanément dans leurs services hospitaliers par des médecins civils requis.

Les médecins aides-majors qui se trouvent au dépôt des corps, et qui habituellement, dans les guerres précédentes, étaient dirigés sur les ambulances, restent seuls à leur poste.

— Plus de deux cents docteurs en médecine, cinq cents étudiants en médecine, cinquante pharmaciens et cent cinquante élèves en pharmacie, et huit cents infirmiers volontaires, ont offert leur concours au *Service de santé.*

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 24 au 30 juillet 1870, donne les chiffres suivants :

Variole, 227.—Scarlatine, 15.—Rougeole, 10.—Fièvre typhoïde, 22. Typhus, ». — Érysipèle, 7. — Bronchite, 59. — Pneumonie, 55. — Diarrhée, 82. — Dysenterie, 2. — Choléra, 18. — Angine couenneuse, 6. — Croup, 6. — Affections puerpérales, 5. — Autres causes, 681.— Total : 1,195.

Est-il un moyen d'arrêter la propagation des maladies vénériennes. Du délit impuni, par le docteur Armand Després, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, agrégé de la Faculté de médecine de Paris. Brochure de 36 pages. — Prix : 1 fr.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HÔPITAL DE LOURCINE (M. Fournier). De l'état général des femmes syphylitiques pendant la période secondaire. — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — Société internationale. — Feuilleton. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Jamais séance plus tumultueuse. Parfois on ne pouvait rien entendre au milieu des interruptions, des affirmations et des négations qui se croisaient de toutes parts.

Il était question de voter des propositions conciliatrices, et leur rédacteur n'en était lui-même que médiocrement satisfait. Pourtant il tenait à en conserver au moins quelque chose, et, à force de présence d'esprit, il a fini par y parvenir.

Les conclusions de la commission, désavouées par chacun des membres qui la composèrent, ont fini par être adoptées, après avoir subi les amendements les plus indispensables.

M. Broca a critiqué, avec sa vigueur et sa verve méridionales, les deux passages qui nous semblaient particulièrement inadmissibles, et ces deux passages ont disparu.

Le reste est encore un peu long. M. Broca voulait le raccourcir en une seule phrase qui eût absous en bloc les vinages de toute espèce, sans limitation de degré. Au fond, la pensée était la même et la rédaction était plus simple. Mais c'était accuser d'une façon trop vive l'abandon complet du rapport ; et, par esprit de conciliation, on a préféré être un peu moins clair, un peu moins précis.

Dr VICTOR REVILLOUT.

Des deux souscriptions qui ont été ouvertes dans la *Gazette des Hôpitaux* :

1° L'une devait être oubliée dans les émotions de la guerre. Nous tenons cependant à dire que la *Conférence médicale de Paris* compte parmi ses souscripteurs : M. Dechambre, pour 20 fr. ; M. de Latour, pour 10 fr.

2° L'autre, destinée à former des ambulances volontaires et à fournir des secours aux blessés, a déjà fait verser plusieurs milliers de francs dans nos bureaux, comme on le verra plus loin. Nous ne saurions trop recommander cette dernière. Il s'agit d'une œuvre nationale et plus encore *médicale*. Il convient donc de faire appel aux femmes et filles de médecins, et comme M. Devergie, surtout aux médecins eux-mêmes.

HOPITAL DE LOURCINE. — M. FOURNIER.

De l'état général des femmes syphilitiques pendant la période secondaire (1).

Est-ce à dire que ces deux formes d'état général, chloro-anémie et asthénie, s'excluent l'une l'autre? Loin de là. Elles s'associent souvent et se donnent la main pour constituer ce qu'on pourrait appeler la *chloro-asthénie syphilitique*, état mixte où se trouvent combinés les symptômes propres à chacun de ces types morbides.

Les différents troubles qui constituent l'asthénie ou la chloro-anémie syphilitique comportent des degrés divers. Assez souvent, ils ne sont que faiblement accentués ; nombre de femmes ainsi ne deviennent anémiques ou asthéniques par le fait de la syphilis que d'une façon légère. D'autres fois, ces accidents sont plus accusés, et créent alors un véritable état morbide. Quelquefois enfin, et cela n'est pas très-rare, ils atteignent un très-haut degré d'intensité, et troublent alors la santé d'une façon menaçante.

C'est dans ce dernier cas qu'ils peuvent donner le change et prendre le masque d'une *phthisie* imminente.

Représentez-vous bien, Messieurs, cette femme syphilitique que je viens de vous dépeindre : jeune, surprise tout à coup par des symptômes de débilitation, pâlissant, maigrissant, perdant son appétit et ses forces, s'étiolant d'une façon rapide, affectée même de temps à autre (phénomènes fréquents de la syphilis secondaire) de sueurs nocturnes et d'accès de fièvre vespérins. Que soupçonneriez-vous en face d'un tel ensemble de symptômes ? Quelle maladie redouteriez-vous ? La phthisie pulmonaire, bien évidemment. C'est à ce diagnostic, en effet, ou plutôt à cette appréhension que tout médecin serait conduit. Bien des fois, dans de telles conditions, nous avons cru quelques-unes de nos malades sur la pente de la tuberculose. Bien des fois nous les avons auscultées anxieusement, cherchant dans leur poitrine l'explication de tels phénomènes. Puis, après un certain temps, fort heureusement, nos soupçons se trouvaient déçus. Ce n'était pas la phthisie qui était en cause, c'était la syphilis seule qui avait déterminé de tels symptômes.

C'est qu'en effet la choro-anémie et l'asthénie syphilitiques ne sont que des états temporaires. Ne vous représentez pas la femme syphilitique comme devant s'offrir à vous sous l'un ou l'autre de ces aspects pendant toute la durée de la période secondaire. Ces troubles généraux n'ont qu'un temps. Ils durent quelques mois, une année au plus ; puis ils s'évanouissent, spécialement si l'on intervient à temps et par une médication appropriée.

Mais, pour n'être que temporaires, ces troubles n'en sont pas moins graves, et c'est là un point sur lequel je sollicite votre attention. Comment et de quelle façon cette débilitation syphilitique peut-elle devenir grave ? Voilà ce qu'il importe au médecin de bien savoir.

D'une part, cette débilitation peut être grave d'abord par elle-même. Car, en s'exagérant, elle peut aboutir à cet état si redoutable connu sous le nom de *cachexie* syphilitique. Mais ce n'est là que son moindre danger, car cette cachexie est rare, exceptionnelle, même chez la femme. Vous n'en trouverez que quelques cas épars dans la science ; pour ma part, je n'en ai observé qu'un seul depuis que je suis ici.

Mais d'autre part, cette débilitation est surtout grave *par ses conséquences indirectes*. Ce qui la rend réellement dangereuse, c'est qu'en raison des troubles fonctionnels qu'elle détermine, de la dépression qu'elle produit sur l'organisme, elle diminue la résistance de l'individu aux causes morbifiques qui peuvent l'atteindre, ouvre la porte aux susceptibilités morbides, et peut de la sorte exciter ou favoriser le développement de certaines diathèses. Je m'explique.

Supposez qu'une maladie incidente, sérieuse, surprenne les malades dans cet état de débilitation ; croyez-vous que l'économie ainsi déprimée soit bien disposée pour soutenir la lutte ? Le supposer seulement serait absurde.

Cet élément mystérieux qu'on appelle la *malignité* des maladies a certainement sa cause et ses racines, en partie du moins, dans certaines dispositions acquises de l'organisme, dans sa vitalité préalablement affaiblie, dans sa résistance moindre aux agents morbifiques. Nul doute que la syphilis ne soit en quelques occasions une cause de malignité en raison de l'action dépressive qu'elle exerce sur l'économie. Nul doute que si, chez les syphilitiques, certaines maladies simples deviennent graves parfois, cette gravité, cette malignité ne dérive, au moins en certains cas, de l'atteinte déjà portée à l'économie par le poison syphilitique. Déjà, dans quelques cas, j'ai cru remarquer d'une façon peu douteuse cette influence de la diathèse sur l'évolution de certaines maladies intercurrentes. C'est là, vous le comprenez, un fait non susceptible d'une démonstration exacte ; car il est impossible de déterminer exactement le pronostic d'une maladie quelconque dans un cas particulier ; ce n'est là qu'une impression ; mais je crois que, dans l'espèce, cette impression ne m'a pas trompé.

J'ai dit, en second lieu, que la débilitation syphilitique pouvait favoriser ou exciter le développement, la manifestation de certaines diathèses en puissance. Sur ce point il ne saurait rester de doute, et tous les médecins qui n'observent pas seulement dans le champ restreint de la spécialité, ont été frappés de cette action indirecte de la syphilis sur la mise en évolution de certaines diathèses.

Pour la *scrofule*, nous en avons des exemples quotidiens. Très-fréquemment, nous voyons chez les jeunes gens lymphatiques, délicats et blonds, plus souvent encore chez les femmes de même tempérament, la syphilis donner le coup de fouet en quelque sorte au vice strumeux latent, et provoquer diverses déterminations morbides d'essence manifestement scrofuleuse : soit, par exemple, des engorgements ganglionnaires volumineux et chroniques (tels que bubons cervicaux, sous-maxillaires, inguinaux ou autres), soit des scrofulides intenses ou malignes qu'on prend d'abord pour des syphilides, mais dont la ténacité et l'évolution ultérieure, sans parler d'autres caractères, démontrent plus tard la nature essentiellement scrofuleuse. C'est à ces accidents métis comme origine, et souvent aussi comme caractères, que M. Ricord donnait la dénomination expressive de *scrofulates de vérole*.

Il en est de même de la *tuberculose*. Que la syphilis se dé-

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

FEUILLETON

OBSERVATIONS

SUR L'HISTOIRE NATURELLE DES ÉCREVISSES

Par M. CHANTRAN

(Note lue à l'Académie des sciences.)

Accouplement. — L'accouplement chez les Écrevisses a lieu pendant une période qui comprend les mois de novembre, décembre et janvier. Le mâle saisit la femelle avec ses grandes pinces, il la renverse, et, pendant qu'il la tient couchée sur le dos, il se place de manière à verser, dans un premier acte, sur les deux lamelles externes de l'éventail caudal, la matière fécondante. Puis, après cette première opération qui dure quelques minutes, il la ramène brusquement sous son abdomen, afin d'effectuer un second dépôt de semence sur le plastron, autour de l'ouverture externe des oviductes, par le curieux mécanisme si exactement décrit par M. Coste.

Ponte. — Suivant le degré de maturité des œufs, lors du rapprochement des sexes, la ponte a lieu à une époque qui varie de deux à quarante-cinq jours après l'accouplement. Au moment où cette fonction va s'accomplir, la femelle se couche sur le dos et ramène sa queue sur le plastron, de manière à former avec son abdomen une chambre dans laquelle l'ouverture des oviductes se trouve comprise, et dont la paroi sécrète une humeur visqueuse destinée à engluer les œufs et à les retenir attachés, pendant l'incubation, aux appendices abdominaux. Quand les choses sont dans cet état, la ponte s'effectue. Elle s'opère en une seule fois, ordinairement pendant la nuit, rarement pendant le jour. L'incubation dure environ six mois, l'éclosion a lieu en mai, juin ou juillet.

Mues. — La première mue a lieu dix jours après l'éclosion ; la seconde, la troisième, la quatrième et la cinquième de vingt à vingt-cinq jours de distance les unes des autres, en sorte que le jeune animal change *cinq fois* de carapace dans l'espace de quatre-vingt-dix à cent jours, qui correspondent aux mois de juillet, août et septembre. A partir de ce dernier mois, jusqu'à la fin du mois d'avril de l'année suivante, il n'y a pas de mue.

La sixième mue a lieu en mai, la septième en juin et la huitième en juillet. Il y a donc huit mues pendant les douze premiers mois de la vie de la jeune Écrevisse.

Dans la seconde année, il y a cinq mues : la première et la deuxième en août et septembre, la troisième, la quatrième et la cinquième en mai, juin et juillet.

Dans la troisième année, je n'ai observé que deux mues, qui s'opèrent : la première en juillet et la deuxième en septembre. C'est à partir de ce moment que la jeune Écrevisse devient adulte en entrant dans sa quatrième année.

Lorsque les Écrevisses sont adultes la mue n'a plus lieu qu'une seule fois par an pour les femelles ; elle a lieu, au contraire, deux fois pour les mâles : ce qui explique pourquoi ces derniers ont une plus grande taille que les femelles, l'accroissement étant en proportion du nombre des mues. Pour les mâles adultes, la première mue a lieu en juin et juillet et la seconde entre août et septembre. Quant aux femelles, leur unique mue s'accomplit entre août et septembre.

Pour effectuer sa mue, l'animal se met sur le flanc, avec sa tête et son dos il soulève son corselet qui fait bascule, comme un couvercle sur sa charnière, puis quand il a ainsi presque complétement dégagé la partie antérieure de son corps, il se sépare entièrement de sa vieille carapace par un brusque mouvement de la partie postérieure. Ce travail, qui dure environ dix minutes, est favorisé par la sécrétion préalable d'une matière gélatineuse entre les deux carapaces qui facilite leur dégainement.

Douze heures après la mue, les pattes de l'Écrevisse sont déjà assez fermes pour pincer fortement, vingt-quatre heures après elles sont complétement durcies ; les parois du dos restent plus longtemps flexibles, mais au bout de quarante-huit heures elles ont atteint un degré de consistance à peu près normal.

Les petits restent attachés aux fausses pattes de la mère pendant dix jours après l'éclosion, c'est à ce moment que la première mue a lieu ; elle s'effectue sous la queue même de la mère. Si les jeunes s'en détachent avant cette époque, ils ne peuvent pas vivre séparément ; mais après cette première mue ils abandonnent parfois la mère pour y revenir jusqu'au vingtième jour, époque à laquelle ils peuvent vivre indépendants.

Je suis disposé à croire qu'après leur première mue les jeunes Écrevisses se nourrissent, sous la queue de la mère, des pellicules des œufs et de la carapace provenant de cette première mue. Mais, j'attends de nouvelles observations pour pouvoir l'affirmer d'une manière positive.

clare chez une jeune femme prédisposée à la tuberculose soit par hérédité, soit par tempérament acquis, ne peut-elle pas en anémiant, en asthéniant, en appauvrissant l'économie, précipiter ou même provoquer le développement de tubercules qui, sans l'appoint de cette cause adjuvante, ne se seraient manifestés que plus tardivement, ou qui même ne se seraient peut-être jamais produits? Le bon sens le dit, la clinique le prouve. Pour ma part, j'ai déjà vu, soit ici, soit ailleurs, nombre de jeunes sujets chez lesquels la syphilis avait exercé puissamment son influence dépressive, devenir tuberculeux dans les premiers mois ou les premières années de l'infection. J'ajoute même que, développée dans ces conditions, la phthisie suit quelquefois une évolution hâtive, fait des progrès rapides et tue à bref délai.

Aussi, d'après mon expérience propre, comme aussi d'après ce qu'ont dit sur ce point les observateurs les plus autorisés, n'hésité je pas à inscrire la syphilis à l'étiologie de la tuberculisation pulmonaire.

Comment cette cause spéciale, la syphilis, conduit-elle à la tuberculose? Je l'ignore, mais je suppose qu'elle agit tout naturellement en appauvrissant l'organisme, en diminuant la résistance vitale. Je suppose qu'elle agit ici, non pas comme cause spécifique, mais comme *cause dépressive banale*, c'est-à-dire au même titre que la misère, la captivité, les chagrins, l'alimentation insuffisante, le surmenage, les excès, les fatigues, etc., toutes causes qui, comme vous le savez, et comme la science actuelle l'a démontré, composent le fond étiologique de la phthisie pulmonaire.

Aussi bien, d'une façon générale, et c'est là le point clinique où je voulais en venir, méfiez-vous de la vérole quand vous la voyez agir sur l'économie de façon à appauvrir l'individu; méfiez-vous d'elle quand vous la voyez produire un état général un peu sérieux, et surtout quand cette action dépressive s'exerce sur des sujets jeunes, spécialement chez des femmes encore à peine nubiles, lymphatiques d'allure, faibles de constitution, pâles, préalablement anémiques, etc.; méfiez-vous d'elle plus encore quand ces jeunes femmes sont prédisposées à la tuberculose par des antécédents héréditaires, car cette syphilis peut facilement devenir, dans de telles conditions, un prétexte suffisant à l'éclosion des tubercules.

Ce que je vous ai dit de la scrofule et de la tuberculose, je pourrais vous le répéter à propos d'autres diathèses, à propos des névroses en particulier que la syphilis surexcite parfois à un degré surprenant. Mais la preuve me semble faite, et il serait superflu, je pense, d'ajouter de nouveaux exemples à ceux que j'ai déjà produits.

Je me restreins donc, et je termine cet exposé en le résumant par cet aphorisme déduit d'une des plus vastes expériences médicales, aphorisme dont chaque jour j'apprécie de plus en plus la vérité clinique :

« La vérole, nous disait mon ancien maître, M. Ricord, est un *branle-bas* dans l'économie, un branle-bas susceptible d'exciter tous les vices organiques, d'éveiller toutes les diathèses en puissance, et qui, par suite, devient souvent le point de départ de phénomènes ou d'accidents qui, comme nature, lui sont absolument étrangers. »

C'est à ce point de vue, messieurs, que l'état général de la syphilis est surtout intéressant à connaître pour le médecin.

Quand on formule le pronostic de cette maladie, on ne tient compte, en général, que de ses accidents propres. C'est une faute ; car, à côté de ces accidents, il est d'autres dangers *indirects* auxquels expose la maladie. C'est une faute, car ces accidents indirects sont parfois bien plus graves que ceux qui résultent directement et spécifiquement de la diathèse.

Les manifestations propres de la diathèse, en effet, sont le plus souvent peu sérieuses; ou, le sont-elles à un degré quelconque, nous avons un recours contre elles; nous avons des remèdes, des médications qui en viennent à bout, sinon toujours, du moins le plus souvent; tandis que, contre les conséquences indirectes de la diathèse, telles que la scrofule ou la tuberculose, nous sommes ou bien moins puissants ou complétement désarmés.

La conclusion de tout ceci, c'est que la vérole n'est pas seulement grave comme maladie, mais bien aussi *comme cause morbifique*. Et la conséquence pratique qui en dérive, c'est qu'il faut traiter la vérole, non pas seulement *pour elle-même*, mais en prévision des *dangers indirects* auxquels elle expose.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 2 août 1870. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre des lettres, des sciences et des beaux-arts, transmet une note de M. Daguillon, médecin de colonisation à Sidi-Chami, relative à un nouveau procédé de traitement du croup pour les respirations des vapeurs ammoniacales. (Commissaires : MM. Barth, Hérard et Roger.)

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Une demande de récompense présentée par M. le maire de Flins, en faveur d'une sage-femme qui se serait distinguée par son zèle et son dévouement durant plusieurs épidémies cholériques, et dans la pratique de la vaccine.

2° Un rapport de M. Bavry, officier de santé à Vivaroles (Puy-de-Dôme), sur les bons résultats qu'il aurait obtenus par la pratique de la vaccination et de la revaccination. (Commission de vaccine.)

3° Un rapport de M. le docteur Damourette, médecin-inspecteur des eaux minérales de Sermaize, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1868.

4° Un rapport général de M. le docteur Chembraude, médecin-inspecteur des eaux minérales de Mercatier, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1868.

5° Un rapport de M. le docteur Dehory, médecin-inspecteur des eaux minérales d'Audemar, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1868. (Commission des eaux minérales.)

M. le secrétaire annuel donne lecture d'une lettre adressée par M. Legouest, nommé médecin en chef du 1er corps de l'armée du Rhin, qui s'excuse de n'avoir pu prendre congé de l'Académie avant de partir pour sa destination.

M. GAVARRET présente, au nom de M. le docteur Trouvé, un petit appareil destiné à reconnaître la présence des corps étrangers métalliques dans les tissus, et à les extraire.

M. HÉRARD offre en hommage, au nom de M. le docteur Forget (de la Nouvelle-Orléans) : 1° une brochure intitulée : *Études sur les bases de la science médicale* ; 2° un volume de mémoires et de lettres sur la fièvre jaune et la fièvre paludéenne.

M. TARDIEU présente : 1° un travail physiologique de l'hyoscyamine et de la daturine, par MM. les docteurs Oulmont, médecin de l'hôpital de Lariboisière, et Laurent, ancien interne des hôpitaux; 2° le rapport général sur les travaux de la commission des logements insalubres pendant les années 1866 à 1869.

Discussion sur le vinage.

M. BERGERON. Avant de lire de nouveau les conclusions de la commission, je dois dire que nous en avons modifié l'ordre : la troisième deviendra un second paragraphe de la première. (Voir le texte de ces conclusions dans la *Gazette des hôpitaux* du 26 juillet 1870.)

M. PAYEN. Dans la troisième conclusion, devenue maintenant un second paragraphe de la première, l'Académie se dit « justement préoccupée des inconvénients que présenterait, au point de vue des progrès de l'alcoolisme, le développement exagéré de la fabrication des alcools de vins et de betteraves. »

Je ne voudrais pas que cette proposition fût conservée dans le rapport.

L'alcool sert à mille usages : à l'éclairage, au chauffage, aux analyses de laboratoires, à la préparation des soudes et potasses, à la fabrication de vernis infiniment meilleurs, au point de vue de l'hygiène, que les vernis à la térébenthine et aux autres essences. Les savons transparents, les amorces fulminantes, l'éther, le collodion, les eaux de senteur, etc., se fabriquent à l'aide d'alcool. L'alcool sert à conserver les plantes et les pièces anatomiques. Je n'en finirais plus si je voulais énumérer tous ses usages utiles. Pourquoi donc blâmer sa fabrication?

Les substances qui servent à le produire sont multiples. Je citerai les pommes de terre, les topinambours, les asphodèles d'Algérie, qui ne servent pas à autre chose; les mélasses, les sirops de fécules, les résidus de cannes à sucre, et un très-grand nombre de fruits.

Quand on l'extrait des betteraves par le procédé Champenois, les résidus contiennent tous les principes de la betterave, moins le sucre, et, en fournissant aux animaux une nourriture de choix, ils servent à produire de la viande. C'est donc là une industrie très-utile, digne d'encouragements, et qui en a reçu du reste un grand nombre depuis quinze ans. C'est au procédé Champenois que la Société d'agriculture a décerné le grand prix d'Argenteuil de quinze mille francs.

Il ne faudrait donc pas blâmer cette industrie. Il serait ridicule de vouloir interdire les instruments de chirurgie parce qu'ils peuvent servir à des crimes.

Ici la question est la même; et dans les pays où l'alcoolisme exerce le plus de ravages, en Angleterre en particulier, on n'a jamais eu la pensée de mettre obstacle à la fabrication des alcools.

M. BERGERON. Il me semble que M. Payen accepte au fond notre pensée, et qu'il demande simplement la suppression d'un considérant que nous regardions comme utile. L'Académie ne doit pas exprimer une proposition sans en exposer les motifs. Or, si nous préférons les alcools de vins aux autres alcools, c'est en partie parce que leur production est limitée par la culture même de la vigne, au lieu d'être complétement illimitée, comme celle des alcools de vins et de betteraves.

Ces alcools trouveront toujours leur placement pour les mille usages que M. Payen a énumérés ; mais l'Académie ne doit pas encourager leur production quand elle dépasse toutes limites et conduit à l'alcoolisme. Nous devons nous placer au point de vue de l'hygiène et non au point de vue commmercial, comme les Sociétés d'agriculture. Au point de vue de l'hygiène, les eaux-de-vie de grains et de betteraves sont nuisibles.

M. WURTZ. Par esprit de conciliation, nous nous sommes tous ralliés à la rédaction proposée ; mais il y avait eu néanmoins des observations présentées par deux membres de la commission : par M. Béclard et par moi.

La commission a été unanime pour préférer l'alcool de vin; mais les motifs qui nous déterminaient n'ont pas été les mêmes pour tous. Pour ma part, je me borne à dire que l'expérience a démontré les avantages réels de l'alcoolisation avec les eaux-de-vie de vins pour la conservation des vins. Je suis donc d'avis de supprimer la proposition critiquée par M. Payen ; d'autant plus que le ministre nous consulte sur le vinage, et non sur les effets des alcools absorbés en nature.

M. BERGERON. Je regrette que M. Würtz abandonne la commission; mais je demande quelle raison on pourra donner au ministre pour la préférence exprimée par l'Académie.

M. PAYEN. L'alcool de vins est préférable, parce qu'il contient encore des matières qui existaient dans le vin, et que par conséquent il se rapproche plus des vins. L'alcool de betteraves dont on se sert est beaucoup plus pur, étant beaucoup mieux rectifié.

M. FAUVEL. On discute en ce moment.....

M. PAYEN. L'alcool de vin est donc plus agréable au goût, à cause même de ces matières qui le rendent moins pur.

M. FAUVEL. Je demande la parole pour une motion d'ordre. On discute le second paragraphe des conclusions avant le premier.

M. PAYEN. C'est parce que j'approuve tout le reste que je discute la proposition qui me paraît inadmissible.

M. BERGERON. Mais il fallait bien dire pourquoi l'Académie préfère les eaux-de-vie de vins.

MM. WURTZ ET PAYEN. Vous le dites suffisamment dans ce qui précède.

M. BERGERON. Mais l'industrie des alcools ne serait nullement compromise; les alcools ont tant d'applications! D'ailleurs, je ne sais pas si vos conclusions seront suivies d'effet.

M. BOUCHARDAT. Je me range tout à fait à l'opinion du rapporteur. Nous sommes dans notre droit quand nous ne voulons pas que la production des alcools soit illimitée. Nous ne nous plaçons pas au point de vue de l'industrie, comme MM. Payen et Würtz, mais à celui de l'hygiène.

MM. PAYEN ET WURTZ. Et nous aussi.

M. WURTZ. Il s'agit de savoir ceci : l'introduction des eaux-de-vie de betteraves et autres est-elle nuisible à cause de l'alcoolisme?

Plusieurs voix. Non! non!

Une voix, énergiquement. Oui! oui!

M. BERGERON. M. Würtz a raison. Les alcools de betteraves et de grains que l'on emploie généralement pour le vinage sont très-purs. Je m'en suis assuré. Je les ai fait analyser au laboratoire de l'hôpital Sainte-Eugénie, et on n'y a pas trouvé d'alcool amylique. Mais en est-il de même de ceux avec lesquels les débitants de bas étage font leurs coupages? J'en doute fort. Enfin, nous avons cru devoir donner les motifs de nos préférences. C'est une question que l'Académie jugera.

M. WURTZ. Je suis parfaitement certain que dans tous les alcools il y a de l'alcool amylique, il y en a même en petite quantité dans les meilleurs vins, ces vins *naturels* que préconise M. Bergeron.

M. BERGERON. Oui, mais en petite quantité.

M. LE PRÉSIDENT. La réflexion de M. Fauvel est assez juste. Il serait bon de commencer par le paragraphe 1er.

M. GUÉRIN. Il faut d'abord discuter l'ensemble.

M. MIALHE. Je partage de tout point les opinions de M. Payen et de M. Würtz.

M. BERGERON. Alors vous préférez l'eau-de-vie de vins.

M. PAYEN. Au point de vue du goût, mais non pas au point de vue de l'hygiène.

M. BROCA. Il me semble que l'Académie est sur le point de perdre beaucoup de temps. On pourrait voter dès à présent sur une question qui me semble épuisée : celle de la préférence pour les eaux-de-vie de vins. On s'occuperait ensuite du reste du rapport.

Plusieurs voix. Non. C'est impossible. Il faut suivre l'ordre des paragraphes.

M. BROCA. Alors je demande la parole sur la question générale.

M. GAVARRET. Il y a un projet de conclusions.....

M. LE PRÉSIDENT. Mais dites-le donc!

M. GAVARRET. Il y a un projet de conclusions qui résume tout en une proposition. Mais nous tenions à entendre M. Payen vous déclarer que ses préférences pour l'eau-de-vie sont motivées par une qualité extrahygiénique.

M. GUÉRIN. Je demande la parole sur la position de la question. Il y a des choses qui peuvent se réunir dans les conclusions de la commission. L'Académie se préoccupe surtout de ce qui est hygiène. J'ai rédigé pour ma part deux conclusions.....

M. LE PRÉSIDENT. Vous n'avez la parole que sur la position de la question.

M. GUÉRIN. Mais montrer comment on peut réduire les conclusions de la commission, c'est parler sur la position de la question.

M. FAUVEL. J'ai déposé des conclusions par écrit et je demande la permission de les lire.

M. LE PRÉSIDENT. Il y a deux sortes de conclusions déposées; les unes sont de simples amendements, d'autres sont toutes différentes de celles de la commission. Parmi ces dernières, se trouve d'abord celle de MM. Bouley et Broca ainsi conçue :

« Le vinage, pratiqué avec des alcools convenablement rectifiés, n'est pas une cause particulière de danger pour le consommateur.»

Voici maintenant les conclusions proposées par M. Guérin :

« L'alcoolisation des vins faits, plus généralement connue sous le nom de vinage, pratiquée méthodiquement et au titre de 10 0/0 ou plus avec des eaux-de-vie ou des trois-six de vins, et, à défaut de ces dernier, s avec des alcools de l'industrie soigneusement rectifiés, ne paraît pas susceptible d'exercer d'influence pernicieuse sur la santé des consommateurs.

« Au delà du titre de 10 0/0, l'alcoolisation des vins peut devenir une source d'inconvénients et d'abus, dont les moindres sont de livrer au commerce des boissons propres à favoriser le développement de l'alcoolisme. »

Quand aux amendements de M. Fauvel, ils portent surtout sur le premier et le troisième paragraphe.

Dans le premier paragraphe, M. Fauvel propose d'insérer après les mots : « connue sous le nom de vinage » ceux-ci : « *lorsqu'elle est appliquée à de bons vins naturels* »; après les mots : « que le titre alcoolique des vins » il ajoute : « *livrés à la grande consommation* », et enfin, dans le même paragraphe, il remplace la proposition : « est une opération qui n'expose à aucun danger la santé des consommateurs », par celle-ci : « *est une opération qui paraît exempte de dangers pour la santé des consommateurs.* »

Les modifications proposées à la deuxième conclusion sont plus profondes, car après ces mots « comme elle condamne toute tromperie sur la qualité de l'aliment vendu », M. Fauvel remplacerait la fin de la phrase par la suivante : « *Mais de plus, bien qu'aucune preuve scientifique rigoureuse ne l'autorise jusqu'à présent à dire que les boissons ainsi préparées, qui diffèrent beaucoup des vins naturels, soient compromettantes pour la santé publique, l'Académie n'hésite pas à déclarer, conformément à l'expérience de la plupart des médecins qui ont étudié la question, qu'il y a de fortes présomptions que l'usage prolongé de telles boissons est nuisible à la santé des consommateurs en concourant à produire chez eux les accidents de l'alcoolisme, et qu'il y*

aurait véritablement danger pour la santé publique, si ce genre de vinage prenait une grande extension par suite du bas prix de l'alcool. »

M. FAUVEL. Je ferai remarquer sur quoi portent mes amendements. D'abord, je tiens à préciser ce point que les vins qu'il convient de viner doivent être des vins naturels.

M. BROCA. Ceux-là n'ont pas besoin qu'on les vine.

M. BOULEY. Pourquoi empêchez-vous de viner les vins du Centre?

M. FAUVEL. Je n'empêche rien. L'Académie émet un avis et un blâme...

M. BOULEY. Dites : « N'émettra pas. »

M. FAUVEL... relatif à la qualité de l'aliment ou du vin.

M. BÉHIER. Cela ne vous regarde pas.

M. FAUVEL. Il ne s'agit pas de troubler la fabrication des alcools mais leur application au vinage qui peut être nuisible à la santé publique.

M. LE PRÉSIDENT. N'entrez pas dans de plus grands détails. On a pu comparer les divers amendements : Je mets aux voix la première conclusion de la commission.

M. BROCA. Je demande la parole.

M. CHAUFFARD. Mais il n'a pas encore été question du titre auquel on permet le vinage.

M. GUÉRIN. Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. Il n'y a pas de discussion possible si tout le monde veut diriger l'assemblée. M. Broca a la parole.

M. BROCA. Les conclusions de la commission ne sont pas formulées d'une manière nette. Elles se ressentent des circonstances. Mais il ne faut pas laisser croire que la commission est restée fidèle à ses premières propositions quand elle les a toutes abrogées. Relisez attentivement chacune de ses conclusions et vous verrez que maintenant elle est complétement d'accord avec nous. Elle n'a plus aucune objection à faire au vinage. Il ne lui paraît pas avoir d'inconvénient. Telle est actuellement l'opinion de la commission.

M. BERGERON. De la majorité ! mais non de tous les membres. Nous y avons souscrit par esprit de conciliation.

M. BROCA. Certainement vos conclusions se ressentent de vos divisions et des opinions d'abord émises; conclusions singulières qui s'enchevêtrent de telle sorte que la troisième devient la première et devrait rester la troisième. Enfin, vous l'avouez, le vinage est sans danger.

M. BOUCHARDAT. Au contraire le vinage...

M. BROCA. Monsieur Bouchardat, voudriez-vous vous calmer un peu. Je prends votre projet en détail :

§ 1. Vous déclarez que jusqu'à 9 ou 10 0/0 le vinage avec des alcools de vins n'est pas nuisible ;

§ 2. Vous ne lui voyez pas de dangers quand on se sert d'autres alcools ;

§ 3. Au point de vue de l'hygiène vous n'accusez pas les vins survinés, qui, du reste, quand on les consomme ont cessé d'être survinés.

M. BOUCHARDAT. Je voudrais dire...

M. BERGERON. Laissez parler.

M. BROCA. Ainsi le vinage n'est nuisible ni au-dessous ni au-dessus de 10 pour 100.

Dès lors pourquoi ne pas simplifier. La commission partait, il est vrai, d'une situation compliquée. Il fallait aller aux antipodes. On a abrogé toutes les idées, mais on a encore laissé des phrases. Une conclusion suffisait.

M. WURTZ. Il fallait avoir deux conclusions parce que le ministre posait deux questions. Il interrogeait l'Académie :

1° sur le vinage ;

2° sur le survinage et l'abus qu'on en pouvait faire pour l'alcoolisation des vins.

Au fond, je suis absolument d'accord avec vous, et je critiquerais seulement deux mots dans votre conclusion unique. Vous parlez d'alcools convenablement rectifiés, on n'emploie pas de tels alcools pour le vinage on se sert de trois-six à 70 ou 80 pour 100.

M. GUÉRIN. On n'a pas besoin que l'alcool soit absolu, mais qu'il soit pur de mélanges nuisibles.

M. CHAUFFARD. Il faut distinguer.

M. WURTZ. Il me semble que l'Académie a fait un grand pas. Elle ne croit plus au danger des vins vinés ou survinés, même coupés d'eau...

M. CHAUFFARD. Ce ne sont plus des vins.

M. GUÉRIN. J'aurais adopté la conclusion de M. Broca s'il eût distingué le vinage et le survinage. Le survinage a des inconvénients réels; les vins survinés puis coupés ne sont plus des vins.

M. CHAUFFARD. On peut accepter le vinage au point de vue de l'hygiène, mais le survinage jamais.

M. GAVARRET. On se trompe sur le survinage. On se figure que les vins sont introduits chargés d'alcools pour être ensuite coupés d'eau.

M. BLOT. Parfaitement.

M. BOULEY. Non, non.

M. CHAUFFARD. Oui.

Une voix. Laissez parler.

M. GAVARRET... tandis qu'on coupe les vins survinés avec du vin.

M. WURTZ. C'est une erreur. On fait les deux choses.

M. GUÉRIN. On prend des vins de couleur pour cela.

M. BÉHIER. Nous n'avons qu'à fixer une moyenne au-dessus de laquelle le vin n'est plus du vin mais un tripotage.

M. GAULTIER DE CLAUBRY. Il n'est pas possible de partager cette opinion. Comment, devant le tribunal correctionnel le vin contenant 12 pour 100 d'alcool serait encore du vin, et à 13 pour 100 n'en serait plus? On se sert de vin surviné pour couper les vins du Loiret qui contiennent 4 ou 5 pour 100 d'alcool. Mais il y a des vins naturels qui renferment 16 à 7 pour 100.

M. BÉHIER. Il faut pourtant fixer une limite. S'il y a des vins naturels renfermant 17...

M. BOUCHARDAT. Jamais plus de 15.

M. BÉHIER. Eh bien, au-dessus de 17 ou de 15 les vins survinés ne sont plus que des tripotages.

M. LE PRÉSIDENT. Le ministre nous interroge précisément sur l'abus qu'on peut faire des vins survinés pour composer des vins artificiels.

M. GAVARRET. Il faut fixer la limite supérieure des vins...

M. LE PRÉSIDENT. Vous n'avez pas la parole.

M. GAVARRET. Il faut fixer la limite supérieure des vins vinés, si on la fixe à la limite supérieure des vins naturels : 16 à 17 0/0, et non pas 9 ou 10.

M. BERGERON. Les vins qui contiennent 16 ou 17 pour 100 d'alcool sont des vins de liqueur dont nous n'avons pas à nous occuper. Il s'agit seulement des vins de grande consommation.

M. WURTZ. Je demande la parole sur la position de la question.

M. BROCA. Nous nous rendons aux observations de M. Würtz, et dans notre conclusion unique, nous remplaçons les mots « convenablement rectifiés » par les mots « de bonne qualité », que nous trouvons dans la rédaction de la commission elle-même.

M. BERGERON. Nous repoussons formellement néanmoins l'amendement de M. Broca.

M. BROCA. Nous étions si heureux de nous trouver d'accord avec la commission...

M. LE PRÉSIDENT. La conclusion de MM. Bouley et Broca est mise aux voix.

(Cette conclusion est repoussée).

M. LE PRÉSIDENT. Il résulte de ce vote que les deux conclusions sont adoptées.

Voix nombreuses. Pas le moins du monde.

M. LE PRÉSIDENT. Je m'explique. Toutes les propositions qui restent à voter sont d'accord pour répondre en deux conclusions aux demandes du ministre.

M. BÉHIER. Je demande à reprendre la proposition de M. Broca, en fixant une limite au-dessus de laquelle le vinage ne serait plus permis.

M. BERGERON. La commission repousse également la proposition ainsi amendée.

M. BÉHIER. Je demande qu'on la mette aux voix.

M. LE PRÉSIDENT. Mais c'est être battu d'avance. (La proposition n'est pas adoptée.)

M. BÉHIER. J'ai bien le droit d'être battu.

M. LE PRÉSIDENT. M. Joly vient de déposer un amendement dont je vais donner lecture :

« 1° L'alcoolisation des vins ou le vinage peut être considéré comme une opération licite, souvent même nécessaire, en vue de la conservation et du transport de certains vins, lorsqu'elle est pratiquée méthodiquement avec des alcools bien rectifiés, quelle qu'en soit l'origine, et lorsqu'elle n'excède pas la limite hygiénique de 10 pour 100 à l'alcoolomètre.

« 2° Le coupage des vins suralcoolisés, qui, pour la vente, sont ramenés au titre de 10 pour 100, soit par le mélange de vins faibles, soit par la simple addition d'eau, ne peut nullement être compromettant pour la santé bien qu'il reste justiciable devant la juridiction compétente pour le cas de fraude en matière de commerce.

M. JOLY. J'ai suivi l'ordre et le sens des conclusions de la commission.

M. BERGERON. La seule différence, c'est que M. Joly indique les avantages du vinage et nous ne sommes pas consultés sur ce point.

M. LE PRÉSIDENT. Cette proposition est-elle appuyée?

M. GAULTIER DE CLAUBRY. Oui.

M. LE PRÉSIDENT. Alors je vais la mettre aux voix. (Elle n'est pas adoptée.)

M. GUÉRIN. Maintenant c'est le tour de mes conclusions; l'important c'est de fixer une limite au vinage.

M. WURTZ. Je ne pourrais pas me rallier aux conclusions de M. Guérin. Les vins qu'on doit alcooliser ne sont pas les vins les plus faibles; ce sont ceux qui contiennent déjà de 14 à 15 pour 100 d'alcool, et en outre 4 pour 100 de sucre. Le vinage a pour but d'empêcher la fermentation de ce sucre.

M. HARDY. Ces vins ne sont pas bons, ils enivrent.

M. WURTZ. Le vinage qu'on leur applique est donc une bonne opération.

M. FAUVEL. C'est parce qu'ils sont riches en alcool, qu'il est dangereux de les surviner.

M. BLOT. Ils servent à faire de faux vins.

M. GAVARRET. On ne peut pas dire que les vins fabriqués soient des vins mauvais, car tous les vins sont fabriqués soit d'une manière, soit d'une autre : tout au moins par le vigneron.

M. BOUCHARDAT. Ce sont des boissons détestables.

M. BERGERON. La commission n'adopte pas la rédaction de M. Guérin.

M. GUÉRIN. Alors je demande à faire voir qu'elle est préférable à la rédaction de la commission.

M. LE PRÉSIDENT. Je mets aux voix la proposition de M. Guérin.

M. GUÉRIN. Mais je demande à la développer.

M. LE PRÉSIDENT. Je la mets aux voix. (La conclusion de M. Guérin n'est pas adoptée.)

M. GUÉRIN. C'est un acte de despotisme!

M. LE PRÉSIDENT. Laissez l'Académie fonctionner.

M. GUÉRIN. Comme membre de l'Académie, je veux fonctionner aussi.

M. BERGERON. Nous adopterions aisément un des amendements de M. Fauvel. Au lieu de : « n'expose à aucun danger, » nous écririons : « *paraît n'exposer à aucun danger* la santé des consommateurs. »

M. BOUCHARDAT. Je m'y rallie.

M. GAVARRET. Qu'on renvoie le tout à la commission.

M. BROCA. Qu'elle se réunisse.

M. FAUVEL. Ce n'est pas la peine.

M. GAVARRET. Du moment où M. Fauvel, étant membre de la commission...

M. FAUVEL. Je n'en suis pas membre.

M. GAVARRET. Alors je demande à faire réparation d'honneur à M. Fauvel. S'il n'est pas membre de la commission, il est inutile, en effet, que la commission se réunisse.

M. BOUDET. Je demande à faire un amendement. Si on introduisait les mots : « quelle qu'en soit la provenance » dans le premier paragraphe, le second paragraphe deviendrait inutile.

M. BERGERON. La commission n'accepte pas cette nouvelle rédaction.

M. WURTZ. Je combats l'amendement de M. Fauvel; le mot *paraît* me semble trop vague.

M. LE PRÉSIDENT. L'amendement de M. Fauvel est mis aux voix (il est repoussé à une très-faible majorité).

Tous les amendements étant épuisés, on passe aux votes des articles. Le premier paragraphe est adopté.

On demande la division sur le deuxième paragraphe.

M. WURTZ. Je propose qu'après avoir exprimé les préférences de l'Académie pour les eaux-de vie de vins, on les motive par ces mots « parce que les vins ainsi alcoolisés se rapprochent davantage des vins naturels. »

M. LE PRÉSIDENT. Je mets aux voix le second paragraphe ainsi amendé. (Il est adopté.)

M. BOUCHARDAT. Et la dernière phrase? on ne l'a pas votée.

M. LE PRÉSIDENT. Soyons sérieux. Maintenant je vais mettre aux voix la seconde conclusion.

MM. BROCA, GUÉRIN, *et plusieurs autres* parlent en même temps.

M. LE PRÉSIDENT. Que ceux qui veulent prendre la parole le disent.

M. WURTZ. Il est trop dur que l'Académie « condamne » la suralcoolisation des vins.

M. BERGERON. Elle ne le fait pas.

M. LE PRÉSIDENT. Laissez parler.

M. WURTZ. Il ne faut pas dire : « condamne ». Mais on peut proclamer que le survinage peut avoir des inconvénients, et conduire à certains coupages.

M. BÉHIER. Cela ne vous regarde pas.

M. GAVARRET. Vous parlez de coupages avec l'eau ; mais rappelez-vous que les coupages se font maintenant avec du vin.

M. WURTZ. On peut même dire que le survinage peut avoir de graves inconvénients.

M. GAVARRET. Je le répète les coupages se font avec du vin.

M. HARDY. Ce n'est pas seulement avec de l'eau que l'on coupe les vins survinés, on y emploie aussi des matières colorantes ce qui est beaucoup plus nuisible.

M. BROCA. Vous parlez de vins artificiels.

M. BLOT. Il n'est pas possible qu'il sorte de l'Académie de médecine que sous le nom de vin on peut vendre de l'eau alcoolisée et colorée.

M. WURTZ. Le vin suralcoolisé peut avoir des inconvénients; mais c'est surtout quand on le boit tel, sans le couper.

M. GAVARRET. Il est impossible que les marchands vendent leurs vins comme coupés d'eau quand ils ne le sont pas.

M. BROCA. Nous n'avons pas besoin de nous donner un certificat de moralité; la phrase de la commission : « l'Académie condamne... comme elle condamne toute tromperie sur la qualité de l'aliment vendu, » est à la fois vertueuse et naïve. J'aime mieux la phrase de M. Würtz, mais en l'amendant ainsi : En ce qui touche la suralcoolisation, « l'Académie reconnaît qu'elle peut donner lieu à de fâcheux abus. »

M. LE PRÉSIDENT. Je soutiens cet amendement, car il répond mieux à la question que le ministre nous a posée.

M. FAUVEL. Il ne s'agit pas des abus auxquels le survinage peut conduire.

M. BÉHIER. Là n'est pas la question.

M. CHAUFFARD. Je propose d'expliquer la nature de ces abus en ajoutant : « lorsqu'il sert à la composition des vins artificiels. »

M. BERGERON. J'adopte l'amendement.

M. WURTZ. Je m'élève contre cette proposition, car un vin de Roussillon coupé avec un vin plus léger forme un très-bon mélange.

M. CHAUFFARD. Il ne s'agit pas de coupages mais de survinage. Il faut ajouter : « comme pouvant servir à la composition de vins artificiels. »

M. GAVARRET. Mais quels sont les vins naturels? Ne fabrique-t-on pas tous les vins?

M. BERGERON. Je demande à répondre comme rapporteur. Si l'on se borne à mettre « peut conduire à de fâcheux abus », mais tout le monde le sait.

M. BROCA. Mais nous parlons d'abus nuisibles à la santé publique.

M. LE PRÉSIDENT. Je mets aux voix l'article tel qu'il est amendé par M. Broca.

M. FAUVEL. J'ai proposé un amendement.

M. LE PRÉSIDENT. Il viendra après. Je mets aux voix l'article 2. (l'article 2 est adopté).

M. FAUVEL, au milieu du tumulte, lit son amendement qui se trouve repoussé par 3 voix contre deux.

La séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ INTERNATIONALE

Secours pour les blessés.

DEUXIÈME LISTE DE SOUSCRIPTION

Total de la 1re liste.	3,200 fr.
Mme Valette	1,000 fr.
Mme Delbet	100 fr.
Mme Devergie.	200 fr.
Mme Dechambre.	100 fr.
Total.	4,600 fr.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 17 juillet 1870, rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur, et conformément au décret du 18 juin 1864, ont été nommés présidents :

De la société de secours mutuels des pharmaciens de l'Aveyron, à Rhodez, M. Albenque (Jean-François), président actuel ;

De la Société de secours mutuels des médecins de l'arrondisse-

ment de Provins, M. Chaubart, docteur en médecine à Donnemarie, président actuel ;

De la Société de secours mutuels de la commune de Monfort-l'Amaury, M. Descieux, docteur en médecine, président actuel ;

De la société de secours mutuels de la commune de Dourdan, M. Diard, docteur en médecine, président actuel.

— *École de médecine et de pharmacie de Tours.* — M. le docteur Courbon est maintenu dans les fonctions de chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, et nommé suppléant pour les chaires de chirurgie.

M. le docteur Thomas (Hippolyte), est nommé suppléant pour les chaires de médecine et de pharmacie de Tours, en remplacement de M. Nivert, dont la démission est acceptée.

M. le docteur Thomas (Albert-Louis), est nommé suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de pharmacie de Tours, en remplacement de M. Courbon, dont la démission est acceptée.

— Le premier des postes-casernes des fortifications de Paris qui doivent être transformés en petits hôpitaux destinés à isoler les malades atteints de la petite vérole, a été inauguré ces jours derniers par l'admission de quelques varioleux des deux sexes.

Jusqu'à présent, le premier étage du poste-caserne est seul occupé.

Le service médical est confié à M. le docteur L. Desnos, médecin de l'hôpital Lariboisière, assité d'un interne. M. Desnos garde néanmoins son service à Lariboisière.

M. Ch. Talle, directeur de l'hôpital Lariboisière, est chargé de la surveillance administrative.

— Lundi matin, à dix heures, a eu lieu devant le palais de l'Industrie, où siége le comité principal, une revue des hommes et du matériel de la première ambulance volontaire de l'Association internationale des secours aux blessés de terre et de mer, qui probablement quittera Paris demain ou après-demain pour se rendre à l'armée.

— Un comité central et international de secours pour les blessés vient de se constituer, 16, rue du Marteau, à Bruxelles.

Appartenant à des nationalités diverses, les membres de ce comité se sont réunis pour l'accomplissement d'une œuvre d'humanité et de fraternité, et font appel, sans distinction, à tous ceux qui partagent les mêmes sentiments.

Tous les dons (en argent ou en nature) seront reçus au domicile de chacun des membres fondateurs du comité. (*Le Nord.*)

— La Société médicale des hôpitaux de Paris a voté une somme de 500 fr., *à titre de premier versement*, à l'Association de secours aux blessés pour la présente guerre.

— Les demandes de places d'infirmières volontaires dans les ambulances des corps d'armée sont au nombre de plusieurs centaines chaque jour.

Le nombre des inscriptions est devenu si considérable que le Gouvernement a résolu de faire un choix : il s'est adressé, pour obtenir les renseignements nécessaires, à M. Husson, le directeur général de l'administration de l'Assistance publique, qui a, depuis plusieurs années, organisé un service de visiteurs chargés d'aller à domicile s'informer de la position des malheureux auxquels les secours sont accordés.

Cette enquête, faite par les visiteurs sur la fortune, la moralité et les moyens d'existence des futures infimières a révélé des faits bien admirables de dévouement chez ces intrépides solliciteuses.

Tantôt c'est une mère, c'est une sœur qui s'engagent pour suivre le plus près possible à l'armée un fils unique, un frère bien-aimé ; ensuite une veuve de général, jouissant d'un revenu d'une trentaine de mille francs de rente, qui sollicite une simple place d'infirmière, et offre de prendre à sa charge tous les frais relatifs aux médicaments, au linge de pansement et aux bandages.

Puis une jeune et jolie lingère, jouissant d'une réputation intacte, mais pauvre, qui offre ses mains blanches pour panser les plaies de nos troupiers, et sa douce voix pour leur faire entendre des paroles de consolation au milieu des souffrances.

— Dans la Meurthe, la circulaire du ministre de l'intérieur, au sujet des ambulances provisoires, a reçu de toutes les autorités de ce département le meilleur accueil.

Dès à présent, ce département est en mesure d'offrir 1,500 lits pour les officiers et 10,000 lits pour les soldats.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance à l'Hôtel-de-Ville, vendredi 5 août, à trois heures et demie très-précises.

Ordre du jour : Rapport de la commission : Des aliénés ; de la loi de 1838.

Communications diverses.

— La Société des médécins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance le mercredi 10 août, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

Ordre du jour : 1° Proposition du bureau de la Société ;

2° Rapport de la commission de statistique et des maladies régnantes pour le 2e trimestre de 1870.

— La commune de Brueil-par-Meulan (Seine-et-Seine) demande un médecin ; subvention : 600 fr. environ. — S'adresser au maire.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Des malades à réformer.

Bien que la petite vérole soit toujours à Paris la maladie prédominante, bien qu'elle soit loin d'avoir cessé sa marche envahissante dans certaines provinces, ce n'est plus elle qui préoccupe principalement les esprits.

On s'inquiète des maladies qui sont compagnes de la guerre, et l'on tient surtout à connaître l'état sanitaire de nos armées.

Jusqu'à présent, cet état sanitaire paraît très-bon, car si les hôpitaux militaires reçoivent de nombreux entrants, si l'on fait déjà des évacuations de Paris sur les villes du centre, s'il est question d'aménager la Charité annexe (rue de Sèvres) pour y traiter des soldats, tout ce mouvement est dû surtout à la phthisie ou à d'autres atteintes chroniques.

Il y a toujours dans les régiments un certain nombre d'individus qui ne sont pas assez malades pour ne pas faire leur service en temps de paix; mais qui le sont trop pour supporter la vie des camps.

Leur peu de résistance vitale est brisé dès le premier choc, dès les premières marches forcées, dès les premières nuits passées sur la terre humide.

On les dirige sur les hôpitaux où ils font nombre ; on les y traite : on les y conserve, et c'est un grand tort.

On ne guérit pas la phthisie dans les hôpitaux militaires : on ne la guérit jamais dans aucun hôpital. Ceux des phthisiques qui cessent de l'être d'une manière définitive le doivent bien plus à l'hygiène qu'aux médicaments qu'ils ont pris.

Il a fallu qu'ils élèvent le niveau de leur force de résistance ; il a fallu que l'air, les changements de milieu, les aliments, l'exercice porté aussi loin que les circonstances le permettent, tout, en un mot, soit mis à profit pour empêcher l'effondrement final.

Pourquoi donc ne pas renvoyer tous les phthisiques à leurs familles? Pourquoi ne pas les réformer aussitôt le mal reconnu ?

Ils ne feront jamais des soldats capables d'être mis en ligne ; ils préparent par leur grand nombre l'encombrement des hôpitaux, c'est-à-dire la condition la plus propre à développer les maladies épidémiques.

Ils sont là, prêts à recevoir, puis à transmettre tous les germes morbides. Vienne le typhus, le choléra, ou seulement la dyssenterie, et les phthisiques, prédisposés par leur faiblesse à subir le mal, constitueront en un instant de vastes foyers de contagion.

Si les impotents de toute espèce étaient de suite réformés, on augmenterait donc d'une part leurs chances de vie, et d'autre part celles des autres.

Ce serait d'ailleurs une économie pour le budget de la guerre, mais nous n'insisterons pas sur cet avantage accessoire.

Nous nous adressons principalement aux médecins qui, à divers titres, ont à se prononcer sur les causes de réforme.

Qu'ils soient plus faciles en ce moment qu'en temps de paix : qu'ils ne prolongent pas inutilement les jours d'hôpital quand ils ne peuvent espérer ainsi rendre le malade à nos armées.

Il faut croire que nos soldats n'auront aucun germe épidémique ; mais il peut en être autrement des prisonniers qu'ils auront faits. Le découragement prédispose au typhus.

Or, laisser des tuberculeux dans les hôpitaux militaires en contact avec le typhus, c'est mettre la poudre en contact avec l'étincelle.

Dr VICTOR REVILLOUT.

CONFÉRENCE MÉDICALE DE PARIS

(8e séance.)

CORRESPONDANCE

(Suite)

M. FÉRÉOL. Chargé depuis deux mois du service des admissions au bureau central des hôpitaux de Paris, il m'a été facile de faire sur les varioleux qui se présentaient à moi l'étrange théorie du danger des revaccinations.

Dans le courant de mai et de juin, j'ai dirigé, pour ma part, sur les services affectés à la variole, 160 malades.

Sur ces 160 varioleux, 159 n'avaient pas été revaccinés dans les six derniers mois, au moins. *Un seul* avait été revacciné récemment ; et voici comme.

C'était un jeune homme de 25 ans, qui avait fait dans les hôpitaux, et pour une maladie tout autre que la variole, un séjour de quelques semaines, à la suite duquel il avait été envoyé à l'asile de Vincennes. C'est à l'asile de Vincennes qu'il avait été revacciné. Et, le jour où il se présentait à moi, il portait à la fois trois boutons de bon vaccin (sur six piqûres), arrivé au sixième jour de son évolution, et une varioloïde des plus discrètes au deuxième jour de l'éruption.

Les circonstances et les dates ci-dessus mentionnées établissent suffisamment que ce malade avait déjà subi la contagion variolique au moment où il avait été revacciné ; et, selon la loi déjà tant de fois constatée, varioloïde et vaccin marchaient en concomitance sans s'influencer réciproquement.

C'est le seul cas de coïncidence que j'aie constaté; les 159 autres malades n'avaient pas été revaccinés du tout, ou l'avaient été plus de six mois auparavant. J'ajoute même qu'un certain nombre d'entre eux, relativement assez considérable (je l'évalue à 15 ou 20), n'avaient pas été vaccinés du tout, à aucune époque. Ceux-là avaient généralement des varioles graves; les autres avaient, pour la plupart, des varioloïdes légères, autant qu'un examen superficiel et d'un seul jour en pouvait donner la présomption.

Permettez-moi d'ajouter à ces renseignements le résultat des revaccinations que j'ai pratiquées dans ma clientèle depuis quatre mois.

1° Vaccin de génisse pris directement sur l'animal : 61 revaccinations; 5 succès.

2° Vaccin pris directement sur l'enfant : 64 revaccinations; 4 succès.

3° Vaccin de génisse en tubes : 19 revaccinations; 2 succès.

4° Vaccin d'enfant en tubes : 3 revaccinations; 0 succès.

Aucun de ces 147 revaccinés n'a été atteint de variole.

Six varioleux que j'ai vus (*seulement*) dans ma clientèle n'avaient pas été revaccinés dans les six derniers mois.

Nombre des piqûres.

M. MARCHAL (de Calvi) analyse dans les termes suivants une lettre qui lui a été adressée par M. Lucciana.

Déjà, à une époque lointaine, l'auteur avait adressé à l'Académie de médecine un travail sur ce sujet, et ce travail, renvoyé au comité de vaccination, était resté lettre morte. L'auteur y revint en 1863 et en 1866, sans autre résultat. Il s'adresse à vous, et soumet à votre jugement une doctrine qui a du moins le mérite de l'originalité, et qui, venant d'un praticien judicieux et sincère, ne saurait être passée sous silence.

La doctrine de M. Lucciana revient à ceci :

La réaction qui se produit par suite de la production de plusieurs pustules vaccinales diminue l'efficacité de la vaccine, peut-être en favorisant l'élimination du vaccin, et en somme, l'efficacité de la vaccine est en raison inverse du nombre des pustules.

Dès les premiers pas de sa carrière M. Lucciana avait remarqué que la revaccination était sensiblement plus efficace chez les individus qui portaient plusieurs traces d'une première inoculation vaccinale, que chez les personnes qui ne portaient qu'une ou deux cicatrices.

L'auteur cherche à établir que la vaccine était plus efficace dans les premiers temps, parce qu'alors les médecins, par timidité, ne faisaient qu'une ou deux piqûres, de manière à n'obtenir qu'une ou deux pustules vaccinales, et explique la moindre efficacité dont on a lieu de se plaindre aujourd'hui, non par le dépérissement du vaccin, mais par le nombre trop considérable d'insertions vaccinales que l'on pratique généralement.

Il cite son propre exemple et celui de ses enfants.

Vacciné en 1821, peu de mois après sa naissance, il ne porte qu'une seule cicatrice vaccinale, et il s'est revacciné plusieurs fois sans succès : preuve de la persistante efficacité de la première vaccine.

De ses cinq enfants, quatre, qui avaient été vaccinés par une seule piqûre à un seul bras, n'ont jamais pu être revaccinés avec succès, tandis que l'aîné, qui avait été vacciné moyennant quatre piqûres, deux à chaque bras, ayant donné quatre pustules vaccinales a été révacciné efficacement à l'âge de sept ans.

Il cite, en outre, le cas d'une sœur de charité qu'on avait eu l'idée fort étrange d'inoculer au milieu du front par une seule piqûre. Une cicatrice caractéristique portait témoignage de cette bizarre vaccination. La religieuse dont il s'agit, se trouvant dans un hospice en pleine épidémie de variole, voulut se faire revacciner, et l'auteur de la note lui fit quatre inoculations à chaque bras, absolument sans résultat.

« En un mot, dit textuellement M. Lucciana, je puis affirmer

FEUILLETON

L'APPAREIL A SUSPENSION

De M. le professeur SMITH, de l'Université de Maryland (Amérique).

SON UTILITÉ EN CAMPAGNE

Dans ce moment de grande attente, nous rendons un service important en appelant de nouveau l'attention sur l'appareil de M. Smith, qui a été employé avec un si grand succès pendant la guerre d'Amérique (États-Unis), que tous les chirurgiens qui l'ont employé l'ont adopté à l'exclusion de tous les autres systèmes. Réunissant tous les avantages de l'extrême simplicité et de facile application, il répond parfaitement à toutes les indications pour le traitement des maladies chirurgicales affectant les membres inférieurs.

Voici en quoi consiste l'appareil de M. Smith : c'est un tuteur placé *au-dessus* du membre. Le membre est soutenu par des tours de bandes qui ont leur point d'appui sur ce tuteur suspendu lui-même à l'aide d'une petite corde.

Le dessin représente l'application de l'appareil.

On voit que la tumeur est placée dans l'axe du membre. La suspension agit d'une manière uniforme, parallèlement à la puissance musculaire du membre.

La suspension agit directement sur le tuteur et indirectement sur le membre. Ainsi, quoique l'action de la suspension puisse être considérablement augmentée par l'éloignement de la corde à suspension de la perpendiculaire, cette action est limitée au degré de déplacement de la fracture ; car, aussitôt que la fracture est réduite, toute l'action de la suspension est dépensée sur le tuteur.

L'action régulière et non interrompue de la suspension contraint



la contraction musculaire et maintient les extrémités de la fracture parfaitement en rapport sans aucun effort d'extension et de contre-extension.

La supériorité du système à suspension de M. Smith sur tous les autres systèmes est surtout démontrée dans le traitement des fractures du col du fémur et de la rotule.

Dans son application aux fractures du col, le tuteur se trouvant dans l'axe du membre solidement attaché au bassin, embrasse tout le membre, et aucun déplacement des extrémités de la fracture ne peut se faire, parce que le membre suit exactement tous les mouvements du corps.

Dans le traitement des fractures de la rotule, le triceps crural est complétement relâché, et les surfaces de la fracture peuvent facilement être maintenues en rapport.

En résumé, voici les ressources que nous offre l'appareil à suspension de M. le professeur Smith.

1° Le membre abandonné à la suspension est à l'abri de tous les accidents de secousses et de chocs.

2° Les extrémités de la fracture, oblique ou transverse, sont maintenues en contact sans aucune compression ou tiraillement.

3° Le malade tout en se soulevant dans son lit, est affranchi de cette pénible contrainte et de cette appréhension de la douleur qui est inséparable de l'emploi de tout autre système.

4° Le transport du malade s'opère d'un lit à un autre, par voiture, par chemin de fer et sans aucun dérangement du membre malade.

5° On peut laisser libre une partie quelconque du membre, qui aurait besoin d'être pansée, sans nuire en aucune manière à la solidité de l'appareil.

6° Rien ne gêne la circulation dans le membre ; ainsi le travail réparateur se fait dans les conditions les plus favorables.

7° La suspension facilite beaucoup le transport des amputés dont les moignons sont protégés des secousses et chocs inévitables en voyage par chemins de fer et en voiture.

Dr CHARLES SHRIMPTON.

Paris, le 29 juillet 1870.

que, dans vingt années de pratique, il ne m'a pas été donné de rencontrer *un seul sujet* chez lequel, une première vaccination ayant paru insuffisante, soit à cause du peu de développement des boutons, soit parce qu'il ne s'était développé qu'une seule pustule, j'aie pu obtenir le moindre résultat par la revaccination largement pratiquée. »

M. Lucciana croit avoir observé pareillement que, dans la syphilis constitutionnelle, les accidents consécutifs sont d'autant plus graves que les accidents primitifs ou accidents d'inoculation ont été moins multipliés et moins persistants, opinion qui mérite considération et qui prêterait à des développements dont ce n'est pas ici le lieu.

M. Lucciana ne se dissimule pas que sa doctrine quant à la vaccine doit paraître suspecte, et il comprend qu'on la tienne pour telle; mais il fait appel à la démonstration, et termine sa communication par cet aphorisme d'un écrivain italien, Guerazzi : *Lo intelletto venne concesso per comprendere e non per pretendere* : L'intelligence nous a été donnée pour comprendre et non pour prétendre.

M. MARCHAL (de Calvi) lit ensuite une lettre où M. Guillon se plaint des dénis de justice de l'Académie de médecine, et il ajoute que l'Académie doit se réformer ou disparaître.

DISCUSSION

M. DALLY. Je regrette qu'un certain nombre de questions qui figurent au programme de la Conférence n'aient pas été traitées au sein de l'assemblée, et je prends la parole en partie pour suppléer à cette lacune. Les moyens de conservation du vaccin méritent quelque attention, et je rappelle sur ce point les procédés indiqués par Trousseau (Ac. de méd., 17 novembre 1857), qui préfère les tubes capillaires aux tubes renflés; par M. Maurin, qui conseille d'envelopper les plaques dans quelques feuilles de poirées renouvelées tous les huit jours (*Revue de th. du Midi*, 15 mars 1855), et par M. Lalagade, dont les travaux sur la vaccine méritent d'être toujours rappelées et qui a donné la description d'une pompe très-ingénieuse pour recueillir le virus. (*Nouveau procédé de conserver du vaccin*, Toulouse 1855.)

Un second point, qui n'a pas été traité avec assez de développement, d'après moi, c'est celui qui a trait à la cause ou plutôt aux causes de l'épidémie actuelle. M. Gallard a indiqué en passant que le discrédit dans lequel on a laissé tomber la pratique des revaccinations, a certainement joué un rôle dans l'extension de l'épidémie; mais quelle est l'origine de ce descrédit, qui n'existe qu'en France? J'en accuse, comme M. Marchal, l'insuffisance des services chargés de protéger la santé publique, et sur lesquels le public, ainsi que les médecins ont malheureusement pris l'habitude de se reposer. Il y a longtemps que l'on a observé que la première vaccination ne préservait que temporairement et que la mortalité par variole, petite chez les enfants, augmentait d'année en année pour les adultes de vingt à trente. Aussi, dès 1833, on revaccina toute l'armée prussienne avec un succès toujours croissant qui fut cette même année de 33 p. 100, et qui fut en 1843 de 57 p. 100 en 1863 de 69 p. 100. Comment, dès cette époque, la pratique des revaccinations ne s'introduisit-elle point chez nous, dans l'armée et dans la population civile? Qui ne sait que les étrangers que l'on rencontre à Paris, Américains, Allemands, Anglais, Suisses, ont été d'habitude vaccinés plusieurs fois? J'ignore pourquoi nous nous sommes laissés sur ce point devancer par l'étranger; mais on peut voir, dans les comptes rendus de l'Académie de médecine, M. Depaul, sous-directeur du service de la vaccine en 1856, s'opposer, en 1857, à ce que l'Académie émît le vœu que les revaccinations devinssent obligatoires pour l'armée et pour les administrations. A la proposition faite en ce sens par Trousseau et appuyée par une grande partie de l'assemblée, M. Depaul répondit que, sans aucun doute, les revaccinations étaient indispensables, mais que ce n'était pas à l'Académie d'indiquer les moyens. Eh bien! puisque c'est l'Académie qui est chargée de ce service, puisque l'on s'en reposait sur elle, à tort ou a raison, il y a lieu de croire que ce jour-là, M. Depaul a eu une mauvaise inspiration, et que l'Académie, au lieu de s'abstenir, devait élever la voix de toute son autorité scientifique et proclamer *hautement* la nécessité des revaccinations. (Académie de médecine, séance du 17 novembre 1857.)

Sans doute, les écrits de MM. Carnot, Bayard et Ancelon, si brillamment réfutés par mon savant ami Bertillon, ont pu ébranler la confiance du public; mais la confiance fût vite revenue si la propagande vaccinale, et surtout revaccinale, eût été poussée plus activement. Telle est donc la première cause de l'extension épidémique à laquelle nous avons assisté cette année.

Une seconde cause, peut-être plus grave, est la confusion des varioleux dans les services généraux des hôpitaux de Paris. Cette histoire est lamentable. Alors que dans tous les hôpitaux de l'Europe les personnes frappées de maladies contagieuses sont isolées, l'administration de l'Assistance publique s'est toujours refusée, sauf depuis quelque temps, à cette mesure, que la prudence la plus vulgaire lui commandait impérieusement. En vain les hôpitaux militaires avaient-ils donné l'exemple; en vain l'état sanitaire de Londres, où la variole est si rare qu'un seul hôpital de 70 lits (*Small Pox hospital*) suffit à permettre d'exclure rigoureusement les varioleux de tous les hôpitaux, plaidait en faveur de l'isolement; en vain M. Bousquet démontrait avec M. Thire que c'est des hôpitaux de Paris que sortent la plupart des épidémies qui, de temps en temps, ravagent la banlieue (Rapport de 1857, p. 9 et 10); en vain les rapports de la commission des maladies régnantes (*Société des hôpitaux*) signalaient-ils tous les mois des cas nombreux de variole contractés dans les salles, et les médecins de la ville signalaient-ils fréquemment des cas de variole survenus à la suite de visites dans les hôpitaux où les varioleux étaient disséminés; en vain Laborie, dans son rapport sur l'asile de Vincennes en 1861, déclarait-il que dans cet établissement 58 cas de variole s'étaient montrés, dont les malades avaient apporté le germe de l'hôpital, et ce chiffre doit être porté à 250, en y comprenant l'asile du Vésinet pendant les années 1861, 1862, 1863 (Vidal, *Rapport* du 24 août 1864); en vain la Société médicale des hôpitaux, sur la demande de M. Vidal, nommait une commission composée de confrères éminents, qui concluaient à l'urgence de l'isolement; en vain M. Vidal prouvait-il dans son savant rapport que plus de 800 cas de variole étaient contractés annuellement dans les hôpitaux, et que la mortalité s'élevait, pour ces cas, à 21 p. 100; en vain la Société médicale votait-elle à l'unanimité les conclusions proposées par M. Vidal; en vain fut-il établi que l'isolement des varioleux, pratiqué depuis 1857 à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, avait suffi pour supprimer *complètement* les cas intérieurs, qui étaient au nombre de 26 quand la mesure fut mise en pratique, et pour préserver la ville elle-même, qui pendant dix ans au moins ne compta pas un cas de variole (*Recherches histor. sur les établ. hospit.*, par Dubreuilh, 1864).

En vain M. Hirtz (de Strasbourg) réalisait-il les mêmes bienfaits à l'hôpital civil de cette ville (*Bull. de la Soc. méd. de Stras.*), 1864, p. 223); en vain le cri unanime du corps médical imposait-il à l'administration de prendre des mesures urgentes d'isolement; — le directeur de cette administration, l'homme de qui tout dépend, l'homme dont les erreurs ou les négligences décident de la vie de cette masse de malheureux, contraints de demander à la charité le moyen de vivre en travaillant, — et décident aussi de l'état sanitaire de cette grande ville; ce fonctionnaire omnipotent en fait ne fit rien pour obéir aux demandes des médecins des hôpitaux; et c'est ainsi que d'année en année l'épidémie agrandit sa sphère d'action jusqu'au jour où le comité d'hygiène publique vint déclarer qu'il espérait un effet favorable de ce fait « que la variole n'a pas revêtu soudainement la forme extensive qui la signale. »

Non, cette terrible épidémie de 1870 n'est pas venue soudainement; on l'a prévue, on en a suivi la marche d'année en année, on vous en a fait toucher les causes du doigt, on vous a dit ce qu'il était de votre devoir de faire et de faire tout de suite; qu'avez-vous fait? Et sur qui doit retomber la responsabilité de ces malheurs privés et publics dont on ne voit pas le terme? Aujourd'hui même, le prétendu isolement de varioleux qui sont soignés par le même personnel toujours en communication, servis avec le même linge, etc., n'est-il pas illusoire? Est-ce ainsi que le conseillait M. Vidal, dans le remarquable rapport qui a dix ans de date?

Mais il en a été de ce rapport comme de celui de M. Trélat qui, au nom de la Société de chirurgie tout entière, avait demandé que l'Hôtel-Dieu ne fut pas rebâti en prouvant que les grands hôpitaux sont meurtriers pour les opérés, et en présentant, après un débat de plusieurs mois auquel avaient pris part les chirurgiens les plus éminents, un plan scientifique d'hôpital. Est-ce que les efforts de nos maîtres ont eu le moindre résultat? Est-ce que l'Assistance publique, au mépris des conseils de la science ne fait pas reconstruire un Hôtel-Dieu ou chaque lit coûtera 1,600 fr. de loyer? Et si plus tard nous voyons comme aujourd'hui, nos chirurgiens les plus distingués, perdre de temps à autre la moitié où les trois quarts de leurs opérés, à qui devra-t-on en faire porter la responsabilité?

Pour en revenir à la question, je crois avoir établi que la première et principale cause de l'épidémie actuelle est la dissémination des varioleux dans les salles des hôpitaux occupés par d'autres malades.

(M. Dally dépose sur le bureau une brochure du regrettable J. Simpson (*Proposal to stump ont small pox etc.*, Edinburg, 1868), dans laquelle la question de l'isolement est fort bien étudiée.)

Il faut, continue-t-il, avoir toujours présent à l'esprit que, toutes réserves faites sur le rôle propagateur ou dissipateur des météores, la seule cause que nous connaissions de la variole, c'est la contagion; et, dans l'épidémie actuelle, c'est des hôpitaux de Paris, comme centre, que la variole a rayonné sur la ville et sur la province. Dans les documents qui nous ont été envoyés, j'ai noté six fois, comme point de départ d'une épidémie locale, le retour dans son pays d'un homme qui avait vu un varioleux à Paris, avant de partir, et qui lui-même, douze ou quatorze jours après, avait été pris par le fléau. Qui de nous n'a rencontré dans sa pratique d'innombrables exemples de variole survenue après une visite à l'hôpital? Qui de nous n'a vu vingt fois, cent fois dans le cours de ses études, des cas de variole éclater avec persistance dans les salles où un varioleux avait été placé?

Si encore la revaccination avait été rendue obligatoire à l'entrée de l'hôpital, le mal eût été atténué; — mais il n'en a rien été, et nous voyons avec stupéfaction le rapport officiel du Comité d'hygiène publique recommander *urbi et orbi* les revaccinations et l'isolement, deux mesures appliquées depuis vingt ans au moins à l'étranger et depuis hier à Paris.

Ah! si les hôpitaux, au lieu de relever d'une même administration, étaient autant d'institutions libres et se faisant pour ainsi dire une glorieuse concurrence d'hygiène et de charité, croit-on qu'il en eût été ainsi? Est-ce que la direction qui n'aurait pas eu à subir les lenteurs de cette lourde transmission de mouvement que l'on appelle une administration centrale, aurait tardé six ans à mettre en pratique une mesure réclamée et obtenue par les médecins du monde entier?

Une troisième cause de l'épidémie reste à signaler, celle-ci indirecte, c'est l'ignorance où l'administration nous a tenus au sujet des épidémies et de la mortalité. Rendons cette justice à la préfecture, qu'elle a compris combien il était dérisoire et humiliant de nous cacher l'état réel des choses; mais qui de nous n'a connu le temps où il était défendu dans les journaux de citer la mortalité cholérique? Les médecins, à Paris, reçoivent désormais un bulletin hebdomadaire qui contient le mouvement des maladies épidémiques et endémiques, et ce tableau nous est précieux en ce qu'il nous permet de diriger notre attention, nos études ou notre traitement d'après les renseignements qu'il contient. Mais qu'il y a loin de là au bulletin hebdomadaire du *Register general* des grandes villes anglaises, qui, envoyé à tous les journaux et publié dès le lundi, donne les renseignements les plus minutieux par maladie, âge, sexe, causes présumées, quartiers, rues, maisons atteintes, résultats des enquêtes — comparaison avec les semaines correspondantes des années précédentes, — direction des vents, température, météores!

Déclarons donc hautement que le bulletin actuel est insuffisant, et qu'il est de la plus haute importance, dans l'intérêt de la santé publique, que nous soyons renseignés chaque semaine sur tous les points que nous venons de signaler. En fait, on peut avancer que si le public et les médecins en général, avaient été prévenus officiellement qu'une épidémie croissante de variole frappait la ville depuis six ans, la vigilance des familles et le zèle des médecins auraient conjuré l'irréparable désastre qui a porté au sein de tant de familles la désolation et la ruine.

D'ailleurs, ce bulletin hebdomadaire, ne nous met-il pas au courant de la situation la plus lamentable du monde? Il doit y avoir là quelque lourde erreur de statistique, car on voit que Londres, avec une population de 3 millions 200,000 habitants, a donné 1,239 décès hebdomadaires, tandis que dans la même période de temps, Paris, avec 1 million 800,000 habitants, a donné 1,174 décès! soit 36 décès à Londres et 60 à Paris par 10,000 habitants. A quoi attribuer cette énorme différence, si ce n'est à une erreur dans la statistique? Mais je n'ose l'espérer et je crains bien que là encore l'hygiène hospitalière ne soit pour beaucoup.

M. Dally, en terminant son discours, pose comme conclusion : 1° que sans rendre la vaccination et la revaccination obligatoires, comme elles le sont dans l'armée et dans quelques pays étrangers, notamment en Angleterre, on considère comme un manquement à tous les devoirs sociaux le fait de n'y avoir pas recours; 2° que l'isolement aussi absolu que possible des varioleux soit imposé par la loi à tous les établissements hospitaliers; 3° que les municipalités soient tenues de favoriser la pratique des vaccinations et revaccinations; 4° qu'à Paris, l'Assistance publique soit décentralisée et réorganisée par arrondissements.

Conditions de succès avec le vaccin d'enfant ou de génisse.

M. DANET. Messieurs, M. le conservateur de la vaccine dans le département du Nord a écrit pour contredire ce fait que, d'après lui, j'ai avancé à tort : que j'avais obtenu 33 pour 100 de succès dans les revaccinations pratiquées sur les détenus de Loos et Saint-Bernard.

En vérité, ce confrère s'est donné bien de la peine. Je n'ai jamais parlé du résultat numérique de cette opération.

J'ai été commissionné pour pratiquer la revaccination dans ces établissements, où la variole devenait menaçante.

Dès le lendemain de l'opération il ne survenait plus que deux varioles.

Le but désiré était atteint : cela me suffisait. Je n'avais pas autre chose à dire.

Je vous demanderai la permission de faire une seconde rectification.

Quand je vous ai annoncé le résultat de la revaccination faite dans la maison centrale de Melun, je vous disais que cette opération avait fourni 260 résultats sur 1,006 habitants.

Ces chiffres m'avaient été fournis officieusement par M. le docteur Bancel, médecin de la prison. Les résultats qui me sont arrivés plus tard diffèrent considérablement de ces chiffres; car il n'y a, en effet, que 160 réussites d'après le dernier document officiel.

Je suis plus heureux de ce résultat que du premier : la population de la maison de Melun avait été revaccinée, il y a juste quatre ans, avec 41 p. 100 de réussite.

Le grand nombre de succès indiqués par la première lettre du docteur Bancel, me fit craindre un instant que le vaccin de génisse, employé aussi dans l'opération de 1866, n'eût déjà perdu de son influence. Comme vous le voyez, il n'en est rien, et cette épreuve est, au contraire, toute en faveur de la valeur de ce vaccin.

Cette année, j'ai vacciné 50 animaux de l'espèce bovine, veaux, génisses et velles. Les vaccins employés ont été pris, pour les premiers animaux, chez M. Lanoix; les suivants ont été vaccinés avec du cow-pox à sa troisième génération, et formé par du horse-pox semé par M. le chef de clinique de l'École vétérinaire d'Alfort; d'autres, avec du cow-pox venant des académies de vaccine de Vienne et de Berlin; deux pour expérience avec des vaccins de génisse et d'enfant; en dernier lieu, enfin, avec du vaccin de génisse de M. Chambon.

Les observations suivies et recueillies avec grand soin jour par jour sur ces animaux nous ont fait reconnaître que le vaccin se reproduisait plus tardivement sur les grands animaux sevrés que sur les nourrissons.

Le chef des cliniques d'Alfort nous l'avait dit.

D'autre part, il vous a été donné à tous de rencontrer ce développement tardif chez les grands enfants et les adultes.

Eh bien, nous avons pu, par cette observation, nous convaincre que le vaccin prétendu régénéré par la méthode de James, pratiqué par M. Vy (d'Elbeuf), et par MM. Foucher et Desportes, ne doit sa supériorité sur celui d'enfant, qu'à ce qu'il est recueilli sur la génisse au *cinquième jour*, au lieu de l'être au *septième*, comme sur l'enfant.

C'est ce que prouve la manière de faire d'un praticien fort expérimenté, de Colombes, je crois, et dont, malheureusement, je ne me rappelle pas le nom.

Ce médecin rajeunit son vaccin tous les ans, dit-il, et, pour cela, il vaccine un enfant avec le vaccin ancien.

Au *cinquième jour*, il recueille ce vaccin et vaccine trois enfants au plus. C'est tout ce que lui permettent de faire les pustules, très-peu développées.

Il obtient ainsi des résultats énormes qui lui servent alors, mais au *septième jour*, cette fois, à pratiquer ses vaccinations ordinaires et en masse.

Je crois que ces messieurs qui vaccinent avec du vaccin porté de l'enfant à la génisse ne font pas autre chose.

M. Gallard accepte volontiers cette méthode, et je me joins à lui, mais ce n'est pas seulement pour la raison que je viens de donner.

Les études que M. l'agrégé Fournier et M. Lanoix ont faites avec nous à l'hospice Devillas sur les inoculations de syphilis, soit seule, soit combinée avec le vaccin, nous ont démontré que l'espèce bovine était réfractaire à la syphilis.

En second lieu, il est très-facile de recueillir une grande quantité de vaccin au cinquième jour sur la génisse, ce qui est impossible sur l'enfant.

Je pose en principe que, pour faire une bonne culture de vaccin, si on doit vacciner à tout âge, en temps d'épidémie, on n'en doit pas moins bien choisir ses vaccinifères; ne pas s'adresser comme on le fait à l'Académie, à des enfants à peine nés, et qui sont, pour la plupart, encore dans un véritable état d'hibernement, ce qui, pour nous, est la véritable cause de la perte du vaccin en France.

L'on doit prendre de beaux enfants de quelques mois, sur lesquels, comme l'a dit Trousseau, on recueillera le vaccin au *cinquième jour*; si l'enfant est sevré, ce sera au *septième jour*.

La même règle doit être suivie pour les animaux, si on fait de la vaccine animale ou de génisse.

M. Gaillard qui accepte comme véritable source du cow-pox le horse-pox transporté à la vache laitière, et non la picotte, maladie fort commune dans les vacheries, dit cependant que le cow-pox est une maladie propre à la vache laitière, et que c'est, par conséquent, un contre-sens d'employer des veaux à l'égal des génisses.

Nous, nous pensons que le sexe ne fait rien à la chose.

Car si le véritable cow-pox vient réellement du horse-pox, et nous le pensons, c'est qu'il a été inoculé d'une façon quelconque à la vache, et comme ce sont les pis qui sont les parties de l'animal le plus souvent en contact immédiat avec les mains des gens de service, il est naturel d'admettre que ce sont ceux-ci qui, ayant pansé des chevaux atteints de horse-pox, servent d'intermédiaire entre le cheval et la vache.

Autrement, nous ne comprenons pas qu'une maladie inoculable de la race équine à la race bovine, ne le soit que pour la vache et encore pour la vache laitière seule.

Quant aux écarts considérables qui existent entre les statistiques que vous avez entendues, ils s'expliquent très-facilement pour nous.

Quand l'épidémie de variole a semblé devoir s'étendre, l'administration s'est émue : ayant sous sa responsabilité directe un personnel de 42,000 détenus, elle a enjoint, par circulaire en date du 3 mai 1865, à tous les directeurs des établissements pénitentiaires, de faire pratiquer la revaccination en masse dans leurs maisons respectives.

Mais il n'est pas facile de trouver des enfants vaccinifères pour vacciner 1,000, 1,500 ou même 2,000 détenus.

Que se passait-il? On a vacciné quelques hommes, et, se servant du vaccin qui avait pu se produire sur plusieurs, on revaccinait la population entière de l'établissement.

Eh bien, on croyait revacciner et on ne revaccinait pas. Je l'écrivais, il y a six mois, à l'Académie; je vous le disais dernièrement, en vous citant l'opération de l'orphelinat Saint-Laurent; M. Gallard avec sa grande autorité vous le disait aussi l'autre jour : le vaccin recueilli sur une personne vaccinée ou variolée antérieurement n'est pas propre à la reproduction.

Et cela pour la même cause, probablement, qui fait que le nombre des morts est moins grand chez les varioleux vaccinés antérieurement que chez ceux qui n'ont jamais été vaccinés.

L'administration des prisons connaissait les difficultés pratiques de la revaccination en masse de ces populations internées, et, ne voyant rien venir de l'Académie de médecine, où l'on discutait sans cesse, voulut en connaître par elle-même, et je fus commissionné, non pour aller faire de la revaccination, mais pour étudier les vaccins et les moyens de les employer. Bien lui en a pris, comme vous l'avez vu; car si la direction des prisons avait attendu la décision académique, elle n'aurait pas eu à enregistrer l'heureux résultat obtenu dans les établissements pénitentiaires du Nord.

Sans données sur le nouveau vaccin, je m'adressai à l'Académie pour qu'on voulût bien me dresser un programme : on s'y est refusé, et je demandai à MM. Lanoix et Chambon de m'aider de leur expérience. Ces Messieurs, avec toute l'obligeance possible, se mirent à ma disposition.

Peu encore habitué à opérer sur de grandes agglomérations d'hommes, les déboires ne nous ont pas fait défaut, dans nos débuts.

Ainsi, je vous l'avoue, après l'expérience de la maison de Poissy, dont le résultat a été nul ou presque nul, moi aussi j'ai passé par les mêmes découragements que vous.

Comme vous, j'ai soupçonné aussi la nouvelle méthode, comme vous j'al accusé : mais je devais persévérer, et de défaites en conquêtes, d'écoles en écoles, j'ai enfin compris que ce pauvre vaccin de génisse, si décrié par les uns, trop exalté peut-être par les autres, avait cependant une valeur aussi grande que bien d'autres choses, mais qu'il fallait savoir s'en servir.

Les étrangers s'en servent bien, eux; et ils en sont satisfaits.

Seuls, comme vous le rappelait M. Dally, nous ne revaccinons pas.

Hier encore, parmi nous, on vaccinait encore avec du vaccin de revacciné; et cette méthode était cependant déclarée défectueuse chez nos voisins depuis longtemps.

Pourquoi ne pas déclarer notre ignorance dans la nouvelle pratique, et ne pas nous accuser nous-mêmes des échecs que nous éprouvons?

C'est justement cette observation qui nous a encouragé à continuer nos expériences cette année. Et je le dis avec une conviction profonde, c'est, après la mauvaise culture des vaccins, à notre mauvaise méthode pour les inoculer que l'on doit les nombreuses déceptions qu'en France on met à la charge du vaccin de génisse.

En tous temps la vaccine a été difficile à pratiquer, plus difficile qu'on ne le croit. Je n'en prendrais pour preuve que l'énorme arsenal d'instruments que les médecins se sont ingéniés à inventer pour assurer le succès de cette opération.

J'ai eu, un jour, l'idée de vacciner un animal, par tous les moyens décrits et connus, et avec des vaccins de génisse et d'enfant, recueillis directement sur les vaccinifères, et aussi avec les deux espèces de vaccin conservé. Les vaccinations furent pratiquées par piqûres, par incisions et par injections. Eh bien, les résultats obtenus sur cet animal, dont j'ai la photographie, forment l'étude la meilleure que j'aie faite alors. Il est impossible de n'y pas reconnaître que les opérations échouent parce qu'on n'introduit pas de vaccin dans la plaie que fait l'instrument.

Quand on vaccine avec du vaccin de bras à bras, les propriétés physiques du virus font que l'instrument est non-seulement mouillé, mais enduit comme par du miel ou un corps gras, et les bords de la plaie ne suffisent pas pour repousser cet enduit.

Il faut que les parois de la petite plaie essuient pour ainsi dire l'instrument.

Il n'en est pas de même pour le vaccin de génisse : infiniment plus liquide que le précédent, il ne mouille pas l'acier, et lorsque l'instrument pénètre sous l'épiderme, les bords tranchants de l'incision refoulent le liquide sur la lancette, et rien autre que le fer n'est introduit.

On doit entr'ouvrir la plaie et y laisser couler le liquide. Cette opération nécessite quatre temps :

1° Introduire la lancette sous l'épiderme, très-obliquement et superficiellement ;

2° Relever l'instrument en perpendiculaire ;

3° Lui faire exécuter un quart de cercle : la plaie est ainsi béante, et on voit le liquide s'y glisser.

4° Retirer l'instrument et laisser sécher à l'air. Quelques praticiens croient qu'il suffit, la lancette ayant pénétré sous l'épiderme, de la renverser sur le côté et de la retirer.

Si le renversement se fait du côté de la lame soulevant l'épiderme, il est évident que le liquide se déverse par-dessus et qu'il n'en entre pas dans la plaie.

Ainsi donc, pour nous, le vaccin de génisse bien employé, tel que sa nature spéciale l'exige, est appelé à rendre d'aussi grands services que le vaccin de bras à bras, qui, s'il est le meilleur et le plus commode quand il s'agit de faire quelques vaccinations, est insuffisant en face d'un besoin pressant et d'une nombreuse population, agglomérée ou non.

PIQÛRE DE LA SCOLOPENDRE MORDANTE

(*S. Moricans*)

Par M. Sébastiany

La scolopendre mordante est un petit animal, genre de myriapodes de l'ordre des chilopodes, vulgairement appelé mille-pieds.

Le corps de cet insecte est mince, allongé, aplati, divisé en plusieurs segments. Dix paires de pattes, dont les deux premières, près de la tête, sont terminées par un crochet dans le genre du scorpion.

Ces animaux, d'une agilité remarquable et très-communs dans le Midi, vivent sous les pierres humides et aux pieds des vieux murs. Leur couleur est d'un gris de fer légèrement verdâtre, et il ne faut pas les confondre avec les autres variétés de scolopendres, qui sont toutes inoffensives. Ce petit animal, étudié au microscope, présente des particularités assez curieuses. entre autres son appareil venimeux, placé dans l'intérieur de la petite mâchoire, et dont la disposition offre beaucoup d'analogie avec celui de la vipère.

Dans ces derniers temps, il m'a été donné d'observer deux cas extrêmement graves de piqûres de la scolopendre mordante.

Le premier était un enfant de 8 ans, qui fut mordu au petit doigt de la main droite, et qui a totalement perdu la seconde et la troisième phalange.

Le second est un homme de 49 ans, et qui est encore malade. Il a été piqué sur le bras, un peu au-dessus du coude. Ce dernier a pris son ennemi sur le fait pour me le faire voir.

Les accidents produits par le venin de la scolopendre me semblent dignes d'être signalés aux praticiens, non-seulement à cause de la gravité ; mais encore pour ne pas confondre cette morsure avec une autre affection qui lui ressemble.

Aussitôt après la piqûre, le blessé éprouve une démangeaison à laquelle succède une douleur vive qui s'étend à tout le membre. La piqûre forme une tache rouge qui s'agrandit peu à peu et devient noire dans son centre. L'escarre, dans le dernier cas dont je parle, offre les dimensions d'une pièce de cinq francs.

Les accidents généraux qui accompagnent ces manifestations locales de la blessure revêtent un aspect effrayant tels que, anxiété précordiale, douleurs articulaires, fréquence et irrégularité du pouls, vertiges, céphalalgie intense et vomissements de matières bilieuses. Vers le second jour, l'aspect de la blessure présente tous les caractères d'une véritable pustule maligne, et je suis persuadé qu'il est même très-difficile de ne pas s'y tromper.

Il y a un fait que j'ai observé chez ces deux malades, c'est l'engorgement et l'inflammation des vaisseaux lymphatiques du membre et des ganglions de l'aisselle. On remarquera que ce caractère ne manque jamais dans la pustule maligne.

Le traitement a consisté en applications sur la blessure et le membre de compresses trempées dans une forte décoction de feuilles fraîches de noyer.

Comme traitement général, j'ai administré l'acide phénique à la dose d'un gramme, et 2 grammes de chloral dans une potion de 140 grammes. Je n'ai qu'à me louer de l'emploi de ce moyen.

Les phénomènes généraux ont cessé assez rapidement, et après la seconde potion, mes malades étaient hors de danger.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 22 juin 1870 (1). — Présidence de M. Alph. Guérin.

COMMUNICATION

Ovariotomie. — Guérison. — M. LIÉGEOIS. (Voir la *Gazette des hôpitaux* du 30 juin 1870.)

Luxation sus-pubienne irréductible chez un vieillard. — Fracture du col du fémur par suite des tentatives de réduction. — Mort quatre ans après. — Autopsie : M. VERNEUIL. — Les tentatives de réduction avaient été faites 28 à 36 heures après l'accident. Le malade se plaignait, depuis l'accident, de vives douleurs le long du trajet du nerf crural. La traction parallèle n'a été employée que quelques instants, et tous les procédés de rotation, soit en dedans soit en dehors, ayant échoué, on se décida à coucher le malade par terre, afin d'opérer le mouvement de circumduction du membre, combiné à une traction modérée. Bien que M. Verneuil procédât sans le secours d'aide, il vit se produire à la première tentative une fracture du fémur.

Après comme avant l'accident, la tête de l'os n'avait éprouvé aucun changement de position. Elle restait fixe sur la branche iléopubienne, comme si elle y avait été clouée. Chose digne à noter, les douleurs le long du nerf crural, dont le blessé s'était plaint jusque-là, cessèrent de suite après la fracture, et le malade aurait fini très-probablement par recouvrer un degré de déambulation suffisant, si, à cause de son âge avancé et d'une paralysie de l'autre membre, il n'eût été forcé de s'aliter jusqu'à sa mort, qui survint *quatre ans* plus tard, à l'hospice de Bicêtre. Grâce à l'obligeance de MM. Sée et Tillaux, l'autopsie a pu en être faite, et M. Verneuil met la pièce sous les yeux de la société.

On y constate ce qui suit :

La tête, complétement isolée du reste de l'os par une fracture siégeant près de la jonction du col avec les trochanters, appuie sur l'échancrure intermédiaire à l'épine iliaque antérieure et inférieure et à l'éminence ilio-pectinéale.

Au moment de la luxation, au lieu de rester sous le psoas, comme c'est la règle en pareil cas, la tête a traversé la boutonnière musculaire, formée par le psoas en dedans et par le tendon droit antérieur en dehors.

De là, la facilité avec laquelle on sentait celle-ci sous la peau, et l'impossibilité de réduire l'os, toute traction ayant pour effet de rétrécir la boutonnière en question.

La tête a contracté des adhérences avec la capsule. La cavité cotyloïde, outre qu'elle est comblée en grande partie par du tissu adipeux, se trouve recouverte par l'obturateur interne. Le petit trochanter correspond au cotyle, et prend un point d'appui sur la partie supérieure du sourcil cotyloïdien. Enfin le tissu osseux du fémur paraît très-solide, et l'on ne pourrait invoquer une friabilité sénile de cet os pour expliquer la fracture, que des obstacles insurmontables à la réduction motivent suffisamment.

MM. BLOT et LARREY croient que malgré l'aspect compacte de l'os, son tissu doit être plus friable. M. Larrey ajoute que le même accident est arrivé entre les mains de Malgaigne dans le service de Velpeau, pour une luxation iliaque.

M. DESPRÈS cite un fait inédit de la pratique de son père. La fracture avait été produite en voulant réduire une luxation déjà ancienne par le procédé qui porte son nom.

M. BROCA fait observer que s'il ne s'était pas agi d'un malade vieux et impotent, l'accident de la fracture aurait tourné, en somme, en faveur du blessé, et il serait à désirer qu'on eût à sa disposition un procédé sûr, permettant de fracturer le col fémoral, en cas de luxations ilio-pubiennes et ovalaires irréductibles.

M. TILLAUX insiste sur l'intégrité de la partie antérieure de la capsule et du ligament de Bertin, comme venant à l'appui des opinions qu'il a soutenues au sein de la Société, sur le rôle que joue la portion conservée de capsule, dans la détermination des diverses espèces de luxations du fémur.

Dans l'idée de M. Tillaux, ce qui a occasionné la fracture, c'est bien le mouvement de la rotation imprimée à l'os par M. Verneuil, alors qu'il n'avait pas essayé de désengrener les os à l'aide d'une traction préliminaire, et non la boutonnière musculaire.

M. SÉE croit que si M. Verneuil avait fatigué les muscles par une traction prolongée, telle que la traction élastique, il serait parvenu à réduire.

M. VERNEUIL répond qu'il n'aurait pas manqué d'essayer de tous les procédés connus, si l'accident de la fracture ne l'en avait empêché.

Quant à la traction élastique en elle-même, bonne dans certains cas de luxation de l'épaule, elle n'a pas encore fait ses preuves pour la cuisse.

M. LE FORT fait observer à son tour que toute traction, en resserrant la boutonnière musculaire, n'aurait fait que s'opposer à la réduction.

M. DESPRÈS est d'avis qu'il ne faudrait pas inférer de l'état actuel des choses à ce qui a pu exister antérieurement. La luxation, vieille de quatre ans, a pu se compliquer de déplacements consécutifs ayant changé du tout au tout la configuration et les rapports des parties. Cela est d'autant plus probable, que d'après Malgaigne les luxations coxo-fémorales sont pour la plupart incomplètes.

M. VERNEUIL peut affirmer que la tête occupe la même place que sur le vivant, et pendant un mois qu'il avait gardé ce malade à l'hôpital, la tête n'avait pas bougé.

LECTURE

Note sur un signe de certaines fractures de la face. — M. DUBREUIL. (Voir la *Gazette des hôpitaux* du 30 juillet.)

PRÉSENTATION DE MALADES.

Tumeurs du bras. — M. LE FORT présente un de ses malades affecté de deux tumeurs volumineuses du bras, et désire connaître l'avis de la Société sur la nature de celles-ci.

Il s'agit d'un vieillard, amputé de longue date, et qui porte actuellement deux tumeurs au bras, sur le trajet de l'artère humérale. La racine du membre a beaucoup augmenté de volume, surtout depuis six mois. Le début de la tumeur remonte en 1864; elle est molle, fluctuante, sans battements, ni expansion, ni souffle, sauf en haut, où il y a compression des vaisseaux. La ponction exploratrice avec le petit trocart, dit de Dieulafoy, permit de retirer 250 grammes de liquide couleur chocolat, puis du sang pur; en tout, 800 grammes de liquide. La poche en contenait quatre fois autant et l'on crut prudent de s'arrêter. La cavité s'est trouvée le lendemain aussi distendue que la veille. M. Le Fort avance qu'avec ces signes il est très-embarrassé pour porter un diagnostic précis.

M. LARREY dit avoir vu une tumeur analogue se développer dans la même région, à la suite d'une piqûre; l'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'une production fibroplastique, ainsi que la Société de chirurgie a pu le constater alors.

Nævus hypertrophique de la région fronto-sourcilière droite chez un enfant de 2 ans. — M. GUÉNIOT. La tumeur

(1) Fin. — Voir le numéro du 30 juillet 1870.

s'étend transversalement de la racine du nez à la région temporale droite, et, en hauteur, de la paupière supérieure, qui est restée indemne de toute lésion, jusqu'à la partie supérieure du front, où elle se confond avec les cheveux. Elle a près de 8 centimètres dans sa plus grande longueur et près de 6 centimètres dans son diamètre vertical. Elle occupe l'épaisseur même de la peau de la région, dont les divers éléments hypertrophiés la constituent. Sa mobilité sur les parties profondes lui permet de retomber naturellement comme un voile au-devant de l'œil. Aussi l'enfant, pour y voir de côté, est-il obligé de relever avec la main ladite tumeur. Celle-ci a une consistance demi-dure et se trouve recouverte de poils bruns très-longs et très-abondants. Le développement des vaisseaux sanguins ne paraît pas être prédominant sur l'hypertrophie des autres éléments de la peau. L'enfant jouit d'une bonne santé générale et n'offre pas d'autre difformité. Convient-il d'intervenir à l'effet de le débarrasser de cette tumeur, qui annihile la vision de l'œil droit, ou bien est il préférable de l'abandonner aux inconvénients d'un développement ultérieur de la tumeur?

M. DESPRÈS croit à une hypertrophie pure et simple de tous le éléments de la peau; aussi veut-il qu'on en garde suffisamment pour éviter l'ectropion.

M. TRÉLAT préoccupé surtout d'en enlever le plus possible pour faire disparaître la difformité, n'en veut conserver qu'une simple bande pour représenter le sourcil. S'il survient de l'ectropion, on agira plus tard.

M. GIRAUD-TEULON est pour la conservation d'une portion suffisante, voulant éviter à tout prix l'ectropion.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour deux places de chef de clinique, ouvert à la Faculté de médecine de Paris, vient de se terminer par la nomination de MM. les docteurs Rück et Liouville.

Ont été nommés chef de clinique adjoints : MM. les docteurs Bordier et Schweich.

— Dès le début de la campagne, l'administration de la guerre s'est préoccupée avec la plus active sollicitude du sort des blessés et malades de notre armée. Elle a fait pourvoir les ambulances de chaque division du matériel réglementaire. Elle rappelle une partie des compagnies légères et tous les infirmiers attachés en grand nombre à notre armée d'Afrique. On sait que ce sont ces compagnies qui ont pour mission d'aller ramasser les blessés sur le champ de bataille.

Dans les places frontières, on a créé des hôpitaux provisoires. La compagnie de l'Est dispose son matériel de façon à y installer les blessés aussi confortablement que possible. Elle a fait adapter à ses wagons des poignées mobiles auxquelles on pourra suspendre des hamacs. des locaux sont disposés dans toutes les gares pous y recevoir les vivres, les cordiaux dont les convois de blessés pourront avoir besoin.

Quant aux lits, la ville de Strasbourg en offre 2,000; celle de Nancy, 1,200; le préfet de la Haute-Saône en annonce 220; celui de l'Aube, 500; celui du Doubs, 622, etc. On évacuera sur les départements un peu moins à proximité du théâtre de la guerre les convalescents, les plus légèrement blessés, ce qui assurera la disponibilité des hôpitaux de première ligne.

Les efforts de l'administration se combinent partout avec l'initiative privée. Les conseils municipaux ne se sont pas bornés à créer des ressources en argent et en nature, ils ont immédiatement décidé l'installation d'ambulances provisoires, de petits hôpitaux confiés à la garde des personnes charitables et dévouées, comme il s'en trouve en si grand nombre dans toute la France. En général, ces hôpitaux, dans la Moselle, seront sous la direction de M. Oulmont, médecin principal de la Compagnie de l'Est.

A Metz, les travaux entrepris par la municipalité sont poussés activement. Les baraquements occupent tout un côté des terrains de Chambrière. Les médecins civils ont désigné à l'unanimité, pour être à la tête de cette création, M. Sonard, ancien chirurgien en chef des hôpitaux, le même qui, en 1859, avait installé le grand hôpital de Brescia. La *Société internationale* aura des locaux spéciaux à Metz, à Strasbourg et à Mulhouse. A Metz, elle doit organiser des hôpitaux au fort Gisors, dont les glacis ont été mis à sa disposition à cet effet.

Le major-général a promis de donner des ordres pour que les membres de la Société fussent dirigés sur les points où leur présence sera jugée le plus utile. Cent cinquante-huit personnes, avec un nombre proportionné d'auxiliaires, doivent arriver prochainement. Le matériel qui, pour Metz, compte 400 lits et 400 civières, sera livré dès demain.

Les bureaux de la Société sont installés chez M. Gargau, riche propriétaire, qui a offert à la fois sa maison de ville et son château.

En un mot, rien n'est négligé pour assurer le bon emploi des ressources qui augmentent chaque jour.

— Un médecin qui voudrait se fixer à Paris avec quelqu'un pour traiter trois spécialités, réalisant de grands bénéfices, et pouvant se faire une brillante position, peut s'adresser tous les jours de midi à trois heures à M. Jean, rue de Maubeuge, 82.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE S...

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — Premier Paris. — HÔPITAL BEAUJON (M. Dubreuil) : Kyste d'un des conduits excréteurs de la glande lacrymale. — Sur la pathogénie des caillots apoplectiques du placenta (M. Bailly, professeur agrégé). — SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE. — Ambulances volontaires. — Thèses. — Nouvelles. — Bibliographies.

SOCIÉTÉS SAVANTES ET HOPITAUX

La discussion sur la vaccine se continue toujours à l'Académie royale de médecine de Belgique. M. Wleminck a vivement attaqué tant la vaccine animale elle-même que la pratique de M. Warlomon. Il a reproché à celui-ci de vendre un vaccin qui, provenant d'un établissement de l'État, devrait être gratuitement distribué à tous les médecins qui en demandent. Il a fini par proposer que l'institut vaccinal officiel fut transformé de fond en comble.

M. Warlomont a répondu qu'il vendait le vaccin de ses propres génisses, lequel était parfaitement distinct du vaccin distribué par l'administration qu'il dirigeait; Il a déclaré être prêt à accepter toute réforme de l'institut vaccinal.

— Nous avons l'âme trop navrée pour traiter un sujet avec quelques détails.

Nous voulions parler aujourd'hui de la dysenterie, qui n'est pas très-rare en ce moment dans les hôpitaux. Nous avons étudié de près dans ses formes les plus redoutables cette maladie, que nos chirurgiens militaires rencontreront sans doute, et nous désirions faire connaître ce que l'expérience nous a appris.

Nous tenions surtout à insister sur le traitement, sur l'emploi utile du vin d'abord, puis du quinquina.

On est bien revenu des émissions sanguines et des débilitants de tout genre dans la dysenterie; mais on craint encore beaucoup trop les alcooliques. Un vin non acide, tel que le bordeaux d'âge moyen, lorsqu'on le coupe d'eau bouillante et qu'on le sucre très-légèrement, est peut-être de toutes les boissons, celle qui convient le mieux : non-seulement quand le mal est chronique, mais dès que se dessine cette débilité générale toujours si prompte à se montrer dans la dysenterie à forme aiguë.

J'ai même pu, sans inconvénient, le prescrire dès le début chez des malades qui d'avance étaient affaiblis.

Bien entendu, il faut en boire peu; il faut toujours boire très-peu et très-chaud dans la dysenterie; mais c'est un excipient commode pour faire passer les paquets de sous-nitrate de bismuth (1 à 4 grammes) qu'il est bon de faire prendre toutes les heures ou toutes les deux heures en les additionnant d'abord d'ipécacuanha à doses très-faibles (1/2 à 2 centigrammes), puis d'opium et d'extrait de quinquina (l'ipécacuanha étant supprimé). Cette méthode m'a très-bien réussi dans la dysenterie aiguë. Comme aliment, rien ne m'a paru moins péniblement excitant pour les voies digestives que les œufs frais, à peine cuits, bus à la coque sans pain ni sel.

Nous reviendrons un autre jour sur tout ceci et nous parlerons meilleurs moyens de déraciner ces vieux restes de dysenterie, des ces interminables dysenteries chroniques à *redoublements*, pour ainsi dire, dont meurent si souvent, après des mois ou des années, ceux de nos colons, par exemple, qui reviennent de Cochinchine.

Dr VICTOR REVILLOUT.

HOPITAL BEAUJON. — M. DUBREUIL.

Kyste d'un des conduits excréteurs de la glande lacrymale.

Les kystes des conduits excréteurs de la glande lacrymale sont sans contredit chose peu commune, et personne, je le pense, ne doutera de leur rareté, lorsque je dirai que M. de Guefe n'en a rencontré que deux dans son immense pratique. Aussi la relation d'une observation de kyste de cette nature m'a-t-elle paru avoir un certain intérêt.

Élisa R..., domestique, âgée de 35 ans, est venue, le 11 mai, se présenter à la consultation de l'hôpital Beaujon. Elle portait au-dessus de l'angle externe de l'œil, une tumeur à peu près sphérique, du volume d'une grosse noisette, placée entre le globe oculaire et la paupière, tapissée par la conjonctive, un peu rougeâtre dans sa moitié inférieure, qui faisait saillie au-dessous du bord libre de la paupière supérieure, lorsque celle-ci était relevée. Lorsque les paupières étaient rapprochée, elle se cachait sous la supérieure, à travers laquelle elle faisait un relief des plus manifestes.

Cette tumeur avait débuté, il y a un an, sans cause apparente. Elle était fluctuante, translucide, indolente; et, d'après les remarques de la malade, elle grossissait notablement chaque fois que cette femme pleurait. Les larmes coulaient cependant en quantité à peu près normale à la surface du globe oculaire, qui était un peu gêné dans ses mouvements. La vision était intacte, la santé générale excellente, et ce n'était guère, en somme, que la difformité produite par le kyste qui engageait la malade à s'en faire débarrasser.

Le 12 mai, la paupière supérieure étant maintenue relevée par un aide, je fis sur la tumeur, avec un couteau à cataracte, une incision dirigée dans le sens de la fente palpébrale, et très-superficielle. Je pus ainsi séparer dans une certaine étendue une membrane très-mince ou très-amincie, qui n'était autre que la conjonction du cul-de-sac repoussée par la tumeur.

Au-dessous, il restait une membrane plus ténue encore, une vraie pellicule que je finis par crever, et dont la perforation donna issue à une petite cuillerée environ d'un liquide séreux que je recueillis pour le faire analyser, mais qui, malheureusement, fut répandu. J'excisai alors avec des ciseaux courbes toute la portion antérieure du kyste. L'œil fut fermé, recouvert d'une fine compresse et d'un plumasseau de charpie maintenus par un monocle. Le lendemain le pansement fut enlevé; il était survenu au niveau de la partie du kyste demeurée en place, un léger gonflement qui ne tarda pas à se dissiper.

La malade quitta l'hôpital le 14 et revint nous voir tous les deux jours jusqu'à sa parfaite guérison, qui fut, du reste, des plus rapides. La seule précaution à laquelle j'eus recours, fut de cautériser deux ou trois fois la partie du kyste laissée en place.

Où s'était formée cette collection de liquide?

Était-ce un de ces kystes conjonctivaux que l'on observe rarement, il est vrai, mais que l'on observe quelquefois sur les différents points de la conjonctive, et qui ont été étudiés par Sichel (*Mémoire sur les kystes séreux de l'œil et des paupières*, in *Archives de médecine*, 1846)? ou bien s'était-il développé dans un des conduits excréteurs de la glande lacrymale? En faveur de cette dernière hypothèse, on pourrait invoquer ce fait, signalé par la malade, que chaque fois qu'elle pleurait la tumeur augmentait notablement de volume, et aussi le lieu où elle s'était développée.

L'opération ne nous éclaira guère à ce sujet. L'examen du liquide contenu dans la poche aurait pu lever les doutes, mais j'ai dit que ce liquide avait été perdu.

C'est à l'analyse microscopique que je me suis adressé en dernier ressort, et l'examen que j'ai pratiqué avec le docteur Legros est venu établir d'une façon indubitable la nature de ce kyste, en nous montrant que sa face interne était tapissée d'un épithélium cylindrique, c'est-à-dire identique à celui des conduits excréteurs de la glande lacrymale.

En somme, le liquide lacrymal s'était collecté dans un de ces conduits excréteurs, oblitéré dans sa portion terminale ou conjonctivale et communiquant encore avec la glande, comme le prouvait l'augmentation de volume survenant quand la malade pleurait.

SUR LA PATHOGÉNIE DES CAILLOTS APOPLECTIQUES DU PLACENTA

Par M. BAILLY, professeur agrégé (1).

Ainsi donc, une première et importante vérité ressort des recherches de M. Robin : l'altération fibro-graisseuse du placenta n'est pas la conséquence d'une hémorrhagie interstitielle opérée dans cet organe supposé à l'état sain. L'opinion que, dans ces conditions physiologiques, une hémorrhagie de collection pourrait s'opérer dans le parenchyme placentaire se comprend sans doute à une époque où l'on ignorait encore la constitution intime du placenta et les rapports de cet organe avec le sang maternel; elle ne me paraît plus aussi admissible aujourd'hui, après les progrès que MM. Coste et Robin ont réalisés dans nos connaissances sur l'anatomie et la physiologie placentaires. Si la manière actuelle de concevoir l'organisation du placenta et la circulation utéro-placentaire à la fin de la grossesse est exacte; si l'interprétation suivante de la doctrine des lacs sanguins est vraie, et pour ma part je n'en doute aucunement, on devra, je crois, reconnaître que le placenta, avec sa structure aréolaire et déjà tout imprégné du sang maternel incessamment en mouvement dans les mailles de son tissu, ne présente ni la texture ni les conditions physiologiques nécessaires à la productions de véritables caillots apoplectiques, et en l'absence même des résultats qui m'ont confirmé jusqu'ici cette manière de voir, la théorie et l'induction suffiraient déjà pour indiquer que, dans les conditions physiologiques que nous supposons ici, cette forme d'hémorrhagie ne saurait exister. Un coup d'œil rapide jeté sur l'organisation définitive du gâteau placentaire et les rapports de cet organe avec le sang de la mère me permettra, j'espère, de faire comprendre clairement ma pensée et de justifier ma proposition.

Dès le milieu de la grossesse, on le sait, le réseau capillaire superficiel de la muqueuse utérine, qui s'est prodigieusement hypertrophié d'abord, de manière à se porter à la rencontre des villosités choriales et à couvrir leurs branches naissantes de nombreuses anses vasculaires, ce réseau, dis-je, s'est converti, par la coalescences des parois de ces mêmes anses vasculaires, en une série d'espaces circonscrits ou lacs remplis par le sang maternel et dont le nombre correspond exactement à celui des cotylédons placentaires. La villosité choriale (assez souvent il y en a plusieurs, mais toujours alors l'une d'elles acquiert un développement prépondérant) qui forme chaque cotylédon remplit de ses innombrables rameaux la cavité du lac sanguin, où, suivant l'expression de M. Coste, les radicules fœtales *prennent un bain de sang*. Celui-ci est apporté dans le lac par plusieurs artères utérines, circule à l'entour de chaque rameau et de chaque branche villeuse avec une lenteur sagement calculée par la nature, s'avance jusqu'au pied de la villosité, c'est-à-dire jusqu'au chorion lui-même, et après avoir baigné les divisions, même les plus profondément situées, de la racine vasculaire fœtale, appauvri des matériaux que l'absorption a fait pénétrer dans les vaisseaux du fœtus et qui doivent servir à la nutrition de ce dernier, ce sang, dis-je, est repris par les veines de la muqueuse utérine, véritables déchargeoirs du lac, qui le rendent à la circulation générale. Là, il se charge de nouveaux principes nutritifs, que le système artériel ira bientôt soumettre encore à l'absortion active qu'opèrent les cotylédons placentaires. Dans les conditions d'un fonctionnement régulier, tel que nous venons de le supposer, les villosités choriales, réduites à un état filamenteux qui a pour but évident de multiplier les points de contact avec le sang maternel, ces villosités, dis-je, me paraissent de tout point comparables aux branchies des poissons, au feuillage finement lacinié de certaines plantes aquatiques, aux racines submergées des arbres qui croissent au bord des eaux, organes dont l'état de division extrême paraît être un artifice fréquemment employé par la nature pour favoriser l'absorption qui s'exerce au sein des liquides. Or ces villosités, incessamment baignées par la masse constamment renouvelée du sang qui remplit le lac, vivent, si je puis ainsi dire, dans un état continuel et physiologique d'hémorrhagie, mais d'hémorrhagie par infiltration, qui ne laisse aucune place à la production d'une concrétion sanguine d'un certain volume. Comment, en effet, concevoir la formation d'une collection de quelque importance dans un tissu filamenteux, infiniment lâche et déjà parcouru par les mille courants sanguins qui s'opèrent dans les interstices des branches villeuses et communiquent librement entre eux? Où trouverait à s'accumuler, de manière à y former un caillot d'une certaine grosseur et bien circonscrit, du sang accidentellement versé dans un tissu envahi déjà par une véritable inondation? Ne voit-on pas que ce sang accidentel, immédiatement mélangé avec celui qui se meut normalement dans les mailles cotylédonaires, serait forcément emporté avec ce dernier par les voies de déchargement du lac sanguin? Qu'il s'agirait là enfin d'une hémorrhagie nouvelle qui se produirait au sein d'une hémorrhagie préexistante, se confondrait avec elle, se dissiperait avec elle, et n'aurait d'autre résultat que d'accroître momentanément la masse liquide en circulation et la tension du sang dans l'espace circonscrit qui forme la cavité du lac sanguin.

Mais admettons pour un instant, fait assurément possible et qui se produit quelquefois, c'est que l'excès de tension du sang que cause à l'intérieur du lac l'irruption d'un torrent accidentel dans cette cavité circulatoire, soit porté à un point tel qu'il détermine un écartement en quelque sorte traumatique des deux parois utérine et fœtale du lac sanguin, et, par conséquent, un décollement partiel du placenta.

Qu'en résultera-t-il?

C'est que, par suite de la rupture des canaux afférents et efférents du lac, la circulation utéro-placentaire se trouvera suspendue à ce niveau, et que la masse entière du sang qui imprégnait la touffe villeuse du cotylédon se coagulera rapidement. Vient-on à examiner ce placenta après l'accouchement, on verra que la portion de l'organe ainsi prématurément décollée est tout infiltrée de sang coagulé, mais qu'elle ne renferme aucun caillot volumineux et bien circonscrit. Les mille rameaux de la villosité auront conservé leurs rapports normaux; leur disposition et leur enchevêtrement seront les mêmes que dans les portions saines de l'organe, seulement ils se trouveront emprisonnés au sein d'une gangue sanguine dont il serait, jusqu'à un certain point, possible de les dégager par une dissection minutieuse ou par la macération, et qui donne à la coupe de ce co-

(1) Suite. — Voir le numéro du 23 juillet 1870. — *Erratum de la 1re partie* : 8e alinéa, 1re ligne, *au lieu de* : « tissus très-étroits, » *lisez* : « liens très-étroits ».

tylédon altéré une apparence qui rappelle celle que présente le tissu de la rate divisée par un instrument tranchant. Ne sont-ce point là, en effet, l'apparence et la conformation intérieure des portions d'un placenta inséré vicieusement qui se sont décollées pendant le travail et que distinguent si manifestement leur fermeté, leur épaisseur, l'aspect grenu de leur coupe, leur couleur foncée, enfin cet ensemble de caractères anatomiques qu'on est convenu de désigner par les mots de *carnification* ou de *splénisation?*

Ainsi donc, pour moi du moins, la chose n'est pas douteuse : tant que le placenta conserve sa constitution anatomique normale, tant que surtout les courants sanguins inter-utéro-placentaires continuent à traverser librement la masse spongieuse des villosités, pas de production possible de caillots apoplectiques. Mais en est-il de même lorsqu'une altération fibro-graisseuse d'ancienne date, en agglutinant les éléments filamenteux du cotylédon, et restreignant ou supprimant dans celui-ci les circulations maternelle et fœtale, a converti la trame spongieuse et vasculaire du placenta en un tissu plus dense, peu ou point vasculaire, et l'a ainsi ramené aux conditions des organes parenchymateux, foie, cerveau, muscles, tissu encéphaloïde, qui sont le siége de prédilection des noyaux apoplectiques? Assurément non : les conditions matérielles et les propriétés physiologiques du tissu sont ici différentes, et la formation de caillots sanguins au sein du placenta ainsi transformé se conçoit aisément. En effet, on comprend que, dans un lobe placentaire fibrograisseux, du sang, échappé d'une villosité choriale restée vasculaire ou latéralement versé par une des artères afférentes du lac sanguin auquel correspondait ce cotylédon (on n'est point encore fixé sur la question de savoir si le sang qui forme les concrétions sanguines du placenta est fourni par la mère ou par l'enfant; mais on conçoit aisément qu'il puisse l'être par l'un ou par l'autre système vasculaire ou par les deux simultanément), on comprend facilement, dis-je, que ce sang écarte les éléments solides de ce tissu densifié, s'y creuse une loge plus ou moins spacieuse, et s'y coagulant presque aussitôt, y forme ces collections sanguines dont la forme et le volume dépendent de la tension du sang qui a fait irruption et de la facilité avec laquelle le tissu altéré cédera à l'effort de la colonne sanguine dévoyée. Nous observons là un mécanisme qui rappelle absolument celui d'après lequel prennent naissance les épanchements sanguins des tissus normaux ou morbides désignés plus haut, qui sont plus spécialement prédisposés à ce genre d'hémorrhagie, et notamment les épanchements sanguins du cerveau, avec lesquels ceux du placenta présentent encore ce trait de ressemblance qu'ils dépendent probablement aussi d'une altération de l'élément vasculaire qui, d'après les travaux récents de M. Bouchard, paraît être la condition organique principale et la cause prédisposante la plus puissante des collections sanguines qui se forment dans l'encéphale.

Ainsi donc, pour résumer ma pensée, je dirai : l'altération fibro-graisseuse du placenta ne dépend nullement d'une apoplexie ancienne de cet organe. Bien loin d'être la conséquence de cette dernière, elle en est la condition organique préalable et nécessaire. Pas d'altération antérieure du placenta ayant déterminé l'agglutination des branches et rameaux villeux du chorion et modifié, en la diminuant, la circulation utéro-placentaire, pas de caillots ou de foyers hémorrhagiques dans le placenta.

Eh bien, je crois pouvoir l'affirmer, l'observation directe confirme pleinement ces inductions basées sur la physiologie et la pathologie. Il est commun de rencontrer des placentas qui présentent, parvenue à différents degrés, l'altération fibro-graisseuse de son tissu, sans apoplexie placentaire ; mais jamais jusqu'à présent je n'ai observé un seul noyau apoplectique qui ne coïncidât avec une induration fibro-graisseuse ou autre du placenta, et n'eût pour siége les portions les plus dégénérées de cet organe. Ma conviction à cet égard est telle que j'oserais presque mettre au défi ceux qui professent une opinion différente de la mienne de produire un seul exemple de caillot sanguin bien délimité et renfermé dans un placenta absolument exempt de l'altération fibro-graisseuse ou n'offrant de cette altération que cette proportion insignifiante et qu'on observe sur tous les délivres, même sur ceux qui sont réputés les plus sains.

Si l'opinion que je cherche à faire prévaloir rencontre des opposants, si le fait que je voudrais mettre en lumière est contestée par des auteurs estimables, il faut l'attribuer, je pense, à une cause d'erreur qui peut tromper les observateurs; c'est que dans certains cas d'apoplexie placentaire bien caratérisée, l'altération organique que je regarde comme sa condition matérielle indispensable, ne présente pas toujours des caractères qui permettent de la reconnaître sûrement à première vue. Parfois, en effet, la portion du placenta qui renferme le noyau hémorrhagique conserve une texture spongieuse encore assez accusée; sa coloration rouge plus ou moins foncé se rapproche de la teinte normale, et par la pression on peut encore en faire sourdre une certaine quantité de sang; mais un examen attentif dissipera bientôt tous les doutes et ne permettra pas de méconnaître à quel point ce cotylédon diffère de ceux dont l'organisation est restée véritablement spongieuse.

Le fait qu'une portion considérable, le quart, la moitié quelquefois, du placenta est envahie par la dégénérescenc e graisseuse, créerait déjà, on en conviendra, une forte présomption que le reste de l'organe n'est pas absolument sain; mais, sans parler des altérations plus délicates et plus profondes que l'examen microscopique révèle dans la constitution des villosités, le toucher et l'œil nu suffisent pour attester les modifications que les couches organiques qui entourent le caillot ont éprouvées dans leur structure et leur aspect. La consistance de ces couches est en effet beaucoup plus considérable qu'à l'état normal; au lieu de la mollesse spongieuse et de la friabilité propre au tissu sain, on trouvera une trame ferme, résistant à la pression du doigt, s'écrasant et se déchirant avec difficulté, et enfin se laissant couper facilement au lieu de s'affaisser sous la pression de l'instrument tranchant, comme le font les parties vraiment saines. La surface de section est épaisse et nette; l'œil nu ou armé d'une loupe y découvre des trabécules nombreuses, épaisses, dues à l'hypertrophie de l'enveloppe fibreuse des tuyaux villeux et circonscrivant, au lieu d'une cavité réticulaire unique, des vacuoles closes multipliées, c'est-à-dire enfin que ces portions altérées du placenta présentent les conditions essentielles à la production des hémorrhagies de collection, à savoir, *développement modéré de l'appareil vasculaire, indépendance circulatoire des différentes portions de l'organe.* Les organes érectiles et le placenta, dont les conditions de circulation à l'état physiologique, sont précisément inverses, ne sauraient, dans mon opinion, devenir le siége d'hémorrhagies de collection.

J'espère avoir réussi, dans les pages qui précèdent, à exposer d'une manière intelligible les raisons théoriques qui me paraissent exclure l'idée qu'une collection sanguine puisse se produire dans un placenta supposé à l'état sain. Cependant, si mes efforts et ma confiance avaient été trompés sous ce rapport, et que je ne fusse point parvenu à rendre ma pensée tout-à-fait claire, je demanderais à la présenter de nouveau sous forme d'une comparaison grossière, mais qui aurait du moins l'avantage de la rendre facilement saisissable.

On me donne, je suppose, un hectolitre d'eau avec mission d'en former une mare de même capacité. Si, pour atteindre le but, je propose de me rendre sur un pont et de jeter l'eau dans la Seine, très-certainement le moyen paraîtra mal choisi. « N'est-il pas de toute évidence, me dira-t-on, que votre eau se mélangera avec celle du fleuve et sera de suite emportée par le courant. Par conséquent, pour faire une mare, ne jetez pas l'eau dans la rivière. Ne la jetez même pas dans du sable, c'est un sol poreux et qui *boit;* l'eau s'y infiltrerait, et au bout d'une minute il n'en resterait pas une goutte à la surface. Pour faire une mare, jetez plutôt l'eau dans la glaise ; c'est une terre compacte; elle retient les liquides, et en y creusant une cavité, vous parviendrez aisément à rassembler, sous forme de mare, l'eau dont vous disposez. » Ce raisonnement est assurément fort juste, mais je m'en empare; j'en fais l'application à nos tissus, et je dis à mon tour : « Si vous voulez former une hémorrhagie de collection, ne jetez pas le sang dans le tissu cellulaire : ce tissu est trop lâche, *il boit*, et vous n'obtiendriez là tout au plus qu'une hémorrhagie diffuse. Jetez moins encore le sang dans un placenta normal, c'est comme si vous le versiez dans une veine ; les courants sanguins placentaires l'emporteraient, et vous n'auriez fait qu'une transfusion. Pour faire une hémorrhagie de collection, jetez plutôt le sang dans la substance cérébrale, dans un muscle, dans une masse encéphaloïde, dans un placenta fibro-graisseux ou induré par toute autre cause. Et pourquoi? Ah! c'est que la constitution physique et les conditions circulatoires de ces tissus sont tout autres que dans ceux qui précèdent; ils ne *boivent* pas, ils retiennent le sang comme l'argile retient l'eau, et en rompant leur trame compacte, le premier de ces liquides peut s'y creuser une loge où prendra naissance un caillot sanguin bien circonscrit. »

(Sera continué.)

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 29 juin 1870. — Présidence de M. Alph. Guérin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine : Le *Bulletin général de thérapeutique.* — La *Gazette médicale de Strasbourg.*

— Le tome VI, 2ᵉ série des *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris* (année 1869).

— *Névrotomie dans le tétanos traumatique.* Broch. in-8°, Lyon, 1870; par le docteur Letiévant, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

— *Notice sur la vie et les œuvres du docteur Jean-Noël Roux (de Brignolles)*, par le docteur Sirus Pirondi.

— *Relevé statistique des malades traités à l'Hôtel-Dieu de Toulouse pendant deux semestres* (1868-1869), par le docteur Ripoll.—Renvoyé à la commission de statistique.

— M. le docteur Alb. Le Coin adresse, pour le concours du prix Duval, deux exemplaires de sa thèse inaugurale intitulée : *Des fractures de la rotule et de leurs différents modes de traitement.*

— M. Larrey offre à la Société le tome XXXVI des *Mémoires de l'Académie des sciences.*

LECTURE

Tumeurs érectiles veineuses d'une nature spéciale. — M. le docteur Fleury, chirurgien de l'Hôtel-Dieu à Clermont-Ferrand. — Un jeune soldat, âgé de 22 ans, appartenant au 3ᵉ chasseurs, entre à l'Hôtel-Dieu de Clermont le 12 août 1868 pour y être traité d'une tumeur qui occupe la partie inférieure du dos, et qui y existe, dit-il, depuis cinq ans.

Du volume d'une noisette, offrant une coloration violacée comme les tumeurs érectiles veineuses, elle est douloureuse depuis un mois, époque à laquelle le sac a porté sur cette région.

Lorsqu'on presse sur la tumeur, elle se laisse déprimer et forme une espèce de godet ou d'excavation, analogue à celle que l'on observe lorsque l'on appuie sur une ampoule en caoutchouc.

Que devient le liquide? Entre-t-il dans le canal vertébral en s'engageant entre deux apophyses épineuses?

Une petite ponction, faite avec un bistouri, laisse écouler une assez grande quantité de sang veineux, sans que la tumeur s'affaisse; c'est bien ce que l'on observe dans les tumeurs érectiles veineuses.

Le 18 août, j'y ai introduit trois aiguilles rougies au feu. Le lendemain, les douleurs étaient moins vives; il s'est établi une suppuration qui a persisté pendant quatre à cinq semaines; mais la tumeur n'a pas disparu, et au bout de ce temps, elle offrait les mêmes caractères.

Le 6 octobre, j'y ai fait une application de caustique de Vienne; mais comme le malade est sorti trois mois après, je n'ai pu en connaître le résultat.

M. Pyreire, âgé de 35 ans, a toujours joui d'une bonne santé; ce malade, qui habite la campagne, a remarqué depuis sept ans une petite tumeur à la partie antérieure, inférieure et interne de l'avant-bras gauche, de la grosseur d'une lentille. Au début, elle a augmenté insensiblement, et a pris le volume qu'elle présente aujourd'hui. Pendant trois ou quatre ans, elle est restée stationnaire et indolente; mais, depuis trois ans, des douleurs s'y font sentir.

J'ai vu pour la première fois le malade en 1868; la tumeur avait alors le volume d'une petite amande aplatie sur ses deux faces. La peau qui la recouvrait présentait une coloration violacée; le tissu sous-jacent était légèrement rénitent et donnait une sensation analogue à celle que l'on perçoit dans les tumeurs érectiles veineuses. Le moindre attouchement y déterminait des douleurs excessives; aussi était-il bien difficile de savoir si elle cédait sous la pression des doigts.

L'analogie qui existait entre ce produit anormal et un fongus érectile m'a fait espérer que le même traitement pourrait lui être appliqué avec succès. Je l'ai donc cautérisé avec des aiguilles rougies au feu.

Cette petite opération a provoqué des douleurs excessives; mais le mal a paru guéri pendant huit jours. Au bout de ce temps, quelques élancements se sont produits. Ce n'était d'abord, comme dit le malade, que des piqûres légères; mais elles ont bientôt augmenté et les mêmes douleurs se sont reproduites. Le malade les a supportées patiemment pendant deux ans, mais au bout de ce temps il est venu me consulter de nouveau (au mois de mai).

J'ai retrouvé la tumeur dans le même état; elle n'avait ni diminué ni augmenté, mais les douleurs étaient plus vives. La moindre pression, le simple contact des vêtements, de la chemise même, leur donnaient un degré d'acuité extrême. Le plus léger mouvement de flexion ou d'extension des deux derniers doigts suffisait pour les renouveler; souvent même, pendant la nuit, elles se réveillaient spontanément, privaient le malade de sommeil et persistaient ainsi pendant une demi-heure, une heure même.

J'ai conseillé à M. Pyreire l'ablation de la tumeur. Cette petite opération a été pratiquée le 9 mai et n'a offert rien de particulier.

Malgré l'anesthésie locale à laquelle j'ai eu recours, la section de la peau a été excessivement douloureuse; une veine assez volumineuse a fourni du sang, mais une légère compression a suffi pour en arrêter l'écoulement. Pendant quelques jours, la plaie a été très-sensible, mais elle a fini par se cicatriser, m'écrit le médecin qui a donné des soins au malade.

La tumeur, examinée au microscope, contient dans sa partie centrale un corps étranger, dur, noir, insoluble dans les acides nitrique et acétique. Entourée de cellules épidermiques et de noyaux sanguins, il ressemble à une parcelle de fer. Le malade, à qui j'ai écrit pour lui faire part de ce fait, m'a répondu qu'il ne se rappelait pas avoir été frappé par aucun objet extérieur.

Quelle en est donc l'origine? Est-il la cause des douleurs si vives qu'éprouvait le malade? C'est ce que j'ignore, et c'est présisément pour lever ce doute que je soumets la question à la Société de chirurgie.

Polype naso-pharyngien à embranchements multiples et à développement rapide. Ablation du maxillaire supérieur. Arrachement du polype. Hémorrhagie considérable, syncope. Introduction du sang dans les voies aériennes. Mort immédiate. — Bachelet, 16 ans, hôpital Lariboisière, salle Saint-Louis. Bonne constitution, embonpoint notable, teint frais et rosé. Nulle trace d'anémie. Santé excellente. Quelques ganglions cervicaux un peu volumineux, datant de l'enfance.

Début apparent du mal au mois d'octobre dernier, par un peu de gêne de la respiration, avec occlusion de la fosse nasale gauche et une série d'épistaxis, qui cessent spontanément dans le mois de décembre. Vers cette époque, la joue commence à gonfler et l'ouïe disparaît graduellement du côté gauche. A l'entrée à l'hôpital, le 14 juin, on constate :

Une tumeur sur la joue gauche du volume d'un œuf de dinde, assez ferme, un peu mobile, indolente au toucher, sans adhérence à la peau et sans changement de couleur, sauf quelques venosités. Léger soulèvement à la partie inférieure de la fosse temporale. Occlusion de la fosse nasale gauche par une tumeur qui est visible à une petite distance de la narine. Abaissement du voile du palais par une autre tumeur, que le toucher reconnaît facilement dans le pharynx, sans qu'il soit possible toutefois d'atteindre le pédicule. Exophtalmie commençante à gauche.

Respiration bruyante ne se faisant que par la bouche; surdité complète à gauche. Déglutition assez facile. Douleurs nulles. Vision intacte. Sensibilité des téguments partout conservée. Fonctions cérébrales indemnes.

Le diagnostic est facilement posé; il s'agit d'un polype naso-pharyngien très-volumineux, à gauche de la base du crâne, remplissant seul le pharynx et envoyant des prolongements dans la fosse nasale,

le sinus maxillaire, l'orbite, la fente ptérygo-maxillaire, et peut-être la fosse temporale.

La résection préalable du maxillaire supérieur paraît indispensable, et, comme aucune autre contre-indication ne se présente, on fait subir au malade les préparations d'usage, et l'on procède le 29 juin à l'opération de la façon suivante :

L'individu chloroformisé, non *sans peine*, M. Verneuil, en vue d'éviter l'arrivée du sang dans la bouche, fit deux incisions à la joue, l'une verticale, l'autre oblique externe, sans intéresser la muqueuse buccale. Il put ainsi couper les deux piliers osseux, molaire et nasal, à l'aide des cisailles de Liston, sans qu'une goutte de sang arrivât dans la bouche.

Dissection du lambeau génal, arrachement de la dent canine, division de la suture intermaxillaire et arrachement par traction et bascule du maxillaire; tout cela s'est fait rapidement et sans hémorrhagie dans la bouche. Le polype sitôt isolé, on le trouve entouré d'un lacis veineux extrêmement développé, qui déverse du sang en abondance. Le pédicule de celui-ci offrait, sans exagération, 3 centimètres de diamètre et allait s'insérer profondément contre la voûte du pharynx, de sorte qu'il devenait impossible d'y arriver. Devant en finir, M. Verneuil attaquait le polype qu'il fragmentait, en l'enlevant lobe par lobe. Comme le sang coulait à flots dans la bouche, on appliquait au fur et à mesure des éponges compressives. On parvient enfin à appliquer une pince sur le gros pédicule pharyngien de la tumeur, ce qui n'empêche pas le sang de regorger en quantité. L'enfant, qui étouffe, crie et rejette du sang continuellement, est relevé , et on lui projette dans la gorge un irrigateur d'eau froide pour tâcher d'arrêter l'hémorrhagie. Craignant de provoquer une syncope, on le couche immédiatement après. A peine est-il couché, que la syncope arrive, et M. Verneuil introduit dans le larynx une sonde d'homme en argent, pour y insuffler de l'air et aspirer le sang. Il a pu de la sorte remplir plusieurs fois sa bouche de sang et débarrasser en partie l'arbre aérien de ce liquide, en même temps que les aides pressaient alternativement sur le ventre.

A un moment donné, les battements du cœur deviennent appréciables, ainsi que le pouls; l'enfant respire et se met à crier, ce qui ramène de nouveau le sang, momentanément arrêté par la syncope.

On recommence les mêmes manœuvres que précédemment, on aspire le sang, on insuffle de l'air, on met la tête en position déclive; vains efforts : l'enfant ne se relève plus et succombe, malgré qu'on ait prolongé plus d'une demi-heure les efforts pour le secourir.

J'ai cru, ajoute M. Verneuil, que, dans une époque où la chirurgie se préoccupe de plus en plus de la vérité, cette communication ne serait pas sans intérêt, et c'est pourquoi je me suis empressé de faire connaître à la Société un cas malheureux de ma pratique qui m'a vivement touché. M. Verneuil pense que la position verticale qu'il fit prendre à l'opéré, en vue d'arrêter le sang, a été la cause de la mort, survenue par syncope, — et nullement par l'action du chloroforme, — puisque, au moment de l'accident qui a entraîné la mort, l'enfant était réveillé et poussait des cris.

M. HOUEL. Ce fait démontre l'étendue et la résistance des insertions des vrais polypes pharyngiens.

Bien que je me serve habituellement du chloroforme en pareil cas, j'ai imité l'exemple de M. Nélaton, qui laisse réveiller les malades, une fois l'opération préliminaire terminée, et les fait asseoir, avant que d'attaquer le polype. Ce dernier temps s'exécute sans trop de souffrances, et l'on n'a pas à craindre l'introduction du sang dans les voies aériennes.

M. LE FORT croit, contrairement à M. Verneuil, que le chloroforme a été pour beaucoup dans la cause de la mort, en prédisposant à la syncope. Celle-ci ne devient, en effet, mortelle que par suite de la diminution de la résistance vitale, sous l'influence de l'agent anesthésique.

M. LABBÉ croit à la part du chloroforme dans les limites que lui a assignées M. Le Fort, et cite à ce propos le cas d'un homme opéré par lui, qui eut une première syncope dont il a pu se relever, pour succomber à une deuxième syncope survenue quatre heures après l'opération.

M. Labbé blâme la pratique qui consiste à lever le malade pour projeter sur le lieu de l'hémorrhagie un irrigateur d'eau, et dit avoir failli perdre de la sorte, par suite d'une syncope, une femme chez laquelle il faisait l'ablation du maxillaire supérieur pour une tumeur à myéloplaxes.

M. DESPRÈS ne partage pas l'opinion de MM. Le Fort et Labbé sur la cause de la mort, et, dans le cas cité par M. Verneuil, la perte considérable de sang suffit pour expliquer la syncope, sans faire nullement intervenir l'action du chloroforme.

M. SÉE, bien qu'il croit aux syncopes chloroformiques consécutives, pense que, dans le cas particulier de M. Verneuil, la mort doit être attribuée à l'*asphyxie* par pénétration du sang dans les voies aériennes, et non à la syncope; preuve, la position horizontale gardée par le malade au moment de l'accident devenu mortel.

M. LIÉGEOIS croit pareillement à l'asphyxie, et saisit cette occasion pour déplorer qu'on n'ait pas toujours à côté de soi une machine électrique, l'électricité lui ayant rendu, dans un cas de syncope grave communiqué par lui à la Société, un signalé service.

M. TRÉLAT. En faisant, il y a quelques années, à la Société, un rapport sur une opération d'enchondrome mou du sinus maxillaire chez un enfant, pratiquée par M. Dolbeau, je disais alors que les syncopes répétées étaient dues à la perte du sang, et la mort qui s'en était suivie à l'asphyxie intercurrente. Je crois que, dans le cas de M. Verneuil, les choses se sont passées de la même façon.

M. FORGET. La réapparition des accidents à chaque nouvelle irruption du sang dans les voies aériennes et le retour momentané à la vie par l'aspiration du sang et l'insufflation, indiquent clairement que c'est à l'asphyxie et non à la syncope qu'on doit attribuer la mort.

M. VERNEUIL. M. Forget a bien résumé mon opinion, en faisant observer que la pénétration du sang dans la trachée a rendu, en somme, la mort définitive; sans quoi, on serait peut-être venu à bout de la syncope.

Le chloroforme ne paraît être ici pour rien, attendu que maintes lipothymies chloroformiques disparaissent sans danger, alors que des syncopes mortelles se laissaient observer assez souvent, à une époque antérieure à l'usage des anesthésiques.

Le chloroforme est d'autant plus utile pour les opérations qui se pratiquent sur la face, qu'en faisant cesser les cris, il rend les hémorrhagies par stase veineuse céphalique moins à craindre. Le tout est de pouvoir s'opposer à la pénétration du sang dans les voies aériennes.

Si je ne me suis pas servi de la pile, c'est que je ne l'ai eue à ma disposition que trop tard, alors que la mort de l'individu était définitive.

PRÉSENTATION DE MALADES

Goître suffocant. — M. LABBÉ présente un jeune homme de 16 ans affecté de goître suffocant, et consulte la Société au sujet d'une opération à tenter. Le début du goître remonte à deux ans. La marche en a été rapide, surtout dans les six derniers mois, et depuis un an, le jeune homme est sujet à des accès de suffocation effrayants.

Dans son accroissement, la tumeur s'est enfoncée de plus en plus derrière le sternum, et c'est à cette situation anatomique que M. Labbé attribue les accidents asphyxiques.

Un traitement par l'iodure de potassium à l'intérieur et des applications de teinture d'iode à l'extérieur, ont diminué manifestement le volume de la tumeur, et c'est pourquoi M. Labbé hésite à pratiquer une opération.

M. VERNEUIL dit avoir donné des soins, avec M. Potain, à un jeune homme affecté de goître suffocant trois fois plus volumineux que celui du malade de M. Labbé, et dit être parvenu à le guérir par la diète, le régime lacté et des douches froides sur la glande.

A la suite de chaque douche, on constatait manifestement un retrait de la tumeur qu'on s'expliquait par la diminution de l'afflux sanguin dans la masse.

M. Verneuil conseille donc de s'abstenir d'une opération, et pense que des douches froides locales assez fines, de une à deux minutes de durée, combinées au régime, amèneraient la guérison.

M. LE FORT pense que l'opération serait justifiée si l'on se trouvait de nouveau en présence d'un accès de suffocation menaçante.

M. LARREY a observé souvent le goître chez des enfants de troupe, causé par les frottements réitérés du col militaire. En pareils cas, la suppression de la cause mécanique et des applications de sachets de glace, ont suffi pour amener la guérison.

Dans le cas particulier de M. Labbé, M. Larrey croit que le traitement médical suffira.

M. TILLAUX déconseille toute intervention chirurgicale dans ce cas, attendu que la tumeur ne lui paraît pas descendre derrière le sternum, mais s'aplatir dans le sens antéro-postérieur à chaque mouvement d'inspiration. L'on comprend dès lors que l'opération de Bonnet ne puisse être d'aucune utilité.

Il est bon de noter, en effet, que cette tumeur est dépourvue de mouvement d'élévation et de descente, comme cela est la règle lorsque l'individu avale, et c'est une raison de plus pour s'abstenir de toute opération.

M. TARNIER. L'asphyxie, dans le goître, dépend de plus d'une cause, telles que descente de la tumeur derrière le sternum : rétropulsion et congestion de celle-ci.

Il a été à même d'autopsier deux goîtres qui avaient déterminé l'asphyxie et la mort chez deux femmes : l'une, dans le service de Natalis Guillot, dont il était alors l'interne, et l'autre, à la Clinique, dans les salles de M. Dubois.

Pour conjurer les accidents asphyxiques, M. Dubois avait provoqué l'accouchement prématuré artificiel; mais ce fut en vain, et la femme mourut asphyxée quinze ou seize heures après l'expulsion du fœtus.

Dans les deux cas, M. Tarnier trouva, à l'autopsie, le corps thyroïde énormément développé et entourant la trachée circulairement *sous forme d'anneau*.

M. LABBÉ croit que la disposition en anneau ne constitue pas une contre indication à l'opération de Bonnet.

Phocomélie thoracique unilatérale gauche. — M. LARREY présente un jeune homme atteint de ce vice de conformation, et fait observer qu'il s'agit d'un cas très-rare, puisqu'Isidore Jeoffroy-Saint-Hilaire, sans nier la phocomélie *unilatérale*, qu'il croyait possible, dit ne l'avoir jamais observée, et que Debout, dans son mémoire, n'a pu en citer que deux exemples, alors qu'il en avait relevé 15 cas pour le membre inférieur!

On a agité la question d'un corset orthopédique destiné à corriger la voussure dorsale avec scoliose dont cet individu se trouve atteint; mais M. Larrey pense que tout moyen redresseur mécanique sera sans utilité en face de l'atrophie de tout le côté du thorax, correspondant au membre anormalement développé.

Voici du reste l'observation détaillée de ce cas intéressant et à la fois, très-rare :

Observation recueillie par le docteur Collineau.

Le nommé C..., natif de Sol-Saint-Rémy (Ardennes), 25 ans, n'ayant qu'une sœur, bien conformé, sans profession jusqu'à 19 ans, depuis lors employé dans une menuiserie à porter des fardeaux, présente les vices de conformation suivants :

A. *Épaule.* — Atrophie générale. L'omoplate, dont les angles, les bords, les arêtes font relief sous les téguments, est moins étendue que celle du côté opposé.

La saillie de l'acromion et de l'apophyse coracoïde surplombent la racine du membre.

La clavicule est grêle et presque rectiligne.

L'articulation scapulo-humérale, rudimentaire, est susceptible de mouvements limités en arrière et en avant.

B. *Bras.* — Le bras représente un tronc de cône aplati d'avant en arrière, dont la base serait tournée en haut, et l'axe obliquement dirigé de haut en bas et de dedans en dehors.

Le diamètre longitudinal est de 6,5 centimètres, le diamètre transversal (partie moyenne) de 6 centimètres.

Les masses musculo-adipeuses, d'une grande flaccidité, sont supportées par un humérus rudimentaire paraissant affecter la forme d'une pyramide triangulaire à base supérieure. Cette surface contracte avec la cavité glénoïde des rapports d'une laxité assez grande pour glisser aisément en bas et en arrière, en produisant, avec un léger craquement, une subluxation momentanée.

C. *Avant-bras.* La partie qui représente l'avant-bras, longue de 3,5 centimètres, large de 4 centimètres, est aplatie d'avant en arrière. Oblique de bas en haut et de dedans en dehors, elle forme, avec celle qui représente le bras, les deux côtés d'un angle obtus à sommet externe.

Les parties molles sont supportées par une masse osseuse épaisse, surtout sur le côté externe, et terminée en haut par une sorte d'apophyse olécrânienne déjetée en dehors, faisant corps avec le rudiment d'humérus et ne permettant que dans des limites très-restreintes, et quand le membre s'abandonne tout à fait, des mouvements passifs d'avant en arrière de l'avant-bras sur le bras.

A la partie moyenne, cette masse osseuse, tenant lieu de radius et de cubitus, paraît divisée par une rainure, qui est peut-être un espace interosseux.

D. *Main.* — L'attitude habituelle de la main est la supination. Le premier métacarpien et le pouce manquent. Les quatre derniers métacarpiens sont longs, effilés, parfaitement distincts.

La paume de la main est longue de 6,5 centimètres et large de 5 centimètres.

Les quatre doigts sont effilés et atrophiés. L'atrophie est notablement moins prononcée pour l'index et le médius. L'index est libre. Les trois autres restent volontiers imbriqués par leur extrémité.

Les os du carpe paraissent manquer absolument. Tout au moins l'épaisseur des téguments empêche-t-elle d'en reconnaître les vestiges.

Les mouvements propres de la main sur l'avant-bras sont nuls.

Par un mouvement de la totalité du membre rudimentaire, la main peut être portée en avant et en haut, sans parvenir, toutefois, jusqu'à l'horizontalité. Par un mouvement de rotation qui s'effectue avec rapidité et souplesse, et dont la pseudo-articulation scapulo-humérale est le centre, elle peut également être portée en bas, puis relevée, et appliquée, la face palmaire contre la face dorsale du thorax, un peu au-dessous de l'angle inférieur du scapulum.

L'extension complète des doigts est impossible; ils sont, à volonté, simultanément fléchis. La limite de la flexion équivaut au tiers de la flexion complète. Ils pourraient saisir et contenir un corps arrondi du volume d'une pomme.

Les mouvements isolés de chaque doigt s'exécutent assez librement, surtout ceux du médius et de l'index.

Les muscles fléchisseurs et extenseurs des doigts s'insèrent sur la région scapulo-humérale.

En cet état, C... s'aide encore avec adresse du membre mal formé pour certains usages.

Ainsi, il saisit entre les doigts de la main mal formée les objets de forme oblongue. Pour cela, il les prend de l'autre main, les engage avec celle-ci entre les deux premiers doigts (coté phocomèle), en les faisant cheminer de bas en haut, c'est-à-dire de la face dorsale vers la face palmaire, et les y maintient, non pas avec force, mais avec assez de solidité pour s'en servir comme d'un point fixe.

Il s'habille et se déshabille sans le secours de personne.

Le membre droit normal a acquis un développement qui dépasse la moyenne. C... ne s'est pas aperçu que ce développement ait été consécutif aux travaux de force auxquels il s'est livré dans ces dernières années. Mais une déviation latérale de la colonne dorsale et une voussure considérable du thorax, qui vont croissant, donnent aujourd'hui au côté droit un volume quadruple; nécessitent, par compensation, une inclinaison à gauche et en bas des épaules, une tension permanente des muscles lombaires, une inclinaison à gauche et en haut du bassin, et entretiennent une attitude forcée, cause, au moindre effort, de dyspnée suffocante et d'extrême fatigue.

Enfin, du côté mal formé, le masseter et la branche du maxillaire ont participé à l'arrêt de développement.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

AMBULANCES VOLONTAIRES

DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE SECOURS

Voici quelques détails intéressants sur l'organisation de ces ambulances.

Chaque ambulance est établie d'après le système américain : les blessés et les malades non transportables peuvent être traités sur place jusqu'à guérison entière.

Le personnel d'une ambulance se compose d'un chirurgien en chef, de quatre chirurgiens, de dix aides-chirurgiens et de douze sous-aides ayant sous leurs ordres cinquante-deux infirmiers, dont deux sous-officiers et quatre caporaux. Ce personnel se complète par un aumônier, un pasteur et trois comptables.

L'uniforme pour les officiers est la tunique de la marine, le gilet de drap bleu, dit gilet d'Afrique, le pantalon de drap bleu, les bottes molles, le képi blanc ou bleu avec la croix rouge internationale.

Chaque ambulance dispose de quarante chevaux, dont douze de trait pour le transport de son matériel, lequel comprend huit voitures, de dix-sept grandes tentes avec leurs lits, cinquante et une petites, et d'innombrables caisses de linge.

Chacune des grandes tentes, contenant vingt-quatre lits et couvrant en moyenne une superficie de six mètres de large sur huit mètres de long, est d'un montage et d'un démontage extrêmement faciles. Elle peut être mise sur pied en dix minutes.

Pour le transport des blessés sous la tente, chaque ambulance dispose de trois cents lits armés de brancards et de cent civières.

On estime qu'à chaque bataille une ambulance peut soigner de 1,500 à 2,000 blessés.

D'ailleurs, chaque ambulance est doublée d'un corps de réserve du personnel médical, qui peut, au besoin, venir reprendre le service déjà organisé, et faciliter aux premiers arrivants les moyens de se porter en avant.

Ce que nous ne saurions trop louer, c'est la merveilleuse rapidité avec laquelle cette création a été menée. Il y a douze jours, il n'y avait rien de fait, et la Société se mettait à l'œuvre avec des ressources véritablement insignifiantes.

Les frais d'une ambulance reviennent, dit-on, tout compris, à 150,000 fr.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1870.

113. Napias (Henri). Essai sur la fièvre pernicieuse algide.
114. Cot (Justin). Étude sur les varioles malignes.
115. Bellamy (Auguste). Des causes de la lymphangite superficielle.
116. Pissot (Léon). De la suture de l'intestin gangrené dans la hernie étranglée.
117. Jacquey (Joseph). Des affections syphilitiques du fond de l'œil.
118. Moreau (Jules). Du traitement médical de la diphtérie, et en particulier de son traitement par le cubèbe.
119. Motais (Ernest). Symptomatologie de la congestion chronique du foie.
120. Pochoy (J.). Recherches expérimentales sur les centres de température.
121. Mainguy (A.). Étude sur l'empoisonnement par les champignons.
122. Sorin (Firmin). De la dysenterie.
123. Naudet (Mathieu). Du phlegmon périnéphrétique.
124. Holmes (Lucien). Études expérimentales sur le mode d'action de l'ergot du seigle.
125. Bourcheix (Antoine). Des ulcères tuberculeux de la bouche, et de la langue en particulier.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École de médecine et de pharmacie de Tours. — M. le docteur Courbon est maintenu dans les fonctions de chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, et nommé suppléant pour les chaires de chirurgie.

M. le docteur Thomas (Hippolyte) est nommé suppléant pour les chaires de médecine à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, en remplacement de M. Nivert, dont la démission est acceptée.

M. le docteur Thomas (Albert-Louis) est nommé suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, en remplacement de M. Courbon, dont la démission est acceptée.

— La séance de clôture de la Faculté de médecine de Paris aura lieu jeudi prochain, 11 août, à une heure. M. le professeur Broca prononcera l'éloge de Velpeau.

— L'administration générale de l'Assistance publique s'est préoccupée du retard qui allait être apporté aux études des élèves en médecine et en pharmacie des hôpitaux de Paris qui sont appelés sous les drapeaux comme faisant partie de la réserve ou de la garde nationale mobile.

Il a été décidé, en conséquence, que tous les concours de fin d'année concernant l'externat, l'internat et les prix de l'internat, seraient ajournés sans date fixe.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Du traitement des coliques hépatiques, précédé de remarques sur les causes, les symptômes et la nature de cette affection, par le docteur H. Sénac, médecin à Vichy, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1870, 1 vol. in-8 de XXIII-264 pages. — Prix : 5 fr.

Étude sur les névralgies réflexes symptomatiques de l'orchi-épididymite blennorrhagique, par Ch. Mauriac, médecin de l'hôpital du Midi. In-8 de 115 pages. — Prix : 2 fr. 50.

De la santé des petits enfants, *ou avis aux mères sur la conservation des enfants pendant la grossesse, sur leur éducation physique depuis la naissance jusqu'à l'âge de 7 ans et sur leurs principales maladies*, par le docteur Séraine. In-32 de 177 pages. — Prix : 1 fr.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois [illegible]emaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La salle était presque déserte. Les membres présents n'écoutaient guère. On s'interrogeait sur les nouvelles et on parlait de nos soldats. Nos médecins sont avant tout Français. Un éminent académicien, M. Barth, nous racontait qu'il avait voulu faire engager son fils, âgé de 16 ans et demi. Mais on l'avait trouvé trop jeune à la mairie, et M. Barth se désolait d'en être réduit à contribuer uniquement par de l'argent à la défense nationale.

On parlait du devoir de tous.

Quand M. Jules Guérin a dit qu'il installait dans sa maison vingt lits pour soigner à ses frais des blessés, on a applaudi à outrance.

Puis, après que M. Piorry a eu raconté des souvenirs qui remontaient à la guerre d'Espagne sous le premier Empire, chacun a demandé que la séance fût levée.

Elle l'a été en effet, car tous les médecins inscrits pour faire des communications ont gardé le silence. Bon exemple à suivre toujours en pareil cas.

Dr VICTOR REVILLOUT.

HOPITAL DE LA CHARITÉ DE LYON. — M. GUYOT.

Myxome fibro-cartilagineux des enveloppes de la rate.

(Observation recueillie par M. PRIENAC, interne du service.)

Joseph D..., 44 ans, commissaire de police, entre dans le service de M. Gayet, salle Saint-Louis, n° 92, le 31 mai 1870.

Interrogé sur ses antécédents, le malade nous apprend qu'à l'âge de 23 ans il contracta, en Afrique, les fièvres intermittentes. Dix ans après, il fut pris d'une fièvre typhoïde dont la durée fut de sept semaines, et la convalescence longue et difficile. Depuis cette époque, il perdit les forces et l'appétit, en même temps que survinrent des troubles digestifs qui consistaient en des alternatives de diarrhée et de constipation. En mai 1867 apparurent des vomissements et de la diarrhée, accompagnés d'un léger mouvement fébrile et de malaise. A ce moment, la tumeur n'était pas encore appréciable au toucher. Jusqu'au mois d'octobre 1869, l'amaigrissement et les troubles fonctionnels s'accentuèrent davantage; des douleurs très-vives dans l'hypochondre gauche éveillèrent l'attention du malade. C'est alors, dit-il, qu'il s'aperçut dans cette région de la présence d'une tumeur, petite, peu mobile, d'une consistance très-dure, sans forme bien déterminée : elle était indolore à la pression et dépassait le rebord des dernières côtes du même côté. Durant les neuf mois qui suivirent son apparition, la tumeur augmenta notablement de volume, la constipation devint plus opiniâtre et les douleurs diminuèrent d'acuité. Le malade nous présente à son entrée les symptômes suivants :

Amaigrissement très-marqué de la face et des membres. Les pommettes sont saillantes et les yeux fortement excavés. Les côtes font une saillie manifeste, et, en raison de l'atrophie des muscles intercostaux, les espaces sont très-déprimés. L'abdomen est le siége d'une distension énorme qui contraste avec l'amaigrissement des membres et du tronc. Il est notablement déformé, et la main appliquée sur cette région éprouve une sensation de résistance très-vive.

La tumeur paraît ossifiée dans la plus grande partie de son étendue; elle semble constituer une seconde cage thoracique faisant suite aux fausses côtes : la percussion permet d'en établir les limites précises. En haut, elle se continue avec le thorax, dépasse en avant la ligne blanche, et se termine en bas au niveau de la crête iliaque gauche, sans présenter avec cette portion de l'os des îles une certaine continuité. Il existe, en effet, dans ce point un sillon assez profond qui établit la limite de séparation de l'os et de la tumeur. En arrière, elle aboutit à la région dorso-lombaire. La matité existe dans tous les points du néoplasme; elle est moins évidente dans les parties déclives.

La consistance de la tumeur paraît osseuse en plusieurs endroits. La palpation ne provoque aucune douleur bien vive. Il est difficile d'imprimer des mouvements à la tumeur et de constater, par suite, sa mobilité, à cause du volume énorme qu'elle présente.

Le trocart le plus fin de l'aspirateur de Dieulafoy, introduit assez profondément dans le néoplasme, est fortement serré dans ce tissu, et il est tout à fait impossible de communiquer à l'instrument des mouvements de circumduction. La ponction ne réveille, du reste, aucune douleur. Il s'écoule par la canule quelques gouttes d'un liquide gris jaunâtre. La fosse iliaque du côté opposé est le siége d'une sonorité exagérée.

La peau qui recouvre la tumeur est adhérente, lisse, bosselée et sillonnée par quelques veines modérément dilatées. Les muscles des parois abdominales sont notablement atrophiés. Tel est l'état local. Les troubles généraux sont les suivants : perte de l'appétit, amaigrissement extrême, pas de fièvre, alternative de diarrhée et de constipation, pas de teint cachectique, perte des forces. Ces troubles fonctionnels persistent jusqu'au 12 juin. A ce moment survient, avec une diarrhée intense, un œdème des membres inférieurs; il existe en même temps dans l'hypocondre gauche et la fosse iliaque des douleurs vives qui obligent le malade à garder le décubitus horizontal; quelques vomissements ont lieu dans la nuit, et la mort survient dans la matinée du 17 juin.

Autopsie. — Vingt-quatre heures après la mort.

A l'ouverture de la cavité abdominale, on trouve une tumeur volumineuse occupant l'hypocondre gauche et toute la fosse iliaque du même côté; son poids est de 4 kilogrammes environ, ses limites sont celles que nous avons décrites précédemment; sa coloration est gris jaunâtre; solide et gélatiniforme, elle présente des adhérences multiples avec le foie, le rein gauche et le gros intestin. L'intestin grêle est complétement recouvert par la tumeur.

Elle affecte une forme assez irrégulière; son sommet, qui remplit l'hypocondre, est en rapport direct avec la base du poumon, dont il est séparé par les fibres du diaphragme, qui, à ce niveau, sont très-atrophiées; sa base est dirigée en bas et regarde en avant la paroi abdominale. Une coupe pratiquée à la partie supéro-interne de la tumeur montre l'estomac profondément situé, et dont les parois ne sont le siége d'aucune altération.

En incisant profondément le sommet du néoplasme, on rencontre la rate, dont la coloration est normale; elle est un peu ramollie et recouverte par quelques fragments de sa capsule, elle est comme enchatonnée dans ce tissu gélatiniforme.

Le foie a une couleur brunâtre; il adhère fortement à la tumeur; sa vésicule renferme une grande quantité de bile.

L'intestin grêle, refoulé en arrière, ne présente aucune lésion, de même que le rein, le cœur et les poumons.

Le gros intestin contient des matières fécales dures et argileuses.

Les muscles larges de l'abomen sont le siége d'une atrophie manifeste, qui permet cependant de distinguer encore la direction de leurs fibres musculaires. Quoique adhérents à la tumeur, ils s'en séparent assez facilement par une traction modérée.

M. Christôt, qui a bien voulu se charger de l'étude histologique de la tumeur, nous a communiqué les détails suivants :

La tumeur est assez uniformément composée dans ses différentes parties. Une série de coupes faites, à l'aide du rasoir, sur la pièce préalablement durcie dans l'acide picrique montre : 1° une trame fibreuse, épaisse, résistante, cédant assez difficilement sous l'instrument tranchant; 2° des îlots de tissu muqueux.

La trame est composée de fibres de dimensions variables, tassées sur certains points de façon à constituer des faisceaux volumineux, séparées sur d'autres et laissant alors entre leurs interstices des mailles irrégulières remplies de mucine ou de tissu muqueux. L'acide acétique pâlit cette charpente fibreuse; le carminate d'ammoniaque la colore faiblement.

Les vacuoles que ménage au tissu muqueux la trace fibreuse sont à contours bien délimités, arrondis ou anguleux. De leurs parois se détachent des cellules étoilées, fréquemment anastomosées entre elles et constituant une sorte de lacis aréolaire, dans les mailles duquel se trouve contenue de la mucine, au sein de laquelle on rencontre : 1° des cellules embryonnaires, arrondies, sphériques, petites ou volumineuses, toutes très-fortement granulées, quelques-unes en régression colloïde; 2° des cellules de cartilage, avec ou sans leur capsule, çà et là déformées, irrégulières, isolées ou constituant des agglomérations de peu d'étendue; 3° quelques vaisseaux, mais moins abondants qu'on ne les rencontre dans le myxome ordinaire. Tel est le lobule muqueux qu'on observe sur quelques points de la tumeur et de préférence à la périphérie. Sur la plupart des lobules, et en particulier sur ceux qui ont acquis de grandes dimensions, les éléments cellulaires sont très-peu nets, même après avoir traité la pièce par le carmin.

On retrouve encore cependant des cellules fusiformes et étoilées, dont les prolongements sont très-ténus, filiformes et souvent même impossibles à distinguer sous le champ du microscope. Enfin, quelques vacuoles paraissent remplies seulement par de la mucine. On n'y voit pas d'éléments de forme cellulaire, même après coloration.

L'eau gonfle cette matière muqueuse.

L'acide acétique agit de la même façon, mais plus énergiquement; elle la pâlit et lui donne un aspect légèrement granulé. L'ammoniaque la ramollit et la liquéfie. L'alcool la rend opaline.

Le carminate d'ammoniaque et l'hématoxyline ne la colorent presque pas.

D'après cet examen histologique, en tenant compte de la surabondance de la mucine, de l'existence bien constatée d'un réseau cellulaire muqueux sur les points jeunes de la masse, de la possibilité de retrouver encore sur les îlots plus avancés des cellules fusiformes et étoilées, anastomosées ou non, je suis tout disposé à faire rentrer cette tumeur dans la classe des myxomes.

Le tissu fibreux, quoique abondant, et les éléments du cartilage ne viennent qu'en seconde ligne. Il est bon cependant d'en tenir compte dans sa désignation anatomo-pathologique; aussi est-ce pour cette raison que je décris ce néoplasme sous le nom de *myxome fibro-cartilagineux.*

EMPLOI DU CHLORAL

DANS LE TRAITEMENT DES ALGIES DE NATURE VÉNÉRIENNE (1)

Par CHARLES MAURIAC,
Médecin de l'hôpital du Midi.

VII

Voici une observation plus intéressante à tous égards que la précédente. Il serait trop long de raconter l'histoire de ce malade; elle trouvera sa place ailleurs; qu'il me suffise d'en dire quelques mots :

M. G... (Antoine), âgé de 21 ans, garçon marchand de vin, entré dans mon service, à l'hôpital du Midi, salle 8, n° 27, avait contracté, vers la fin de juin 1869, un chancre infectant et ulcéreux du méat. Les conséquences de ce chancre ne se firent pas longtemps attendre; car, un mois et demi après la contamination, le tronc et les membres se couvrirent d'une éruption syphilitique papuleuse et papulo-crustacée. En même temps, maigreur, perte des forces, anémie sans aucun dérangement spécial du côté des grandes fonctions organiques. Cette syphilis avait une tendance non douteuse à devenir maligne. Cependant la peau seule était le théâtre de ses manifestations.

Dès le quarante-septième jour de la contagion, il existait déjà, sur diverses parties du corps, de larges ulcérations suppurantes ou crustacées qui envahissaient avec une effrayante rapidité les parties voisines et donnaient lieu à des suintements sanguins dont la persistance et l'abondance contribuèrent, dans une certaine mesure, à aggraver la maladie. Toutes les médications furent successivement tentées sans aucun succès. Une circonstance bien remarquable, c'est qu'il ne s'est jamais produit la moindre plaque muqueuse sur les lèvres, la gorge, etc. N'est-il pas étonnant aussi qu'aucun prodrome nerveux n'ait annoncé les troubles constitutionnels qui avaient affecté si profondément l'organisme dès le début de la maladie?...

Pendant plus de six mois, il se produisit une aggravation progressive dans l'état général et dans l'état local, et le malade tomba dans un état de cachexie syphilitique menaçante pour sa vie.

Je n'ai jamais vu de syphilide maligne aussi rebelle et aussi terrible. Pendant huit ou dix mois, le malade est resté cloué sur son lit. Le moindre mouvement lui causait des douleurs atroces au niveau des vastes ulcérations phagédéniques qui siégeaient sur le tronc et sur les membres. Heureusement, les fonctions digestives étaient excellentes. Pendant quatre ou cinq mois, le malade a pris de l'iodure de potassium à la dose de *quatre* à *six* grammes par jour. C'est le seul médicament, parmi tous ceux que j'ai tentés, qui ait paru agir, et encore son action a-t-elle été extrêmement lente et aidée par le temps...

Enfin, le 21 mai 1870 (onzième mois de la maladie), presque toutes les ulcérations étaient cicatrisées. Le malade avait pris de l'embonpoint; il se levait, et sa santé générale était presque revenue à son état normal, lorsqu'il lui survint, pour la première fois, et sans cause appréciable, des douleurs excessivement vives dans le genou gauche, les deux cou-de-pieds, les parois thoraciques et le coude gauche. Il n'existait aucun changement notable dans les parties malades. Rien dans le poumon ni dans la plèvre. Ces algies étaient manifestement syphilitiques; elles présentaient une exacerbation nocturne qui ne laissait dormir le malade qu'une heure ou deux chaque nuit. Pendant le jour, elles cessaient ou devenaient tolérables.

Il y avait quatre jours qu'elles existaient quand je commençai à donner du chloral. A sept heures et demie du soir, le malade prit la moitié d'un julep en contenant *quatre* grammes. Il éprouva immédiatement une sorte d'étourdissement et s'endormit un quart d'heures après. Au bout d'une demi-heure de sommeil, il fut ré-

(1) Site. — Voir les numéros des 12, 14, 16, 23 et 30 juillet 1870.

veillé par les douleurs et acheva son julep en une fois. Pas d'étourdissements. Il ne s'endormit qu'à deux heures du matin. Les douleurs arthralgiques furent plus atroces que les nuits précédentes. La durée totale du sommeil ne dépassa pas trois heures ou trois heures et demie. Aucun trouble ne se manifesta du côté digestif, si ce n'est une grande sécheresse à la gorge, avec soif très-vive. Je constatai qu'il n'y avait pas d'analgésie et que toutes les sensibilités étaient conservées. Mouvements des pupilles normaux. Le genou gauche, qui était le siége des douleurs les plus violentes, présentait un peu de tuméfaction diffuse dans ses parties osseuses plutôt que dans ses parties molles. Le maximum de la douleur était sur la partie externe de la tête du tibia et dans le creux poplité. Gêne des mouvements, extension imparfaite, claudication.

Le 25 mai, le malade prit en deux fois, à sept heures du soir et une heure du matin, un julep contenant *six* grammes d'hydrate de chloral. Le sommeil vint presque immédiatement après la première dose, et se prolongea jusqu'à une heure du matin. Rêvasseries, douleurs vives dans le genou, de une heure à quatre heures. Sommeil dans la matinée, envie de dormir pendant toute la journée du 26. Aucun trouble du côté du tube digestif, sauf la soif et la sécheresse de la bouche.

A ma visite du matin, le 26, je constatai un état très-léger d'analgésie (le malade n'en avait pas auparavant); il y avait aussi un peu d'anesthésie et une vague sensation d'engourdissement dans tous les membres. Tête très-libre, idées nettes. Aucun trouble du côté des organes des sens.

Le 26, le malade prit en deux fois, à sept heures et à huit heures du soir, un julep contenant *sept* grmmes de chloral. Après la première dose, il éprouva une sensation de brûlure à l'estomac, des nausées et quelques coliques. La deuxième dose n'augmenta pas ces accidents gastriques. Le sommeil vint à huit heures et demie et dura jusqu'à une heure du matin; il fut agité par des rêves continuels ayant le caractère de cauchemar.

Le réveil fut causé par une crise de douleurs très-violentes dans le genou et les parois thoraciques. Le malade se rendormit vers trois heures et ne se réveilla que le matin, à sept heures et demie. Il avait quelques étourdissements et un peu d'obtusion de l'ouïe et de la vue. Pupilles normales. Rien du côé du tube digestif. Très-peu d'analgésie et d'anesthésie. Urines peu abondantes. Douleurs très-vives dans le genou et le thorax, à gauche. Cependant la journée du 27 fut meilleure que les précédentes, les douleurs ne tardèrent pas à se calmer, et le malade dormit plusieurs heures, ce qui ne lui arrivait pas habituellement.

Le soir, il prit un julep sans chloral et ne s'endormit qu'à minuit. Vers onze heures et demie du soir, il eut un saignement de nez peu abondant et sans enchifrènement précurseur. La crise des douleurs nocturnes fut très-violente, surtout dans le genou gauche. Le sommeil ne dura que trois heures.

Le 28, il n'existait aucune trace de l'action du chloral pris l'avant-veille. Je laissai le malade se reposer le 28 et le 29. Mais comme les douleurs continuaient ainsi que l'insomnie, je prescrivis, le 30 mai, un julep contenant *dix* grammes de chloral à prendre dans la journée, à doses fractionnées par cuillerées à bouche. Chaque cuillerée contenait environ *quatre-vingt-un* centigrammes du médicament. Le malade en prit douze, c'est-à-dire *neuf* grammes *soixante-douze* centigrammes d'hydrate de chloral. Après les premières cuillerées, il eut des étourdissements, des vertiges, présenta la plupart des symptômes d'une véritable ivresse, titubation, loquacité intarisssable, chants, mouvements désordonnés, idées continuellement gaies. Il avait conscience de son état, et à aucun moment il ne perdit connaissance. Cette ébriété chloralique dura jusqu'au soir. A six heures, il survint un saignement de nez qui sembla la dissiper un peu. Ce qu'il y eut de très-remarquable, c'est que, au milieu de cette excitation, le malade n'éprouva pas le besoin de dormir. Le sommeil ne vint qu'à huit heures et demie; mais il dura jusqu'à cinq heures et demie du matin sans interruption.

Le lendemain, le malade était un peu fatigué, mais il n'éprouvait pas cette hébétude des sens, cette torpeur intellectuelle, ce malaise générale que cause l'ivresse alcoolique. Aucun trouble dans les idées. La sensibilité ne présentait aucune altération. Pupilles normales. Appétit. Sensation gravative dans les paupières supérieures. Aucun accident du côté du tube digestif.

Il y a plusieurs circonstances nouvelles et dignes d'intérêt dans l'observation qu'on vient de lire. Quoique la dose de chloral (*quatre* grammes) donnée dès le début fût assez forte, le malade n'en a pas éprouvé un grand soulagement. L'insomnie et les douleurs n'ont pas été sensiblement modifiées. Il fallut, le lendemain, porter la dose à *six* grammes pour procurer un sommeil prolongé, et encore ce sommeil fut-il interrompu par les algies syphilitiques faisant leur apparition à l'heure et avec la violence accoutumées. Le lendemain, il y avait un peu d'analgésie et d'anesthésie. Ces phénomènes étaient insignifiants à cause de leur légèreté.

La dose de *trois* grammes *cinquante* centigrammes d'hydrate de chloral (moitié du julep de *sept* grammes), prise en une seule fois, a provoqué du côté de l'estomac quelques accidents fugaces, caractérisés par une sensation de brûlure et des nausées non suivies de vomissements. Le sommeil a été troublé par des rêvasseries. Le lendemain soir, il est survenu un saignement de nez. J'appelle l'attention sur ce dernier phénomène, parce qu'il s'est reproduit chez ce malade pendant l'administration du chloral, et parce que je l'ai observé également dans d'autres cas. Il ne paraît donc pas être un pur effet du hasard.

Quand la dose du chloral a été portée à *dix* grammes, il est survenu, dès la première dose, un ensemble de phénomènes d'excitation cérébrale, une sorte d'ébriété gaie, pleine d'entrain, sans perte de connaissance, à laquelle a succédé le sommeil. Jusqu'ici nous n'avions observé que les effets hypnotiques et calmants du chloral. Ici, nous avons eu une période d'excitation très-curieuse. Le sommeil qui a suivi cette période d'excitation a été très-prolongé, calme, bienfaisant, et le lendemain, le malade ne se ressentait presque pas de l'intoxication chloralique de la veille. Enfin ici, comme dans les observations précédentes, l'hydrate de chloral me paraît n'avoir agi d'une manière décisive sur les douleurs qu'en provoquant le sommeil. Son action hypnotique a été supérieure à son action anesthésique.

VIII

Dans les observations suivantes, les effets curatifs et physiologiques de l'hydrate de chloral n'ont pas différé sensiblement de ceux que nous avons observés jusqu'ici.

M. M.... (François), peintre en bâtiments, âgé de 26 ans, entré dans mon service, à l'hôpital du Midi, salle 8, lit 35, le 18 mai 1870, n'avait pas vu de femme depuis le 4 octobre 1869, époque où il contracta une blennorrhagie, dont la guérison fut rapide (?). Il se portait très-bien, lorsque près de six mois après, sans cause appréciable, la peau de la verge devint tuméfiée, et il se forma un phimosis. En même temps les glandes des aines s'engorgèrent. Sur la peau de l'abdomen il existait des macules syphilitiques un peu effacées, et quelques papules disséminées dont la nature n'était pas douteuse.

Depuis son entrée, ce malade éprouvait des douleurs occipitales très-vives; elles remontaient vers les régions pariétales et occupaient les deux côtés de la tête. Elles étaient beaucoup plus intenses pendant la nuit que pendant le jour. Le sommeil ne durait que trois ou quatre heures.

Je prescrivis un julep additionné de *quatre* grammes de chloral; la première partie de ce julep fut prise à huit heures, et la seconde à huit heures et demie. Sommeil depuis neuf heures jusqu'à cinq heures du matin, sans rêves, sans agitation. Au moment du réveil, il n'existait aucune sensation de courbature, mais la douleur occipito-pariétale était aussi vive que les jours précédents.

Aucun trouble du côté du système nerveux, ni du côté du tube digestif. Toutes les sensibilités étaient intactes.

Le lendemain, je cessai le chloral, la nuit fut moins bonne que la précédente, et le sommeil beaucoup plus court. Les douleurs occipito-pariétales ont continué les jours suivants; elles ont diminué peu à peu sous l'influence du traitement spécifique.

(*A suivre.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 9 août 1870. — Présidence de M. Wurtz.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les rapports sur les maladies épidémiques qui ont régné pendant l'année 1869 dans les départements du Cher, du Lot, des Basses-Alpes, de la Côte-d'Or, de Seine-et-Oise, de la Corrèze et dans l'arrondissement de Montauban. (Commission des épidémies.)

2° Des rapports sur les eaux minérales de Challes (Savoie), par M. le docteur Audoux; de Bagnères de Bigorre (Hautes-Pyrénées), par M. le docteur Subervic; de la Motte (Isère), par M. le docteur Gubian. (Commission des eaux minérales.)

M. le ministre des lettres, sciences et beaux-arts, transmet à l'Académie une communication de M. Desmartis (de Bordeaux), sur plusieurs cas de guérison de la phthisie pulmonaire par la petite vérole. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une note de M. le docteur Pégiaire (de Neuilly), sur la fonction de la rate. (Commissaires : MM. Béclard et Vulpian.)

2° Un mémoire de M. Cazenave (de Bordeaux), sur un nouveau mode de dilatation des rétrécissements fibro-cartilagineux de l'urèthre, ordinairement infranchissables. (Commissaires : MM. Robert et Gosselin.)

3° Une lettre de M. Poggiale sur un nouveau mode de pansement des plaies, applicable sur le champ de bataille et par le blessé lui-même.

M. Depaul dépose sur le bureau la deuxième partie du tome II du *Traité de chirurgie élémentaire*, par M. le docteur Fano.

LECTURE

Nouvelle note sur le traitement des plaies par l'occlusion pneumatique. — M. le Dr Jules Guérin. L'expérience m'a appris, de longue date, que le meilleur moyen de faire avancer les vérités n'est pas toujours de les pousser. C'est avec ce sentiment que j'ai pour ainsi dire livré à elle-même, depuis que je l'ai fait connaître, la méthode de l'occlusion pneumatique appliquée au traitement des plaies.

Mais, dans les circonstances présentes, où un intérêt supérieur prime tous les autres, je crois devoir rompre le silence et rappeler devant l'Académie les avantages que présente cette méthode, soit pour sauver une partie des blessés qui succombent devant l'insuffisance des méthodes ordinaires, soit pour rétablir, dans un délai beaucoup plus court, ceux qui sont susceptibles de guérir par ces dernières.

Dans ce que je vais avoir l'honneur de résumer devant l'Académie, je me bornerai à ce qui est incontestable au point de vue des principes; et, au point de vue pratique, à ce qui a été démontré comme certain par l'expérience.

§ 1. Principes.

La méthode de l'occlusion pneumatique, qui est une inspiration et une déduction de la méthode sous-cutanée, a pour but, comme elle, de procurer la cicatrisation des plaies à l'abri du contact de l'air. Comme la méthode sous-cutanée, elle vise à obtenir la cicatrisation des plaies sans inflammation suppurative, c'est-à-dire par l'organisation immédiate.

Aux moyens principaux, indissolublement liés l'un à l'autre, l'occlusion et l'aspiration continue sont indispensables à ce but. L'occlusion soustrait la plaie au contact de l'air, l'aspiration continue attire incessamment au dehors les gaz et les liquides excrétés ou interposés; et le résultat constant de cette double action est de maintenir appliquée sur la partie enveloppée la peau artificielle qui la recouvre.

Ce premier résultat est produit par un système de poches ou de manchons en caoutchouc, embrassant élastiquement par son extrémité ouverte la portion enveloppée, et terminés à leur autre extrémité par un tuyau qui les met en rapport incessant avec un ballon vide en cristal; et ce ballon, particulier pour chaque patient, est lui-même en rapport avec un ballon commun, qui produit, renouvelle et maintient le vide du ballon particulier au degré nécessaire.

Le premier effet de ce mode de pansement est de favoriser le rapprochement et la greffe des surfaces mises en contact, c'est-à-dire de favoriser la réunion des plaies par première intention, leur organisation immédiate.

Cependant, soit par suite de perte de substance des plaies, qui rend impossible la mise en contact de leurs lèvres, soit par toute autre cause, il peut arriver que les surfaces saignantes ou avivées subissent un certain travail de sécrétion suppurative. Or ce travail est immédiatement affranchi de deux graves complications qui menacent toute plaie exposée : je veux parler de la viciation du pus et de la résorption de ce pus vicié. Il est presque superflu de faire remarquer qu'à la faveur de l'occlusion pneumatique toute altération du pus provenant de l'action de l'air, de quelque façon que l'on considère cette action, est matériellement empêchée. Et si, par des circonstances inhérentes aux complications de la plaie ou à l'organisme du blessé, le pus de la plaie enfermée subissait une altération quelconque, l'aspiration continue, qui est l'effet indispensable de l'occlusion pneumatique, empêcherait, par une provocation rétrograde, le système absorbant de pomper et de porter ce pus dans le torrent circulatoire.

Tels sont, très-sommairement exposés, les principes et les caractères de la méthode de l'occlusion pneumatique.

Je passe aux phénomènes physiologiques qu'elle produit.

§ II. — Phénomènes physiologiques.

Considérés dans leurs caractères les plus matériels, les phénomènes physiologiques produits par l'occlusion pneumatique se présentent sous deux groupes : suivant que les plaies sont réunies immédiatement, et suivant que la cicatrisation s'opère par la restauration des parties.

Dans le premier cas, j'ai démontré dès longtemps qu'entre les surfaces réunies l'organisation immédiate produit d'emblée une couche de tissus intermédiaires qui acquiert graduellement les caractères et les propriétés des tissus qui la fournissent; et ce, de la même façon que se forme le tissu intermédiaire entre les lèvres des tissus divisés par la méthode sous-cutanée; c'est le même mécanisme, c'est le même résultat.

Dans le second cas, c'est-à-dire lorsque, la réunion n'ayant pas lieu, la cicatrisation s'opère par la restauration des parties manquantes, la première période de l'inflammation des plaies exposées, la turgescence inflammatoire est supprimée; et si une perte de substance profonde ou superficielle présente un espace à combler, l'aspiration provoque un exsudat de lymphe plastique qui remplit les vides et convertit presque immédiatement les plaies de cette nature en plaies superficielles, à la surface desquelles se produit le bourgeonnement cicatriciel. Pendant la première période de ce travail, l'aspiration continue attire et élimine incessamment les fluides frappés de mort, et la portion la plus liquide du produit utile de l'épanchement ou de l'excrétion; ce liquide n'a d'ailleurs que les caractères d'un pus incomplétement formé ou du pus cicatriciel.

Mais la condition indispensable, capitale, de ce double résultat, est que les surfaces excrétantes soient soumises sans interruption à l'action de l'aspiration, celle-ci favorisée, pour les plaies de surface, par l'intermédiaire de tissus feutrés, linges de pansement, et, pour les plaies profondes, par des tubes aspirateurs faisant communiquer le fond des plaies avec leur surface. C'est faute d'avoir rempli cette condition, qu'un seul insuccès, un seul à ma connaissance, a trahi la confiance de la méthode; je veux parler d'un cas d'amputation de cuisse dont les lambeaux trop longs avaient laissé, après la réunion de leurs bords, un espace creux au fond duquel s'était accumulé et altéré le liquide sécrété par les surfaces non réunies. A l'autopsie, on constata une sorte de cloaque rempli d'un liquide altéré, dont une partie avait été résorbée par les bouches béantes des vaisseaux absorbants. Mais cette exception, la seule que j'aie constatée sur une centaine de cas traités par l'occlusion pneumatique, porte avec elle-même et en toute évidence la cause de son caractère exceptionnel.

§ III. — Résultats pratiques.

J'ai dit précédemment que la méthode de l'occlusion pneumatique est susceptible de sauver un grand nombre des blessés ou des opérés qui payent une dîme considérable à l'insuffisance des méthodes, et que, pour ceux que ces méthodes parviennent à guérir, la durée du traitement est de beaucoup réduite par l'occlusion pneumatique. Cette double assertion résulte tout à la fois du bien fondé des principes de la méthode et de la statistique des guérisons qu'elle a obtenues.

Les principes, l'Académie les connaît de longue date; une discussion approfondie, qui a duré plusieurs mois, et dans laquelle l'élite de ses membres est intervenue, a montré jusqu'à quel point j'ai le droit de m'en prévaloir.

Quant aux résultats pratiques, ils ont été exposés devant elle d'abord, puis devant l'Académie des sciences, et la plupart d'entre eux ont été observés dans différents hôpitaux de Paris et de la Belgique, ou bien ont eu pour témoins des notabilités de la profession. Ils ont porté successivement sur des plaies simples, sur des fractures compliquées, sur des amputations, sur des plaies articulaires et sur des plaies par armes à feu. Toutes avaient guéri en quelques jours, depuis l'amputation de cuisse pratiquée à la maison de santé par mon collègue Demarquay, laquelle était réunie au bout de sept jours, sans suppuration, jusqu'à ce broiement de la

main produit par une explosion de cartouche ; le malade, entièrement guéri, avec conservation et restauration presque complète de sa main, a été présenté à l'Académie après quatre semaines de traitement. Ces différentes catégories de résultats n'ont-elles pas prouvé que le domaine de l'occlusion pneumatique comprend presque en entier le domaine de la chirurgie traumatique ?

Voulant donner par moi-même une nouvelle démonstration de l'exactitude de ce qui précède, en ce qui concerne spécialement les plaies par armes de guerre, je me dispose à établir, à mon domicile, une ambulance de 20 lits, où je recevrai les blessés qui seront susceptibles de bénéficier de la méthode. Je serai heureux, dans cette entreprise, d'être secondé par quelques-uns de nos collègues. J'espère ainsi, dans les graves circonstances qui nous menacent, payer ma double dette à la science et à l'humanité.

DISCOURS

M. PIORRY. Les méthodes de traitement des plaies par occlusion ne sont pas nouvelles. Je me rappelle que déjà quand j'étais à l'armée d'Espagne avec M. Roche, j'ai vu un soldat qui, atteint d'une fracture du fémur avec plaie, avait été pansé par un chirurgien d'ambulance. Celui-ci lui avait posé un appareil inamovible qui n'avait pas été levé pendant un mois et quelques jours. Au bout de ce temps, la fracture était consolidée, bien que le blessé eût parcouru une partie de la Catalogne dans des voitures d'ambulance.

Plus tard, j'étais externe dans le service de M. Roux. C'était en 1815. M. Roux rapporta d'Angleterre la méthode de traiter les ulcères calleux par le diachylon.

Nous préparions nous-mêmes les bandes de diachylon, en étendant cette substance en rouleau, après l'avoir chauffée, sur du linge fin, souple, un peu usé ; l'adhérence était ainsi parfaite, et on obtenait des résultats que l'on ne pourrait pas obtenir avec les bandes de diachylon préparées d'avance chez les pharmaciens.

Quand je fus médecin, j'employai ces mêmes procédés et fus étonné du succès.

En 1830, après avoir brillamment concouru avec les premiers chirurgiens de l'époque pour une place de chirurgien au bureau central, je fus chargé provisoirement par l'administration des hôpitaux d'un service de blessés de 17 lits. C'était après les journées de juillet. Plusieurs blessés l'étaient très-gravement ; je leur appliquai le diachylon, et je les vis tous guérir sans exception. J'avais, bien entendu, pris toutes les précautions hygiéniques possibles.

Le temps se passa. Plus tard, M. Boyer eut un service pour les ulcères des jambes ; il appliqua les procédés de son beau-frère Roux, et eut les mêmes succès.

Je ne sais si ce service existe encore. On a remplacé plus tard le diachylon par le collodion, qui lui est bien inférieur, puis par les bandelettes de plomb, etc., etc. Tout cela revient au même ; le point essentiel est d'empêcher l'entrée de l'air et de mettre obstacle à la putréfaction.

Il faut écarter la sinistre charpie, qui, s'imbibant de pus, entretient des odeurs fétides et prépare la gangrène d'hôpital, si bien décrite par Olivier. Il ne faut pas panser souvent ; tous les quatre ou cinq jours c'est bien assez ; il ne faut pas s'obstiner à chercher les balles pour les extraire. Si on les trouve du premier coup, c'est très-bien, on peut les enlever ; mais autrement, mieux vaut les laisser dans les plaies, où elles produisent des abcès, si elles ne s'y enkystent pas. Les longues recherches introduisent au fond des plaies l'air, qui est principalement à craindre.

Si l'on tient à trouver la balle, qu'on emploie la percussion. M. Henri Favre, ici présent, qui percute si bien, pourra vous dire que le plomb percuté n'a pas le son d'un os. Lors de la blessure de Garibaldi, je serais parti en Italie avec mon plessimètre, si je n'avais pas craint les mauvaises interprétations.

M. GUÉRIN. Je ne crois pas que ce discours demande une réponse, car M. Piorry a parlé de choses toutes différentes de celles dont j'avais parlé.

M. LE PRÉSIDENT, après avoir appelé successivement plusieurs orateurs inscrits, dont aucun ne se présente, déclare la séance levée à trois heures quarante-cinq minutes.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 15 avril 1870. — Présidence de M. SIMONOT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

A propos du procès-verbal.

M. DUROZIEZ. A la suite de la communication de M. Blondeau sur les oreillons, j'avais parlé d'une épidémie dans laquelle j'avais observé un fait qui, au premier abord, m'avait paru devoir être rattaché à de la tuberculisation aiguë, et ne présentait pas les localisations habituelles des oreillons. J'avais pensé que les oreillons pouvaient se manifester sous la forme d'une simple fièvre larvée, c'est-à-dire sans détermination locale.

M. Blondeau m'avait demandé si j'étais sûr qu'il n'y eût rien du côté des ovaires, et que peut-être était-ce de ce côté qu'il fallait chercher la localisation.

Aujourd'hui, j'apporte la relation de cette petite épidémie.

M. GÉRY père. L'administration de l'alcool à hautes doses doit varier suivant les climats. A Cuba, on donne le rhum à hautes doses. Peut-être l'alcool réussirait-il moins bien dans le Nord.

M. GROS. L'alcool doit être donné à petites doses répétées. J'ai administré à un enfant un demi-carafon de cognac par cuillerées à café, de cinq en cinq minutes.

M. CHARRIER. Il faut éviter les vomissements qui seraient produits par l'alcool donné à doses massives. Je l'ai administré par cuillerées à café toutes les deux minutes. Si l'estomac ne le supporte pas, on le donne en lavements.

M. CAUDMONT. Je demanderai à mes collègues s'ils ont employé l'alcool dans les hématuries considérables, incoercibles.

M. GROS. Dans l'espace de deux ans, j'ai observé deux cas d'hématurie très-graves, je n'ai pas eu à recourir à l'alcool. Les applications très-répétées de ventouses sèches, l'emploi de la térébenthine à la dose de 30 et 40 capsules par jour ont suffi.

M. CHARRIER. Il n'y a pas d'analogie entre la vessie et l'utérus. La métrorrhagie est due à l'inertie, que nous ne rencontrons pas dans la vessie.

M. LEROY D'ÉTIOLLES. Je n'emploie pas, dans l'hématurie, le seigle ergoté, qui ne peut être utile que pour l'utérus ; j'ai recours aux astringents, aux réfrigérants.

M. CAUDMONT. J'ai obtenu de bons résultats de l'ergotine, qui réussit dans la plupart des cas d'hématurie. J'ai observé un fait remarquable.

Un individu assiste à une séance du Corps législatif ; il ne pouvait uriner qu'en se sondant. Malgré la gêne qu'il éprouve, il persiste à rester. Il rentre enfin chez lui et retire, par la sonde, une grande quantité de sang due à la distension de la vessie. J'administre l'opium pendant quelques jours ; l'hématurie augmente. L'ergot de seigle, au contraire, arrête immédiatement le sang ; le mieux dure trois jours ; mais des spasmes surviennent ; pour les diminuer, j'emploie l'opium ; l'hématurie revient abondante et est guérie de nouveau par l'ergotine ; malheureusement la mort a été la fin de cette succession de bien et de mal ; mais l'action de l'ergotine est clairement démontrée par ce fait.

M. LEROY D'ÉTIOLLES. L'ergotine contracte les vaisseaux, mais surtout les veines ; or l'hématurie est surtout veineuse.

M. GROS. Pendant ces dernières semaines, j'ai observé 7 ou 8 cas d'oreillons, et dans un des lycées de Paris, on en a observé une épidémie, 20 ou 30 cas.

M. LÉON LABBÉ rend compte à la Société de l'état de notre collègue M. Dolbeau, qui malheureusement n'est pas encore satisfaisant. Le hoquet, dû à une pleurésie diaphragmatique, reparaît aussitôt qu'on arrête les injections de morphine.

LECTURE

M. DUROZIEZ lit la note suivante sur une épidémie d'oreillons :

Cinq cas d'oreillons. — Contagion. — Formes variées. — Le 25 décembre 1856, deux enfants, âgés de 5 et 6 ans, présentent des oreillons, et n'ont aucune espèce d'accidents.

Un cousin, âgé de 20 ans, logeant sous le même toit, à la même date, ressent un peu de tension à la joue droite ; du gonflement survient et disparaît pour passer à la joue gauche. Le 28, le testicule droit est atteint. Le 29, il reste à peine un peu de gonflement de la joue. On note un peu de sécrétion mucoso-purulente à l'orifice de l'urèthre. La tunique vaginale contient une bonne cuillerée de sérosité ; l'épididyme est gros ; le testicule ne me semble pas développé, non plus que le cordon ; rien à gauche. Pas de fièvre. Le 30, il y a déjà du mieux. Le 4 décembre, toute douleur a disparu. La résolution marche vite.

Le 28 décembre, une dame de 35 ans, travaillant dans le même magasin, éprouve de la faiblesse, de l'anorexie, de l'insomnie, et se plaint surtout de son estomac.

J'examine la poitrine avec soin et ne trouve rien de notable. J'entends un bruit de souffle musical.

Le 16 décembre, dix-huit jours plus tard par conséquent, la malade ressent un peu de douleur derrière les oreilles ; les deux côtés sont pris en même temps. Cette dame est mal en train, frissonne et ne dort pas. Le 22 décembre, elle va bien et ne souffre plus des joues, bien qu'elles soient encore un peu gonflées ; elle a retrouvé ses forces et son appétit ; elle tousse encore fréquemment.

Enfin un jeune homme habitant le même maison est pris de sueurs profuses dans la nuit du 5 décembre. Il se refroidit en se levant, et est tellement troublé que, sorti de sa chambre, il a beaucoup de peine pour la retrouver. Je le vois le 6 ; il a des nausées. Le 7, il se plaint de douleur de cou et d'un peu de mal de gorge. Le 8, il accuse de la douleur à la pression de la région sous-maxillaire droite et une violente céphalalgie. Il a beaucoup de nausées ; la faiblesse est grande ; les lipothymies fréquentes.

Le pouls est à 60. On n'aperçoit pas de tuméfaction de la région parotidienne ; on note seulement un peu de rougeur au niveau de l'isthme du gosier. Le 22, le malade va tout à fait bien.

Ce dernier fait est-il évidemment un cas d'oreillon ? Le doute est permis, commandé ; cependant, comment expliquer tous les accidents décrits par une angine qui se traduit par un peu de rougeur ? Tandis que nous trouvons ici tous les prodromes des oreillons : nausées, névralgie cervicale, céphalalgie, faiblesse, grandes lipothymies. Le délire même qui a signalé le début appartient à cette maladie singulière. Ce cas même est un des plus intéressants de la collection en raison même de son état larvé.

Nous avons, pendant quelques jours, hésité sur le diagnostic pour la dame âgée de 35 ans atteinte de faiblesse. Je croyais à de la tuberculisation miliaire. Les accidents locaux des oreillons n'ont apparu que dix-huit jours après les accidents généraux.

M. DUROZIEZ lit la note suivante sur la pleurésie :

Dans une de nos précédentes séances, j'ai lu une observation de pleurésie purulente dans laquelle j'ai signalé le facile déplacement du liquide, la présence des bruits amphoriques, l'expulsion d'une quantité considérable de matières simulant l'évacuation d'un empyème.

Permettez-moi d'ajouter quelques nouveaux faits.

Du déplacement du liquide de la pleurésie. — On a dit que le liquide pleural se déplaçait peu ou ne se déplaçait pas. Skoda a émis cette opinion à mon grand étonnement. Et en effet, il me semble que, généralement, on ne cherche pas un élément de diagnostic dans le déplacement du liquide, et cependant si je consulte mes notes, je vois que, dans un premier cas, le souffle devient beaucoup plus fort et plus clair à la base et la matité moins absolue à la base qu'au sommet sous l'influence du changement de position.

Dans un second cas, un bruit d'anche qui existait au niveau de la fosse sus-épineuse apparaît à la base de la poitrine, la résonnance remplace la matité au niveau de la moitié inférieure.

Dans un troisième cas, au lieu de la matité au niveau de la moitié inférieure et d'un souffle d'apparence lointaine, on trouve, le malade étant placé à quatre pattes, la résonnance meilleure, le souffle plus clair, plus rapproché de l'oreille et à forme franchement caverneuse.

Dans un quatrième cas, la matité persiste, mais des râles fins disparaissent.

Dans un cinquième cas, par la position à quatre pattes, la matité de la moitié inférieure disparaît en grande partie, l'inspiration et l'expiration deviennent soufflantes vers le quart inférieur, et la voix chevrotante se fait entendre à ce niveau, c'est-à-dire plus bas que lorsque la malade est assise.

Chez un sixième malade, le niveau de la matité descend dans la position sur le ventre. Dans la position à quatre pattes, la matité disparaît complétement et la respiration se fait entendre. Le malade étant remis sur son séant, la matité reparaît. Le lendemain, mêmes phénomènes.

Dans un septième cas, la matité se déplace très-notablement, l'égophonie disparaît.

Dans un huitième cas, la matité diminue en bas, par la position à quatre pattes.

Chez un neuvième malade, le souffle, de métallique, devient beaucoup plus clair et plus large ; l'égophonie, d'abord bien nette et aiguë, devient soufflante sous l'influence du changement de position.

Chez un dixième malade, nous élucidâmes le diagnostic un peu douteux par la positon à quatre pattes ; le souffle se dessina immédiatement.

Enfin, dans un onzième cas, le niveau de la matité baisse, et le souffle, d'abord lointain et caverneux, devient superficiel et tout à fait soufflant.

Tous les épanchements ne sont pas également mobiles.

Notre collègue Peter a insisté sur le signe découvert par Damoiseau, la forme parabolique de l'épanchement fibrineux, signe à l'aide duquel il peut pronostiquer la durée de la maladie ; mais il admet que les épanchements qui restent purement fibrineux forment la minorité. Les collections séreuses ont un niveau horizontal facile à reconnaître, à son avis, du moins, et il a indiqué la modification du niveau suivant que le malade est étendu ou assis. Peu importe, en effet, la position donnée au malade, pourvu qu'on reconnaisse le déplacement du liquide. Mais il m'a semblé que si, en faisant mettre le malade alternativement sur le dos et sur le ventre, on changeait souvent d'une façon appréciable les lignes de la matité, cependant on obtenait en général des résultats moins nets que par la position à quatre pattes, et quelquefois même les modifications échappaient.

Pour apporter des faits plus décisifs, nous reconnaissons qu'il eût fallu examiner les malades plus souvent au point de vue de ce déplacement du liquide ; mais notre expérience suffit pour affirmer que la position spéciale que nous indiquons fournit les résultats les plus nets.

Quant au timbre amphorique et au bruit de glouglou, ils se rencontrent fréquemment dans les épanchements ; mais ce n'est que dans un petit nombre de cas que le diagnostic demeure embarrassé. La difficulté la plus grande se présente quand l'épanchement est limité à la partie supérieure de la plèvre, comme dans le cas suivant, qui se rattache par deux points à la discussion qui a eu lieu sur la pleurésie, la soudaineté de la mort et la localisation de la pleurésie au sommet simulant une caverne.

D..., 47 ans, cordonnier, entre le 25 septembre 1857, meurt le 27.

La pleurésie paraissait remonter à huit mois, et était localisée au sommet droit. Je ne pensai d'abord qu'à la tuberculisation. Le lendemain, je trouvai de la matité en arrière ; je crus à une pneumonie entée sur de la tuberculisation. On fit une saignée et une application de ventouses scarifiées. Le malade mourut subitement.

A l'autopsie, on trouva un épanchement purulent de la plèvre droite ; une poche était circonscrite à la partie supérieure par des adhérences ; l'épanchement est noté médiocre. Il n'y avait aucune trace de tubercule. A gauche, on ne trouve rien.

Le péritoine était injecté partout. Le péricarde présentait de belles plaques laiteuses.

Un autre individu, atteint d'hydro-pneumo-thorax mourut subitement.

Voici un nouvel exemple d'*expectoration considérable et subite simulant l'évacuation d'un empyème :*

G..., 32 ans, homme de peine, entre le 3 août 1859 et meurt le 15.

Il est enroué depuis deux ans, pourtant il ne se dit malade que depuis huit jours. La maladie a débuté par un frisson très-fort et un point de côté. Le pouls est à 100, la respiration à 48 ; la chaleur à 39°5. La douleur est très-vive ; la matité occupe les deux tiers inférieurs du côté droit ; on entend du souffle au même niveau. Le malade est cyanosé.

Le 11 août, on note encore l'absence des crachats ; puis une expectoration abondante a lieu ; on dirait une vomique. Mais la matité persiste de plus en plus profonde. On n'entend pas la respiration, et en bas le souffle est si profond qu'il est à peine saisissable. Des accidents typhoïdes se manifestent.

A l'autopsie, on trouva le poumon droit adhérent en avant ; mais toute la partie postérieure de la cavité était remplie d'un liquide séro-purulent avec dépôt de fausses membranes abondantes. Le poumon était comprimé, réduit à peu de chose, sans lésion grave. Le poumon gauche était parfaitement sain, ou du moins sans pneumonie, sans tubercules, sans congestion. On trouva des caillots bien formés dans le cœur. Le foie ne présenta rien d'anormal. Il n'y avait pas de liquide dans le péritoine, et pas de plaques de Peyer dans l'intestin.

Il ne semble pas qu'il y ait eu ici de déchirure du poumon.

(A suivre.)

CORRESPONDANCE

Monsieur le rédacteur,

Je lis dans votre estimable journal du 2 août une lettre de M. Dieulafoy relative à ce qu'il nomme son aspirateur pneumatique.

Cherchant à établir à son bénéfice la propriété de cet instrument et sa priorité sur l'aspirateur de M. le professeur Laugier, il considère comme un droit et comme un devoir de me demander des preuves matérielles de l'antériorité de l'aspirateur exécuté sur les données de notre éminent professeur; il espère, dit-il, que la réponse ne se fera pas attendre.

La voici donc, monsieur le rédacteur, et je compte sur votre bienveillance pour la rendre publique afin que M. Dieulafoy n'en ignore.

Il parait que M. Dieulafoy a oublié qu'à la séance qui a suivi celle dans laquelle il a présenté son appareil, M. Laugier a montré à MM. Gubler et Béclard l'aspirateur dont il s'était servi il y a quatorze ans, et si M. Laugier n'a pas cru devoir adresser séance tenante une réclamation de priorité, c'est qu'il n'est pas dans ses habitudes de faire du bruit autour de son nom. M. Dieulafoy oublie également l'entretien que nous avons eu ensemble à l'hôpital Necker après la présentation de son aspirateur.

Entrez donc chez moi en passant, lui dis-je, je vous ferai voir ce qui a déjà été fait sur ce sujet, et en même temps je lui décrivis le ballon aspirateur et la petite seringue à double effet munie d'un point d'arrêt au piston. Cette conversation avait lieu au mois de novembre 1869, en présence de M. Potain, chef de M. Dieulafoy. Le brevet de M. Dieulafoy, pris le 8 octobre 1869, renferme comme étant de son invention la description et le dessin de la seringue hypodermique de M. Luër. M. Dieulafoy a fait mettre deux robinets à cette seringue pour faire variante au robinet à double effet de M. Guérin, il arrête au besoin le piston au moyen de l'écrou qui se visse sur la tige (idée qui appartient à M. Luër).

Mais quelle n'a pas été ma surprise de trouver annexé à ce premier brevet un brevet d'addition en date du 7 février 1870, ayant pour objet un point d'arrêt sur la tige du piston. Notre conversation de Necker avait donc porté ses fruits, puisqu'elle a fait naître dans l'imagination de M. Dieulafoy le fameux point d'arrêt qu'il déclare être la chose la plus importante de son instrument. On voit par là que l'aspirateur de M. Laugier n'a pas été tout à fait inutile à M. Dieulafoy.

M. Dieulafoy ne m'a pas su le moindre gré de ce petit renseignement, car en vertu de son brevet il a fait saisir chez moi le même aspirateur, dont je lui avais si minutieusement décrit la forme, et dans l'acte de saisie, il m'accuse d'avoir porté un grand préjudice à *ses intérêts* en contrefaisant un objet breveté.

Quant à mes promenades dans les hôpitaux avec le ballon de M. Laugier et à la propagande dont M. Dieulafoy m'accuse si gratuitement, je déclare que promenades et propagandes n'ont existé que dans son imagination.

Je dois cependant reconnaître qu'après l'acte de saisie et sous le coup d'un procès, j'ai fait toutes les démarches qui m'ont paru nécessaires à ma défense.

MATHIEU.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1870.

126. Hamel (Louis), Du rahs variolique (variolous rash des Anglais).
127. Deshayes. Recherches thermométriques dans la fièvre typhoïde.
128. Brument (Achille). Des différentes formes de la fièvre typhoïde au point de vue du traitement.
129. Castiau. De la galvano-caustique thermique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par suite des événements, la séance de clôture de la Faculté de médecine, annoncée pour le 11 août, n'aura pas lieu.

— La Société médicale du VI[e] arrondissement vient de verser trois cents francs dans la caisse des dons patriotiques, en faveur des blessés et des malades de l'armée.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tons les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gozette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou antres objets).

Leçons sur les maladies des femmes, par CH. WEST, examinateur pour les accouchements à l'Université de Londres, ex-médecin accoucheur des hôpitaux Saint-Barthélemy et Middlesex, traduites de l'anglais sur la 3[e] édition, et considérablement annotées par CH. NAURIAC, médecin de l'hôpital du Midi. Paris, 1870, 1 fort vol. in-8 de XI-857 pages, cartonné à l'anglaise. — Prix : 14 fr.

Essai sur les dyspepsies, digestion artificielle des substances féculentes, par le docteur C. L. COUTARET, ancien interne des hôpitaux et préparateur de chimie à l'École de médecine de Lyon, chirurgien en chef de l'hospice de Roanne (Loire). 1 vol. in-8 de 280 pages. — Prix : 4 fr.

Le Directeur : D[r] E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois.. 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Les bureaux et Ateliers étant fermés à cause de la fête de L'ASSOMPTION, le Journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. — CONFÉRENCE MÉDICALE DE PARIS. — Emploi du chloral dans le traitement des algies de nature vénérienne. (M. Mauriac). — SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE. — Société internationale. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Paralysie *a frigore* du nerf radial. — Perte de connaissance.

Quelle liaison peut-il exister entre une paralysie d'un seul nerf, paralysie *a frigore*, et une perte de connaissance simulant une apoplexie?

Cette question doit être soulevée à propos de deux faits qui, à quelques mois de distance, ont passé sous les yeux du même observateur attentif et sagace, M. Lancereaux.

L'un de ces faits s'est présenté tout récemment à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Guéneau de Mussy, que M. Lancereaux supplée.

Les principaux traits de l'observation se trouvent exquissés dans les notes suivantes :

G..., âgé de 32 ans, garçon de restaurant, entre le 2 juillet 1870, salle Saint-Agnès, lit n° 12, pour une paralysie du nerf radial survenue dans les circonstances suivantes :

Le 29, le malade, occupé dans une cave *à faire des couteaux*, s'y couche et s'y endort, assis sur une chaise auprès du mur, le coude placé sur un panier et le bras appuyé contre la muraille, tandis que la tête reposait sur la main. Il reste pendant trois quarts d'heure endormi. A son réveil, le bras et la main gauches sont engourdis et paralysés. Alors il remonte dans sa chambre, et là il éprouve une sensation très-vive d'oppression, et perd connaissance pendant trois quarts d'heure.

Cet homme avait été en sueur une partie de la journée. A la suite de la perte de connaissance, il a été saigné, et s'est trouvé bien depuis ce moment, à part la paralysie du bras.

Le bras a le volume du bras du côté opposé. Tous les muscles animés par le nerf radial sont paralysés.

Le malade ne peut étendre les doigts ni les écarter, ni fléchir le poignet, pas plus que maintenir l'avant-bras fléchi.

La sensation de piqûre à l'aide d'une épingle est à peine perçue à la région externe du bras, dorsale et externe de la main. A la face antérieure du bras, la sensibilité est conservée.

Le 4 juillet, la contractilité musculaire est conservée. On a commencé à traiter le malade par l'électricité : la sensation occasionnée par les réophores est un peu moins vive au dire du malade. Les mouvements de flexion sont un peu plus faciles. Hier, un vésicatoire a été appliqué sur le trajet du nerf radial. Ce vésicatoire n'a pas produit grand effet.

Deux ou trois jours après, on constate une amélioration sensible.

Le 16 juillet, le malade peut relever et fléchir un peu la main.

Le 20 juillet, le malade commence à se servir de sa main, il n'y a que le petit doigt qui est encore un peu engourdi et qui ne suit pas le mouvement des autres doigts.

Le 27 juillet, le malade est complétement guéri et a recouvré dans la main presque la force ordinaire.

Deux jours après il quitte l'hôpital.

La limitation de la paralysie aux muscles animés par le nerf radial, sa disparition très-rapide sous l'influence de l'électricité, la manière dont elle s'était produite dans une partie qui seule avait ressenti les effets du froid, tout enfin prouve qu'il ne s'agissait pas d'une paralysie par lésion cérébrale. D'ailleurs la perte de connaissance était survenue quelque temps après l'impotence de certains muscles. Dans l'autre fait, également observé par M. Lancereaux dans son service, l'intervalle qui a séparé ces deux ordres de phénomènes était notablement plus court.

Ici le cas est plus complexe. Il s'agit d'un homme de 43 ans qui, pendant une dizaine d'années, était imprimeur en caractères, compositeur, par conséquent soumis aux influences saturnines. Jamais il n'avait éprouvé aucun malaise que l'on pût attribuer à l'action du plomb. Il n'avait pas eu de colique ni de paralysie d'aucune sorte ; et les seules douleurs qu'il eût éprouvées étaient des maux de reins occasionnés par une chute qu'il avait faite. Il était d'une très-bonne santé habituelle, et il avait quitté depuis huit mois le métier de compsiteur pour celui de brocheur, lorsque le 29 mars, vers midi sortant d'une pièce très-chaude où il était au travail, il eut idée de plonger ses deux bras, pour les laver, dans une aug remplie d'eau très-froide. Il éprouva une sensation de froid assez vive, mais qu'il ne trouva pas désagréable, car il laissa ses bras dans l'eau pendant un certain temps. Puis il alla prendre son repas. Tandis qu'il était occupé à manger la soupe, la cuiller lui échappa des mains. Presque aussitôt il tomba, perdit connaissance, et il ne revint à lui qu'au bout de quinze à vingt minutes. Il s'aperçut alors qu'il avait le bras paralysé : la paralysie, suivant ses dires, portait sur la plupart des muscles, tant du bras que de l'avant-bras.

Lorsqu'il entra à l'hôpital, le lendemain, le facies était normal : tout au plus trouvait-on que peut-être la contraction des muscles était un peu moins forte du côté droit de la figure. L'élévation du bras sur l'épaule était facile des deux côtés, mais peut-être le malade l'exécutait-il avec moins de puissance à droite qu'à gauche. L'extension des doigts, celle du poignet sur l'avant-bras, étaient impossibles. En analysant chacun des mouvements faibles, difficiles ou impossibles, M. Lancereaux s'assure que le radial seul est paralysé. La guérison fut progressive et prompte.

Ainsi, chez ce malade comme chez l'autre, il s'agissait bien effectivement d'une de ces paralysies *a frigore* que Galien a si bien décrites.

L'un et l'autre eurent, peu après, une perte de connaissance qui simula une apoplexie par hémorrhagie cérébrale.

L'un et l'autre guérirent vite, à l'aide de moyens très-simples ou sans aucune médication.

Il est donc probable, que chez l'un comme chez l'autre, l'affection locale par action, réflexe ou autrement, a réagi sur les centres nerveux et produit un trouble momentané de l'innervation générale.

Cette supposition n'a rien d'extraordinaire. On connaît déjà depuis longtemps les vertiges *a stomacho*. Trousseau comparait les apoplexies aux attaques épileptiques, qui bien souvent procèdent d'une lésion nerveuse périphérique, et d'un autre côté le retentissement sur les centres d'une lésion périphérique est évidente dans le tétanos, probable dans un certain genre d'éclampsies, possible dans les paralysies et les autres troubles nerveux tenant aux angines, aux affections de l'utérus, etc., etc.

Il y a donc là toute une suite de problèmes dont l'importance est considérable, et que finiront par éclairer complétement des observateurs qui, comme M. Lancereaux, ne laissent perdre aucun fait.

Dr VICTOR REVILLOUT.

CONFÉRENCE MÉDICALE DE PARIS

(9e séance.)

CORRESPONDANCE

(Suite)

M. FONTÈS. Le nombre total des inoculations vaccinales pratiquées dans le service durant l'année 1869, s'élève à 311.

Dans toutes nos opérations, nous avons à peu près exclusivement fait usage de virus-vaccin pris sur de jeunes animaux de l'espèce bovine, dit vaccin de génisse, que M. le docteur Lanoix a très-obligeamment tenu à notre disposition.

En ce moment, où la spéculation, se mettant à la place de la science, produit un mélange ou plutôt une confusion qui menace de devenir inextricable des procédés de reproduction du virus préservateur, il est bon de préciser quelle est la nature de celui que nous avons expérimenté.

Il a pour première origine, M. Lanoix l'affirme, et nous n'avons aucune raison de ne pas croire à sa parole, un cow-pox spontané, lequel a engendré par des inoculations successives sur des génisses les pustules où nous avons puisé. Ce n'est donc pas du cow-pox vrai dans le sens ordinaire de ce mot, qui est réservé dans le langage habituel à des pustules se produisant spontanément chez la vache. Ce n'est pas non plus du vaccin pris chez la vache. Ce n'est pas non plus du vaccin pris chez l'homme et reporté sur des animaux de l'espèce bovine. C'est du cow-pox transmis exclusivement par inoculation de la vache à la vache.

Cela posé, entrons dans le détail des faits.

Nos 311 inoculations vaccinales se trouvent réparties comme il suit dans les divers mois de l'année.

Janvier.	2
Février.	9
Mars	4
Avril.	38
A reporter.	53
Report.	53
Mai.	60
Juin	69
Juillet.	39
Août	24
Septembre	38
Octobre	9
Novembre.	10
Décembre.	9
	311

Suivant l'usage adopté depuis plusieurs années, le service n'a donc pas été interrompu pendant l'hiver. Cette continuité avait une importance réelle et rendait de très-grands services, à l'époque où la pratique de la vaccination animale était peu répandue. A certains moments de l'année où le vaccin était fort rare, on était ainsi assuré d'en trouver chez nous pour les cas urgents. Bien que les conditions ne soient plus les mêmes aujourd'hui, il convient, ce me semble, de ne pas se départir de l'habitude prise par nos médecins, jusqu'au moment où l'opinion sera définitivement fixée sur la valeur du vaccin de génisse.

Nous avons eu à opérer 255 fois sur des sujets non encore vaccinés (vaccination), 56 fois sur des personnes déjà vaccinées ou ayant eu la variole (revaccination).

Vaccinations.

De nos 255 vaccinés, 67 n'ont pas reparu; nous ne pouvons donc en tenir compte au point de vue du résultat, et notre examen ne portera par conséquent que sur 188 opérations.

179 ont fourni un résultat positif, 95,21 p. 100; 9 un résultat négatif, 4,79 p. 100.

Nous avons toujours procédé par six piqûres vaccinales, soit 1,074 pour 179 vaccinés.

Le nombre des boutons légitimes qu'elles ont produit est de 876 :

Ce qui donne 4,65 par sujet, pour 255 vaccinés;

Ou 4,89, en ne considérant que ceux chez lesquels l'opération a réussi.

Dans le premier cas, le nombre de pustules pour 100 piqûres est de 77,65;

Dans le second, de 81,56.

Revaccinations.

Nous n'avons revu que 26 des 56 sujets qui ont été revaccinés.

Sur ce nombre, il y a eu 19 insuccès et 7 réussites, ce qui donne pour les succès la proportion de 42,10 0/0.

Ce résultat serait magnifique, mais nous sommes porté à croire que, chez les sujets qui n'ont pas reparu, la revaccination a échoué. Ce qui réduirait la proportion des succès à 14,29 0/0.

Comme pour les vaccinations nous avons toujours pratiqué six piqûres d'inoculation.

Voici le nombre des pustules produites en regard de l'âge des opérés.

Age des sujets	Nombre des pustules
5 ans.	6
10	3
12	3
16	4
18	5
22	4
33	6
	31

La réussite la plus complète se rencontre, comme on voit, chez le plus jeune et chez le plus âgé de nos sujets. Ont été considérés comme insuccès cinq à six cas où se sont montrées des vésicules dont la forme et la durée ne nous ont pas paru présenter les caractères de la vaccine.

Tels sont les chiffres bruts fournis par notre relevé.

Quant à la forme et à la marche de l'éruption vaccinale et aux phénomènes qui l'ont accompagnée, nous n'avons rien noté qui n'ait déjà été indiqué par les observateurs qui se sont occupés de la vaccination animale.

Les pustules vaccinales nous ont paru présenter, dans leur développement, une marche un peu plus lente que celles que donne le vaccin pris sur l'enfant. Dans quelques cas, exceptionnels il est vrai, mais moins rares que lorsqu'on s'est servi de vaccin humain, l'apparition des boutons n'a eu lieu que vers le huitième jour (n° 110) ou même vers le quinzième (n° 106) : d'où il est résulté que l'on a pu, en certain cas, croire à un insuccès, alors qu'il y avait simplement une incubation plus prolongée qu'à l'ordinaire. C'est que le n° 106 avait paru, au huitième jour, ne donner qu'un résultat complétement négatif. Nous procédâmes, séance tenante, à une nouvelle tentative de vaccination. Au quinzième jour à compter de la première, nous eûmes à constater le developpement de pustules sur les piqûres des deux inoculations.

Il est arrivé le plus souvent, surtout pendant la saison froide, que les boutons du huitième jour paraissaient moins volumineux que

ceux de la vaccine ordinaire de même date. Cela tenait uniquement à la lenteur de la marche de l'éruption. Toutes les fois qu'il nous a été donné de suivre jusqu'au bout l'évolution vaccinale, nous avons dû reconnaître que, comme aspect et comme dimension, nos pustules ne laissaient rien à désirer, qu'elles l'emportaient même en volume sur celles que fournit la vaccination ordinaire de bras à bras, et il ne nous est pas resté de doute sur ce fait que la durée totale de l'éruption a été en général plus longue tant pour la période active que pour la période de dessiccation.

L'état des ganglions sous-axillaires ne présentait le plus souvent rien de particulier au huitième jour. Durant les deux ou trois jours suivants, ces ganglions se sont toujours tuméfiés, mais sans se montrer très-douloureux. Il n'y avait certainement pas plus d'acuité sous ce rapport qu'à la suite des vaccinations telles que nous les pratiquions autrefois.

La fièvre, soit de début (du 4e au 6e jour), soit de suppuration (du 8e au 10e), ne nous a pas paru plus fréquente, plus vive ou plus prolongée. Tout ce qui précède se rapporte aux sujets vaccinés pour la première fois.

Pour ce qui est des revaccinations, si le nombre des succès a été inférieur à la moyenne ordinaire, le vaccin de génisse nous a étonné par la beauté de certains résultats. Plusieurs fois il nous a donné des boutons ne différant pas sensiblement de ceux que produit une première vaccination chez l'adulte; ce que nous n'avions jamais constaté antérieurement. Leur durée a été également plus grande que celle des produits ordinaires de la revaccination par le vaccin humain. Une fois, nous avons vu les croûtes persister au vingt-huitième jour.

Les résultats qui viennent d'être indiqués sont-ils de nature à discréditer la vaccine animale, pratiquée dans les conditions que nous avons eu le soin de préciser en commençant, ou bien peuvent-ils servir à sa défense?

Examinons.

Parmi les reproches qui lui ont été faits, il en est un qui n'est pas dénué de quelque fondement, il faut le reconnaître. On a dit qu'elle réussissait moins souvent que la vaccine humaine. Il ne faudrait pas croire cependant que la différence à l'avantage de cette dernière soit aussi considérable que certaines assertions tendraient à le faire supposer.

Ne voulant raisonner ici que d'après des faits qui nous soient personnels, je demande la permission de rapprocher les chiffres que j'ai donnés ci-dessus de ceux qui sont consignés dans nos rapports de cinq années consécutives (1862 à 1866 inclusivement), durant lesquelles nous avons été chargé du service des vaccinations de la mairie, et où le vaccin d'enfant a été seul mis en usage. Nous avons eu :

En	1852	4	insuccès sur	317	vaccinés.
	1853	19	—	298	—
	1854	14	—	269	—
	1855	12	—	303	—
	1856	4	—	261	—
		53	insuccès sur	1,448	vaccinés.

Soit 3,66 pour 100.

Cette année, les résultats négatifs nous donnent la proportion de 4,79 p. 100. Ce n'est donc qu'une différence de 1,11 pour 100, ou 111 unités pour 10,000. Il est arrivé d'ailleurs assez souvent qu'une première tentative ayant échoué, une seconde a été suivie de succès (nos 108, 117, 265).

Nous avons même vu deux sujets (nos 14 et 78) qui, vaccinés sans résultat de bras à bras, ont donné une réussite à la suite de l'insertion de notre cow-pox.

La plupart des insuccès sont dus, je crois, à l'ancienneté des pustules auxquelles a été emprunté le virus d'inoculation. La preuve en est dans ce fait que, presque toujours, c'est dans une même séance que se sont produits plusieurs échecs, tandis qu'il n'y en avait pas dans d'autres. Passé le sixième jour, le vaccin de génisse paraît n'avoir plus grande chance de réussir.

Mais si, à l'état frais et quand il est pris dans les pustules qui n'ont pas dépassé le sixième jour, ce vaccin ne mérite pas toutes les méfiances dont il a été l'objet, il n'en est plus de même si on ne l'emploie qu'après un certain temps de conservation. Récolté en tubes et même inséré après un temps assez court, le jour même ou le lendemain, il compte de nombreux échecs. Je suis très-disposé à penser que, dans l'appréciation de son efficacité, on a confondu ces deux modes d'emploi. Ce sont les insuccès du second qui ont beaucoup contribué à discréditer le premier.

La cause des fréquents insuccès de ce vaccin conservé en tubes tient, selon moi, à ce que le liquide fourni par la pustule de la génisse est plus visqueux, plus épais que celui de la vaccine humaine, et se coagule très-promptement. J'ai plusieurs fois essayé de le délayer dans une goutte d'eau, au moment de m'en servir, et il m'a semblé que, par ce procédé, je réussissais beaucoup mieux.

Quoi qu'il en soit, on ne peut nier qu'il n'y ait un peu plus d'incertitude sur le résultat de la vaccination avec la génisse qu'avec l'enfant. Mais il faut reconnaître aussi que ce grief a été fort exagéré par les détracteurs du mode de vaccination dont nous examinons la valeur. Et à tout prendre, si on n'avait d'autres reproches à lui adresser, il pourrait s'en relever. Le mal ne serait pas bien grand, puisqu'il serait toujours plus facile de recommencer dans le nouveau système qu'avec l'ancien. On peut, en effet, s'arranger de façon à avoir constamment des animaux vaccinifères, tandis que, souvent, dans certaines saisons, le vaccin humain fait absolument défaut.

Un second reproche est adressé à la vaccine animale. On a dit que les pustules qu'elle engendre sur l'homme apparaissent tardivement et affectent dans leur évolution une marche plus lente que celle de la vaccine jennérienne.

Le fait est exact; nous venons nous-mêmes de le signaler. La question est de savoir s'il constitue une preuve d'infériorité. A notre avis, c'est plutôt un titre à la confiance des vaccinateurs.

Quand on étudie avec soin le processus des productions pathologiques nées de la vaccine et même des autres contagions virulentes qui ont avec elle quelque analogie, on ne tarde pas à se convaincre qu'un virus introduit dans l'économie agit d'autant plus sûrement et plus profondément, que les éruptions qui en sont la suite ont une marche plus lente, plus dépourvue d'acuité, surtout au début. Cette lenteur d'évolution est certainement la preuve que la puissance virulente est à son maximum, et qu'elle développe ses effets dans les conditions les plus favorables.

Cette vérité ne se dégage pas assez nettement de tout ce qui a été dit et écrit à ce sujet. Essayons de la mettre en évidence.

Le caractère différentiel le plus accusé pour distinguer une fausse d'une vraie vaccine ne consiste-t-il pas précisément dans la précocité de l'apparition papulo-vésiculeuse et dans la brièveté de l'évolution, dont la durée est toujours moindre pour la première que pour la seconde?

La pseudo-vaccine est rare chez les sujets subissant une première vaccination. Quand on la rencontre en dehors des formes ulcéreuses ou érysipélateuses, qui sont encore plus rares, on la voit se terminer, ou au moins devenir croûteuse, dès le septième, huitième ou neuvième jours, lors que la vaccine légitime commence seulement à tourner à la suppuration.

C'est surtout la revaccination qui nous fournit à chaque instant des spécimens de fausse vaccine. Or personne n'ignore que les phénomènes pustulo-inflammatoires sont ici plus aigus et durent moins que dans la vraie vaccine. Leur apparition est quelquefois si prompte, que c'est à peine si l'on peut saisir un temps d'incubation. Dès le lendemain de l'opération, les piqûres ont rougi, sont devenues prurigineuses ou sont le siége d'une douleur cuisante. Dans une première vaccine, au contraire, rien ne se montre durant les trois premiers jours. Il semble que le virus sommeille, si bien que, très-souvent, des mères anxieuses viennent annoncer que la vaccination a échoué. Les pseudo-pustules de revaccination sont croûteuses au huitième jour. Celles-là mêmes que l'on peut compter comme constituant une réussite n'ont jamais toute la durée de celles qui se montrent chez l'individu vacciné pour la première fois.

On trouve des faits analogues quand on compare la variole à la varioloïde, affections qui paraissent constituer deux degrés de la même maladie. Dans le premier, le virus s'épanouit dans toute sa force, dans toute la puissance de son action sur l'économie; le second ne paraît être qu'une simple atténuation du premier.

Au début, les deux maladies diffèrent à peine. Une observation minutieuse permet cependant de les distinguer le plus souvent.

La fièvre prodromique est, en général, de quatre à cinq jours dans la variole. Elle dépasse rarement le troisième quand on a affaire à la varioloïde. Le volume des boutons s'accroît un peu moins promptement dans la seconde que dans la première. Vers le sixième ou septième jour, toute incertitude cesse d'ordinaire. Les pustules de la variole suivent lentement et régulièrement toutes les phases de leur évolution, tandis que l'éruption varioloïde cesse de s'accroître, se flétrit, se dessèche. Je ne parle pas des cas exceptionnels où l'avortement des pustules ne se produit qu'après un commencement de suppuration, vers le neuvième ou dixième jour. Dans tous les cas la durée totale de l'évolution varioleuse dépasse notablement celle de la varioloïde. C'est encore le caractère distinctif le plus tranché; de sorte qu'il est permis de dire que la varioloïde est à la variole légitime ce que les boutons vaccinoïdes de la revaccination sont à la vaccine.

Prenons le virus syphilitique. Rapprochons le chancre induré, dont l'action sur l'organisme est si profonde, du chancre mou, ou chancrelle, qui ne laisse pas de trace après lui. Nous constatons dans le premier une apparition tardive, une marche froide, presque chronique dès le début, une action réelle, mais dépourvue de toute acuité sur les ganglions voisins. Le second se produit brusquement avec des allures aiguës. Il s'accompagne de bonne heure de douleur des ganglions, es mène promptement à la suppuration. Si sa persistance comme accident local est souvent plus grande que celle du chancre infectant, cela tient à ce qu'il est plus apte à produire la forme ulcéreuse et rongeante. Tout ce qui appartient à la période pustuleuse des deux éruptions (période si souvent inaperçue dans les cas ordinaires, mais parfaitement démontrée par les inoculations artificielles) s'accomplit moins rapidement pour le chancre infectant que pour le chancre mou.

Ainsi, pas d'exceptions : apparition lente, marche dépourvue d'acuité, durée plus grande, tels sont les caractères qui indiquent, pour les produits qu'engendre un virus, que celui-ci agit dans la plénitude de son énergie, qu'il a rencontré les conditions les plus favorables et qu'il produit tous les effets dont il est susceptible.

D'après ces considérations, l'accusation portée contre le vaccin de génisse, d'amener des éruptions qui se laissent devancer par celles de la vaccine humaine, ne devient-elle pas une véritable recommandation?

Les détracteurs de la vaccine animale ont formulé contre elle un dernier argument, à peu près en ces termes : Nous connaissons la vaccine humaine depuis soixante-dix ans. Son pouvoir de préserver de la variole est constaté. Qui peut affirmer que la nouvelle vaudra, sous ce rapport, celle dont les preuves sont si bien faites?

Remarquons d'abord que cette fin de non-recevoir pourrait être opposée à toute innovation et rendre tout progrès impossible.

Quand un procédé, une méthode, une modification quelconque dans les errements de l'art ou de la science se produisent, n'est-il pas plus sage de rechercher sans parti pris quelle peut être la valeur des données sur lesquelles ils s'appuient, que de les rejeter sans examen au nom d'une expérience à laquelle ils n'ont pu concourir?

Au reste, dans la question qui nous occupe, il n'est pas exact que l'expérience fasse entièrement défaut. Depuis bien des années déjà la vaccination animale est pratiquée en Italie, et elle paraît avoir autant d'efficacité contre la variole que l'ancienne vaccine. Mais ne nous en rapportons qu'à notre propre observation, je le veux bien. Il faudra alors attendre au moins un quart de siècle avant d'être fixé. Jusque-là, personne n'a le droit de prononcer de ce chef une condamnation qui ne saurait être motivée. Cherchons donc ailleurs les éléments de notre appréciation.

Pourquoi notre vaccin serait-il inférieur à celui qui est qualifié de jennérien? N'ont-ils pas l'un et l'autre une même origine? Que Jenner ait su ou qu'il ait ignoré qu'il provenait d'une maladie du cheval, il est certain que c'est sur le pis de la vache que l'inventeur a pris le virus qui a servi à ses premières inoculations. Rien ne prouve que, s'il avait cru avoir du cow-pox spontané à sa disposition, il ne s'en serait pas indéfiniment contenté.

Notre vaccin n'est pas du cow-pox spontané, comme celui de Jenner; mais il procède de ce même cow-pox par une série non interrompue d'inoculations à la vache. Existe-t-il des raisons sérieuses de lui contester les qualités du premier? On sait aujourd'hui que l'espèce bovine n'est pas celle qui crée spontanément le cow-pox. On ne saurait nier cependant qu'elle offre des conditions très-favorables à son développement; plus favorables certainement que celles que lui fournit l'espèce humaine. La preuve, c'est que le cow-pox se rencontre assez souvent chez la vache, qu'il s'y produise par contagion médiate ou par inoculation de hasard, tandis que chez l'homme, le fait de le voir se produire autrement que par insertion expérimentale est comparativement d'une rareté extrême. Et pourtant, si c'est le horse-pox qui lui donne naissance, comment se rendre compte de l'immunité presque absolue des personnes qui pansent tous les jours des chevaux?

Cela posé, est-il conforme aux lois de la pathologie d'admettre qu'un virus perd de ses qualités par des inoculations successives à des individus de l'espèce chez laquelle il se développe le mieux? Autant vaudrait soutenir qu'une variole inoculée d'homme à homme donne un virus ne jouissant pas des mêmes propriétés, de la même puissance spécifique qu'une variole qui s'est montrée spontanément. Or, l'expérience a parlé. Les inoculations préservatrices auxquelles on avait recours avant la découverte de la vaccine ont démontré que si la maladie qu'elles faisaient naître était d'origine plus bénigne, plus discrète, cela dépendait uniquement des conditions dans lesquelles on plaçait le sujet. Le principe virulent ne se modifiait pas, et de cruelles exceptions ont, plus d'une fois, fourni la preuve qu'il restait toujours capable de donner lieu à tous les accidents de la variole spontanée.

Nous avons d'ailleurs constaté et l'on reconnaît généralement que, semblable sous ce rapport au cow-pox spontané, celui dont nous nous sommes servis donne chez l'enfant des pustules qui, sous le rapport de l'apparence, de la marche, de la durée, atteignent et même dépassent le type le plus parfait de la vaccine jennérienne.

Jusqu'à preuve du contraire, nous sommes donc en droit de maintenir au cow-pox transmis de génisse à génisse toutes les qualités du cow-pox spontané.

Rien ne prouve par conséquent que nos vaccinations valent moins que la première qu'a pratiquée Jenner.

Or, il y a quelques années à peine, des médecins en grand nombre, pas tous, je le reconnais, et dans l'exception figuraient des noms très-autorisés, mais enfin des médecins recommandables se plaignaient hautement de la dégénérescence du vaccin humain. Les cas de variole chez des sujets vaccinés leur paraissant devenir plus nombreux que ceux que l'on avait pu compter durant les trente ou quarante années qui avaient suivi la découverte jennérienne, ils en tiraient la conclusion que la transmission successive du vaccin d'homme à homme avait pu l'altérer, atténuer son énergie et sa puissance. Sans affirmer le bien fondé de cette manière de voir, il faut reconnaître qu'elle avait pour elle quelques probabilités; aussi demandait-on de toute part que l'on recherchât du cow-pox spontané, afin de *renouveler la vaccine*. Telle était l'expression consacrée. Ce renouvellement a été tenté à l'Académie même par M. Bousquet, bien qu'il ne crût pas à la dégénérescence du vaccin. Mais il prouvait par cette expérience qu'au moins il ne voyait pas de danger à ce renouvellement.

Si le cow-pox qui a servi à nos vaccinations a les qualités du cow-pox spontané, et la chose est très-probable, nous croyons l'avoir démontré, nous avons tous les jours sous la main le moyen de renouveler la vaccine, condition qui doit à jamais l'empêcher de s'altérer. Une opinion toute contraire s'est récemment produite. On a prétendu que le vaccin n'avait acquis toute sa vertu qu'après avoir été humanisé, c'est-à-dire après être passé par une série de reproductions successives d'homme à homme; et l'on a ajouté que, par un choix attentif des sujets vaccinés, par ce que l'on a nommé une culture intelligente, on pouvait l'améliorer encore. Cette humanisation ne peut s'entendre qu'en ce sens que le vaccin emprunterait un élément nouveau à l'organisme humain. Mais l'esprit ne se refuse-t-il pas à comprendre quel peut être cet élément non virulent venant s'ajouter à un virus? On conçoit le virus modifiant l'organisme. Comment concevoir l'organisme modifiant le virus, puisque celui-ci a précisément pour caractère de se reproduire identique à lui-même ou d'avorter complétement?

La culture du vaccin chez l'homme dans un but d'amélioration suppose que l'organisme humain est plus propre à son développement que les organismes de l'espèce bovine ou chevaline. Nous avons donné les raisons qui doivent faire penser qu'il en est autrement; cette prétendue culture paraît donc être un contre-sens de physiologie pathologique.

Que penserait-on d'un horticulteur qui, pour améliorer une plante tropicale, irait la transplanter au pôle?

Ou encore, pour ne pas sortir de l'ordre des phénomènes de l'animalité, qui oserait affirmer que la syphilis, apanage jusqu'à présent exclusif de l'espèce humaine, croîtrait en virulence, en énergie, par une série d'inoculations à une espèce animale? Sur ce point l'expérience s'est encore prononcée. On sait ce que devient la vérole quand on essaye de la transmettre au singe.

La seule donnée positive dans la question de la culture du vaccin sur l'homme, nous la connaissons déjà. Le vaccin humain fait naître chez lui des pustules moins volumineuses et moins durables que celles que produit le cow-pox, qu'il soit ou non spontané; ce qui est en rapport avec l'infériorité d'aptitude vaccinale de l'homme relativement à la vache.

Si c'est là un motif de préférence pour le vaccin humain, il est au moins singulier.

Pour clore cette discussion, chercherai-je à exonérer le vaccin animal de la part de responsabilité qu'on a essayé de faire peser sur lui à propos de l'extension que prend l'épidémie actuelle?

N'est-il pas évident qu'il y a trop peu de temps que son usage commence à se généraliser, pour qu'on puisse raisonnablement lui attribuer ici une influence quelconque? Les enfants qu'il peut avoir servi à vacciner sont à peine âgés de quatre ou cinq ans. Il faudrait,

pour qu'on pût l'accuser, que l'épidémie sévît de préférence sur les jeunes sujets, ce qui n'est pas.

Quant aux revaccinations, ce n'est que depuis quelques mois qu'on les pratique sur une grande échelle. D'ailleurs, les cas de variole chez les personnes revaccinées à la génisse n'ont pas été signalés. A l'accusation portée contre lui, notre vaccin peut certes répondre comme l'agneau : « Comment l'aurais-je fait si je n'étais pas né? » S'il y a eu réellement défaillance de la vaccine, c'est à l'ancien vaccin seul que doit en revenir la responsabilité.

Pour prendre la défense du vaccin animal, il n'est pas nécessaire, comme on voit, de faire le procès de l'ancienne méthode. Nous n'avons pas eu à évoquer le spectre syphilitique. La syphilis vaccinale, bien qu'il en existe des exemples qui paraissent incontestables, est assez rare pour ne pas jeter l'effroi dans les rangs des vaccinateurs. Avec une attention suffisante, ceux-ci pourront toujours se mettre à l'abri de cet accident.

Nous ne cherchons nullement à détrôner l'ancienne vaccine au profit de la nouvelle. A l'heure présente, les éléments d'une appréciation certaine font défaut pour établir la prééminence de l'une sur l'autre; notre seule prétention a été d'atténuer les charges que l'on a voulu faire peser sur le vaccin de génisse entretenu dans les conditions ci-dessus spécifiées, et de maintenir son droit à l'expérience.

(*A suivre.*)

EMPLOI DU CHLORAL

DANS LE TRAITEMENT DES ALGIES DE NATURE VÉNÉRIENNE (1)

Par Charles Mauriac,
Médecin de l'hôpital du Midi.

IX

M. V... (Eugène), âgé de 20 ans, entré le 27 avril dans mon service, à l'hôpital du Midi, salle 7, lit 10, n'avait eu qu'une seule blennorrhagie contractée le jour du Mardi-Gras 1870. Cette blennorrhagie très-aiguë et très-douloureuse au début, s'était compliquée au bout de trois semaines d'une orchite droite. Cette orchite était guérie depuis plusieurs jours, et le flux blennorrhagique ne consistait plus qu'en un léger suintement, lorsque le malade fut pris, vers le milieu de mai, de douleurs vagues dans tout le côté droit, accompagnées d'une sensation gravative et d'un peu d'inertie musculaire. Les douleurs étaient plus vives au niveau du genou et du cou-de-pied droits, bien que ces articulations ne fussent le siége d'aucun phénomène inflammatoire.

Le 23 mai, orchite gauche, avec phénomènes locaux très-aigus; persistance des douleurs sus-indiquées à droite, et invasion des mêmes douleurs dans le membre inférieur gauche. Ces algies blennorrhagiques, dont la véritable signification n'était pas très-claire et qui paraissaient tenir tout à la fois des douleurs réflexes de l'orchi-épididymite et des arthralgies de la blennorrhagie, se calmèrent un peu, puis augmentèrent de violence. Depuis quinze jours le malade ne dormait pas.

Le 24 mai, je lui donnai un julep additionné de *quatre* grammes de chloral, en deux doses, prises l'une à sept heures, et l'autre à huit heures du soir. Léger étourdissement avec battements dans les tempes. Sommeil de dix heures à minuit, puis de deux heures à quatre heures du matin, sans rêves et sans agitation. Aucun trouble du côté du tube digestif.

Le 25 mai, julep additionné de *six* grammes de chloral : sommeil de dix heures de durée, non interrompu, calme et sans rêvasseries. Le lendemain, le malade avait comme un léger voile devant les yeux et quelques étourdissements, un peu d'analgésie; diminution de la sensibilité au chatouillement. Dans la journée, tendance au sommeil. Persistance, mais diminution des douleurs.

Le 26, julep avec *sept* grammes de chloral en deux prises; l'une à sept heures et demie, l'autre à huit heures du soir; nausées après la première prise, afflux de salive à la bouche, pulsations dans la tête et légère sensation vertigineuse. Sommeil vers huit heures et demie, qui a duré jusqu'au matin; quelques rêvasseries sans aucun caractère. Le lendemain, un peu de faiblesse dans les jambes, léger degré d'analgésie, pas d'anesthésie; pupilles normales. Rien du côté du tube digestif. Urines naturelles comme quantité. Tête lourde, un peu de titubation, pesanteur des paupières sans trouble de la vue. Peu d'appétit, soif. Dans la nuit du 27 au 28, sommeil de dix heures et demie jusqu'à cinq heures (il n'avait pris le soir qu'un julep ordinaire).

Dans la matinée du 28, il survint un saignement de nez sans congestion antérieure de la muqueuse pituitaire. Il fut peu abondant. Les douleurs articulaires étaient un peu moindres; mais le malade souffrait encore beaucoup dans les mollets.

A partir de ce moment, l'amélioration fut progressive. Mais l'insomnie se reproduisit deux ou trois jours après la dernière prise d'hydrate de chloral.

Ce saignement de nez que nous notons pour la seconde fois chez nos malades, a-t-il été réellement produit par le chloral? Le doute est permis dans ce cas, puisque au moment où l'épistaxis est survenue, plus de 24 heures s'étaient écoulées depuis que le malade avait pris de l'hydrate de chloral. Il est vrai que la dose avait été de *sept* grammes. Les effets physiologiques du remède se sont prolongés plus longtemps que dans les observations précédentes. Ainsi, pendant toute la journée du 27, il a existé un peu d'ébriété chloralique. Cette excitation cérébrale s'est manifestée après l'effet hypnotique. Le sommeil a été précédé d'une courte attaque de vertiges. Ces vertiges dépendaient peut-être autant de l'état de l'estomac que de l'action du chloral sur le cerveau. La dose de *quatre* grammes *et demi* de chloral prise en une seule fois n'a pas été parfaitement tolérée par l'estomac : elle a provoqué un état nauséeux, qui n'a pas abouti au vomissement. Il ne s'est produit du reste aucun autre trouble du côté du tube digestif.

(1) Suite. — Voir les numéros des 12, 14, 16, 23, 30 juillet et 11 août 1870.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 6 juillet 1870. — Présidence de M. Alph. Guérin.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine : le *Bulletin de thérapeutique*; — les *Archives générales de médecine*, n° de juillet; — le *Marseille médical*.

— Le docteur Ribell (de Toulouse) adresse, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, deux brochures : *Etudes sur les tumeurs fibreuses des parois utérines; De l'Uréthrotomie externe*;

— M. Matteo Cacciaguerra (de Catane) : *Sopra l'assorbimento delle radici dei denti di latte*, brochure in-8 de 24 pages, en italien;

— Docteur Henri Poupon : *l'Art de ramener la vie à bon marché de prévenir les inondations et de créer des richesses incalculables*, in-8., Paris, 1870.

M. Guéniot. présente, de la part de M. le docteur Villebrun, de Meudon, la note suivante, en même temps que le calcul vésical qui en fait l'objet.

Mme F..., âgée de 70 ans, éprouvait, depuis quelques mois, de grandes difficultés à uriner. Les envies étaient très-fréquentes (40 à 50 par jour environ). Chaque fois, elle rendait avec beaucoup de peine et de vives douleurs une très-petite quantité d'urine. Parfois cette urine était teintée de sang. Ne voulant pas se laisser examiner, la malade ne fit appeler aucun médecin. Dans la nuit du 28 mai, elle rendit spontanément un calcul du volume d'une amande. A partir de ce jour, elle put uriner avec facilité et sans avoir d'incontinence.

Le 2 juin, le ventre et les jambes se tuméfient peu à peu; et, le 10 juin, cette dame me fait appeler, me montre le calcul rendu et me raconte tout ce qui a précédé son expulsion. A l'examen, je constate une ascite et un œdème des membres inférieurs. Toutes les fonctions s'exécutent d'ailleurs normalement. Elle souffre beaucoup de cet état qui ne lui permet plus de se tenir debout. Rien au cœur.

L'urine contient un peu d'albumine (environ 4 grammes par litre.) Des purgatifs répétés, du chiendent nitré ont ramené en dix jours cette malade à son état de santé primitif. L'œdème des jambes a entièrement disparu et le ventre ne présente plus trace de liquide. Aujourd'hui, 27 juin, elle est entièrement rétablie.

Le calcul, de forme ovoïde, a le volume d'une amande et pèse 6 grammes 60 centigrammes. Il est composé de nombreuses couches stratifiées qui paraissent être constituées par des urates. Ces couches offrent une teinte rosée et sont enveloppées d'une couche superficielle qui est blanche et d'apparence calcaire. Un sillon circulaire peu profond, semble indiquer qu'il s'agit d'un calcul vésico-uréthral plutôt que d'un calcul vésical pur.

M. Demarquay communique, au nom de M. Sédillot, l'observation suivante, accompagnée de deux photographies :

Bec-de-lièvre compliqué de division de l'arcade dentaire et de la voûte palatine, opéré par un nouveau procédé. — Guérison. — Il s'agit d'un enfant de 18 mois, chez lequel le bec-de-lièvre, situé à gauche, offrait une scissure de deux centimètres de largeur, se continuant entre l'os incisif et la portion gauche correspondante du maxillaire. La fosse nasale du même côté n'existait pas et n'offrait qu'une cavité commune avec la bouche. La voûte palatine était entièrement fendue, ainsi que le voile du palais. Le vomer fermait, à droite, la moitié antérieure de la cavité nasale. Comme on l'observe dans de pareils cas, la portion gauche du maxillaire représentait un cercle d'un diamètre beaucoup plus petit qu'à droite, et se trouvait en arrière de la courbure de ce côté d'environ deux centimètres. La narine gauche était largement ouverte et permettait de voir facilement ces altérations et l'extrémité saillante du contour maxillaire droit, offrant une incisive dirigée en avant.

Nous pensâmes, après examen, que nous ne pourrions pas obtenir de succès des procédés habituellement employés dans de pareils cas.

Nous pouvions éviter tous les embarras et rendre le succès de l'opération assuré, en convertissant le bec-de-lièvre unique en un bec-de-lièvre double, l'un congénital, l'autre artificiel ou volontaire; le premier devenant ainsi facile à guérir et le second pouvant l'être un peu plus tard avec pleine certitude de succès Il suffisait de fendre verticalement, à gauche, au niveau et à un travers de doigt en dehors de l'aile du nez, toute l'épaisseur de la lèvre. Nous obtenions un lambeau ayant la forme d'un quadrilatère allongé de haut en bas, dont le pédicule, situé dans le premier sens, serait assez large pour suffire à la circulation et à la vitalité du lambeau. Nous pouvions dès lors renverser celui-ci en dedans, l'accoler à la lèvre droite et recourir à notre procédé d'allongement de la hauteur de la lèvre, pour cacher complétement l'arcade dentaire, dissimuler la grand fissure palatine et faciliter plus tard la prononciation. Nous refaisons le pourtour de la narine par le procédé Clemot, très-simple et très-efficace, dont nous avons déjà montré un exemple à la Société et que nous avons depuis répété à la clinique avec les mêmes avantages.

Voici les différents temps de l'opération :

1° Nous saisissons le bord inférieur de la lèvre gauche, nous le tendons en bas et en dedans et nous divisons perpendiculairement la lèvre d'un coup de ciseaux de bas en haut. Nous en détachons les adhérences de manière à rendre le lambeau très-mobile de dehors en dedans. De petites pinces hémostatiques servent à comprimer les artères et permettent d'éviter des ligatures, toujours nuisibles à la réunion;

2° Nous avivons chacun des deux bords du bec-de-lièvre en en séparant de bas en haut et de haut en bas deux petites bandelettes comprenant un léger liséré de peau et de muqueuse, destinées : la supérieure, à refaire le contour de la narine; l'inférieure à faire disparaître l'encoche du bord libre de la lèvre. Nous avons, en outre, le soin de prolonger assez obliquement en dehors et en bas les petits lambeaux d'avivement, pour donner une assez grande hauteur à l'organe reformé;

3° Nous faisons ensuite la réunion en plaçant une épingle à un millimètre au-dessus de la muqueuse du bord libre, pour affronter exactement la peau au même niveau. Sur cette épingle, nous jetons un fil dont la traction nous permet de rapprocher les deux portions opposées de la plaie; puis nous croisons le fil en 8 de chiffre pour l'assujettir. Nous agissons de même, avec deux épingles beaucoup plus fines, sur la muqueuse, en bas et un peu aussi en arrière, après avoir excisé la trop grande longueur des petits lambeaux. Des fils très-fins, entre-croisés sur la muqueuse, en assujettissent les rapports avec régularité. La même manœuvre est répétée en haut : une épingle rapprochant les deux côtés avivés de la narine est soutenue par une ligature en 8 de chiffre, et les petits lambeaux d'avivement portés en haut et en arrière sont réunis par un ou deux points de suture séparés. Ces lambeaux deviennent horizontaux par leur propre poids et leur rétractilité, et augmentent l'épaisseur du tour de la narine d'avant en arrière. Ce procédé nous paraît l'emporter sur celui de M. Giraldès dans le cas que nous indiquons. Il nous semble indispensable de traverser horizontalement les deux ailes du nez et la cloison avec un double fil métallique ou de soie, passé dans des disques d'agaric, de cuir et de carton ou mieux de bois, de manière à constituer une suture enchevillée destinée à rapprocher les ailes du nez et à maintenir sûrement l'extrémité supérieure de la réunion, sans crainte d'enflammer la plaie. Le fil métallique présente ces avantages, et, passé avec une aiguille droite à tête d'acier bien affilée, on exerce la constriction jugée nécessaire. Quand la suture est bien faite, on la laisse en place quatre ou cinq jours, sans inconvénients. C'est le procédé de M. Philips légèrement modifié.

Si les deux moitiés de la lèvre n'avaient pas la même hauteur et que l'une des deux fut manifestement raccourcie par atrophie, on y remédierait en prolongeant plus loin, en bas et en dehors, l'avivement de ce côté, et il serait bon, dans ce cas, de ne pas rendre la surface avivée trop convexe. On s'exposerait autrement à avoir, au moment de la réunion, un excès de parties molles au milieu de la plaie, qui, ramenée par rapprochement à une droite, serait beaucoup plus tendue en haut et surtout en bas qu'au milieu. Mieux vaut aviver obliquement de bas en haut et de dehors en dedans, quand rien ne s'y oppose, pour obtenir l'affrontement régulier des deux surfaces cutanées opposées. On doit observer également qu'en passant l'épingle à suture au point de réunion du tiers-postérieur de la lèvre avec ses deux tiers antérieurs, on fait saillir une petite portion des tissus musculaire et connectif, qui se trouvent comme étranglés entre les deux bords de la peau.

Nous conseillons, dans ces conditions, d'évider avec des pinces à dents de souris et des ciseaux courbes fins l'intérieur de la plaie jusqu'au point où les surfaces, devenues perpendiculaires et parallèles l'une à l'autre, permettent le contact de la peau. La réunion est plus facile et plus régulière, sans compression ni étranglement, et le succès plus assuré. Nous dirons également qu'en cas d'atrophie très-marquée d'un des côtés du bec-de-lièvre, il est avantageux d'y remédier par un autre procédé : on taille un lambeau inférieur (lambeau Clemot) dans la moitié la plus haute de la lèvre, en y comprenant une plus ou moins grande épaisseur de la peau. En effet, si l'allongement latéral inférieur de la lèvre atrophiée est trop considérable, la muqueuse buccale se renverse en dehors, et après la guérison, la muqueuse déborde en haut et la face antérieure de la lèvre est alternativement blanche et rouge : blanche du côté où la lèvre entière n'a pas changé de place; rouge du côté où la peau, trop courte, a été remplacée par la muqueuse. Voici le moyen de prévenir cette difformité. Si l'atrophie répondait, par exemple, à 1 centimètre de hauteur, on prendrait sur l'autre moitié de la lèvre un lambeau cutané d'avivement de 5 millimètres de hauteur, et on placerait ce lambeau (procédé de Clemot, modifié par Mirault) au-dessous de la lèvre opposée, avivée horizontalement et carrément. La lèvre la plus haute serait diminuée de 5 millimètres, et la plus courte allongée d'autant : l'inégalité, dès lors, disparaîtrait.

Si l'on était surpris de voir ajouter à un bec-de-lièvre unique une incision auxiliaire le changeant en bec-de-lièvre double, et accroître ainsi, en apparence, les complications, nous dirions que les divisions de genre sont habituelles dans les procédés autoplastiques, dans le but d'éviter la tension et l'étranglement des lambeaux et d'en favoriser la réunion.

Notre procédé a donc pour base et pour point de départ une méthode excellente. Nous serions des premiers à repousser toute incision dont il serait possible de se passer, et un bec-de-lièvre unique est, sans nul doute, préférable à un bec-de-lièvre double; mais nous soutenons que la difformité, dans ce dernier cas, est en réalité diminuée, et qu'en face d'une guérison régulière et assurée, comparée à un insuccès probable, on ne saurait hésiter. Remarquons encore qu'il n'est pas indifférent, pour l'avenir de l'enfant, de l'opérer de bonne heure.

L'opération, faite le 18 mars 1870, donna un contour nasal parfait et un bord libre de la lèvre très-régulier; mais l'épingle du milieu, quoique enlevée au bout de 48 heures, avait trop comprimé la peau et en avait mortifié les bords, comme on le vit en retirant, le troisième jour, les fils laissés en place. De là une suppuration assez longue et une réunion secondaire. Cette complication mit, au reste, en évidence les avantages du procédé employé, puisque le lambeau abandonné à lui-même, sans autre soutien, dès le troisième jour, que les adhérences produites en haut et en bas de la lèvre, resta en place et se réunit spontanément. Ce fut sans doute un retard, et nous espérions une réunion complète dans les quatre ou cinq premiers jours de l'opération, mais le résultat n'en fut pas moins favorable.

La seconde plaie, ou plaie auxiliaire, fut avivée et réunie le 15

avril 1870. Nous montrâmes l'enfant à la Société de médecine le 21, sixième jour de la seconde opération. La lèvre était reformée, solide et régulière, quoique les bords, en haut, en fussent encore un peu déprimés, ce qui tenait à l'amincissement de la lèvre dans ce point, par suite d'un commencement de cicatrisation en haut, et du peu d'épaisseur des lambeaux d'avivement.

La photographie de cette restauration a été prise et pourra faire juger des changements qui se produiront.

Depuis le départ de cet enfant, nous avons eu l'occasion d'opérer un autre bec-de-lièvre, exactement semblable au précédent, sur un petit garçon de six mois. Nous suivîmes le même procédé, et la réunion semblait si complète au bout de quarante-huit heures, que nous enlevâmes les fils et les épingles. C'était trop tôt. Quoique le lambeau n'exerçât pas de traction apparente sur la cicatrice, celle-ci se sépara peu à peu de bas en haut et suppura. Nous tentâmes, le huitième jour, une réunion immédiate secondaire, sans succès. Nous nous décidâmes alors à une nouvelle tentative, avec la précaution de rapprocher et d'immobiliser les ailes du nez par une suture enchevillée. Le sixième jour, la guérison était complète et régulière, et le contour nasal très-bien reformé. La plaie auxiliaire s'était en partie cicatrisée spontanément, et la difformité avait en grande partie disparu et n'était plus représentée que par une déhiscence ou large encoche latérale. La mère, très-satisfaite, demanda l'autorisation de rentrer quelques jours dans ses foyers et promit d'être prochainement de retour. Comme la réunion de la plaie auxiliaire n'offre aucune difficulté et se trouve soutenue par le contour de l'arcade dentaire, la seconde opération n'offre rien qui éveille un grand intérêt.

Nous ne saurions trop répéter que le procédé dont nous avons fait usage est applicable au cas particulier où nous l'avons employé, et qu'on compromet les meilleures opérations en en méconnaissant les indications spéciales.

M. GIRALDÈS. Pour des cas donnés, le procédé suivi par M. Sédillot est appelé à des succès. Toutefois M. Giraldès le croit peu applicable chez les nouveau-nés.

Il est inexact de dire que l'atrophie de la mâchoire constitue une indication à l'emploi de ce procédé, attendu que l'atrophie en question existe constamment, affectant l'un des os maxillaires supérieurs ou les deux à la fois, suivant qu'il s'agit d'un bec-de-lièvre unilatéral ou d'un bec-de-lièvre double.

M. Giraldès retrouve du reste, dans le procédé de M. Sédillot, l'un des temps du sien, à savoir l'entre-croisement ou l'imbrication du lambeau, et ne comprend pas dès lors la critique qu'en a faite M. Sédillot.

LECTURE

M. DUBREUIL lit une observation d'un kyste développé aux dépens d'un des conduits de la portion intrapalpébrale de la glande lacrymale, et qui offrait le volume d'une noisette. — Renvoyé à la commission déjà nommée.

SOCIÉTÉ INTERNATIONALE

Secours pour les blessés.

LISTE DE SOUSCRIPTION

Total des listes précédentes	4,600 fr.
M. et Mme Compagnon.	12 fr.
Mlles Irma et Marie Compagnon. . . .	8 fr.
Mmes Lagneau.	100 fr.
Total.	4,720 fr.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société des médecins des bureaux de bienfaisance de Paris, dans sa séance du 10 août, a voté la somme de 300 francs, à titre de premier versement, à l'Association de secours aux blessés pour la présente guerre.

— La deuxième ambulance volontaire, ayant pour chirurgien en chef M. Marc Sée, est partie hier soir. Elle a reçu, depuis le Palais de l'Industrie jusqu'à la gare de l'Est, l'accueil le plus sympathique de la population parisienne.

— Le 2 août, dans les bureaux de l'état-major général, hôtel de l'Europe, a eu lieu, sous la présidence du général Jarras, aide-major général, une conférence pour l'organisation des services sanitaires. Étaient présents : M. Wolff, intendant général: M. le docteur Larrey, chirurgien en chef; M. le docteur Conneau, M. Nélaton. M. Oulmont, médecin de la compagnie de l'Est, avait été invité à prendre part aux délibérations avec voix consultative.

Dans une conférence, on a réglé, d'un commun accord, le mode d'action des divers comités, qui tous seront placés sous le contrôle de l'intendant général en chef de l'armée.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 31 juillet au 6 août 1870, donne les chiffres suivants :

Variole, 151.—Scarlatine, 9.—Rougeole, 18. — Fièvre typhoïde, 26. Typhus, ». — Érysipèle, 5. — Bronchite, 42. — Pneumonie, 48. — Diarrhée, 78. — Dysenterie, 2. — Choléra, 5. — Angine couenneuse, 6. — Croup, 6. — Affections puerpérales, 5. — Autres causes, 725.— Total : 1,126.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 185· a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'[illegible] peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :

Trois mois..	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an.	30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — [illegible]PITAL CIVIL DE PAU (M. Cassou). Opération de la fistule vésico-vagina[illegible] guérison. — Emploi du chloral dans le traitement des algies de na[illegible] vénérienne. (M. Maurlac). — Sur la pathogénie des caillots apo[illegible]ques du placenta. (M. Bailly). — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE. — Feuilleton. — Thèses. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Maintenant, on ne peut plus songer à autre chose qu'à la guerre.

La séance n'a pas duré cette fois plus de vingt minutes.

M. Devilliers a insisté sur les dangers de l'encombrement pour nos malades et nos blessés. Il a proposé de disséminer les uns et les autres.

Malheureusement, le nombre des lits offerts par les particuliers, et disponibles en dehors de tout hôpital, est nécessairement restreint.

Ainsi, cette excellente mesure serait insuffisante, si l'on n'avait pas soin de réformer le plus tôt possible tous les soldats atteints d'affections chroniques ou trop débiles pour supporter les fatigues d'une campagne.

Qu'on réforme donc les infirmes, mais que le nombre en soit le moindre possible.

Dans une guerre comme celle-ci, est considéré comme infirme quiconque ne peut pas marcher, dès le début, avec ses camarades d'une même levée.

On n'a pas le temps de se former en quelques mois ou en quelques semaines. Il faut dès l'abord être capable de tenir pied.

Or, ceux dont la constitution est naturellement la plus robuste ont encore besoin d'habitude pour faire étape et porter le fusil.

Ceux dont la vie était sédentaire, dont l'exercice se bornait à quelques promenades au petit pas, ceux-là ne seraient pas les soldats qu'il nous faut, s'ils ne se hâtaient de se former.

La France est envahie. Il faut que chacun aide la patrie comme il le peut et autant qu'il le peut.

Les médecins doivent donner des conseils à ceux qui vont être bientôt de nouvelles recrues; ils doivent dire à tous les jeunes gens qui ont de 25 à 35 ans : « Vous devez partir, exercez-vous.

« Exercez-vous à faire l'étape, d'abord sans charge, puis portant le sac au dos. Remplacez le fusil de munition par de lourdes cannes.

« Vous qui êtes encore en famille, qui avez le régime abondant, les bons lits, les longs repos de la maison paternelle, profitez-en pour rompre vos muscles aux exigences du moment.

« Vous pouvez ainsi arriver au grand honneur de servir la patrie utilement, quand elle réclame votre secours. Il faut être prêt à faire en huit jours un bon soldat. »

Voilà ce que doivent dire, à ceux qui partiront, les médecins; et quant à eux-mêmes dont la carrière est toute de dévouement, ils n'ont pas attendu le conseil de personne pour se mettre tous, autant que possible, au service de la patrie.

Dr VICTOR REVILLOUT.

HOPITAL CIVIL DE PAU. — M. CASSOU.

Opération de fistule vésico-vaginale. Guérison.

Une femme âgée d'environ 25 ans, bien constituée, entre à l'hôpital dans le courant du mois d'octobre; elle est atteinte de fistule vésico-vaginale. Cette infirmité, qui date d'environ cinq mois, est consécutive à un accouchement laborieux, qui dut être terminé par le forceps; la tête était restée plusieurs heures à la vulve. Les règles n'ont pas encore reparu depuis les couches.

Nous constatons une fistule transversale, ayant près de 3 centimètres de longueur, dont les bords s'entr'ouvent largement. La muqueuse vésicale forme un bourrelet rougeâtre sur le bord de la fistule. Lorsque la femme est couchée sur le côté gauche, l'angle inférieur de la fistule paraît arrondi, mince et formé par du tissu inodulaire blanchâtre, aboutissant à un cul-de-sac profond sur le côté du vagin; le même cul-de-sac, moins profond, existe du côté opposé. La lèvre antérieure du col de la matrice, très-amincie, paraît distante du bord postérieur de la fistule d'un demi-centimètre; une égale distance sépare la lèvre antérieure de la saillie uréthrale.

La femme est purgée la veille de l'opération; celle-ci est pratiquée le 24 octobre, avec l'aide et l'assistance de MM. Daron, Manes, Lanacastet et Coueylas. La malade est couchée sur le côté gauche; le spéculum univalve est introduit et maintenu contre la paroi postérieure du vagin. L'avivement est fait en enlevant au moyen du crochet et des ciseaux courbes pointus, autour du bourrelet vésical, une bande de muqueuse vaginale de 6 millimètres environ de longueur, et d'une épaisseur moitié moindre, de manière à donner à la surface avivée une forme conique, dont le sommet était dirigé du côté de la vessie; à l'angle inférieur, où les tissus sont plus minces, l'épaisseur de la bande excisée est moindre, mais comprend toute la largeur du tissu inodulaire.

A ce moment de l'opération, nous sommes surpris de l'insuffisance du jour et obligés de nous transporter en face d'une fenêtre exposée au midi, où nous fûmes favorisés par un rayon de soleil, qui nous permit de mieux voir. Chaque cul-de-sac reçut un avivement supplémentaire : l'avivement du cul-de-sac supérieur donna lieu à une hémorrhagie artérielle assez abondante. Sept points de suture profonds furent établis avec des fils d'argent. Un des fils pénétrant en avant dans la saillie uréthrale, traversait du côté opposé la lèvre antérieure du col; les fils furent tordus et coupés à 1 centimètre de longueur; la portion tordue fut dirigée en avant et accolée autant que possible à la face antérieure du vagin. La malade, transportée dans son lit, est très-fatiguée; l'opération a duré plus de trois heures; l'avivement n'avait duré qu'une demi-heure; les difficultés provenant d'un jour insuffisant furent la principale cause de la longue durée des autres temps de l'opération.

La sonde de Marion Sims est placée à demeure.

Le 25, bien que la malade prenne chaque jour depuis la médecine *cinq* centigrammes d'extrait d'opium, elle éprouve le besoin d'aller du ventre: la sonde sort pendant l'effort de défécation. Au moment où je la replace, je constate qu'il s'est accumulé dans la vessie une notable quantité d'urine, qui s'écoule en jet continu.

Les jours suivants, le même besoin revenant, je suspends l'opium et j'alimente l'opérée. Le pansement est réduit aux simples lotions de la vulve faites matin et soir; il ne sort du vagin qu'un liquide filant mucoso-purulent; l'urine a complétement cessé de couler depuis l'opération.

Le douzième jour, j'enlève quatre fils; le treizième, j'en enlève deux autres, et je constate une réussite complète; quelques points de la cicatrice sont touchés avec le crayon de nitrate d'argent; le quinzième jour, j'enlève le septième fil, qui s'était caché dans un pli du vagin; l'opérée retient l'urine à volonté.

Nous avons, dans cette opération, appliqué le procédé de Marion Sims, en avivant plus profondément que ne semblent l'indiquer les auteurs. Cet avivement, qui n'intéressait la surface de la muqueuse vaginale que dans l'étendue de 6 millimètres environ, nous a donné une surface cruentée double, parfaitement disposée pour une coaptation exacte et une cicatrisation solide.

Certaines modifications ont été apportées au procédé américain, à celui de Dogernan en particulier, par un jeune chirurgien qui vient de faire connaître un impaladisme nouveau fondé sur des rapports nouveaux de la rate.

M. Duboué est aussi auteur d'un procédé qu'il persiste à appeler nouveau pour l'opération de la fistule vésico-vaginale. Nous n'avons pas le texte primitif de la communication faite à la Société de chirurgie, pour juger de la valeur intrinsèque de cette troisième découverte d'un procédé opératoire dont je suis loin de contester le mérite, pour l'époque à laquelle il fut signalé pour la première fois. Autre chose est un mémoire écrit en réponse à de savantes objections. Qu'importe? Acceptons le fait dans toute son extension. Ou M. Duboué réunit les lambeaux vaginaux, sans se préoccuper des lambeaux vésicaux, ou il se préoccupe d'abord de la coaptation des lambeaux vésicaux. Dans le premier cas, et c'est l'idée première de M. Duboué, si j'en juge par le titre et par certaines figures de son mémoire, je conviens qu'il fait une véritable autoplastie qui lui donnera peu d'imitateurs; dans le second cas, il est évident que les lambeaux vaginaux ne font que compliquer inutilement l'opération et rendre une coaptation exacte plus difficile. Si on réunit bien une surface cruentée représentée comme 1, il est inutile d'avoir une surface représentée comme 2. Que j'envisage la question au point de vue d'une fistule à bords très-distants ou à celui des opérations successives, je ne trouve, dans ce procédé dit nouveau, que des désavantages.

Un avivement nouveau nécessitait une suture nouvelle, la suture à boutons, plus longue à établir que le simple fil tordu, et serrant les tissus dans une plus grande surface. Je signalerai en particulier la suture à points impairs et les boutons eux-mêmes. M'abstiendrai-je, enfin, d'exprimer mon admiration pour ces tracés de lignes qui sont figurés dans le mémoire? Ils me représentent autant de jardins anglais, charmants d'ailleurs, que l'imagination de l'auteur se plaît à tracer sur les bords de la fistule. Il a totalement perdu de vue qu'une uniforme continuité de l'avivement est la première condition d'un succès complet.

FEUILLETON

NOTE

SUR LA CONFERVE BULLEUSE DE LINNÉ

EMPLOYÉE COMME CHARPIE

Par M. CABASSE

Médecin-major de 1re classe à l'hôpital de Bourbonne

Les différentes variétés de conferves, plantes acotylédonnées, de l'ordre des algues, expansions filamenteuses ou capillaires, tubuleuses, très-ténues, entrelacées les unes dans les autres, diversement colorées, croissent en général en très-grande abondance dans toutes les rivières, les ruisseaux, et surtout dans les eaux stagnantes.

Quelques-unes des plantes de cette famille, comme les ulves, sont alimentaires; la plupart des céramium, des fucus, des varechs, dont la mousse de Corse est un mélange, sont anthelminthiques; mais le plus grand nombre des conferves de rivières ne sont d'aucun usage. Des essais tentés à plusieurs reprises pour employer la conferve bulleuse comme matière textile n'ont pas fourni de résultats favorables.

Un honorable praticien des Vosges, le docteur Chevreuse, de Charmes, a eu l'heureuse idée d'employer comme charpie la conferve bulleuse. (*Conferva bullosa Lin.*)

Les conferves bulleuses et réticulées se trouvent partout; elles pullulent en très-grande quantité dans les mares désignées sous le nom de *mortes*, que l'on rencontre le long du parcours de la Moselle.

Depuis plus de six ans, dans sa nombreuse clientèle, comme médecin cantonal, à l'établissement de la Trappe, à la maison mère des sœurs de Portieux, la conferve bulleuse a été substituée avec avantage et économie à l'emploi de la charpie.

Il résulte pour nous des expériences auxquelles nous nous sommes livré sur un grand nombre de blessés, la conviction que cette plante, douce au toucher, légère, souple, élastique, très-absorbante, peut remplacer dans tous usages la charpie de qualité supérieure (bourdonnets, gâteaux, mèches, plumasseaux, tentes, etc.).

On peut l'employer comme cette dernière, suivant les cas, soit sèche, soit imbibée d'eau ou de divers liquides et topiques médicamenteux.

Dans une brochure publiée en 1866, le docteur Chevreuse cite une foule d'observations très-concluantes en faveur de l'emploi de la conferve comme charpie; il lui attribue en outre comme *topique* des vertus curatives dans certaines maladies des yeux, et désinfectantes dans le cancer, la gangrène, l'ozène, etc.

Plusieurs fois, nous écrit M. Chevreuse, des soldats blessés aux pieds, de passage en cette ville, m'ont déclaré que ma plante avait adouci et combattu promptement leur inflammation. Des cors douloureux, des yeux de perdrix, situés au dedans des orteils, ont permis aux soldats de marcher plus librement après avoir été entourés de ma conferve, qui dans ce cas n'agit pas autrement que le coton.

Cette plante, ajoute notre confrère en nous priant de l'expérimenter et en nous envoyant de très-beaux échantillons recueillis par ses soins, cette plante n'est pas seulement une charpie absorbante, adoucissante et désinfectante, c'est aussi un excellent *topique* émollient et un hémostatique à la façon de l'agaric. La conferve verte, recueillie récemment, séchée à l'ombre, jouirait surtout de ces propriétés émollientes que nous n'avons pas eu encore occasion de vérifier. Il y a là, suivant nous, disons-le, un peu d'exagération.

Jobert de Lamballe, il y a quelques années, a fait des expériences très-nombreuses avec la conferve bulleuse, après l'avoir examinée au microscope et après en avoir fait faire une analyse par M. Chatin. D'après ce dernier, cette plante contient :

De l'albumine en assez faible proportion;
De la matière extractive soluble dans l'eau et l'alcool;
De la matière azotée granuleuse;
De la chlorophylle, surtout dans le jeune âge de la plante;
De l'amidon en forte proportion et des traces de sucre;
Des sulfates, oxalates et chlorures de chaux et de potasse;

Je me demande comment des traducteurs sérieux peuvent se complaire à encombrer la science de pareilles citations.

EMPLOI DU CHLORAL

DANS LE TRAITEMENT DES ALGIES DE NATURE VÉNÉRIENNE (1)

Par Charles Mauriac,

Médecin de l'hôpital du Midi.

X

M. Émile L..., âgé de 21 ans, garçon épicier, entré le 14 mai 1870 dans mon service, à l'hôpital du Midi, salle 6, lit 10, contracta vers le 15 septembre 1869 une blennorrhagie qui fut très-aiguë et très-douloureuse pendant quinze jours. Divers traitements furent inutilement employés. L'écoulement devint indolent, mais resta copieux. Dans la semaine du jour de l'an 1870, ce malade fut pris d'une ophtalmie catarrhale de l'œil droit; dix jours après l'œil gauche devint malade et l'œil droit fut aussitôt guéri. Persistance de l'écoulement. Guérison de cette ophtalmie double au bout de trois semaines.

Aucune complication du côté des articulations pendant les mois de janvier et de février. Mais en mars survinrent des douleurs sous les deux talons, assez vives pour l'empêcher de continuer son métier. Peu de temps après, gonflement des articulations et des gaines tendineuses du dos des pieds; ensuite douleurs aiguës dans l'articulation sacro-iliaque et la hanche droites. Ces accidents ont persisté avec des alternatives de mieux et de plus mal pendant les mois de mars et d'avril.

Lors de son entrée, je constatai les phénomènes suivants : Écoulement abondant et non douloureux, arthralgies sans épanchement ni déformation dans les articulations sus-indiquées. Douleur et gonflement dans l'articulation du coude gauche. Outre les arthralgies du genou et de la hanche gauches, il existait des irradiations douloureuses qui suivaient le trajet du sciatique et causaient au malade de cruelles souffrances. Il y avait une véritable névralgie sciatique.

Cet état de choses durait depuis plusieurs jours, lorsque je pris le parti de le combattre avec du chloral. Le 27 mai, je prescrivis un julep additionné de *neuf* grammes de chloral, à prendre dans la journée par cuillerées à bouche, de demi-heure en demi-heure.

L'effet immédiat des premières doses a été un besoin invincible de dormir. Quand le malade y cédait, le sommeil était parfaitement calme, et il revenait dès qu'on l'avait interrompu.

Vers la sixième cuillerée, disparition de toute douleur. Le soir appétit plus considérable que d'habitude. Aucun trouble du côté de l'estomac ni des intestins.

Ce n'est qu'après l'épuisement du julep que le malade a commencé à éprouver des éblouissements, de la titubation et quelques autres symptômes d'ébriété chloralique qui l'ont forcé de se coucher à six heures du soir. Il a dormi douze heures consécutives, et le sommeil se serait prolongé plus longtemps si on ne l'avait interrompu. Pas de rêvasseries. Auparavant les nuits étaient très-mauvaises.

Le lendemain matin, 28 mai, le malade dormait encore à huit heures et demie. Il présentait l'état suivant : Idées parfaitement nettes, mais grande tendance à s'endormir encore, mémoire intacte, aucun embarras de la langue, un peu de titubation, sécheresse de la bouche et soif. Sensation de lourdeur dans la paupière supérieure; conjonctives un peu congestionnées. L'haleine n'exhalait aucune odeur particulière; ni saveur ni odeur désagréables perçues par le malade. Analgésie assez prononcée; on peut lui arracher les cheveux sans qu'il le sente. Sens du tact un peu émoussé. Sensation de la température et du chatouillement conservée. Les douleurs arthralgiques ont complétement disparu, sauf celles du pied gauche. Urine peu abondante. Pas de transpiration. Mouvements des pupilles normaux. La sensibilité paraît être plus émoussée à la tête et à la face que sur les autres parties du corps.

Dans la journée du 28, la plupart de ces phénomènes disparurent; celui qui persista le plus longtemps, ce fut la lourdeur des yeux. Douleurs moindres que les jours précédents. Je ne redonnai pas de chloral, et cependant dans la nuit du 28 au 29, sommeil excellent.

Dans la journée du 29, état parfaitement normal. Diminution des douleurs. Du 29 au 30, nuit excellente.

Le malade sortit le 31 mai. La nuit du 30 au 31 le sommeil n'avait pas été bon, il était à peu près tel qu'avant l'administration du chloral.

Ainsi, *neuf* grammes de chloral pris à doses fractionnées dans une après-midi n'ont déterminé aucun trouble du côté de l'estomac et des intestins. Les phénomènes d'excitation ont été très-légers et dominés bientôt par les effets hypnotiques du médicament. Je ne pense pas qu'aucun des narcotiques connus puisse donner lieu à un sommeil aussi bienfaisant et aussi rapproché du sommeil normal. Est-ce après le sommeil de l'opium que le malade présenterait au réveil une fraîcheur de mémoire, une liberté d'idées comparables à celles que nous avons notées chez ce malade? L'action hypnotique s'est prolongée pendant trois nuits consécutives.

L'analgésie a été plus prononcée dans ce cas que dans aucun des précédents. Aurait-elle été de quelque utilité dans une opération chirurgicale? Non. La sensibilité à la douleur ne restait pas engourdie devant une excitation brusque et vive au plus fort du sommeil. Cette analgésie a disparu complétement au bout de vingt-quatre à trente-six heures.

Comme corollaire des effets précédents, il faut noter que les douleurs ont diminué d'une manière non équivoque, et que, pendant deux ou trois jours, elles ne se sont pas reproduites avec leur intensité première durant l'état de veille. L'action anesthésique du médicament était donc ici indépendante de son action hypnotique.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir les numéros des 12, 14, 16, 23, 30 juillet, 11 et 13 août 1870.

SUR LA PATHOGÉNIE DES CAILLOTS APOPLECTIQUES DU PLACENTA

Par M. Bailly, professeur agrégé (1).

Les deux observations suivantes, recueillies pendant mon séjour à la clinique et qui confirment, je crois, les considérations qui précèdent, donneront en même temps une idée des caractères extérieurs et des dispositions anatomiques que revêtent le plus habituellement les noyaux apoplectiques du placenta.

1re Observation. — H... Clémentine, 23 ans, d'une bonne santé et primipare, accouche naturellement, à huit mois et demi de grossesse, le 30 octobre 1857, d'une fille mort-née, dont le corps mollasse, couvert de nombreuses phlyctènes et fortement macéré, indique un séjour d'une semaine au moins dans l'utérus, après la mort. Aucun antécédent syphilitique, aucune altération suspecte des organes sexuels chez la mère.

Les suites de couches sont parfaitement naturelles, et le 9 novembre, l'accouchée quitte l'hôpital.

Le placenta présente des altérations remarquables. On y voit un type parfait de la dégénérescence graisseuse de l'organe, coïncidant avec plusieurs foyers hémorrhagiques. Le gâteau placentaire est ovale; sa longueur est de 18 centimètres, sa largeur de 15 centimètres seulement.

Sa face utérine est d'un rouge vineux, et marbrée de macules irrégulières, de formes et de grandeurs variables, d'un jaune pâle, qui contraste avec la coloration foncée du reste. Ces taches sont formées par la surface de cotylédons aplatis qui constitue un tissu compact, fibroïde et de texture filamenteuse. Ce tissu est friable et cassant. L'épaisseur du placenta est moindre dans ces points qu'au niveau des portions rouges. Celles-ci ne représentent guère que le quart de l'étendue totale de l'organe. Le tissu altéré en occupe les trois quarts.

Deux de ces lobes altérés, notablement ramollis et colorés en rouge-brun par l'imbibition de leur tissu, présentent à leur surface une sorte de cratère qui conduit dans une cavité remplie par un caillot fibrineux assez régulièrement sphérique, qu'on énuclée avec la plus grande facilité; le volume de ce noyau est à peu près celui d'une merise.

Des autres lobes placentaires qui sont le siége de la même induration, les uns présentent à la coupe un tissu grenu, homogène, d'un rouge foncé, coloration qui semble due à l'imbibition de la matière colorante du sang; les autres sont transformés en une masse grisâtre ou jaunâtre, de même teinte que les taches irrégulières dont il a été précédemment fait mention.

Les portions de l'organe qui ont conservé la mollesse spongieuse et les apparences du tissu placentaire à l'état sain, sont l'objet d'une exploration attentive, faite tant avec les doigts qu'avec le bistouri. En aucun point je n'y découvre de concrétion quelconque ressemblant à un caillot sanguin ancien ou récent.

La loi de la coïncidence des noyaux apoplectiques avec les lobes altérés du placenta et de leur exclusion absolue des parties de l'organe restées saines, se vérifie pleinement dans l'observation qui précède. La même loi ressort d'une manière tout aussi manifeste du fait suivant, où, avec des foyers sanguins d'un volume exceptionnel, on observe les dispositions variées qu'affecte la stéatose du placenta, et surtout les différentes phases de cette curieuse altération, depuis l'induration rouge qui en marquerait le premier degré, jusqu'au ramollissement et à la liquéfaction, qui représentent la période utile de cette évolution et peuvent donner lieu à la formation de véritables cavernes au sein des lobes fibro-graisseux.

IIe Observation. — D... Louise, 18 ans, lingère. Grande, constitution moyenne, santé bonne, cheveux d'un roux très-vif. Réglée à 13 ans, trois jours par mois, régulièrement.

Dernière apparition des règles du 6 au 10 décembre 1865. Absence totale de malaises jusqu'au septième mois de la grossesse. Vers cette époque, nausées, vomissements de mucosités à jeun. Épitaxis fréquentes. Prurit et œdème de la vulve. Infiltration séreuse manifeste des membres inférieurs jusqu'au niveau du genou, sans albuminurie.

Vers le milieu du mois d'août 1866, Louise D... commence à ressentir dans l'abdomen des coliques passagères, qui revêtent tout à fait le caractère de douleurs d'accouchement, le 26 août 1866. Elle se présente le même jour, à trois heures du soir, à la clinique, où la sage-femme s'assure que le col de la matrice est raccourci, mais non complétement effacé.

Deux lavements additionnés de quinze gouttes de laudanum de Sydenham chacun calment, sans les faire entièrement cesser, les contractions utérines prématurées; celles-ci reparaissent avec plus de force le 28 août, vers trois heures du matin, et expulsent, à neuf heures, une fille du poids de 1,620 grammes, par conséquent d'un développement incomplet, qui succombe au bout de quatre jours.

Un état fébrile modéré survenu après l'accouchement, n'empêche pas un prompt rétablissement de la mère, qui abandonne l'hôpital le 3 septembre suivant.

L'aspect insolite du délivre ayant frappé l'élève chargé de l'accouchement, on le conserva pour le montrer le jour même au chef de service. Il présentait en effet les curieuses altérations suivantes, que je m'empressai de consigner dans une note détaillée annexée au bulletin de cette femme, et que je transcris ici :

Le placenta est d'un poids moyen, d'un diamètre de 15 centimètres environ, sensiblement circulaire, et en divers endroits d'une épaisseur considérable, qui s'explique par les lésions hémorrhagiques dont il va être question.

La face utérine est inégale et déchirée par l'écartement violent de quelques-uns de ses lobes produit sans doute pendant la délivrance. Je n'ai pu savoir s'il y avait eu adhérence anormale et s'il avait fallu exercer des tractions un peu fortes sur le cordon. Cette face utérine, rougeâtre, est toute parsemée d'îlots jaunes, irréguliers, plus ou moins étendus, tenant à la présence de noyaux fibro-graisseux, et dont la réunion représente à peu près le quart de la surface totale de l'organe.

Une incision pratiquée verticalement sur les parties les plus épaisses du placenta fait apparaître deux foyers lumineux formés de sang coagulé noirâtre et de formation encore récente. L'un de ces foyers allongé, ovoïde, offre presque le volume d'un œuf de poule; il est tapissé par une membrane fragile, mince, qui paraît formée par la couche la plus externe du caillot, et repose sur les parois de la loge, dont il est facile de le séparer.

Celle-ci, de même configuration que le caillot qu'elle contient, forme une cavité régulière, sans anfractuosité. Le tissu placentaire qui circonscrit ce foyer est dense, ferme, très-peu vasculaire et

(1) Fin. — Voir les numéros du 26 juillet et 9 août 1870.

Un peu de fer et de silice;

Un principe à odeur de mousse de Corse, volatil.

« J'ai été chargé par Sa Majesté, dit le célèbre chirurgien, de soumettre cette substance au contrôle de l'expérience.

« Je l'ai employée sur plus de cent malades et pour les plaies les plus variées, blessures, ulcères, cancers, etc.

« Mon appréciation, dans tous les cas, peut se résumer en quelques mots :

« Je n'ai pas constaté de différence notable entre cette plante et la charpie ordinaire; elle m'a semblé être un peu plus absorbante que cette dernière. » (*Moniteur universel* du 7 novembre 1865.)

Depuis cette époque, elle a été l'objet d'expériences nouvelles de la part des chirurgiens les plus recommandables.

« Mille fois merci pour votre envoi de conferve bulleuse, écrit le docteur Legrand du Saulle; je viens d'avoir l'occasion de me servir de cette charpie végétale chez une femme de 40 ans, atteinte d'une large plaie à la jambe droite, et j'ai trouvé que votre conferve était un mode de pansement sûr et économique.

« Votre découverte réussira; vous avez imaginé une bonne et utile chose.... »

« La conferve envoyée par M. Chevreuse, dit le professeur Chauffard, me paraît dans un grand nombre de cas pouvoir remplacer avec avantage la charpie ordinaire. » (*Administration de l'Assistance publique.*)

MM. les docteur Parizot, de l'école de Nancy, et Demarquay, à la maison municipale de la rue Saint-Denis, se louent de l'emploi fréquent qu'ils font de cette substance.

Nous avons nous-même employé avec le plus grand succès la conferve chez un marin de notre service à Bourbonne, atteint depuis plus de quatre ans d'ulcères chroniques de la jambe droite.

Nous pourrions fournir une série d'observations qui nous sont personnelles, mais, après les témoignages favorables des chirurgiens distingués que nous venons de citer, ce serait allonger sans utilité ce travail.

Chargé dernièrement du service des vénériens à l'hôpital militaire de Lyon, nous nous sommes servi de la conferve bulleuse chez un nombre considérable de malades. En raison de sa texture, de sa souplesse, de ses propriétés particulières, elle nous a paru, dans le pansement des chancres et ulcères syphilitiques, devoir être préférée à la charpie ordinaire.

Les conferves se trouvent en telle abondance dans les mortes de la Moselle, que, dans une seule, on a pu en faire recueillir, en une année, plus de vingt-cinq hottées.

Une morte de Chamagne et un étang près de Gemmelaincourt en sont habituellement recouverts d'une si grande quantité que trois voitures ne pourraient les contenir.

Il n'est pas douteux que sur les bords de la Moselle, deux hommes, en très peu de temps, en recueilleraient assez pour approvisionner tous les hôpitaux de France et l'Algérie.

Les seules précautions à prendre pour conserver les conferves consistent à bien les laver pour les débarrasser d'une odeur de poisson assez prononcée et d'un principe vert putrescible, et à les faire sécher à l'air, dans des greniers ou au soleil. Une exposition un peu prolongée les rend presque complétement blanches.

On trouverait, dans l'emploi de la conferve comme charpie, une économie réelle qui a son importance; mais en cherchant à appeler l'attention de nos collègues sur l'usage de cette plante, l'idée économique nous a moins préoccupé que celle des services qu'on pourrait en tirer en route ou en campagne, si, ce qui n'est pas rare, la charpie venait à manquer.

Avons-nous besoin de rappeler que, dans une circonstance exceptionnelle, nous avons dû, en Algérie, pour suppléer à la charpie qui nous manquait, nous servir de l'étoupe de chanvre grossière dont les tuniques des soldats sont rembourrées? C'était une bien faible ressource en présence de plus de cent blessés.

Dans la rivière où nous faisions laver cette étoupe pour la débarrasser de la sueur ou la faire servir à un nouveau pansement, ces conferves, que l'on trouve partout, pullulaient en grande abondance.

La quatrième ambulance de la Société de secours aux blessés militaires part mercredi prochain.

La quête faite hier sur le parcours de la troisième ambulance a produit 10,570 fr.

Le nombre des infirmières inscrites étant très-considérable, la liste est close provisoirement.

paraît tout à fait impropre à remplir les fonctions d'absorption dévolues au placenta.

Le second foyer, assez régulièrement sphérique, bien circonscrit, et entièrement formé, comme le précédent, de sang noir coagulé, communique avec la surface du placenta par une petite ouverture étoilée. Le coagulum noirâtre offre le volume d'une petite noix. Il est également renfermé dans une membrane limitante qu'on sépare sans difficulté du tissu placentaire environnant.

Outre ces deux foyers sanguins de date récente, il en existe deux autres beaucoup plus anciens, de moindre volume, et composés entièrement d'une masse compacte et fibrineuse. Ces deux foyers occupent la phériphérie du placenta.

Le premier et en même temps le mieux circonscrit de ces deux noyaux, est inclus au centre d'un cotylédon complétement envahi par la stéatose; il a le volume d'une cerise et est entièrement circonscrit par le tissu placentaire altéré. On y découvre aussi sans difficulté une membrane isolante, fibrineuse, composée de plusieurs feuillets, dont les plus internes se confondent avec les couches extérieures de la masse fibrineuse centrale.

Le deuxième noyau, du volume d'un pois, offre la même organisation que le précédent.

Il est à noter que ces foyers sanguins d'âge différent ne se rencontrent que dans les parties les plus altérées du placenta, dans celles où la dégénérescence graisseuse paraît la plus avancée.

En ce qui concerne les portions fibro-graisseuses du placenta, je ferai remarquer qu'elles sont d'un volume et d'une forme très-variables : les unes se présentent sous forme de noyaux plus ou moins réguliers, de plaques minces et d'un diamètre variable, ou de tractus plus ou moins longs et irréguliers, qui traversent des portions saines en divers sens.

De ces parties indurées, les unes sont blanc jaunâtre ou franchement jaunes. Leur tissu est dense, d'apparence tuberculeuse, retenant quelque chose de la constitution spongieuse du tissu placentaire normal; on y reconnaît assez facilement encore une structure fibrillaire.

Plusieurs de ces noyaux, ramollis à leur centre, sont creusés de cavités à parois lisses, vides ou humectées par une boue brunâtre résultat de la liquéfaction du tissu graisseux ramolli.

En d'autres points, l'altération de l'organe se caractérise par l'accroissement de densité et de consistance du parenchyme placentaire, qui conserve une coloration rouge assez voisine de celle des parties saines.

Je fais remarquer encore que ce sont surtout les parties périphériques du placenta qui deviennent fibro-graisseuses les premières.

On cherche vainement les traces d'une hémorrhagie ancienne ou récente dans les lobules sains de ce délivre.

A la face fœtale du placenta, on aperçoit par transparence la coloration blanchâtre ou jaunâtre des noyaux fibro-graisseux. On trouve en outre sur cette face de petites vésicules remplies de sérosité transparente citrine. Ces vésicules mesurent de un demi à 1 centimètre de diamètre. Leur membrane d'enveloppe très-mince paraît formée par un dédoublement du chorion.

CONCLUSIONS :

1° Il existe entre la structure et les conditions physiologiques de nos organes d'une part, et d'autre part les maladies qui les affectent, un lien étroit qui détermine la nature et la forme de ces dernières. La pathologie, c'est un fait incontestable, est dans une dépendance naturelle et nécessaire de l'anatomie normale et de la physiologie; elle n'en est pour ainsi dire qu'un corollaire.

2° L'altération organique du placenta désignée autrefois par les noms *d'induration tuberculeuse ou cancéreuse*, aujourd'hui sous celui de *dégénérescence fibro-graisseuse*, n'est pas causée par une hémorrhagie interstitielle du parenchyme placentaire. Loin d'être la conséquence d'un épanchement sanguin, cette altération en est une condition préalable et nécessaire.

3° Les données actuelles de l'anatomie et de la physiologie éloignent l'idée qu'un caillot hémorrhagique puisse prendre naissance dans le placenta, aussi longtemps que cet organe conserve sa texture aréolaire et l'active circulation dont il est normalement le siége.

4° D'après mon expérience l'observation concorde sur ce point de science avec les inductions de la théorie.

Depuis que j'ai publié pour la première fois les idées qui précèdent dans la thèse d'agrégation de M. le docteur Charpentier, M. le professeur Depaul a communiqué à la Société de chirurgie un placenta duquel il résulterait que des caillots apoplectiques peuvent exister dans cet organe indépendamment d'une altération fibro-graisseuse ou autre qui eût précédé et préparé la lésion hémorrhagique. Si l'observation de M. Depaul est exacte et qu'aucune altération de structure ancienne pouvant justifier ma théorie ne lui ait échappé, il faut bien reconnaître que mon opinion n'est pas complétement vraie. Mais en admettant même que la doctrine que je viens d'exposer fût trop absolue, je croirais pouvoir soutenir que les exceptions à la règle que j'ai posée sont rares, et que, dans la très-grande majorité des cas, les choses se passent comme je l'ai dit. Je fais appel, sous ce rapport, à l'observation ultérieure de mon savant maître, mieux placé que qui que ce soit pour connaître la vérité à cet égard.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 16 août 1870. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1863 dans les départements des Alpes-Maritimes, du Gers et de la Manche (Commission des épidémies);

2° Une lettre de M. le docteur Lagosquié demandant la formation d'une commission pour une nouvelle analyse des eaux minérales de Miers (Commission des eaux minérales).

COMMUNICATIONS.

M. DE GÉRI, médecin-major de 2e classe au 58e de ligne, donne lecture d'une note dans laquelle il appelle l'attention de l'Académie sur le *couteau électro-thermique gradué* qu'il a imaginé pour la pratique des amputations.

M. LE PRÉSIDENT propose à l'Académie de voter une somme de mille francs pour les blessés de nos armées. Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

M. DEVILLIERS appelle l'attention de l'Académie sur les graves inconvénients qu'il y aurait à laisser s'accumuler dans les grands hôpitaux un nombre considérable de blessés. L'encombrement est, comme on le sait, la cause des fièvres et de l'infection putrides qui enlèvent un si grand nombre de blessés. Le remède à ce mal serait la dissémination des blessés sur une très-grande surface. M. Devilliers vient de parcourir le réseau du chemin de fer de Paris à la Méditerranée, et sur tout ce parcours il a vu 160 médecins tout prêts à donner des soins aux blessés que l'on transporterait sur cette ligne, et à les accompagner d'étapes en étapes jusqu'au lieu de leur destination. Il n'y a pas de villes, de villages, de bourgs, de maisons qui n'aient des lits immédiatement disponibles pour y recevoir des blessés. Il évalue à 6,000 le nombre de ces lits.

M. LE PRÉSIDENT dit que le mouvement de charité et d'assistance provoqué par la guerre actuelle se prononce de plus en plus d'une manière admirable. Ce qui manque, ce ne sont ni les secours ni les lits, mais des chirurgiens habiles et expérimentés. Il espère que le corps médical saura comme toujours faire son devoir et combler cette lacune.

La séance est levée à trois heures et demie.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 6 juillet 1870 (1). — Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. VERNEUIL présente le polype naso-pharyngien dont il a parlé dans la dernière séance, et donne sur l'*autopsie* les détails suivants :

L'autopsie complète n'a pu être faite; par conséquent nous n'avons pas pu nous assurer de la présence du sang dans les voies aériennes. Mais en examinant à loisir la région opérée, nous avons constaté des détails importants relatifs à l'implantation de la tumeur.

Celle-ci était certainement née à gauche, mais elle s'était progressivement étendue sur une très-large surface; elle adhérait 1° : à toute la face pharyngienne de l'apophyse basilaire; 2° à toute la face inférieure du corps du sphénoïde; le sinus sphénoïdal, largement ouvert et fortement dilaté, renfermait un lobe de la tumeur, du volume d'une grosse noisette et sans adhérence; 3° à la face latérale droite du vomer, dans l'étendue de 1 centimètre environ; 4° à la pointe du rocher, sur une surface large comme l'ongle; 5° à la base de l'apophyse ptérygoïde, qui avait presque entièrement disparu et n'était représentée que par des débris osseux mélangés de tissu fibreux; sur une lamelle osseuse flottante, on reconnaissait distinctement l'insertion du ptérygoïdien externe.

En bas, du côté du pharynx, l'insertion du polype était très-nettement limitée au niveau de la partie antérieure du trou occipital. Aucune adhérence, ni au ligament occipito-atloïdien, ni aux corps des vertèbres. La muqueuse de la paroi vertébrale du pharynx était absolument saine.

La narine gauche était très-amplifiée par le refoulement de la cloison exactement appliquée contre la paroi externe de la fosse nasale droite; cette dernière était complétement oblitérée. Quelques débris osseux représentaient encore la cloison qui sépare la fosse nasale gauche du sinus maxillaire du même côté; aussi les lobes nasal et maxillaire de la tumeur étaient restés distincts. Le rebord antérieur et inférieur de l'orbite avait été ménagé pendant l'opération; mais le reste du plancher de l'orbite avait été détruit, par compression, sans doute, de sorte qu'en arrière et en bas, la cavité orbitaire communiquait largement avec la plaie.

Enfin, et c'est là le point le plus important peut-être de cette exploration anatomique, on remarquait au niveau du trou déchiré antérieur une large perforation de la base du crâne capable d'admettre la dernière phalange du pouce, et, laissant pénétrer un lobe de la tumeur qui soulevait la dure-mère, sans avoir toutefois contracté d'adhérence avec elle; il eût été important d'ouvrir le crâne, pour savoir si à ce niveau le cerveau ou ses membranes avaient souffert de l'intrusion de la tumeur. Je ferai remarquer, toutefois, qu'il n'existait sur la face inférieure de la fibreuse crânienne aucune trace d'inflammation.

J'avais pu croire complète l'extirpation du polype; il n'en était rien. J'avais laissé un lobe volumineux qui, partant de la base de l'apophyse ptérygoïde, se dirigeait directement en dehors, refoulait la paroi latérale du pharynx, puis s'insinuait entre le bord postérieur de la branche montante du maxillaire et le bord antérieur du sterno-mastoïdien, et touchait enfin, par son extrémité libre, au sommet de l'apophyse mastoïde et à la face profonde du tégument. Ce lobe pourrait être appelé cervical supérieur; il était partout entouré de tissu conjonctif lâche; aussi son énucléation fut-elle facile. Vers sa face antérieure était accolée une petite tumeur fibreuse du volume d'une amande, presque entièrement libre ou du moins sans connexion avec les os. Je ne sache pas que l'existence de lobes libres ait encore été notée dans les cas de fibromes naso-pharyngiens. J'ai encore à noter une dernière particularité non moins intéressante. On admet en général, et avec raison, que les tumeurs en question naissent du périoste et laissent intactes les surfaces osseuses sous-jacentes, de sorte que, si l'arrachement est complet, ces surfaces sont dénudées, mais entières. J'ai pu, dans une autre observation, m'assurer de la réalité du fait; mais il n'en était pas de même ici. Nous avons déjà dit que la base de l'apophyse ptérygoïde avait disparu non par absorption, mais par une sorte d'envahissement interstitiel du tissu osseux par le tissu fibreux. Une disposition analogue se rencontrait à l'apophyse basilaire. Après avoir successivement extirpé les lobes nasal, génal et maxillaire, j'avais saisi avec de fortes pinces le lobe pharyngien jusqu'à sa racine et l'avais arraché totalement, en apparence du moins. Cependant la surface d'implantation à l'apophyse basilaire restait inégale et tomenteuse; le toucher donnait la sensation d'une surface spongieuse parsemée de débris osseux. A l'autopsie, je reconnus en effet, dans ce point, une substance composée de fragments de tissu spongieux, de lambeaux de tissu fibreux et de plusieurs petites tumeurs fibreuses arrondies, régulières, du volume d'un grain de chènevis ou d'un pois. En énucléant avec un instrument mousse cette substance, je constatai qu'elle occupait le centre même de l'apophyse basilaire, laquelle était excavée et réduite, du côté de la cavité crânienne, à une couche très-mince de tissu osseux. En appuyant faiblement avec l'instrument mousse sur cette couche, je pénétrai facilement jusqu'à la dure-mère. Si donc, pour détruire en ce point les racines de la tumeur, j'avais ruginé ou appliqué le cautère actuel, j'aurais pu perforer la mince barrière osseuse.

Si je m'étais abstenu, la combinaison intime du tissu fibreux avec le tissu osseux et la persistance en ce point de petits lobes fibreux circonscrits auraient été l'origine d'une récidive presque inévitable.

En ce qui touche la structure de la production morbide, elle était en tout semblable à celle de ces fibromes, c'est-à-dire constituée par du tissu fibreux, des éléments conjonctifs à tous les degrés d'évolution et une quantité incroyable de vaisseaux, dont quelques-uns avaient jusqu'à 2 millimètres de calibre.

Les constatations précédentes sont de nature à atténuer quelque peu les regrets inspirés par cette fatale opération. Si la mort n'était pas survenue subitement, elle eût été la conséquence presque inévitable de la perforation crânienne et de la méningo-encéphalite consécutive.

M. LABBÉ. Le complément de l'observation que vient de vous communiquer M. Verneuil démontre qu'il s'agissait ici d'un polype à insertions multiples. Seulement, si l'on se rapporte aux faits déjà connus, on est porté à admettre que l'insertion véritable ou primitive de ces polypes est toujours pharyngienne, et que les autres ne sont que des adhérences secondaires consécutives à l'ulcération et à l'inflammation adhésive des tissus environnants.

M. DEMARQUAY. En face des dangers d'asphyxie inhérents à ce genre d'opérations, M. Demarquay se demande si une trachéotomie préalable ne serait pas chose à proposer. C'est ainsi, au moins, qu'il vit agir Blandin dans un cas où celui-ci essaya sans succès l'ablation par arrachement d'un polype naso-pharyngien. Il y eut une hémorrhagie foudroyante, et sans la trachéotomie, l'enfant aurait succombé inévitablement.

M. GIRALDÈS. Les détails anatomiques donnés par M. Verneuil demontrent de nouveau ce qu'on savait déjà, à savoir : le nombre parfois grand des adhérences du polype. La présence d'un lobe de la tumeur jusque dans le crâne, jointe à l'hémorrhagie, suffisent pour expliquer la mort sans faire intervenir en quoi que ce soit l'action du chloroforme.

M. VERNEUIL admet les adhérences consécutives dont a parlé M. Labbé, seulement il ne les croit pas assez fortes pour opposer une bien grande résistance. Par contre, l'implantatation réelle du polype peut, comme ici, envahir toute l'apophyse basilaire de l'occipital et les parties environnantes, à l'exception toutefois de la paroi postérieure du pharynx, qu'il a toujours trouvée respectée.

Le point intéressant de cette autopsie, c'est l'existence de petites masses fibreuses, entremêlées de détritus osseux dans l'épaisseur même de l'apophyse basilaire et jusque dans le crâne.

Pour faire pendant à la trachéotomie préventive dont a parlé M. Demarquay, M. Verneuil rappelle que deux confrères allemands ont proposé, dans les *Archives* de Langenbeck, une espèce de tubage de la glotte qui devra précéder toute opération sanglante dans la bouche.

Le malheur est que les chirurgiens ayant insisté jusqu'ici très-peu sur la gravité de l'ablation du maxillaire en pareils cas, on a glissé sur l'importance d'un moyen préliminaire quelconque, destiné à prévenir l'asphyxie et la mort; et nous sommes absolument hors d'état, quant à présent, de dire dans quels cas une opération de ce genre est indiquée et dans quels cas on peut s'en passer.

M. DESPRÈS, en se fondant sur la statistique de Heyfelder et d'autres, soutient que l'ablation du maxillaire est une opération qui, par elle-même, n'est pas grave.

M. TILLAUX est du même avis, et croit, en outre, qu'il faut faire une distinction entre les cas d'ablation pour tumeur propre de l'os et ceux où l'arrachement du maxillaire ne constitue que le premier temps d'une opération plus compliquée, comme lorsqu'il s'agit d'enlever un polype naso-pharyngien.

La gravité de l'opération, dans le dernier cas, dérive de la présence du polype et non de l'ablation de l'os maxillaire supérieur.

M. FORGET. En écoutant la description anatomo-pathologique donnée par M. Verneuil, je me rappelais un cas analogue que j'ai présenté à la Société il y a une douzaine d'années : c'était une observation de polype naso-pharyngien chez un jeune garçon incomplétement opéré par la voie nasale par notre collègue, M. Huguier. A l'autopsie, qui suivit de près la tentative opératoire, on constata pareillement l'existence de tumeurs multiples dans l'épaisseur des os de la base du crâne et jusque sous la dure-mère. Une, entre autres, remplissait les sinus sphénoïdaux et apparaissait comme pédiculée sur la selle turcique.

La multiplicité d'origine et la pluralité des points d'insertion de ces néoplasmes, la solidarité qui existe entre eux et le tissu osseux de la base du crâne, enfin, leur vascularité très-grande, indiquent suffisamment qu'il s'agit là d'autre chose que de vrais polypes, et que très-probablement l'on a affaire à une lésion à part du tissu spongieux de la base du crâne, propre aux sujets jeunes et dont les os sont en voie de croissance.

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 13 août 1870.

Nos maîtres avaient compris cette différence, aussi distinguaient-ils les polypes pharyngiens et nasaux proprement dits, de ces tumeurs multiples qui, nées des os du crâne et de la face, pénètrent dans les diverses cavités qu'ils concourent à former, et se comportent, à cet égard, comme de vrais cancers.

Dans le service de Boyer, je me rappelle avoir vu un garçon que Roux voulait opérer contrairement à l'avis du maître.

Il y eut hémorrhagie grave qui nécessita le tamponnement, et le jeune homme fut transporté dans son lit incomplétement débarrassé de son prétendu polype.

La même chose est arrivée à Lisfranc, qui renonça à achever l'opération, et le petit malade, rendu exsangue, succomba au bout de quelques jours.

En réunissant ces deux faits malheureux à celui de M. Verneuil et à huit autres que notre collègue dit avoir pu découvrir dans les divers recueils, en tout *onze*, on est à se demander s'il n'en ressort pas un enseignement pour la pratique, et si, conformément à ce que disait Boyer, il n'y a pas lieu de s'interdire toute tentative d'extraction en pareils cas.

Jusqu'ici la discussion a porté exclusivement sur la cause de la mort qui suit l'opération.

Sans doute cela est bon à savoir, mais ce qui le serait davantage, ce serait de pouvoir dire dans quels cas au juste il faut s'abstenir d'opérer et comment on pourrait arriver à un diagnostic exact de ces faux polypes.

Nul doute, et j'en appelle à M. Verneuil lui-même, que s'il avait pu prévoir ce qui lui est arrivé, il se serait abstenu de toute opération. C'est donc ce diagnostic qu'il faut s'efforcer d'établir sur des données certaines, si l'on veut éviter désormais les désastres chirurgicaux que cette discussion vient de mettre en évidence.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : F. Panas.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1870.

130. Loine (R.). Considérations sur certaines pleurésies idiopathiques à forme subaiguë (pleurésies dites latentes).
131. Pottier (Alexandre). Contribution à l'étude thérapeutique du bromure de potassium.
132. Faïd (Moustapha). Troubles de la sensibilité générale dans la période secondaire de la syphilis, et notamment de l'analgésie syphilitique.
133. Chassaigne (R.). Physiologie de l'équitation, de son application à l'hygiène et à la thérapeutique.
134. Canu (Léon). Etude sur les phénomènes pseudo-caverneux observés dans la pleurésie.
135. Larrieu (Édouard). Des hémorrhagies rétiniennes.
136. Bihorel (Auguste). Des cas douteux de la folie au point de vue clinique et médico-légal.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le ministre de la guerre vient de décider que tous les médecins et pharmaciens inscrits sur les listes du Val-de-Grâce, à la suite des examens qui viennent d'avoir lieu, seront retenus à Paris ou dans les localités où ils se trouvent en ce moment, et que, par conséquent, qu'ils soient gardes nationaux mobiles ou appelés en vertu de la dernière loi, ils n'auront pas à être dirigés sur les lieux de rassemblement indiqués à ces diverses catégories.

Des ordres analogues vont être donnés aux généraux commandant les divisions militaires pour qu'ils aient à prendre des mesures analogues en ce qui concerne les docteurs en médecine et les médecins et pharmaciens présentant certaines garanties, qui seraient compris dans les appels ordonnés.

Le ministre de la guerre se réserve d'employer ces médecins et pharmaciens suivant les circonstances.

— M. le ministre a décidé que trois concours seraient ouverts à l'École préparatoire de médecine de Bordeaux, à l'effet de pourvoir aux quatre nouveaux emplois de suppléants créés dans cette École par le décret du 11 avril 1870 (Bulletin n° 241, p. 176).

Les concours auront lieu, savoir :

Le 1er, le 24 août prochain, pour deux emplois de suppléants des chaires de médecine;

Le 2e, le 26 octobre, pour un emploi de suppléant des chaires de chirurgie et d'accouchements;

Le 3e, le 5 novembre, pour un emploi de suppléant des chaires d'histoire naturelle médicale, de thérapeutique et matière médicale.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 19 août 1870, à trois heures et demie précises, à l'Hôtel-de-Ville.

Ordre du jour : Communications sur les maladies régnantes.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 7 au 13 août 1870, donne les chiffres suivants :

Variole, 176.—Scarlatine, 10.—Rougeole, 9. — Fièvre typhoïde, 38. Typhus, ». — Érysipèle, 2. — Bronchite, 44. — Pneumonie, 32. — Diarrhée, 87. — Dysenterie, 7. — Choléra, 8. — Angine couenneuse, 3. — Croup, 5. — Affections puerpérales, 5. — Autres causes, 696.— Total : 1,122.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Infiltration urineuse. — Uréthrotomie.

Les procédés employés pour guérir les rétrécissements de l'urèthre peuvent être groupés en deux classes : ceux qui agissent d'une manière lente et progressive, et ceux dont le résultat est presque instantané.

Parmi les derniers, on peut citer spécialement :

1° L'uréthrotomie interne ou externe;

2° La méthode galvano-caustique chimique, imaginée par MM. Mallez et Tripier, etc. ;

3° Les divers modes de divulsion à l'aide de l'instrument de Holt, de Voillemier, etc. (M. Moreau Wolf a préconisé un divulseur rétrograde que nous ne pouvons juger, n'en ayant jamais vu aucune application, mais qui nous paraît exposer à la déchirure de l'urèthre en arrière du rétrécissement).

Les indications générales de toutes ces méthodes rapides sont à peu de chose près les mêmes. C'est surtout à la période aiguë des accidents urinaires, et lorsqu'il existe déjà de l'infiltration urineuse, qu'il n'y a pas lieu d'hésiter entre l'une d'entre elles et une de celles qui rentrent dans le premier groupe.

Que l'on préfère une dilatation graduelle alors qu'on a le temps devant soi, cela se comprend ; mais quand la rétention d'urine est absolue, ou quand déjà l'urine s'est épanchée en dehors du canal, « cherchant une autre voie, puisque la voie normale ne lui était plus ouverte, » diraient les partisans du vitalisme providentiel, « irritant les parties où elle séjourne et les ulcérant par son contact, » diront les autres ; quand donc on est arrivé aux accidents aigus de l'infiltration urineuse, ou quand la sonde conductrice peut à peine trouver sa voie, il faut agir vite, et rendre au canal, du premier coup, tout son calibre.

Tel était le cas chez deux malades qui se trouvent en ce moment à l'hôpital des Cliniques, où ils occupent les nos 3 et 4.

L'un est un homme de 40 ans, qui, atteint de rétrécissement depuis une quinzaine d'années, fut traité il y a six ans dans le service de M. Nélaton pour une première infiltration urineuse. Après avoir donné issue à l'urine par de longues incisions, on pratiqua la dilatation avec les sondes de gomme. Le malade passa trois mois à l'hôpital, puis il en sortit pissant bien. L'état resta satisfaisant, sans accidents nouveaux, pendant quatre ans environ. Il y a deux ans, une nouvelle rétention d'urine s'étant produite, le malade dut se faire sonder pendant quelques jours.

Depuis cette époque, le jet a diminué de plus en plus ; une infiltration urineuse se reproduisit, et cet homme dut entrer le 3 août dernier à la Clinique. Le lendemain, M. Labbé fit des incisions sur le scrotum, et le 4 août il pratiqua une uréthrotomie interne, qui amena l'écoulement d'une quantité anormale de sang. Depuis lors, une sonde fut laissée à demeure, et le malade va très-bien. Aucun accident d'aucune nature ne se produisit ; l'état est aussi satisfaisant que possible.

Chez un autre malade, opéré par M. Richet, et couché dans le lit voisin, les choses ne se passèrent pas tout à fait d'une manière aussi simple.

Cet homme, couché au n° 3, fut opéré le 27 juillet par l'uréthrotomie interne, pour des rétrécissements multiples dont le principal siégeait à la région bulbeuse. Il était entré à l'hôpital pour une rétention d'urine absolue, et ce fut avec peine que l'on put introduire la bougie conductrice. Le rétrécissement paraissait très-résistant et très-peu dilatable ; on en opéra donc la section. Peu après, tandis que le malade portait encore la sonde qu'on avait introduite après l'opération, il éprouva quelques frissons.

M. Richet quitta vers ce moment le service, où M. Labbé le suppléa, et le 9e jour après l'uréthrotomie on retira la sonde. Le soir même, le malade fut pris d'un frisson violent. Bien que la sonde fût restée en place pendant un temps déjà notable, puisqu'on la retire le plus souvent et sans inconvénient avant le 8e jour, on pensa que peut-être la cause du frisson était le contact de l'urine sur une plaie que la sonde ne protégeait plus. On se hâta donc d'introduire un nouveau cathéter. Mais bientôt on eut l'explication de ce dernier frisson violent et de ceux qui avaient précédé. Les uns et les autres n'étaient que les indices de la formation d'un abcès formé dans le scrotum, et qui devint assez volumineux.

Une fois cet abcès ouvert, tous les accidents se sont amendés, et le malade va très-bien depuis lors.

Dr VICTOR REVILLOUT.

CONFÉRENCE MÉDICALE DE PARIS

(8e séance. — Suite et fin.)

M. SAMAZEUIL lit une statistique de vaccination, recueillie à la mairie d'Auteuil, et très-défavorable à la vaccine animale.

Variole hémorrhagique.

M. MARCHAL (de Calvi). Je vais raconter un cas qui m'a consterné; un cas perfide, dans lequel toutes les circonstances se sont réunies pour déconcerter le médecin.

Il s'agit d'une belle et opulente créature, en plein épanouissement, ayant une intelligence ouverte et élevée; peintre et musicienne dans la bonne mesure; enthousiaste; faisant de son foyer modeste un centre d'attraction pour une société spirituelle et distinguée; entourée des tendresses de la famille et donnant aux siens plus encore qu'elle n'en recevait; sans pruderie et sans reproche, sans vanité, sans envie et sans coquetterie; toujours prête à tout voir, en vraie Parisienne qu'elle était; prompte à se dévouer; une de ces femmes auxquelles on s'attache sans arrière-pensée, et qu se défendent par l'éclat de rire; une camarade charmante et sûre, ayant des antipathies franchement déclarées, mais étrangère aux insinuations, restrictions et petites trahisons que beaucoup de *chères amies* pratiquent volontiers entre elles; ayant un défaut mortel cependant, celui de dépenser sans mesure, de n'éviter aucune cause de maladie et de ne jamais penser que la mort est aux aguets.

Agée de 31 ans, elle était au-dessus de la moyenne; blanche et rose, avec de grands yeux noirs d'enfant, et une brassée de cheveux noirs tumultueux; mince et souple de la taille, large de la poitrine et du bassin; arrondie sans embonpoint; lymphatique avec de bons muscles. On disait qu'elle était la force dans la beauté.

Pas si forte pourtant. J'étais le médecin de son mari avant leur mariage, et je devins le sien. Dès le premier jour, elle me préoccupa : elle toussait souvent, respirait mal et facilement crachait le sang, au point de ne plus y attacher d'importance. Je lui avais donné de l'arsenic, de l'huile de foie de morue, de l'hypophosphite de chaux; je lui avais fait prendre le lait d'ânesse, et à diverses reprises je lui avais appliqué des vésicatoires volants sur la poitrine. Elle s'était fortifiée, et il m'arrivait à moi-même de ne plus songer à la tare pulmonaire.

Elle ne devint grosse qu'après plusieurs années de mariage, il y a trois ans environ. L'accouchement fut suivi d'accidents d'ovario-péritonite à droite, qui eurent plus de durée que d'intensité et qui avaient laissé dans la région iliaque un engorgement douloureux, passant de temps à autre à l'état aigu, contre lequel j'employai les émollients, les pommades sédatives et résolutives, les vésicatoires volants, l'enduit au collodion, qui impatientait la malade et auquel je ne pus l'habituer, finalement les douches froides tous les matins au gymnase Paz, qui eurent un excellent effet sur la constitution et aussi sur l'affection locale. La région iliaque était plus souple, beaucoup moins douloureuse à la pression.

Nous en étions là lorsque malheureusement une nouvelle grossesse se déclara. Au cinquième mois, une chute eut lieu, et un peu de sang coula. Le repos, les bains tièdes, parèrent à cet accident, et Mme R... arriva à la fin du septième mois. Ici commence une scène pathologique qui eut un prompt et cruel dénoûment.

Le lundi 6 juin, dès le matin, je fus appellé auprès de Mme R..., qui, toute la nuit, avait souffert de douleurs *affreuses* dans les reins et dans les membres inférieurs. Elle n'avait pas d'expressions assez fortes pour rendre le supplice que les douleurs de reins surtout lui faisaient endurer. La matrice était contractée, d'une dureté ligneuse, et on ne pouvait la presser même légèrement sans causer une vive souffrance. L'enfant qui, la veille encore, remuait beaucoup, était réduit à l'immobilité. La peau était chaude, le pouls à 100, le visage animé, l'œil encore plus brillant que de coutume. Mme R..., que je n'avais pas vue depuis quelques jours, me raconta que l'avant-veille elle avait été à l'exposition des fleurs dans une voiture légère où elle avait été extrêmement secouée, et, que le soir du même jour, étant sur son balcon, vêtue d'une robe de chambre à manches ouvertes et tombantes, elle avait eu très-froid aux bras. Il y avait donc de quoi expliquer l'éréthisme utérin et l'imminence de l'accouchemen-. On verra cependant que la douleur atroce des reins avait une autre origine, un autre caractère. Je le dis par avance : c'était la rhachialgie variolique à son plus haut degré.

Je pensais d'autant moins, ce jour-là, à la variole, que, environ deux mois auparavant, j'avais insisté fortement pour que Mme R..., et son mari se fissent revacciner par M. Lanoix, à qui je les avais adressés.

Je prescrivis : 1° lavement évacuant simple ; 2° à neuf heures et

FEUILLETON BIBLIOGRAPHIQUE

HISTOIRE MÉDICALE DU TATOUAGE

ANATOMIE — PHYSIOLOGIE — MÉDECINE LÉGALE — PATHOLOGIE — APPLICATIONS CHIRURGICALES

Par le docteur ERNEST BERCHON,
Médecin principal de la marine, directeur du service sanitaire de la Gironde.

M. l'inspecteur général des services sanitaires, Fauvel, vient de déposer cet ouvrage sur le bureau de l'Académie de médecine, et nous ne croyons pouvoir donner une meilleure idée de l'ensemble de ce travail, fort original, qu'en empruntant à l'auteur un résumé de ses recherches. Nous lui laissons donc la parole, non sans insister pourtant sur le caractère de nouveauté de ses nombreuses et patientes investigations; sur la méthode et l'érudition dont il a fait preuve en plusieurs endroits de son livre, et sur l'importance toute pratique de ses conclusions médico-légales. Nous sommes assuré que nos lecteurs partageront notre avis en lisant le texte même, l'histoire médicale très-complète dont nous sommes heureux de leur annoncer la publication.

« Les vieux auteurs, que ne lisent guère bon nombre de médecins de notre temps, fort embesognés du présent et de ce qu'il peut rendre, avaient coutume d'adresser à leurs lecteurs bénévoles, soit au début de leurs livres, soit en terminant leurs écrits, un résumé succinct de leurs idées, accompagné presque inévitablement d'un appel à l'indulgence ou à la bienveillance. Ils espéraient sauver ainsi de l'oubli ce qu'ils croyaient avoir découvert ou mieux exposé que leurs devanciers, dans la parole desquels ils avaient trop souvent, il faut l'avouer, une confiance presque fanatique.

Nous avons bien changé tout cela, et cependant c'est sans contredit à notre époque qu'il devient plus indispensable que jamais de faire, en achevant une œuvre, un court exposé de ce qu'elle peut renfermer d'orignal et de pratique. Il est difficile d'être remarqué dans l'abondance croissante des publications médicales. Il est moins aisé d'être lu en un siècle que préoccupent fiévreusement tant de choses. Je me crois donc excusé d'avance si, pour ces raisons et d'autres qu'on devine, je sacrifie aux vieux usages en essayant d'indiquer sommairement ici ce qui me paraît devoir faire accorder quelque attention à mon travail.

C'est tout d'abord, croyons-nous, l'historique que nous avons tracé, en nous maintenant sur le terrain purement médical. Nous avons mis d'autant plus de soin à l'écrire, soit d'une manière générale, soit au commencement de chaque chapitre particulier, que le sujet était presque entièrement neuf, et que nous sommes fermement convaincu qu'un des moyens les plus certains de faire une œuvre utile de science (quel qu'en soit l'objet) est d'en exposer toutes les données existantes, selon l'ordre de leur apparition.

Cette méthode a été trop longtemps négligée, et il est peut-être encore des esprits qui ne veulent pas en reconnaître les avantages, sans qu'il soit bien nécessaire « d'inquiéter leurs têtes bien faites dans leur repos sur le mol chevet de l'incuriosité... » (Montaigne, *Essais*) et du contentement de soi. La génération médicale actuelle et celle qui nous succédera et surpassera auront promptement fait justice de ces retardataires du progrès, en prouvant sans réplique qu'aucun autre mode ne permet mieux d'embrasser tous les termes d'une question, d'en montrer les *desiderata*, d'en fixer l'étendue, d'en préciser le caractère, d'en faire apprécier les conséquences.

« La science, a dit M. Littré dans sa savante Introduction aux *Œuvres d'Hippocrate*, n'est, jamais, en effet, un fruit spontané ou la création d'une époque ou d'un homme, mais un héritage que nous avons reçu et que nous transmettons. » Et René Briau a développé la même pensée dans sa remarquable édition de *Paul d'Égine*, en ajoutant : « Rien ne s'improvise dans le vaste champ des sciences. Une découverte en amène une autre ; un enchaînement naturel plus ou moins apparent met tous les progrès du même ordre dans la dépendance les uns des autres, et fait procéder, par une genèse universelle, un développement nouveau d'un développement antérieur. »

Après avoir payé la dette du passé, j'ai abordé la partie anatomique du tatouage en exposant, dans un article spécial, les hypothèses émises sur le siége réel des substances colorantes déposées dans nos tissus, puis les recherches plus précises dues, sur ce point, à Royer, à M. F. Hutin et quelques autres auteurs.

Mes expériences personnelles m'ont ensuite permis de bien démontrer l'indépendance de l'épiderme relativement aux matières colorées introduites dans la peau. J'ai prouvé combient était variable

à midi, un quart de lavement d'eau tiède avec dix gouttes de laudanum de Sydenham par quart; 3° toutes les heures, pendant dix minutes, onctions très-douces avec la main sur tout le ventre avec un liniment d'huile de jusquiame et de chloroforme au tiers; 4° boissons rafraîchissantes *ad libitum*, notamment de l'orangeade; petits glaçons à laisser fondre dans la bouche; 5° eau de poulet froide.

J'oubliais de dire que la soif était inextinguible, et la bouche poisseuse, même un peu fuligineuse, ce qui me surprenait extrêmement.

Le soir, à six heures, les douleurs étaient un peu calmées. La peau étant chaude et sèche, au lieu de faire donner un nouveau lavement opiacé, je prescrivis une potion avec l'acétate d'ammoniaque et l'opium, à prendre par grandes cuillerées d'heure en heure.

Il n'y eut pas de transpiration, et la nuit fut très-agitée. Vers le matin, perte de sang assez abondante. J'en fus averti aussitôt, et je donnai un mot pour mon ami le docteur Mattei, qui ne se fit pas attendre.

Lorsque j'arrivai, à dix heures du matin, le travail était déjà assez avancé, et un peu après midi venait au monde une petite fille extrêmement grêle, qui cria très-fort, mais qui s'éteignit en quelques heures, malgré tous les soins. C'était le mardi, lendemain du jour où j'avais été appelé. Ce fut le docteur Mattei qui vit l'accouchée le soir.

Le lendemain mercredi, vers dix heures du matin, nous nous rencontrâmes auprès d'elle. Rien de particulier n'était survenu. Le docteur Mattei avait donné un laxatif qui avait procuré plusieurs garde-robes. Il fut convenu que je continuerais à voir la malade et que je n'appellerais mon confrère et ami que s'il survenait quelque accident. Les faits se succédèrent avec une telle rapidité que je n'eus même pas le temps de l'avertir.

Il n'y avait rien de précis, et je n'étais pas satisfait. Le pouls était à 100, *peu résistant*, la peau fébrile, le front chaud, le visage animé, la soif toujours vive. La malade ne se plaignait pas, mais elle ne manifestait pas ce bien-être qui suit la délivrance. Elle savait que son enfant était morte et n'en exprimait pas l'affliction à laquelle je me serais attendu de la part d'une personne à sentiments si vifs. Ma grande crainte était qu'il ne survînt une péritonite, par suite de l'existence du foyer permanent d'irritation dans la région ovarienne droite. Mais le ventre était affaissé, souple, la matrice convenablement rétractée, et je pouvais appuyer modérément sur la région suspecte sans provoquer de douleur. Alors, pourquoi ces signes persistants de réaction? C'est à ce moment (le mercredi) que l'idée de la variole se présenta à mon esprit. Pour ne pas inquiéter la malade, je lui demandai, comme au hasard de la conversation, si son mari s'était fait revacciner. Elle me répondit affirmativement, et j'ajoutai : Ah! oui; en même temps que vous? — Moi, docteur, me répondit-elle, je vous ai désobéi, et j'espère bien que vous ne me gronderez pas, puisque les femmes grosses ne prennent pas la petite vérole. — Ce n'était pas le moment de la dissuader, et je lui répondis qu'en effet elle n'avait rien à craindre de ce chef, mais que, comme dès à présent elle rentrait dans la loi commune, je la revaccinerais moi-même dès que cela serait possible.

Le soir de ce même jour, mercredi, j'assistais à la séance de la conférence médicale du gymnase Paz, lorsqu'on m'apporta un billet du mari, qui me suppliait de me rendre auprès de sa femme avant de rentrer chez moi. Dès la fin de la séance, j'accourus. L'état général était plus accentué; je fus surtout frappé de la rougeur de la face qui me fit penser au rash. Bouche toujours sèche; soif impérieuse; il s'était formé une fuliginosité sur les incisives supérieures. Aucune apparence de boutons. J'examinai le ventre; il s'était considérablement tuméfié depuis le matin, et il existait une douleur vive au simple toucher dans la région ovarienne droite. Ainsi paraissait s'expliquer l'aggravation de l'état général. Le pouls n'était pas à plus de 110; ce n'était pas pourtant celui de la péritonite; il n'était pas serré; il n'était pas non plus très-large; ce qui frappait le plus, c'était son défaut de résistance. Une large couche de collodion fut appliquée sur tout le ventre, y compris les flancs.

Nous arrivons au jeudi 9 juin, et nous touchons à la catastrophe. Ici encore on va voir l'horrible perfidie du mal. Le reste de la nuit avait été détestable. Un délire violent s'était emparé de la malade, qui, à tout instant, voulait quitter son lit. Le ventre, affaissé, n'était plus douloureux. Mais que vis-je sous le collodion? Une multitude de taches d'un rouge très-vif. Je découvris aussitôt la poitrine, et je constatai, particulièrement sur les côtés, un très-beau dessin de rougeole. Précisément, d'après ce que l'on me dit au moment même, un enfant de la maison, à l'étage supérieur, venait d'avoir la rougeole. La face était amplifiée et d'un rouge uniforme, un peu sombre. Mais j'ai vu, cette année, tant d'éruptions étranges, par exemple moitié rubéoleuses, moitié scarlatineuses, que ce symptôme ne m'apparut pas avec la signification que je lui attribue aujourd'hui. C'était un symptôme variolique. C'était le rash scarlatiniforme. D'ailleurs, comme je l'ai dit, pas un seul bouton. J'acceptai donc l'idée d'une rougeole; tout me l'imposait, et l'éruption même, parfaitement caractérisée, et le fait d'une rougeole qui venait de se présenter dans la maison. La malade, très-anxieuse, ayant l'esprit voilé, sans délire proprement dit, était mieux ou sensiblement moins mal que pendant la nuit.

Il y avait évidemment un redoublement violent, qui commençait vers la fin de la journée, montait dans la nuit et tombait vers le matin. C'était l'indication du sulfate de quinine. Je le dis au mari, mais j'ajoutai que nous étions au commencement de l'éruption, que si j'empêchais le redoublement, j'avais chance d'empêcher l'éruption à la peau et de rejeter la décharge sur le péritoine, d'autant plus que, circonstance importante à noter, les lochies étaient complétement supprimées depuis la veille. Je me réservais de donner la quinine le lendemain matin. Quant à la rougeole, je la voyais sans trop d'appréhension, et je pensais même qu'elle pouvait avoir un bon effet sur la santé habituelle, suivant le principe : *per totum corpus dispergatur morbus*. Mme R..., depuis le commencement de sa grossesse, avait une acné de la face; elle avait depuis trois ans un engorgement ovarien; je me flattais que ces affections seraient favorablement influencées par une vaste éruption aiguë, et j'espérais une récorporation. Je devais être cruellement déçu, parce que cette rougeole n'était pas une rougeole.

A ma visite du soir, le jeudi, le caractère de l'éruption n'avait pas changé. Je recommandai, pour la nuit, si le délire se reproduisait, des sinapismes réitérés sur les extrémités et des compresses froides sur le front.

Le vendredi matin, au premier regard jeté sur la malade, je vis que ses moments étaient comptés. Elle avait passé une nuit horrible. Fièvre, agitation, délire. Elle avait une grande difficulté à avaler et à respirer, et rapportait cette difficulté à la gorge, où des mucosités abondantes s'accumulaient : signe funeste, connu de tous ceux qui ont observé des varioles graves. Aucune apparence d'éruption dans toute la partie accessible de la gorge; loin de là, les tissus étaient exsangues. Le visage était pâle, avec une nuance livide; l'œil grand ouvert; la parole entrecoupée et haletante. Faites tout ce que vous pouvez pour me soulager, me disait la malade. Du reste, nulle idée de la mort prochaine. Je découvris le corps immédiatement. L'éruption morbilleuse avait disparu; mais il existait, aux régions inguinales et au pourtour, une volée de taches noires, bleues, rouge sombre, rouge vif, en éventail. En outre, à la partie interne des cuisses, tout du long, dans une grande largeur et jusqu'en haut, le tégument avait la couleur de l'ardoise. C'était, de tout point, ce que je venais de voir dans un cas de variole hémorrhagique. Mais, dans ce dernier cas, l'éruption pustuleuse, d'une confluence extrême, au visage surtout, un bouton touchant l'autre, révélait, du premier coup d'œil, la nature de la maladie; seulement les pustules étaient aplaties (sur fond lie de vin). Ici point de pustules; du moins je n'en avais pas aperçu jusqu'alors. En cherchant avec le plus grand soin, je finis par en trouver deux, petites, flétries, pourtant caractéristiques, à la main gauche : une à la région palmaire, l'autre à la région dorsale, entre les deux métacarpiens. La malade, qui suivait tous mes mouvements, me demanda avec épouvante si c'était la petite vérole. Ce furent les derniers mots que je lui entendis prononcer. Les poumons étaient perméables partout; le gargouillement laryngo-trachéal y retentissait à grand bruit. Le pouls, chose surprenante, n'était ni petit, ni très-fréquent, ce que j'avais vu dans l'autre cas de variole hémorrhagique; seulement il suffisait de la plus petite pression pour le faire disparaître. Je donnai quelques cuillerées de vin, et je me retirai navré et bouleversé. Je revins un peu après midi; la pauvre jeune femme venait d'expirer.

Je ne cherche pas à dissimuler, et je déclare tout net que le médecin s'est trompé; seulement il serait juste de dire qu'il a été trompé, et qu'il l'a été, comme je l'ai dit, avec une sorte de perfidie.

Le lundi, tout faisait penser qu'il s'agissait d'un accouchement avant terme occasionné par les cahots de la voiture et par un refroidissement ayant donné lieu à un rhumatisme utérin. J'ai su cependant que mon ami le Dr Mattei, frappé de l'aspect général de la malade, avait dit au mari que ce n'était pas un accident de couche ordinaire, et qu'il y avait *quelque chose derrière*. Il alla même plus loin, et, à cause des boutons du visage, il parla de la petite vérole; mais il revint sur cette idée, le mari lui ayant appris que ces boutons existaient depuis le commencement de la grossesse (acné).

Le mardi, l'accouchement eut lieu, et il ne fut question de rien autre.

Le mercredi matin, l'état était encore si peu alarmant, que le docteur Mattei, très-occupé ailleurs, me dit que puisque je voyais l'accouchée tous les jours, il ne reviendrait qu'autant que je le jugerais à propos. C'est cependant ce jour-là que l'idée de la variole se présenta à mon esprit, et que j'appris, par voie détournée, que, malgré mes instances, la malade ne s'était point fait revacciner. Dans la nuit de ce même jour, je fus ramené à mes premières appréhensions par une attaque d'ovario-péritonite, qui expliquait l'état général, et que je réprimai par l'enduit au collodion. Toutefois, j'étais étonné du caractère du pouls, qui n'était aucunement abdominal.

Le lendemain jeudi, je me trouvai en présence d'une éruption étrange (surtout au visage, qui était amplifié et d'une teinte rouge-cuivre, éclatante et sombre), mais dont le caractère principal était celui de la rougeole classique; et je fus conduit à accepter d'autant plus l'idée de la rougeole, qu'il n'existait aucune apparence de pustulation à la face, et qu'il venait d'y avoir une rougeole dans la maison.

Le lendemain, les symptômes hémorrhagiques ne laissaient aucun doute sur la nature de la maladie, qui s'accusait, en outre, par deux pustules, misérables, mais caractéristiques, et par l'anxiété respiratoire finale, due à l'accumulation des mucosités dans le larynx et la trachée (peut-être à une pustulation). Tout était perdu, il n'y avait plus qu'à regarder mourir.

Ainsi, c'est la variole, la variole à sa plus haute et funeste puissance, qui avait occasionné l'accouchement avant terme, qui avait donné lieu à l'atroce rachialgie et à l'intolérable douleur dans les extrémités inférieures; à l'éruption, non pas rubéoleuse, mais rubéoliforme, finalement aux accidents hémorrhagiques caractérisés, et aux deux seules pustules, qui étaient comme la signature de la maladie.

Les ignorants en prendraient occasion pour déprécier la médecine; les vrais médecins en jugeront autrement, et c'est là seulement ce qui importe.

Selon toute apparence, la mort, dès la première heure, était sûre de son coup. Il n'est pas moins vrai que je regretterai toute ma vie de ne pas avoir donné le sulfate de quinine. La journée était bonne; la nuit était terrible. Il fallait donner le sulfate de quinine à haute dose le matin. Il n'aurait fait que retarder la mort; c'est le plus probable; mais si je l'avais donné, je ne me reprocherais rien. On sait pourquoi je ne l'ai pas donné : j'ai pris pour une décharge rubéoleuse respectable une première manifestation varioso-hémorrhagique. Je me livre au jugement de mes confrères, en les priant seulement de tenir un compte exact de toutes les circonstances de la maladie.

EMPLOI DU CHLORAL

DANS LE TRAITEMENT DES ALGIES DE NATURE VÉNÉRIENNE (1)

Par Charles Mauriac,

Médecin de l'hôpital du Midi.

XI

Le chloral n'est pas toujours aussi bien toléré et ne produit pas toujours des résultats aussi satisfaisants que dans l'observation précédente. Le cas suivant en est la preuve.

M. D... Jacques, âgé de 33 ans, tailleur, entré dans mon service, à l'hôpital du Midi, salle 6, lit 11, le 25 mai 1870, est d'une constitution faible, d'une santé chétive et d'un tempérament très-ner-

(1) Suite. — Voir les numéros des 12, 14, 16, 23, 30 juillet; 11, 13 et 18 août 1870.

---

la profondeur ou le siége des dessins tatoués, et exposé quels étaient les caractères distinctifs des tatouages récents et anciens.

J'ai suivi les mêmes errements dans le chapitre consacré à la physiologie, sujet que Follin avait, presque seul, exploré avant moi, mais autour duquel pouvaient être groupés quelques faits signalés par d'autres médecins dans un but différent.

Mon étude particulière a compris, sous trois chefs : l'examen des conditionnalités des phénomènes physiologiques du tatouage; l'indication des modalités de la disparition complète ou incomplète des dessins, et l'exposé des conséquences pratiques qui découlent de cette disparition. Tout était, pour ainsi dire, à déterminer dans l'analyse de chacun de ces points, et j'ai pu décrire, pour la première fois, toutes les phases des tatouages, depuis le moment où cette opération est pratiquée jusqu'à celui où les dessins ont, en quelque sorte, fait élection de domicile dans nos tissus. L'exposition des divers modes de disparition de certaines images tatouées m'a mis en mesure de prouver qu'on ne doit présenter qu'avec une extrême réserve des affirmations judiciaires en pareille matière. J'ai pu, de plus, signaler un aspect de la question complétement inaperçu jusqu'à présent, à savoir celui des modifications que le développement normal des diverses parties de notre corps, et par conséquent de notre tégument externe, devait apporter nécessairement dans la configuration et la netteté des tatouages.

L'étude médico-légale laissait bien des points à discuter, bien des lacunes à combler, malgré les mémoires remarquables dus à Casper, de Berlin, à MM. Chéreau et Hutin, et surtout à M. Tardieu. J'ai résumé, avec quelque développement, les travaux successifs de ces auteurs, et mes nombreuses recherches m'ont fait ajouter plusieurs données importantes à celles qui existaient déjà dans la science sur le tatouage considéré comme signe d'identité individuelle. Sous ce rapport, j'ai reconnu trois catégories *nouvelles* de *signes positifs*, indépendamment de renseignements recueillis dans une large enquête sur l'âge, le sexe, la condition sociale, la nationalité, les professions, les goûts, les inclinations morales, etc., des individus tatoués. Ces trois classes sont : 1° celle des *tatouages surajoutés* à d'autres images pour modifier celles ci et en atténuer ou enlever complétement la valeur comme signalement; 2° celle *des tatouages employés pour masquer des cicatrices ou des altérations de la peau*; 3° celle des *tatouages simulés*. Des textes découverts dans le *Satyricon* de Pétrone prouvent que ces derniers n'étaient point inconnus des anciens.

Je suis certainement fort éloigné de demander avec un pétitionnaire au Sénat, en 1863, que le tatouage soit pratiqué d'une manière réglementaire à la naissance, dans le but d'assurer à chaque citoyen une marque infaillible ou indélébile d'identité. Cependant je dois dire que M. Delord, ancien magistrat et auteur de la pétition, faisait ressortir de nombreuses raisons à l'appui de sa proposition. Il est évident que l'emploi (sans doute gratuit et obligatoire) du tatouage pourrait fournir de fortes présomptions, sinon des preuves décisives, dans la recherche de l'identité de certains criminels, banqueroutiers, voleurs ou faussaires, saisis dans le pays qu'ils habitaient ou arrêtés en pays étrangers. Il pourrait, d'autre part, servir à exonérer de toute suspicion, prévention ou arrestation temporaire, les citoyens non porteurs des traces accusatrices; et le pétitionnaire convaincu supposait même que la publication officielle des signes constatés sur le corps d'individus morts loin de la mère patrie rendrait des services importants aux familles de ces individus dans un grand nombre de circonstances, telles que : vérification des décès, règlements de succession ou d'héritages, partages, etc.

Ces marques, imprimées par ordre, auraient été, sans contredit, assez complexes, car voici le texte exact d'un passage de la lettre que nous avons reçue de M. Delord, auquel nous avions demandé communication de ses idées : « Si mon système était adopté, en quelque pays que fût mort un Français, on aurait su de quelle commune et de quel département il était; on aurait connu ses nom, prénoms, date et lieu de naissance. Comme nous avons des ambassadeurs, des consuls, des chargés d'affaires dans toutes les parties du monde, s'occupant des intérêts de nos nationaux, on pourrait connaître facilement, par les publications qu'ils en feraient faire au *Moniteur* et dans les grands journaux, ce que sont devenues telles ou telles personnes dont l'existence, la résidence ou la mort offriraient de l'intérêt à leur famille. »

Mais, en regard de ces avantages, doivent être appréciées les difficultés, pour ne pas dire les impossibilités, d'une pareille réglementation. Elle serait d'ailleurs inefficace dans bien des cas, parce que nous avons tenté de détruire la croyance presque générale à l'indélébilité absolue des images tatouées. Les succès réels de quelques tentatives d'effacement des dessins constitueraient également de nouvelles preuves du caractère variable de marques regardées comme perpétuelles pendant la vie des individus qui en sont porteurs. La proposition singulière de M. Delord ne nous paraît donc pas appelée à entrer dans la voie d'une sérieuse expérimentation, ce que le Sénat avait décidé, du reste, en passant à l'ordre du jour sur la pétition. Le tatouage libre restera seulement, par sa signification

veux. A la suite d'une chute, il a eu une ankylose du genou droit et une atrophie de tout le membre correspondant. Il est petit et fort maigre.

Vers les premiers jours de mai, il contracta pour la première fois une blennorrhagie virulente qui se compliqua, au huitième jour, d'une orchi-épididymite droite, avec funiculite excessivement intense : fièvre, douleurs hypogastriques, coliques, rachialgie, névralgie abdomino-crurale, etc. Ces souffrances devenaient très-vives dans l'après-midi, se prolongeaient pendant la nuit et causaient une insomnie presque absolue. Inappétence complète ; le malade ne mangeait presque rien depuis le début de l'orchi-épididymite ; sa santé générale était sérieusement troublée ; il était triste, abattu et incapable de se lever et de marcher.

Le 30 mai, je prescrivis un julep additionné de *dix* grammes d'hydrate de chloral, à prendre par doses fractionnées dans la journée. Le malade n'en avait pris que deux cuillerées à bouche, c'est-à-dire *un* gramme *soixante-deux* centigrammes, lorsque, vers 11 heures, presque immédiatement après la deuxième cuillerée, il fut pris du besoin de dormir. Deux ou trois heures après, il eut un délire bruyant et gai. Il s'agitait dans son lit et parlait beaucoup. Il n'y avait du reste rien d'alarmant dans cette ébriété chloralique ; mais le malade avait perdu la conscience de lui-même. Ces phénomènes d'excitation étaient entremêlés de moments de calme produits par l'assoupissement. Ils ne cessèrent complétement qu'à la nuit. Vers huit heures, le malade s'endormit profondément, et ne se réveilla que le lendemain. A sept heures du soir, il rendit par le nez trois ou quatre cuillerées à bouche de sang.

Le lendemain matin, 31 mai, son pouls était calme, et même lent. Il avait un peu mal à la tête et était encore possédé d'un besoin irrésistible de sommeil. La sensibilité était un peu émoussée. Mais il y avait peu d'analgésie. Pupilles normales. Pas de congestion conjonctivale. Quelques nausées dans la soirée. Idées nettes. Pas d'hébétude. Aucun souvenir des phénomènes de la veille.

Je m'en suis tenu jusqu'ici à cette expérience chez ce malade. Il est évident qu'il était doué d'une susceptibilité nerveuse excessive qui devait rendre très-circonspect dans l'administration des agents thérapeutiques actifs. Sa santé délabrée, sa constitution chétive et surtout l'absence prolongée d'alimentation (le malade ne mangeait presque rien depuis huit ou dix jours), toutes ces circonstances avaient créé une sorte d'éréthisme que la moindre cause occasionnelle pouvait mettre en jeu. C'est ce qui explique sans doute comment les effets du remède ont été si disproportionnés avec sa dose. Si j'avais fait prendre le julep contenant *dix* grammes de chloral en deux ou trois fois seulement, j'aurais sans doute produit un empoisonnement dont les conséquences eussent été fâcheuses. Je me suis applaudi d'en avoir fractionné les doses, avec recommandation de n'en plus donner dès l'apparition des premiers phénomènes.

Ainsi, *un* gramme *soixante-deux* centigrammes, pris en deux fois, ont suffi pour faire perdre au malade la conscience de ses actes, et pour provoquer chez lui un mélange d'ébriété et de sommeil.

Le sommeil l'a emporté sur l'excitation et a duré jusqu'au matin, sans présenter rien de morbide. Pendant trente-six heures, le malade n'a ressenti aucune douleur. Il était naturellement triste et fort préoccupé de son état. Cependant l'ivresse provoquée par le chloral a été très-gaie et très-bruyante comme dans tous les autres cas où nous l'avons observée. L'anesthésie et l'analgésie ne paraissaient pas avoir été rélativement aussi prononcées que les autres phénomènes. L'action du chloral sur l'estomac a été insignifiante et s'est bornée à quelques nausées.

Faisons remarquer, en terminant, que l'épistaxis semble être ici, bien positivement, un effet du chloral.

XII

L'observation suivante présente de l'intérêt parce que le malade qui en fait l'objet avait l'habitude de faire des excès alcooliques. J'étais curieux de savoir comment son système nerveux, souvent éprouvé par l'ivresse, réagirait contre l'action du chloral.

M. R... (Charles), âgé de 33 ans, garçon marchand de vin, entré le 25 mai, dans mon service, à l'hôpital du Midi, salle 6, n° 25, contracta, vers le 20 avril 1870, une blennorrhagie très-aiguë qui fut traitée, au début, par des antiphlogistiques. Néanmoins, au dixième jour, il survint une orchite gauche violente avec coliques, nausées et douleurs abdomino-crurales rendant la marche impossible.

Depuis son entrée dans mes salles, les douleurs locales et les douleurs réflexes qui s'étaient propagées jusqu'au côté gauche du thorax, avaient résisté aux médications ordinaires. Elles se reproduisaient surtout pendant la nuit, si bien que le malade ne dormait que deux ou trois heures.

Le 30 mai, je prescrivis un julep additionné de *dix* grammes d'hydrate de chloral, à prendre par doses fractionnées dans la journée. De onze heures du matin à sept heures du soir, douze cuillerées à bouche furent avalées. Ces douze cuillerées représentaient environ *neuf* grammes *soixante-douze* centigrammes de chloral. Après les deux premières cuillerées, il se manifesta des phénomènes d'excitation cérébrale qui se changèrent bientôt en une ivresse chloralique bien dessinée. Le malade bavardait, poussait des cris, chantait et se montrait d'une gaieté excessive qui lui était habituelle du reste, quand il se grisait avec du vin ou de l'alcool. Cette excitation cérébrale était si prononcée, qu'elle dura toute la journée sans être calmée et interrompue par le sommeil. Ce n'est que le soir que le malade s'endormit d'un sommeil calme et sans rêves, qui dura jusqu'au matin. A son réveil, il eut un moment d'excitation ; mais lors de ma visite, il ne présentait qu'un peu de lourdeur de tête. Il n'existait pas d'analgésie, et il ne s'était produit aucun trouble du côté de l'estomac et des intestins. Les douleurs n'avaient pas été perçues pendant tout le temps que le malade avait été sous l'influence du chloral. Il faut ajouter que pendant son ivresse chloralique, le malade, quoique peu maître de ses idées et de son langage, ne perdait pas tout à fait la conscience de lui-même. Il resta levé une partie de la journée ; mais sa démarche était normale. Je n'ai pas renouvelé l'administration du chloral.

Ce qui s'est passé chez ce malade pourrait faire supposer que l'habitude des boissons alcooliques émousse la susceptibilité du système nerveux et le rend moins apte à ressentir l'action des agents thérapeutiques. La dose énorme de *neuf* grammes *soixante-douze* centigrammes de chloral, admirablement tolérée par l'estomac, n'a pas produit en effet des résultats toxiques bien alarmants. Ce qu'il y a eu de plus caractéristique, c'est la longue durée de l'ivresse chloralique, qui n'a cédé au sommeil qu'au bout de huit ou neuf heures. Il est très-instructif de comparer ce cas avec le précédent. Chez le premier, *un* gramme *soixante-deux* centigrammes de chloral ont provoqué une ivresse chloralique plus profonde que les *neuf* grammes *soixante-douze* centigrammes qu'a pris le second.

ZONA (HERPÈS ZOSTER)

Traitement par les courants continus. — Guérison.

Par le docteur Picot, professeur d'histologie à Tours.

Le 2 avril 1870, Mlle X... (de Tours), âgée de 45 ans, se présente à ma consultation. Elle est atteinte d'une affection douloureuse du thorax remontant à six semaines, et qui lui occasionne des douleurs excessives la privant pour ainsi dire complétement de sommeil. La maladie a suivi les phases suivantes :

Ce fut d'abord une douleur intense avec élancements, douleur située sur la moitié gauche du thorax, s'augmentant et par la pression et par la respiration, surtout la respiration un peu profonde. Elle n'était point constante dans son acuïté, mais présentait des exacerbations nocturnes assez régulières. Deplus, elle s'accusait, au dire de la malade, davantage dans certains endroits que dans d'autres, et principalement vers la colonne vertébrale et vers le sternum. Au bout de trois jours, des petits boutons s'étaient montrés dans les points douloureux, puis, après avoir persisté pendant douze à quinze jours, s'étaient desséchés. Une seconde poussée de boutons semblables s'était produite ensuite, cinq semaines après la maladie, et pendant tout le temps qui s'était écoulé entre les deux poussées, les douleurs avaient persisté aussi intenses, aussi aiguës que dès le principe. La malade a essayé tous les traitements usités en pareille circonstance, et, malgré ce fait, l'affection persiste aussi violente.

L'examen *de visu* me montre ce qui suit : sur le côté gauche du thorax, dans un espace compris entre les quatrième et septième côtes, on voit une quantité considérable de petites vésicules remplies encore, pour la plupart, de sérosité. Ces vésicules sont disposées par groupes en nombre plus ou moins grand pour chacun des groupes spéciaux, et, de plus, elles entourent le côté gauche de la poitrine, dans les limites que je viens d'indiquer, d'une véritable ceinture. Elles s'étendent depuis les apophyses transverses des vertèbres dorsales correspondantes jusque vers la partie moyenne du sternum. Toutefois, à mesure que l'on s'avance vers la partie antérieure du thorax, leur nombre diminue et les îlots de peau restée saine sont de plus en plus larges. Toutes les vésicules que l'on remarque dans la région sont loin d'être au même degré d'évolution ; les unes, en effet, paraissent tout à fait récentes, d'autres sont à la période de complet développement, d'autres enfin semblent être déjà en voie de dessiccation. De plus, on remarque, dans les parties de la peau où n'existent pas ces lésions anatomiques, des points brunâtres qui ne sont pas autre chose que les vestiges des vésicules de la première éruption. L'exploration de la paroi thoracique montre l'existence des trois points douloureux classiques de la névralgie intercostale, mais le point moyen ou latéral est très-peu accentué. Rien dans la poitrine ; pas de diathèse, soit scrofuleuse, soit syphilitique.

De l'ensemble des symptômes ci-dessus, il était facile de poser le diagnostic : Zona, ou, pour nous servir de l'expression plus particulièrement scientifique, *névralgie intercostale avec synergie vaso-motrice*, affectant les quatrième, cinquième et sixième nerfs intercostaux du côté gauche.

Le traitement employé consista dans l'application des courants continus, qui furent mis en usage ainsi qu'il suit :

Les courants sont fournis par l'appareil de Remak. A la première séance, j'emploie douze éléments me donnant une déviation de 15 degrés de l'aiguille galvanométrique. Pour faire passer le courant, je place le pôle positif sur les apophyses épineuses de la colonne cervicale, en ayant soin de le promener de haut en bas de cette colonne, c'est-à-dire depuis la première vertèbre cervicale jusqu'à la première dorsale. Le pôle négatif, lui, est placé sur les points atteints de névralgie, et il est conduit le long du trajet de ces nerfs, depuis leurs points d'émergence de la moelle jusqu'à leur terminaison ultime vers le sternum. Chacun des nerfs est de la sorte soumis successivement à l'action du courant continu, et dans cette première séance, comme du reste dans les autres, je maintiens le passage de l'électricité pendant dix minutes pour chaque nerf. A la suite de cette séance, la malade a vu diminuer ses douleurs ; les élancements ont été, à son dire, moins fréquents et moins intenses, et elle a pu goûter un peu de repos.

Le lendemain et les jours suivants, je continue le traitement en procédant de la même manière ; toutefois je descends mon pôle positif jusque vers la troisième vertèbre dorsale et j'augmente le nombre des éléments de la pile, allant successivement à 15 et 20 éléments, qui me donnent une déviation du galvanomètre de 20° et 25°. J'arrive de la sorte à la 4e séance, et pendant tout le temps qui sépare celle-ci du début du traitement, la malade a vu diminuer notablement ses douleurs, de telle sorte que les élancements et les exacerbations nocturnes ont à peu près disparu. Il reste toutefois encore une douleur sourde qui s'exaspère par la pression, surtout dans les points classiques. L'éruption vésiculeuse, de son côté, s'est flétrie ; la rougeur générale qui entourait les vésicules d'herpès a disparu, et les vésicules elles-mêmes commencent à s'affaisser, à être moins tendues et à prendre une teinte brunâtre.

Deux séances nouvelles sont nécessaires encore pour amener l'affaissement complet de l'éruption. Après la 5e toute douleur avait disparu, même dans les points de repère ; la malade avait parfaitement dormi et se considérait déjà comme radicalement guérie. Après la 6e, l'éruption avait presque totalement disparu, et je crus qu'il n'était point nécessaire de poursuivre plus loin le traitement.

Je revis la malade le lendemain et le surlendemain, et je constatai ce dernier jour que l'éruption n'existait plus, et que l'on ren-

---

positive, un utile moyen d'investigation dans la constatation de l'identité individuelle ; plusieurs enquêtes de police ou de justice l'attestent.

Il en sera de même pour les *signes négatifs* fournis par les dessins, et j'ai rassemblé des observations précises relativement aux particularités de la disparition des tatouages, insistant beaucoup plus que mes devanciers sur la réserve à garder à ce propos dans les affirmations juridiques. Rien n'est plus difficile qu'une décision d'experts appelés par le ministère public à résoudre des questions qui n'ont pas encore été l'objet de travaux complets ou d'études. Et les difficulté croissent en proportion considérable quand les faits en litige ont d'étroites connexions avec les phénomènes vitaux qui se passent en nous. Il est au moins prudent de ne point présenter des conclusions trop hardies ou prématurées. Des exemples récents en ont montré le danger. L'on doit même, le plus souvent, se borner à exprimer franchement des doutes sans craindre les appréciations du vulgaire, exposé, par la publicité de la presse actuelle, à juger d'une manière presque toujours passionnée et peu éclairée les témoignages empreints à juste titre d'hésitation.

Une des parties originales de ce chapitre de notre livre est celle que j'ai consacrée à l'étude des moyens nombreux employés empiriquement ou méthodiquement pour *effacer* des tatouages. La découverte de textes curieux puisés dans les ouvrages de plusieurs médecins de l'antiquité, tels que Scribonius Largus, Marcellus Artius, Paul d'Égine, Avicennes, Actuarius, etc., donne un aspect tout nouveau à la question, en dehors de l'intérêt qui se rattache au seul fait de la restitution de la tradition médicale sur ce point singulier de recherches.

Un article également nouveau est celui dans lequel j'ai donné les raisons qui me portent à avancer que le tatouage doit attirer l'attention des juges et du public à tout autre point de vue que celui de l'identité individuelle. Seulement, par motif d'ordre logique, j'ai dû traiter des *poursuites judiciaires* et des *actions civiles* que peuvent occasionner, à mon avis, les piqûres des tatoueurs, après le chapitre où j'ai tracé d'une manière complète l'histoire pathologique de cette coutume.

Je n'ai pas à reproduire ici le résumé des observations cliniques qui forment la base de ce chapitre de mon livre. Une simple énumération suffit pour montrer combien était et est erronée l'opinion généralement reçue de l'innocuité du tatouage. Énoncer que j'ai pu réunir, par mes seuls efforts, 8 cas de mort causée par ces piqûres, 8 cas d'amputation plus ou moins grave, sans compter 29 observations de suspension de travail d'au moins un mois, et 2 faits d'accidents exceptionnels (inoculation de syphilis et anévrysme), prouve sans réplique le danger de la coutume en elle-même. Je crois donc avoir comblé une véritable lacune de la science en m'attachant à mettre en relief les graves conséquences d'un usage regardé comme inoffensif, ou tout au plus susceptible de déterminer une inflammation de peu de durée. J'ai d'ailleurs complété mon étude par une distinction basée sur l'expérience clinique des résultats pathologiques du tatouage, les uns purement inflammatoires à divers degrés, les autres reconnaissant une véritable cause septique.

La conclusion naturelle de l'ensemble de mes recherches est donc l'urgence de la prohibition d'une opération encore assez répandue dans quelques classes de la société et qu'on ne peut guère espérer voir disparaître. Son extrême antiquité et sa perpétuité constante jusqu'à nos jours le prouvent assez. Cependant, je n'ai pas cru pouvoir négliger l'examen des propositions faites par MM. Pauli, de Landau, Cordier et Schuh, de Vienne, d'employer méthodiquement ou chirurgicalement les piqûres des tatoueurs pour masquer certaines colorations morbides permanentes de la peau ou pour donner une couleur particulière à des lambeaux autoplastiques. La critique des faits avancés par les promoteurs de cette méthode fort oubliée, négligée ou condamnée jusqu'à présent, m'a fait voir qu'elle pouvait rendre de réels services dans des circonstances bien déterminées, et c'est à préciser les indications médicales du tatouage que j'ai consacré les dernières pages de mon livre.

Aux lecteurs bienveillants de décider si je n'ai pas été trop au-dessous de la tâche que j'avais entreprise.

L'Herpétisme ; pathogénie, manifestations, traitement, pathologie expérimentale et comparée, par le docteur L. Gigot-Suard, médecin consultant aux Eaux de Cauterets, médecin de l'hôpital de Levroux, membre de la Société d'hydrologie médicale de Paris. 1 gr. in-8 de VIII-468 pages. — Prix : 8 fr.

Variole-Vaccine, lecture faite à la Société médico-chirurgicale de Bordeaux, par le docteur Levieux, président de ladite Société, vice-président du conseil central d'hygiène publique et de salubrité de la Gironde. Brochure in-8 de 32 pages. — Prix : 75 centimes.

contrait en son lieu et place des taches gris-noirâtre semblables à celles qu'avait laissées à sa suite la première poussée vésiculeuse. Depuis ce moment rien ne s'est produit ; la malade, que j'avais priée de me donner des renseignements sur son état consécutif, n'a plus ressenti aucune douleur de la névralgie, et la guérison remonte déjà à près de deux mois.

En résumé, l'observation ci-dessus montre l'exemple d'une guérison en 6 séances, par les courants continus, d'un *zona* ou *herpès zoster*. On le sait, cette affection est souvent très-tenace, et on la voit fréquemment résister aux traitements les plus rationnels, alors même qu'il n'existe aucune lésion grave, soit locale, soit discrasique, qui puisse en être la cause. Sans doute, dans ces cas, Barensprung pense qu'il y a une véritable névrite ; mais, qu'il en soit ou non ainsi, il n'en reste pas moins établi, par le fait ci-dessus, qu'une affection de ce genre, avec poussées successives de vésicules herpétiques et datant déjà de près de deux mois, a pu être guérie, en six jours, par les courants continus employés comme je l'ai indiqué plus haut.

SOCIÉTÉ INTERNATIONALE

Secours pour les blessés.

3e Ambulance

Chirurgien en chef : M. Le Dentu.
Chirurgiens : MM. Burlaud, Raymond, Gadaud, Guillem.
Aides : MM. Duguet, Fevros, Landelle, Rathery, Lathier, Régnoult.
Sous-aides : MM. Rousset, Marel, Halprin, Crane, Sabatier, Hanne.
Comptable : M. Varnier.
Adjoint en 1er : M. Boulet.
Adjoint en 2e : M. Jardin.
Aumônier : M. Huot.
Aumônier-adjoint : M. Leforestier.

4e Ambulance

Chirurgien en chef : M. Pamard.
Chirurgiens : MM. Abadie, Charpentier, Mollien, Oldfield.
Aides : MM. Bartharez, Caubet, Dubois, Moynac, Terrillon, Tilloy.
Sous-aides : MM. Benoit, Braye, Villy, Lachanaud, Montano, Régnier, Reybert, Sutils.
Aumôniers : MM. Dargaud, Nouvelle.
Pasteur : M. De Présenzé.
Comptable : N.
Adjoint en 1er : M. Hazart.
Adjoint en 2e : M. Naudin.

5e Ambulance

Chirurgien en chef : M. Trélat.
Chirurgiens : MM. Championnière, Terrier, Delens, Penières.
Aides : MM. Bassereau, Challand, Culot, Grancher, Hervey, Hybord, Lamblin, Malassez, Menière, Muron, Peltier, Tiron.
Sous-aides : MM. Boissière, Delaunay, Dubout, Ducoudray, Kenick, Leloup, Lemaistre, Lavigne, Mazelet, Meunier, Mathieu, Moreau, Muzelier, Nadaud, Pageot, Perriquet, Pontan, Robin, Stéphanesko, Thénard, Pietkiewiez, Passaguay.
Pharmacien : M. Martin Georges.
Comptable : M. Deschamps.
Adjoint en 1er : M. Muller.
Adjoint en 2e : M. Maufus.
Adjoint en 3e : M. Wappers.
Fourrier : M. Mougin.

6e Ambulance

Chirurgien en chef : M. Piotrowski.
Chirurgiens : MM. Besnier, Chantreuil, Fernet, L'Abbé.
Aides-chirurgiens : MM. Thierry, Bordier, Fontaine, H. de La Lambie, Casimir Carcassonne, Legros, Jolivet, Marchand.
Sous-aides : MM. Robert, Darwin, Arthur de Roaldès, Fligel, Demouchy, Biernask, Norstrom.

7e Ambulance

Chirurgien en chef : M. Desprès.
Chirurgiens : MM. Blanche, Meuriot, Montfumat, Pelvet.
Aides : MM. Calmeille, Soubise, Miard, Gaubert, Amassieu, Guichard.
Sous-aides : MM. Vetaut, Morel d'Arleux, Guérin, Guyot, Desguignières (Paul), Desguignières (Ernest), Sabourin, Satre, Gueretin, Bauheben, Bonnand, Rehot.

8e Ambulance

Chirurgien en chef : M. Tardieu.
Chirurgiens : MM. Verrier, Davila, Charpentier, de Laissement.
Aides : MM. Champrigaud, Porte, Roustan. Ducroix, Rigand, Tribes.
Sous-aides . MM. Blanquart, Gros, Beau, Lucan, Bouvier, Finot, Guénot, Groyard, Wirmy.
Comptable : M. Boutard.
Adjoint en 1er : M. Guichard.
Adjoint en 2e : M. Graff.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — HÔPITAL BEAUJON (M. Dubrueil). Sur une modification de l'opération du varicocèle. — Note pour servir à l'histoire des lésions viscérales diffuses de la variole (M. Quinquaud). — Kyste hydatique de la rate s'étant vidé dans les bronches (M. Duroziez). — SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE. — Nouvelles.

HOPITAL BEAUJON. — M. DUBRUEIL.

Sur une modification de l'opération du varicocèle.

De toutes les méthodes usitées pour l'opération du varicocèle, une seule, je crois, peut être considérée comme jouissant d'une certaine efficacité : c'est l'enroulement de Vidal (de Cassis).

Les ligatures, de quelque façon qu'on les pratique, ne tardent pas en effet à être suivies de récidives ; la cautérisation elle-même n'en préserve pas davantage. J'ai vu, il y a un an, un malade que M. Cusco avait opéré à deux reprises, d'un varicocèle, par le procédé de cautérisation de Nélaton, et après la deuxième opération le varicocèle était revenu à son volume primitif.

L'opération de Vidal (de Cassis), diminuant la largeur du cordon, expose aux récidives infiniment moins que les autres, si elle ne les prévient pas d'une façon absolue.

Aussi est-ce elle qui est le plus souvent employée aujourd'hui dans les cas, rares, du reste, où les chirurgiens croient devoir agir d'une façon active contre les varicocèles.

Mais cet enroulement jouit-il de toute l'innocuité dont son inventeur l'a prétendu doué?

Je ne connais pas, je m'empresse de le dire, de cas de mort à la suite de l'enroulement ; mais cependant la bénignité de cette opération, surtout lorsqu'on la pratique dans les hôpitaux de Paris, n'est pas tellement certaine qu'une modification propre à la rendre moins dangereuse soit hors de propos.

L'enroulement étant pratiqué sous la peau et les dangers de la présence de l'air étant écartés, j'ai pensé que la cautérisation qui déterminerait d'une façon encore plus certaine l'obstruction des vaisseaux veineux par la formation de caillots et d'eschares et écarterait ainsi les dangers de la phlébite suppurative et diffuse, pourrait être combinée avec avantage à la cautérisation, et voici comment je suis arrivé à ce résultat : au lieu de me servir, comme Vidal, de deux fils d'argent, j'ai employé un fil d'argent assez fort et un autre de platine plus mince.

J'ai pratiqué l'enroulement comme on le fait d'habitude ; puis j'ai mis les deux extrémités du fil de platine en contact avec les deux réophores d'une pile de Grené (celle dont on se sert habituellement dans les hôpitaux pour la galvano-cautérisation).

En appliquant les réophores aussi près que possible des points d'entrée et de sortie du fil de platine, j'ai pu le faire rougir et cautériser les veines.

On a du reste une certaine difficulté à faire rougir le fil dans son trajet sous-cutané, en raison de la quantité de liquide dont sont baignées les parties au milieu desquelles il est plongé. J'ai dû me servir d'un fil de platine, car pour obtenir le même résultat avec un fil d'argent, il faudrait une pile d'une puissance extrême.

J'ai enfin tendu les fils et les ai fixés sur une bande, selon le procédé habituel.

L'opéré est un jeune homme de 16 ans, à qui son varicocèle causait de vives souffrances, et chez lequel il avait déterminé un commencement d'atrophie testiculaire.

L'opération n'a pas été plus douloureuse que ne l'est le simple enroulement. Au bout de huit jours, j'ai pu retirer les fils en coupant un pont très-mince de peau, et somme toute la cure n'aura pas demandé plus de trois semaines.

NOTE

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES

LÉSIONS VISCÉRALES DIFFUSES DE LA VARIOLE

(Clinique et anatomie pathologique)

Par M. QUINQUAUD.

Je veux exposer ici le plus brièvement possible le résultat de mes autopsies de varioleux, qui ont été faites à l'hôpital Saint-Antoine en 1868 (service de M. le Dr Laboulbène.)

Quelques-unes de ces altérations ont été décrites dans la thèse de M. Vialis (1).

(1) Thèse de Paris, 1870.

Elles ne se rencontrent guère que dans les varioles graves, dans celles où la maladie est à sa dernière puissance et possède tous ses attributs, et surtout dans la période fébrile.

Elles peuvent se diviser en trois catégories bien distinctes :

1° Lésions d'hypertrophie aiguë de certaines organes lymphadéniques ;

2° Phlegmasies dégénératives ;

3° Dégénérescences.

Je ne ferai point d'historique; je veux simplement énumérer *ce que j'ai vu.*

§ I. — LÉSIONS D'HYPERTROPHIE AIGUE DE CERTAINS ORGANES LYMPHADÉNIQUES.

1° *La rate* est souvent volumineuse, surtout dans les varioles à marche suraiguë; le tissu est assez ferme; sur une coupe, on peut voir que les corpuscules de Malpigni ont augmenté de volume, et sont entourés d'un *tissu très-vascularisé*; d'autres fois, ils sont eux-mêmes très-congestionnés ou le siége d'une hémorrhagie.

Au microscope, on retrouve la structure normale, sauf un état granuleux plus accusé que d'ordinaire.

2° Les *ganglions* lymphatiques, soit externes, soit viscéraux, deviennent gros, et cela dès le début : ils sont très-hypérémiés, très-friables et gorgés d'*un liquide transparent* qui renferme de nombreux éléments ganglionnaires.

Le volume en est variable. Tantôt ils diminuent peu à peu et reviennent en peu de temps à leur état normal ; tantôt, au moment de la dessiccation, il se fait une poussée inflammatoire, au moment des résorptions purulentes; une véritable adénite se déclare avec ses conséquences, ses décollements parfois multiples ; c'est ce qui arrive surtout à la région cervicale ; un de ses caractères c'est de se produire *rapidement* et d'arriver à la suppuration ; à l'aide d'incisions, de lavages alcoolisés et phéniqués on arrive en général à une guérison assez prompte.

L'adénopathie varioleuse est une lésion fréquente.

3° Les *follicules* clos et isolés de l'intestin sont volumineux; ils sont remplis d'éléments petits, cellulaires, sans dégénérescence; on les voit très-apparents ; il existe donc une *psorentérie* évidente.

Quant aux plaques de Peyer, quelques-unes sont un peu tuméfiées.

Nous verrons qu'il y a coexistence d'une phlegmasie superficielle de la muqueuse avec ces altérations.

§ II. — PHLEGMASIES DÉGÉNÉRATIVES.

1° *Le poumon* d'un varioleux peut présenter diverses altérations ; tantôt, et c'est là le cas ordinaire, les lobes inférieurs sont le siége de points atélectasiés ; le tissu est affaissé, flasque, un peu noirâtre, ne crépite plus ou à peine, mais il s'insuffle ; à ce niveau les bronchioles sont remplies de mucus puriforme, partant l'air ne peut pénétrer, en même temps le tissu se congestionne ; tantôt c'est un œdème plus ou moins étendu.

Enfin la pneumonie est la vraie lésion inflammatoire. Elle siége surtout aux bases, vers les bords antérieurs : à ce niveau on voit que la plèvre est dépolie, chagrinée par des produits albumino-fibrineux ; quelquefois au niveau d'un point pneumonique existe une *dépression* nette, noirâtre, ou d'un brun jaunâtre qui ressemble à un point gangréneux ; là existe un point atélectasié, non envahi par l'hépatisation, tandis qu'autour le tissu est induré.

A la coupe, on retrouve des noyaux indurés d'un jaune rougeâtre, à peine granuleux, à tissu friable ; par la pression, il s'en écoule souvent du liquide d'œdème : la périphérie est mal délimitée le plus souvent; quelquefois le contour du noyau est net.

Ailleurs les noyaux sont noirâtres, grenus et ressemblant beaucoup à de l'apoplexie; mais l'examen histologique démontre qu'il s'agit bien là d'une prolifération d'éléments ; d'ailleurs le tissu est plus grenu que dans l'infiltration sanguine.

Les noyaux siégent à la surface, ou dans la profondeur du parenchyme. Leur volume varie depuis celui d'une petite lentille jusqu'à celui d'une noix et plus.

Autour, les vaisseaux paraissent intacts. Au microscope, sur une coupe fine, on voit : 1° que les capillaires contiennent beaucoup d'hématies ; 2° que les parois des alvéoles sont le siége d'une abondante multiplication de petites cellules de 8 à 10/1000 de millimètre, et dont les noyaux ont un diamètre inférieur ; quelques cellules sont plus volumineuses et se rapprochent des éléments épithéliaux. Ce sont ces éléments granuleux, déjà en voie d'atrophie, qui pourraient faire croire à un exsudat protéique, tandis qu'il s'agit de la paroi des alvéoles vue de face ; il semble alors que l'alvéole est pleine, à la manière d'une vessie.

En certains points, la lésion est moins avancée; le phlegmon en est encore au retour pur et simple des cellules à l'état embryonnaire ; le réseau connectif est une sorte de filet à mailles assez serrées et très-apparent.

Il existe encore quelques corps granuleux, de nombreux éléments du sang.

Par l'acide acétique on fait pâlir la préparation, la graisse reste, ainsi que certaines matières albuminoïdes de composition.

En résumé, il s'agit là d'une phlegmasie pauvre, d'une *pneumonie lobulaire*, avec des éléments déjà en voie de régression.

Encore ici il n'y a pas prédominance d'éléments épithéliaux. Les petites cellules proviennent des parois : donc pneumonie *lobulaire* n'est point synonyme de pneumonie *épithéliale*.

Il est une autre forme de pneumonie varioleuse, c'est la *pneumonie vésiculaire*.

A la coupe du poumon, on distingue à l'œil nu et surtout à la loupe, vers les bords antérieurs de la base, de petits *points jaunes*, disséminés, opaques, du volume des granulations tuberculeuses, mais sans saillie; au microscope, on retrouve de petites cellules granuleuses, à contours irréguliers ; il est possible encore ici de voir que les parois alvéolaires contiennent dans leurs mailles de nombreux éléments analogues.

Tantôt ces points sont isolés, le plus souvent ils deviennent confluents par places, et ressemblent à des noyaux de pneumonie lobulaire; mais la périphérie est plus irrégulière, ils sont plus grenus, on peut y trouver un ou plusieurs points jaunes isolés; le contour est vascularisé, et s'ils existent au niveau de la plèvre, on peut les voir par transparence, ils ressemblent à de petits grains de semoule.

Ces noyaux peuvent se ramollir au centre et constituer une petite cavernule ; c'est là un phénomène plus rare.

Ces lésions peuvent coexister avec de l'œdème des noyaux apoplectiques, ou d'atélectasie.

Parfois ces petites agglomérations de vésicules enflammés deviennent grisâtres au milieu du tissu congestionné ; elles se ramollissent, se gangrènent ; néanmoins il est rare que cette dernière lésion soit très-avancée; le malade succombe avant que l'altération soit profonde.

Que la pneumonie soit lobulaire ou vésiculaire, agglomérée ou disséminée, les signes physiques appartiennent à plusieurs altérations ; car indépendamment des éruptions pustuleuses bronchiques, j'ai montré qu'il coexistait des apoplexies, des congestions, de l'œdème, de l'atélectasie.

Quoi qu'il en soit, à l'auscultation on trouve les signes suivants : râles sonores surtout inspiratoires; des bruits sous-crépitants à fines bulles, quelques-uns crépitants; quelques râles muqueux fins, assez humides. Quelquefois on constate un peu de submatité aux bases; parfois même on entend quelques frottements pleuraux.

En même temps, si l'éruption cutanée est en voie d'évolution, elle prend une *teinte violacée*, les pustules se *flétrissent*.

Comme phénomènes généraux notons :

1° La température, qui s'élève à 39°5, à 40° et au delà.

2° Le pouls qui monte à 100, 110, 140.

3° La respiration qui arrive à 38, à 48.

En même temps la langue se sèche, les fuliginosités buccales sont très-accusées; dans les derniers moments se montrent de l'agitation et du *subdelirium*, enfin de l'affaissement, et le malade succombe avec une température atteignant 41° et plus.

Telles sont les pneumonies qui surviennent dans les périodes vraiment actives de la maladie, pendant l'état fébrile; mais après la dessiccation on voit des pneumonies varioleuses, qui méritent d'être décrites à part. Dans un autre travail nous montrerons leurs différences cliniques et anatomo-pathologiques d'avec ces dernières.

Endocardite. — C'est une lésion qui n'est point fréquente; certes on rencontre bien souvent des rougeurs diffuses plus ou moins localisées, avec une certaine vascularisation des colonnes charnues; mais est-ce là un phénomène inflammatoire? Je n'en ai aucune preuve.

Mais voici des cas que j'ai observés, et où l'endocardite ne saurait être mise en doute.

Chez trois malades j'avais constaté un bruit de souffle à la base et au premier temps ; à l'autopsie voici quelles ont été les altérations : (D'ailleurs chez trois varioleux, décédés dans le service de M. Molland à la Pitié, j'ai pu constater les mêmes lésions.)

Tantôt les valvules, surtout leurs faces ventriculaires, sont recouvertes de petites masses gélatiniformes, rosées ou d'un rouge vif, faisant saillie, s'allongeant sous formes de traînés; tantôt ce sont de petites végétations rougeâtres. Par une dissection attentive on peut enlever une fine membrane qui les recouvre leurs siéges de prédilection sont les valvules sigmoïdes de l'aorte. La valve présente souvent quelques fins capillaires à la base.

A l'aide de suif fluidifié, on peut faire des coupes fines des valvules; alors on voit des cellules à noyau assez volumineux, gorgées de protoplasma ; au milieu on constate quelques petites agglomérations de granulations graisseuses, qui ont la forme de cellules à ramifications.

Certains éléments présentent des prolongements multiples; vers les limites de la lésion on peut voir que les couches sous-épithéliales de l'endocarde sont déjà le siége d'une irritation phlegmasique.

Sur certaines préparations la lésion semble plus superficielle; on aperçoit de jeunes cellules sans rameaux, à deux ou trois noyaux, arrondies, gonflées par du liquide demi-transparent; au milieu, on trouve quelques cellules à racines.

Signes. — Quand on examine tous les jours les malades on peut voir que, le plus souvent, c'est au moment de la fin de l'éruption, ou à l'époque de la suppuration que se montre l'endocardite ; alors on entend un bruit de souffle rude, dont le caractère varie suivant les sujets. Tantôt c'est un bruit assez intense, qui cache complétement

le bruit valvulaire; tantôt le bruit normal peut encore être entendu; d'autrefois enfin c'est un bruit *arrondi*, *rude*, sans souffle net, une sorte de vibration rude avec plus d'intensité au milieu de sa durée : il croît d'abord, puis décroît. C'est un crescendo uni à un decrescendo.

Les troubles du côté de la circulation péréphérique sont parfois difficiles à percevoir dans les varioles confluentes; le plus souvent la forme sphygmographique du pouls ne présente rien de particulier.

Quelquefois cependant j'ai pu constater quelques irrégularités; et surtout une *fréquence du pouls non en rapport avec la température*.

Myocardite. — Cette altération se rencontre surtout dans les varioles graves; car, dans certains cas de varioles bénignes, mortes accidentellement, deux fois j'ai trouvé le muscle cardiaque indemne : d'ailleurs, dans des varioles graves décédées le douzième ou le dix-septième jour, et même plus tard, la lésion n'existait pas.

Elle est caractérisée par une production de graisse et de matières protéiques dans l'intérieur des fibres primitives; un seul faisceau, quelquefois une partie de fibrilles est seule altérée, tandis qu'à côté d'autres sont saines : *dissémination*, telle est la règle; la dégénérescence est aussi la *lésion principale*. Dans certains cas, il existe bien un début de retour des myoclarts à l'état embryonnaire; mais la prolifération est à peine marquée. Il y a donc là un processus particulier.

L'altération est surtout accusée au-dessous de l'endocarde.

Signes. — Ici se présentent de grandes difficultés : j'ai constaté des myocardites les plus intenses sans aucun signe clinique appréciable; d'autres fois j'ai constaté un bruit de souffle, que j'avais rapporté pendant la vie à la myocardite; mais à l'autopsie il existait de petites végétations qui pouvaient expliquer le bruit morbide; néanmoins, avec un bruit arrondi, prolongé, non soufflant, à timbre spécial, on devra songer à une myocardite; j'y reviendrai dans un autre travail.

Hépatite. — Je ne parlerai pas ici de la dégénérescence graisseuse, que j'étudie ailleurs, et qui peut se trouver associée avec l'hépatite lobulaire.

Ces altérations sont caractérisées ainsi qu'il suit : tantôt on voit des masses du volume d'une noisette, qui semblent faire saillie sur la coupe; elles sont rougeâtres, arrondies; à ce niveau, le tissu est beaucoup plus friable, plus ramolli; au microscope, on aperçoit une matière rouge carmin qui colore certaines cellules hépatiques : ce tissu est très-vascularisé. Les éléments du foie, dans ces parties, sont graisseux et en voie d'atrophie. Tantôt ce sont des points jaunes friables, disséminés, dont les cellules sont aussi sur la pente de la destruction.

Ce sont là des lésions aiguës, où le travail phlegmasique est évident; ce sont des *hépatites lobulaires dégénératives*.

Néphrite. — C'est encore là une altération fréquente. Dans les varioles graves, dans les varioles hémorrhagiques, on trouve, surtout chez les alcooliques, des lésions manifestes : à la coupe, on voit un tissu de couleur chair d'anguille par places; en même temps qu'existe une congestion secondaire, les glomérules sont saillants, rougeâtres.

Au microscope, sur une coupe fine, on voit, par points, des tubuli granulo-graisseux qui sont bourrés d'épithéliums; ces lésions s'étendent à un groupe commun à une partie même du tube; elles sont disséminées.

Dans les varioles hémorrhagiques, on trouve, de plus, une infiltration sanguine des glomérules, et une hémorrhagie des calices et des bassinets.

Ces lésions se traduisent par la présence dans les urines d'une très-petite quantité d'albumine : c'est une albuminurie passagère.

Orchite. — Plusieurs lésions se rencontrent ici :

Ou bien c'est une vaginalite avec épanchement plus ou moins abondant : dans un cas j'ai pu très-bien constater la *transparence*.

D'autres fois c'est une *vaginalite sèche*; on sent des rugosités avec des sensations de frottements, en même qu'on détermine une douleur pathologique.

Dans trois nécropsies que j'ai faites, j'ai trouvé les lésions suivantes :

Chez l'un, il existait une phlegmasie proliférante du tissu connectif de l'épididyme : on voyait une matière rougeâtre entre les circonvolutions du canal, et histologiquement on apercevait de nombreuses cellules à noyau, des fibres élastiques et par places un peu de dégénérescence graisseuse. Au niveau de l'épididyme, il existait des traces d'exsudats jaunâtres sur la séreuse vaginale.

Chez l'autre, l'orchite était parenchymateuse et siégeait d'un seul côté; il y avait des points jaunâtres disséminés et quelques plaques plus indurées de même couleur. Un seul testicule était malade : au microscope, on voyait une atrophie graisseuse avancée des éléments des tubes séminifères.

Enfin, chez le troisième, il y avait une vaginalite : le liquide était citrin; sur la séreuse, sur places, on voyait quelques exsudats albumino-fibrineux.

En général, ces orchites surviennent vers la fin de l'éruption, au début de la suppuration, et l'œdème du scrotum, qui existe à cette époque, peut cacher les lésions de la vaginale et du testicule.

Dans une de mes observations, il était facile de constater la transparence; d'autres fois, c'est par la douleur provoquée du testicule que l'on arrive à poser son diagnostic.

Myosite. — Les muscles de la vie de relation, y compris les muscles du larynx, prennent part aussi au même processus; ils deviennent plus pâles, couleur chair de poisson.

Histologiquement on voit une altération granulo-graisseuse : là ce sont seulement des granulations protéiques, ailleurs des granulations graisseuses, ici des granulations albuminoïdes.

Tantôt elles sont disposées en séries suivant les lignes transversales, ou bien semées çà et là; les fibrilles présentent *l'état ély-troïde*. Les lésions sont localisées à une fibre primitive, à un faisceau, à une partie d'élément.

Tantôt les myoclastes sont revenus à l'état embryonnaire et peuvent faire croire à une vraie prolifération; d'autres fois, et c'est plus rare, ils sont un peu multipliés; mais ce qui prédomine, c'est *la dégénérescence*.

Ce sont là des myosites dégénératives.

Peut-être pourrait-on expliquer par ces lésions les myosalgies, les douleurs musculaires du début de la variole.

Phlegmasies superficielles des muqueuses. — Il ne faut point croire que la rougeole seule puisse déterminer des phlegmasies des premières voies; la variole elle aussi peut déterminer, quoique plus rarement, ces irritations inflammatoires, même avant toute espèce d'éruption : c'est une sorte de rash des muqueuses. Certes, le fait n'est ni aussi fréquent, ni aussi accentué que dans la rougeole; mais qui ne sait que certaines rougeoles ont ces phénomènes à peine marqués?

La phlegmasie superficielle du tube digestif est assez connue; la desquamation épithéliale buccale avec un léger gonflement et une certaine rougeur des gencives est visible pour tout le monde.

D'ailleurs, dans les autopsies, on trouve dans l'estomac une desquamation épithéliale exagérée, avec des piquetés hémorrhagiques qui démontrent là une congestion secondaire et une irritation.

De même pour l'intestin, où on distingue des follicules hypertrophiés; d'ailleurs la diarrhée n'est qu'un symptôme de cette prolifération superficielle.

Les muqueuses des yeux, de Schneider, du pharynx, du larynx, de la trachée et des bronches, peuvent également devenir le siége d'une irritation proliférante, qui se traduira, suivant l'intensité, par un peu de larmoiement, par du coryza, un peu d'angine, de laryngite, de trachéite et de bronchite. Après l'éruption, c'est une autre espèce de phlegmasie qui survient.

Ces faits, bien qu'exceptionnels, ont leur importance en clinique, et leur connaissance pourra faire éviter plus d'une erreur de diagnostic.

§ III. — Dégénérescences.

1° *De la glande thyroïde*. — Je n'ai point trouvé là de vrai travail phlegmasique, mais bien un simple phénomène de régression.

Certains lobules, certaines vésicules sont graisseux au point qu'on voit à l'œil nu ce processus dégénératif. Les vésicules sont remplies de granulations, de quelques corps granuleux.

Je ne parle pas ici de la substance colloïde, qui n'a rien à voir avec ces altérations.

2° *Des testicules*. — Ici encore c'est une simple lésion graisseuse : on aperçoit des points jaunâtres disséminés, dont le nombre varie. Au microscope, on constate de la graisse à l'état de granulations ou réunie en corps granuleux; parfois aussi, certains tubes renferment une matière albuminoïde beaucoup plus granuleuse que normalement, ce qui donne au tube de l'opacité.

Jamais le foie n'est plus altéré que dans les varioles foudroyantes, ou dans les varioles hémorrhagiques de cinq à six jours de durée.

Les lésions les plus nettes se rencontrent chez les alcooliques. Tantôt l'organe hépatique est jaunâtre, il semble qu'il soit teint par la bile comme dans les cas d'ictères : ceci se trouve dans les varioles hémorrhagiques rapides; il est volumineux, et présente même extérieurement une teinte jaune.

Au microscope, indépendamment de la dégénérescence granulo-graisseuse, qui est énorme, on voit une pigmentation jaunâtre des cellules; l'altération graisseuse débute par la périphérie des lobules.

Tantôt les lésions sont disséminées; on voit à la surface des taches graisseuses plus ou moins profondes, des îlots intra-hépatiques, des lobules de dégénérescence graisseuse. Les cellules sont gorgées de vésicules de graisse; certaines d'entre elles sont à peine grenues, déformées.

En général, ces dégénérescences aiguës du foie, unies aux hépatites lobulaires, ne produisent guère qu'une hypertrophie plus ou moins appréciable.

Cependant dans trois cas il en est résulté des troubles fonctionnels; au moment de l'éruption, il est survenu de l'ictère : un grand nombre de pustules étaient colorées en jaune; l'urine traitée par l'acide nitrique, un peu exposée au soleil, déterminait une couleur d'un vert clair; en même temps, les conjonctives étaient un peu jaunes.

La dégénérescence granulo-graisseuse soit des muscles, soit des viscères, avec ou sans lésions phlegmasiques, se rencontre surtout dans les intoxications varioliques graves avec mort dès les premiers jours.

Le passage de l'albumine dans les urines est un fait fréquent chez les vrais alcooliques, tandis qu'elle est rare chez les varioleux d'une bonne santé antérieure.

Qu'il nous soit permis, en terminant, de dire quelques mots des principales lésions des varioles hémorrhagiques rapides.

Indépendamment des dégénérescences viscérales aiguës, des lésions hypertrophiques, des pneumonies, des endocardites, on trouve des hémorrhagies multiples : 1° au niveau des pustules; là elles sont intra-papillaires, intra-dermiques;

2° Sous-séreuses;

3° Dans les colonnes charnues du cœur;

4° Sur le trajet des veines, même des bassinets et des poumons;

5° Dans les muscles de la vie de relation;

6° Quelquefois on trouve de petits points dans la substance cérébrale;

7° Au niveau du renflement lombaire, j'ai trouvé deux fois trois petits noyaux hémorrhagiques près de la substance grise, qui était congestionnée; les cellules de celles-ci étaient granuleuses, opaques, mais à contour net sans atrophie. Chez ces deux malades, la rhachialgie avait *été atroce*.

8° Dans le tissu pulmonaire (noyaux indurés à coupe lisse).

9° Dans différentes muqueuses : on connaît ces sortes de chémosis de la conjonctive produits par une infiltration sanguine.

En résumé, voilà des altérations qui *peuvent* expliquer certains phénomènes :

1° La leucocytose variolique trouverait sa raison d'être dans l'hypertrophie des organes lymphoïdes (il y a environ 1 globule blanc pour 100 globules rouges).

2° Les phlegmasies dégénératives et les dégénérescences ne pouraient-elles pas rendre compte de la gravité de la variole?

Et au lieu de considérer l'altération du sang comme primitive, ne serait-il pas possible qu'elle fût secondaire? Car, quant aux bactéries des varioleux, il faut y renoncer; du moins, malgré de nombreux examens histologiques, je n'ai jamais pu en constater.

Ne savons-nous pas que les lésions hépatiques, que la leucocytose, prédisposent aux hémorrhagies? Ne pourrait-on pas expliquer ces varioles graves hémorrhagiques par ces altérations viscérales, puisque dans ces cas on trouve des dégénérescences aiguës diffuses?

J'ai apporté quelques matériaux à l'appui de *ces hypothèses*; je désire que de nouveaux faits viennent les infirmer ou les corroborer.

Conclusions

Il existe dans les varioles graves ou de moyenne intensité, des altérations multiples. Ce sont :

1° Des lésions d'hypertrophie aiguë des organes lymphoïdes : rate, ganglions, follicules clos de l'intestin.

2° Des phlegmasies dégénératives des poumons (pneumonie lobulaire ou vésiculaire), du myocarde du foie, des reins, des testicules, des muscles de la vie de relation.

Certaines muqueuses avant l'éruption (celles du tube digestif, des yeux, du nez, du pharynx et de l'arbre aérien) peuvent exceptionnellement devenir le siége d'une phlegmasie superficielle.

3° Des dégénérescences aiguës de la glande thyroïde, des testicules, du foie.

Les lésions des varioles hémorrhagiques multiples consistent en des altérations viscérales multiples, en même temps qu'on trouve des hémorrhagies disséminées.

Peut-être ces lésions sont-elles primitives.

KYSTE HYDATIQUE DE LA RATE

s'étant vidé par les bronches.

Par M. Duroziez.

(Lu à la Société de médecine, dans la séance du 15 avril 1870.)

L..., âgé de 31 ans, fondeur, entre le 8 octobre 1850 et meurt le 24 janvier 1851.

En tête de l'observation, nous trouvons : hémiplégie gauche, affection chronique organique du cœur, rétrécissement et insuffisance auriculo-ventriculaire gauche; pleuro-pneumonie gauche; diarrhée, vomissements, mort.

On verra que l'autopsie a ajouté quelques renseignements, et, enfin, ce n'est que dernièrement, en relisant cette observation, que j'en ai compris toute la valeur.

Le malade étant donc dans le service depuis le 8 octobre pour une hémiplégie gauche avec lésion du cœur, eut quelques accidents nouveaux le 9 décembre. A gauche, en arrière, on entendit un souffle énorme dans toute la hauteur.

Le 10 décembre au soir, le malade est un peu moins affaissé; la fièvre est tombée, le pouls est à 80, 90; la chaleur de la peau est modérée; 30 respirations par minute. Le son est revenu dans le tiers supérieur au moins. En bas, la matité reste presque absolue à partir de la fosse sous-épineuse. Le souffle est, comme la veille, très-large, comme métallique et presque amphorique, tout à fait superficiel; le retentissement de la voix est éclatant et ressemble au bruit d'une trompette dont le pavillon serait appliqué sur l'oreille. Les râles muqueux éclatants constatés la veille et même le matin, ont en grande partie disparu; on n'en retrouve quelques-uns que dans les efforts de toux, sans traces de râle crépitant, même dans les inspirations les plus profondes.

Langue chargée d'un enduit un peu jaunâtre. Inappétence. Pas de selle depuis trois jours. Ventre assez souple d'ailleurs, peu développé.

Le vase renferme quelques crachats opaques, purulents, non aérés, avec des traces d'un mélange de sang altéré, couleur de lie-de-vin. (On diagnostique une pneumonie.)

13 décembre, soir. Chaleur fébrile et sécheresse de la peau. Pouls large, fluctuant, comme redoublé, sans résistance, à 98. 36 respirations à la minute.

En avant, à gauche, on entend la respiration dans la moitié supérieure, mais elle est rude, légèrement bronchique et mêlée de quelques râles ronflants et de bruits de soupape. Vers la région précordiale, on entend en outre, surtout dans l'inspiration, des froissements pleuraux. Dans le voisinage de l'aisselle, la respiration commence à devenir soufflante et le souffle se prononce d'autant plus qu'on se rapproche davantage des parties déclives. En arrière, il conserve les caractères que nous avons précédemment décrits et n'a perdu en rien ni de son intensité, ni de sa largeur, ni de son caractère superficiel. L'inspiration fait entendre en même temps des râles sous-crépitants plus ou moins gros, analogues à des gargouillements. La voix retentit comme une trompette. La matité s'arrête à la fosse sous-épineuse; au-dessus, la sonorité est assez bonne, de même qu'en avant.

Les efforts de toux font entendre des deux côtés des râles muqueux plus ou moins gros. On trouve quelques crachats mucoso-purulents, jaunâtres, opaques.

Le cœur offre les mêmes particularités que par le passé. Choc énergique précédé et accompagné d'un frémissement très-fin dans la région de la pointe, claquement du second temps très-fort et très-net dans le troisième espace intercostal vers le sternum. On entend au niveau du ventricule gauche, immédiatement avant le choc de la pointe, un bruit grave profond, suivi presque aussitôt d'un souffle prolongé, superficiel, imitant le bruit d'un jet de vapeur et se prolongeant au delà de la pointe, vers l'aisselle; celui-ci coïncide parfaitement avec la pulsation radiale. Au second temps existe un claquement d'autant plus dégagé et mieux frappé qu'on se rapproche plus de la base.

14 décembre, soir. La fièvre est tombée, la chaleur est modérée, le pouls à 90, régulier, redoublé.

En avant, à gauche, même résonnance, pas de râles. En arrière, le souffle n'a pas changé, non plus que la matité. On entend dans chaque inspiration des bulles qui éclatent comme dans une grande caverne.

Langue chargée d'un enduit très-épais, diarrhée abondante : les matières jaunes liquides s'échappent involontairement à chaque instant.

Le crachoir renferme, avec deux crachats opaques, des débris

d'une substance analogue à du blanc d'œuf cuit, mais qui, placée sous l'eau, se montre formée d'un certain nombre de feuillets emboîtés, sans apparence d'organisation. Il est évident que ce sont des débris d'hydatide.

16 décembre. Pouls à 96, chaleur fébrile. Pas de changement du côté des poumons.

21 décembre. La respiration se fait bien entendre en avant, sans aucun mélange de râles. Pas de crachats ce matin.

En arrière, souffle moins métallique et retentissement égophonique.

23 décembre. Chaleur presque normale. La respiration s'entend en avant; résonnance bonne.

En arrière, toujours du souffle avec retentissement éclatant.

26 décembre. Pas de chaleur fébrile. Le souffle a diminué et le gargouillement est presque nul.

28 décembre. Pouls 72, 76, parfaitement régulier. 20 à 24 respirations par minute. Le souffle diminue; un peu de résonnance, un peu de bredouillement. Le gargouillement presque nul.

9 janvier. Le souffle a encore diminué.

14 janvier. Souffle et retentissement de la voix.

23 janvier. Le malade est plus oppressé que la veille et se plaint de ne pouvoir uriner. Il a eu des vomissements bilieux abondants. Le pouls est très-fréquent et petit. La région hypogastrique rend un son mat jusque vers l'ombilic. Cependant la sonde, introduite dans la vessie, ne retire qu'une très-petite quantité d'urine, ce qui concorde avec le déplacement de la matité, suivant les positions affectées par le malade. Le ventre est tendu et douloureux partout à la pression.

Dans la nuit, les vomissements se reproduisent et le malade tombe dans le plus profond affaissement : il meurt le 24.

Autopsie. — Les poumons, et particulièrement le gauche, offrent à un certain degré l'altération connue sous le nom de splénisation. Le poumon gauche présente, en outre, une plaque fibro-celluleuse très-bien organisée et assez épaisse autour de son lobe inférieur.

Le cœur est adhérent par des toiles celluleuses denses dans la plus grande partie de son étendue; sa face antérieure n'est libre que dans la région de la pointe ou existent des fausses membranes gélatineuses. Les valvules aortiques, notablement épaissies, surtout vers leur bord libre, jouent bien, ferment convenablement l'orifice et n'apportent pas un obstacle notable au cours du sang. Les deux lames de la bi-cuspide, fortement épaissies et rétractées, fibro-cartilagineuses en quelques points, ne peuvent évidemment se rapprocher par toute l'étendue de leurs bords et présentent un peu la disposition annulaire, d'où résulte le rétrécissement marqué de l'orifice.

Le péritoine est rempli d'une sérosité louche qui, à la fin de l'écoulement, se transforme en pus mal lié, hétérogène, renfermant une énorme quantité de flocons albumino-fibrineux, opaques et mous ou diffluents dont quelques-uns sont nuancés de rose lie de vin. Le foie, les reins sont sensiblement normaux.

La rate est creusée en son milieu d'une vaste caverne remplie d'ichor lie de vin foncée et de flocons de tissu brun, noirâtre, qui paraissent n'être que le parenchyme de l'organe frappé de sphacèle; les parois de la caverne sont en partie constituées par le pancréas, l'atmosphère celluleuse du rein, le diaphragme et l'épiploon gastro-splénique.

Réflexions. — Dans l'autopsie, on voit qu'il n'est plus question de l'hydatide, qui, seule, pouvait expliquer toutes les lésions.

La pneumonie n'a jamais existé, on l'a vu; la splénisation se rattachait à la maladie du cœur et à l'épanchement pleural qui donnait aux bruits bronchiques le timbre amphorique et caverneux.

Les crachats ont été couleur lie de vin et évidemment étaient teintés par la boue splénique. Il n'est pas douteux que la poche hydatique de la rate, après avoir déterminé les adhérences que nous remarquons avec le diaphragme et avec le lobe inférieur du poumon gauche enveloppé d'une plaque cellulo-fibreuse très-bien organisée et assez épaisse, ne se soit vidée dans les bronches : à l'autopsie, il n'y avait plus aucune trace de la perforation.

Le cœur a présenté un rétrécissement mitral et, pendant la vie, on avait trouvé le bruit grave sur lequel nous avons insisté.

Le cerveau n'a pas été examiné, mais, probablement l'hémiplégie était due à une embolie.

En somme, nous avons eu affaire à un kyste hydatique de la rate, qui a fait croire à une pneumonie au troisième degré; à l'autopsie on ne trouvait plus qu'un sphacèle de la rate.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 13 juillet 1870. — Présidence de M. Guérin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine : Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, n° de juillet. — La *Gazette médicale de Strasbourg*. — Le *Montpellier médical*. — Le *Bulletin médical du Nord de la France*.

DISCUSSION

(Suite)

M. Verneuil. M. Forget pose une série de questions très-dignes d'examen, et auxquelles je vais m'efforcer de répondre.

Doit-on conserver le nom de polypes à des tumeurs à insertions larges et diffuses écartant et détruisant les os, se développant avec rapidité et causant dans les parties profondes de la face des ravages énormes? Ces tumeurs ne ressemblant en rien aux autres polypes fibreux, à ceux de l'utérus en particulier, ne devraient-elles pas être rangées dans la classe des cancers, dont elles ont la vascularité et la malignité? A cette question de nomenclature et de classification, je répondrai, qu'ici comme ailleurs, le mot polype est défectueux et doit être abandonné. Les tumeurs désignées sous le titre de polypes naso-pharyngiens naissent du périoste de la base du crâne et sont constituées par les éléments du tissu conjonctif. Il faut donc les appeler *fibromes périostiques de la base du crâne*. En s'accroissant, elles se logent là où ils trouvent des espaces libres et remplissent d'abord les fosses nasales et le pharynx, puis tous les interstices celluleux et au besoin les cavités osseuses ambiantes : orbite, sinus sphénoïdal et maxillaire, cavité crânienne elle-même, os, muscles, aponévroses, rien n'arrête leur expansion et ne limite leur action destructive.

Certainement elles ne sauraient être assimilées aux hystéromes ou polypes fibreux de l'utérus, lesquels ne présentent ni la même origine ni la même structure; mais elles ne doivent pas davantage être rangés parmi les cancers, dont elles ne possèdent ni la composition histologique, ni la marche envahissante, ni la tendance à la généralisation.

Certainement les fibromes constituent toujours une affection sérieuse; mais un bon nombre d'entr'eux se développent lentement, écartent seulement les parties circonvoisines sans les détruire, et cèdent à un traitement convenable. D'autres, à la vérité, ont une marche beaucoup plus rapide, une tendance opiniâtre à la récidive locale, et une résistance extrême à l'action chirurgicale; mais ils ne changent pas de nature pour cela, et représentent, qu'on veuille me pardonner l'expression, les mauvais sujets de la famille.

M. Forget a observé plusieurs cas de ce genre : les opérations entreprises par des chirurgiens habiles ont dû rester inachevées ou bien ont entraîné la mort, soit séance tenante, soit dans un délai très-rapproché. En pareille occurence, les vieux praticiens prêchent l'abstention. Ces considérations dictent à M. Forget sa seconde question : Doit-on opérer ces tumeurs avec la perspective d'un insuccès presque inévitable?

Une réponse catégorique est ici plus difficile à faire.

Si l'on pouvait connaître au juste et d'avance les dégats profonds, si l'on pouvait diagnostiquer la perforation du crâne, en un mot prophétiser sûrement la terminaison fatale, il faudrait sans doute s'abstenir et laisser mourir les malades sans abréger leur vie; mais le diagnostic reste le plus souvent incomplet, et si prévenu qu'on soit des éventualités les plus redoutables, une lueur d'espérance existe encore.

On a affaire à une affection presque nécessairement mortelle par elle-même. La thérapeutique rationnelle n'en peut même entraver les progrès. Des hémorragies incessantes, des douleurs quelquefois atroces menacent la vie. L'opération, en cas de succès, peut amener la guérison radicale. Quel motif arrêterait donc la main du chirurgien?

Est-ce l'âge des sujets? M. Forget a remarqué que tous les cas terribles auxquels il fait allusion se présentaient chez des enfants. La raison en est bien simple. A de très-rares exceptions près, les fibromes naso-pharyngiens ne se développent que dans l'enfance et l'adolescence; c'est donc à cette période de la vie qu'on rencontre les cas légers et bénins et les cas les plus graves. S'abstenir pour cette raison conduirait à laisser mourir une foule de sujets plus ou moins faciles à sauver.

Le volume de la tumeur, ses prolongements multiples, son développement rapide ne constituent pas davantage de contre-indications formelles, car on trouve dans la science une foule d'observations cliniquement semblables aux miennes, et dans lesquelles on a obtenu la guérison.

Ces conditions défavorables de la tumeur laissent seulement prévoir des accidents formidables pendant et après l'opération : l'hémorrhagie, la syncope, l'entrée du sang dans les voies aériennes; plus tard, l'épuisement, la méningite, etc.

Mais tout en assombrissant le pronostic, ces dangers peuvent être et ont été plus d'une fois conjurés.

L'état général serait un empêchement plus sérieux; mais on a sauvé des sujets épuisés et plongés dans le marasme, et mon malade était tout brillant de santé.

La nature histologique du parasite me ferait plutôt reculer. Je n'attaquerai point un ostéosarcome de la base du crâne; mais l'expérience démontre précisément que le cancer dans cette région est fort rare dans les diverses périodes de l'enfance.

En résumé, et malgré la douloureuse catastrophe que je vous ai fait connaître, je n'hésiterais nullement, ignorant, bien entendu, la perforation crânienne, à tenter de nouveau pareille entreprise, si périlleuse qu'elle paraisse et qu'elle soit en réalité.

M. Forgot, inclinant vers l'abstention, prête une attention secondaire à la recherche des causes de la mort. Les partisans de l'action pensent au contraire que c'est là le point capital, car les sources du danger étant prévues et constatées, il est plus facile de les prévenir.

Revenons donc brièvement sur les incidents de mon opération, et cherchons en conscience si j'aurais pu mieux faire.

L'anesthésie, l'hémorrhagie, la syncope, l'irrigation, l'introdution du sang dans les voies aériennes sont en cause. Toutes peut-être ont pris leur part dans le drame fatal. Examinons-les donc isolément.

Je glisse rapidement sur le chloroforme, tout prêt cependant à soutenir que son emploi est indiqué dans les opérations sur la face, au moins au début, et moyennant certaines précautions.

Je n'insisterais pas davantage sur l'irrigation d'eau froide, tout en tenant compte du fait rapporté par M. Labbé, et dans lequel cette manœuvre provoqua un accès de suffocation.

La position verticale momentanément donnée à mon malade a probablement favorisé la première syncope, je regrette donc de l'avoir commandée. Cependant M. Houël nous a dit l'avoir utilisée plusieurs fois pour achever l'arrachement des polypes.

L'hémorrhagie constitue en réalité le danger le plus redoutable. Elle est rendue presque inévitable par la structure de la tumeur. Lorsque celle-ci a de larges insertions et des prolongements multiples, le sang coule avec profusion et rapidité. La vie est immédiatement menacée par la syncope et l'anémie subite d'une part, et de l'autre par l'introduction du sang dans les voies aériennes. Les moyens préventifs sont de deux ordres; il faut : 1° supprimer ou modérer au moins l'écoulement sanguin; 2° lui fermer l'accès des voies respiratoires.

Pour remplir la première indication, on peut 1° aborder la tumeur par des ouvertures préliminaires étroites, et la détruire peu à peu, en plusieurs fois et par des procédés divers. Cette manière de faire, acceptable pour les fibromes naso-pharyngiens d'un volume médiocre, n'aurait pu convenir dans le cas que j'ai eu à traiter.

Je ne reproduirai point ici les objections que j'ai adressées jadis aux opérations préliminaires insuffisantes, et je persiste à croire que chez mon malade il fallait recourir à l'ablation du maxillaire.

2° J'aurais pu, à la vérité, faire l'extirpation en deux temps : dans le premier, j'aurais enlevé le maxillaire, mis à découvert le polype, et extirpé avec l'écraseur linéaire les lobes génal, nasal et maxillaire; je me serais arrêté là. Le lendemain, ou plus tôt, ou plus tard, n'ayant plus affaire qu'au lobe pharyngien et au pédicule principal devenus plus accessibles, je les aurais attaqués à l'insertion même, soit avec des caustiques puissants, soit avec des cautères incandescents de forme appropriée, soit avec l'arme galvanique ou la chaîne de l'écraseur, si j'avais pu contourner le pédicule principal.

A l'appui de cette proposition, je dirai que l'opération préliminaire, c'est-à-dire l'ablation de la mâchoire et la mise à découvert du polype, avait été rapide, sans douleur, grâce au chloroforme, et sans pénétration du sang (sauf une quantité minime à la fin), en raison du procédé particulier que j'emploie en pareil cas.

En ce moment donc, mon opéré ne courait aucun danger. Ce danger n'a commencé qu'avec l'arrachement successif des lobes et avec l'hémorrhagie presque incoercible inhérente à cette manœuvre, si rapidement et si énergiquement qu'elle ait été exécutée.

L'opération en deux temps génerait évidemment la restauration immédiate de la face, mais elle permettrait de procéder à l'opération fondamentale avec plus de sécurité, et surtout sans cette précipitation et cette anxiété qu'impose au chirurgien le plus hardi la crainte si fondée d'une hémorrhagie foudroyante.

3° On pourrait songer encore en pareil cas à la ligature préalable de la carotide externe. Je sais que dans la discussion célèbre ouverte jadis devant la Société, cet expédient a été défavorablement jugé; j'avoue encore que le cas récent que je vous ai communiqué ne plaide pas en sa faveur. Mais comme la question n'est pas définitivement résolue, je me crois encore autorisé à la poser de nouveau.

Dans la seconde série de moyens que je veux examiner, on ne se préoccupe plus de la perte de sang au lieu même de l'opération, mais bien seulement de la pénétration de ce fluide dans les voies aériennes. M. Demarquay rappelait les tentatives de Blandin, c'est-à-dire l'emploi de la trachéotomie préventive destinée à assurer la respiration pendant le cours de ces terribles opérations.

Cette pratique était presque oubliée dans notre pays. Les Allemands viennent de la rééditer avec perfectionnement, puisque non contents d'ouvrir la trachée pour permettre l'entrée de l'air aux poumons, ils obturent maintenant les voies aériennes pour empêcher toute introduction du sang dans les bronches.

Nous comptons déjà deux procédés : le tamponnement de la trachée et l'occlusion de l'orifice supérieur du larynx.

Le premier a été décrit par M. Brendelenburg (*Archiv. fur Klinische chirurgie de Longenbeck*, 12 volumes. 1er fascicule 1870); il consiste à introduire dans l'ouverture de la trachée une canule métallique ordinaire, revêtue d'un manchon de caoutchouc, lequel peut être gonflé à volonté, et, remplissant alors l'espace compris entre la canule et la paroi trachéale, s'oppose à l'entrée du sang. La respiration et la chloroformisation s'effectuent par la canule métallique.

Ce procédé n'a été employé qu'une fois sans trachéotomie immédiate, mais à travers une fistule de trachée et pour une opération pratiquée sur le larynx. L'auteur propose cet expédient pour d'autres opérations, entre autres la résection du maxillaire inférieur et l'extirpation des polypes naso-pharyngiens.

Le second procédé est dû à M. Nussbaum (de Munich). M. Nepveu en a donné une analyse dans un des derniers numéros de *l'Opinion médicale*. Voici en quoi il consiste :

Il s'agissait de l'ablation d'une tumeur du maxillaire supérieur chez une malade entièrement anémique. La moindre pénétration du sang dans les voies aériennes donnait lieu à des accidents immédiats. M. Nussbaum fit la trachéotomie préalable; après quoi, la respiration étant assurée, il introduisit au fond de la bouche et pour obturer l'orifice supérieur du larynx, une compresse pliée en quatre. L'opération terminée, on réunit par quelques points de suture la plaie de la trachée.

Voulant simplement exposer les diverses ressources que nous possédons, je m'abstiendrai de juger la trachéotomie préventive. J'inclinerai plutôt vers les moyens capables de maîtriser l'hémorrhagie pendant l'opération.

M. Demarquay. Je désirerais revenir sur la question de l'opération des polypes en plusieurs temps, proposée par M. Verneuil. Je me demande si l'ébranlement répété, sur un individu affaibli par une première opération, n'est pas en effet une contre-indication à cette manière de faire. Je pourrais citer à ce propos un fait de staphyloraphie, exécutée par Blandin en deux temps, et qui entraîna la mort de l'opéré.

M. Verneuil ne considère pas l'ablation préliminaire du maxillaire comme une opération grave. Ce qui est véritablement grave, c'est l'arrachement du polype.

M. Demarquay persiste à croire à l'ébranlement qui en résulterait. Il est disposé à admettre d'ailleurs que c'est à l'hémorrhagie qu'il faut attribuer en grande partie la gravité de l'opération; il cite à l'appui une opération d'amygdalotomie pratiquée par lui au bistouri. Il y eut hémorrhagie abondante et pénétration du sang dans les voies aériennes, qui lui a inspiré un instant des craintes sérieuses.

M. Giraldès est d'avis que l'accident le plus grave de l'opération consiste dans la pénétration du sang dans les voies aériennes.

Il n'a aucun fait à opposer, il est vrai, au tamponnement de la glotte. Mais *à priori*, il est porté à ne pas le considérer comme inoffensif pour la trachée.

M. Verneuil. Dans le procédé de M. Brandelenburg, le tamponnement avec trachéotomie ne parait pas avoir déterminé d'accidents; et il en a été de même dans le procédé de Nussbaum. Du reste, son but a été simplement de poser la question sans chercher à la résoudre, faute d'expérience personnelle.

M. Chassaignac pense, en se fondant sur la physiologie, que la condition de la pénétration du sang réside précisément dans l'anes-

thésie, tandis que le sang n'y pénètre pas, lorsque l'individu est éveillé.

M. DEMARQUAY comprend l'objection; seulement, comme tout le monde peut boire de travers, il arrive aussi que la pénétration du sang se fasse même à l'état de veille.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Méningo-encéphalocèle. — M. DEPAUL présente la tête d'un nouveau-né qui offrait cette lésion, et donne les renseignements que voici :

Il y a douze jours, M. le docteur Lowenhart transporta cet enfant à la Clinique, pour nous le montrer vivant, il était alors âgé de seize jours. Sa mère avait eu dix accouchements naturels et faciles. Dans sa dernière couche le travail n'avançait pas, malgré la dilatation du col, ce qui engagea la sage-femme à appeler à son aide le docteur Lowenhart. Celui-ci put constater l'existence d'une poche dans le détroit supérieur, et fut obligé d'appliquer le forceps, pour arriver à extraire l'enfant qui naquit vivant. Il pesait 3 kilos.

La tête extrêmement volumineuse avait été l'obstacle à l'accouchement. Celle-ci mesurait 17 centimètres dans son diamètre antéro-postérieur.

Il y avait du liquide en quantité dans la cavité crânienne et aussi, sous la peau du crâne. Quelques jours après la naissance le liquide s'est résorbé, et la pression atmosphérique a fortement aplati toute la région frontale.

Au niveau de la fontanelle antérieure on trouve une tumeur dure, du volume d'un petit œuf, que la dissection de la pièce démontrera très-probablement comme étant de la substance cérébrale herniée.

Ce cas, remarquable au point de vue du siége de la hernie au *niveau même d'une fontanelle*, nous montre l'une des terminaisons possibles de l'hydrocéphalie; à savoir, le passage du liquide encéphalique dans le tissu cellulaire, et la résorption de celui-ci. Une fracture transversale de l'écaille de l'os frontal, produite par le forceps explique suffisamment, dans le cas particulier, l'issue du liquide hors la cavité crânienne.

M. TARNIER juge la petite tumeur dure, comme une méningocèle qui s'est faite à travers la fontanelle, ainsi que cela n'est pas très-rare. Une fois il s'y est laissé prendre, croyant à l'existence de deux têtes fœtales, et par conséquent à une grossesse gémellaire.

M. BLOT a vu un cas analogue à celui cité par M. Tarnier, avec cette différence que la poche se trouvait à la base du nez, et avait le volume de la tête.

L'accouchement, quoique très-long, eut lieu spontanément, et l'enfant survécut un certain nombre de jours.

M. Blot possède aussi le moule d'une tête réduite et offrant une tumeur surajoutée, qu'on ne pourrait mieux comparer, pour l'aspect, qu'à une poire tapée.

M. HOUEL ayant examiné de près les treize faits contenus dans le travail de M. Spring sur la méningocèle, est arrivé à cette conclusion, que les prétendus cas de méningocèle ne sont en réalité que des encéphalocèles, avec *plus ou moins* de substance cérébrale dans la poche. Le liquide extérieur seul est dans la poche de la hernie, tandis que celui contenu dans le crâne est intra-ventriculaire.

Ceci nous explique pourquoi le siége de prédilection de ces tumeurs correspond aux cornes frontale, occipitale ou sphénoïdale du cerveau.

M. DEPAUL persiste sur la rareté du passage de la tumeur au travers d'une fontanelle, ainsi que cela s'observe ici. Le plus souvent c'est à travers l'os que cette communication a lieu.

M. GIRALDÈS. D'après le grand nombre de faits contenus dans les annales de la science, et en particulier dans les ouvrages de Robert Adams et Spring, il résulte que le passage de la hernie, se fait *constamment* à la place d'une portion d'os qui fait défaut, et non au travers des fontanelles.

M. TARNIER n'a pas cherché à préciser si c'est à travers la membrane ou l'os que la hernie se faisait. Sur quoi il a voulu surtout insister c'est que les encéphalocèles siégent le plus habituellement sur la ligne médiane ou sagitale du crâne.

Pour donner une idée de la difficulté du diagnostic en pareil cas, M. Tarnier cite un fait de tumeur prise, par M. Dubois, pour une tumeur érectile, et par M. Nélaton pour une encéphalocèle, tandis que Velpeau l'ayant jugée à juste raison comme fibreuse, l'opéra et guérit l'enfant.

M. GIRALDÈS pense que l'acupuncture sert à lever tous les doutes.

M. PANAS cite de son côté un cas de kyste dermoïde, siégeant à la racine du nez, ayant le volume d'un petit œuf, et sur la nature duquel bien des chirurgiens éminents avaient hésité à se prononcer.

Une *ponction exploratrice*, à l'aide d'une fine aiguille cannelée, lui permit d'asseoir un diagnostic assuré, et de procéder à l'extirpation de la tumeur kystique, qui contenait du cébum, et, au centre, un peloton de cheveux roux.

La séance est levée à 5 heures.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

Nous sommes heureux d'annoncer que M. de Schœnefeld, secrétaire général de la Société botanique de France vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Le comité international des secours aux blessés a l'honneur de prévenir MM. les médecins de Paris qu'un tronc leur sera remis à domicile pour les offrandes de leurs clients.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La médecine et la chirurgie des armées, l'hygiène du blessé, l'hygiène du soldat, telles sont les seules questions qui puissent intéresser en ce moment le corps médical.

Et encore n'est-ce pas pour en faire le sujet de longues et brillantes discussions. Nos académiciens ont le cœur trop français pour avoir l'esprit disposé aux contestations scientifiques. Chacun dit en très-peu de mots ce qu'il croit avoir observé; et ce qui pourrait donner matière à controverse reste dans l'ombre. La méthode de Lister, le traitement de la variole par l'acide phénique ont été mentionnés, tout à fait en passant, sans être jugés ni critiqués. On ne pensait pas à des objections, on écoutait et même on parlait avec une sorte d'indifférence.

Ceux qui craignent le mouvement dans les assemblées scientifiques n'auront jamais trouvé l'Académie plus sage, car l'attention était ailleurs.

L'attention, elle est tout entière aux nouvelles de nos soldats, ces admirables soldats français dont la presse médicale anglaise ait elle-même les plus beaux éloges.

« Le soldat français, dit *la Lancette*, alors même qu'il est mis à la demi-ration, alors même qu'on lui fait supporter de longs jeûnes, se bat avec vaillance et souffre avec noblesse. »

Or en Angleterre on admet que : « si la Providence paraît en général se déclarer pour les gros bataillons, elle se déclare plus sûrement encore pour les bataillons bien nourris. »

Nos confrères d'outre-Manche professent que les troupes en campagne doivent toujours recevoir une alimentation abondante et variée. Il faut augmenter leur ordinaire quand on augmente leur fatigue. C'est le moyen de leur donner toute la force de résistance dont elles peuvent avoir besoin.

La mortalité par suite de blessures comme par suite de maladie diminue, disent-ils, en proportion directe des soins donnés à l'alimentation ; et la valeur militaire elle-même, la résistance et la vigueur des combattants ne sont bientôt plus à comparer quand la nourriture est insuffisante.

De là vient cet étonnement devant la tenue de nos soldats soumis au jeûne. On oublie que les Français peuvent, à un moment donné, suppléer à ce qui leur manque en forces physiques par un surcroît d'énergie et de passion. Mais cela ne pourrait pas durer indéfiniment, et dans la pratique, le soldat anglais a bien raison de proclamer les droits du ventre.

Voici le régime que, dans une leçon professée à la *royale institution du service uni*, M. le docteur de Chaumont a proposé comme ordinaire du soldat anglais en garnison :

Viande.	1 livre.
Pain.	20 onces.
Pommes de terre.	16 —
Légumes frais tels que carottes, choux, etc.	4 —
Pois ou lentilles	3 —
Fromages	2 —
Lard, huile ou beurre. . . .	2 —
Sucre.	2 —
Sel.	1/2 —
Vinaigre.	2
Condiments.	à volonté.
Thé.	1/2 once.
Si on ne donne pas de thé, café ou chocolat.	2 onces.
Bière.	1 bouteille.
Ou bon vin rouge.	1/2 bouteille.

Ce menu devrait être augmenté dans une assez large proportion quand le soldat serait en campagne, et surtout les jours de bataille.

De cette manière, on pourrait éviter le scorbut et les maladies qui généralement déciment les armées.

Il faut noter que ce régime ressemble beaucoup à celui qui a permis d'accomplir avec des pertes complétement insignifiantes l'expédition anglaise d'Abyssinie.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Léon Labbé
Suppléant M. le professeur Richet.

Tumeur à médullocelles de la jambe droite. Amputation de la cuisse. Pansement phéniqué, d'après le procédé de Lister (d'Édimbourg). Guérison.

La nommée L... Marie-Adèle), âgée de 21 ans, couturière, est entrée à l'hôpital des cliniques le 28 septembre 1870.

Cette jeune fille n'a jamais eu la gourme, ni aucun autre trace de scrofules.

Elle a toujours joui d'une parfaite santé. La seule affection qu'elle ait eue dans son enfance est une rougeole fort bénigne, et qui n'a été suivie d'aucune complication.

Son père et sa mère habitent la campagne, sont très-robustes et se portent très-bien. Il en est de même d'un frère âgé de 24 ans.

Elle a été réglée pour la première fois à 14 ans, et depuis cette époque, ses règles sont toujours revenues d'une façon régulière.

Elle eut, il y a deux ans, plusieurs furoncles à la cuisse et à la jambe du côté droit, mais ils guérirent vite et faciment.

Il y a un an, sa santé était encore excellente. Cette jeune fille travaillait toute la semaine, faisait de longues marches, n'éprouvait aucun mal, aucun trouble de santé.

Un jour du mois de novembre dernier, comme elle était un peu fatiguée, elle pria son frère de lui retirer sa bottine. En ce moment, elle ressentit une douleur extrêmement vive à la partie supérieure et externe de la jambe droite. Il lui sembla, dit-elle, qu'on lui arrachait la jambe. Elle y porta alors instinctivement la main, et elle s'aperçut qu'il y avait à ce niveau une petite tumeur un peu saillante sous la peau, assez étendue en superficie et occupant l'espace qui est situé entre la tête du péroné et le condyle externe du tibia. Elle était dure et douloureuse à la pression.

Après un peu de repos, la malade n'en souffrant presque plus, continua ses occupations.

Plus tard, à la suite d'une longue marche (elle avait fait deux lieues à pied), elle éprouva une douleur très-vive à la jambe, et fut obligée de garder le lit pendant plusieurs jours. Il lui sembla également que sa tumeur s'était un peu accrue.

Un empirique de village fut appelé : il fit, au niveau du point malade de longues manœuvres, probablement du massage, et prescrivit une pommade.

Les choses en restèrent là, du mois de décembre 1868 au mois de mars 1869. La tumeur grossissait peu à peu; elle était douloureuse à la pression, mais ne gênait en rien la marche. De temps à autre, le soir, à la suite d'une journée un peu fatigante, survenait de l'œdème aux malléoles.

Vers la fin de mars, à la suite d'un refroidissement, elle eut une recrudescence de douleurs, et la tumeur s'accrut encore.

Elle était alors, nous dit la malade, grosse comme deux fois un œuf. Elle avait la coloration ordinaire de la peau, mais elle était sillonnée de nombreuses veines, dont la couleur bleue était très-tranchée.

La malade ressentait des douleurs sourdes; il lui semblait qu'il y avait des battements, mais elle ne peut nous dire si la tumeur était le siége en ce moment d'un mouvement d'expansion.

Au commencement de mars, un médecin des environs de Paris fut consulté, et prescrivit un emplâtre de Vigo; puis, vers la fin du même mois, croyant probablement à une collection purulente, il fit une assez grande incision sur la tumeur.

L'incision donna issue à beaucoup de sang très-noir et très-épais; puis il fallut tamponner et faire la compression pour arrêter l'hémorrhagie, qui devenait inquiétante.

A chaque pansement nouveau, pendant deux mois, survinrent des pertes de sang : aussi, la malade était-elle tombée dans une anémie très-prononcée.

Elle pouvait à peine marcher, était obligée de garder le lit, avait perdu ses forces et son appétit.

Un nouveau médecin appelé auprès d'elle l'engagea à se faire débarrasser de sa tumeur, et avant de l'adresser à la Clinique, il s'occupa surtout de rétablir l'état général et d'arrêter la fréquence des hémorrhagies. Il cautérisa la surface de la production morbide avec de l'acide nitrique, et fit des pansements avec le perchlorure de fer.

État actuel : 28 septembre 1869. Cette malade est pâle, d'une teinte jaune, mais non caractéristique, un peu amaigrie.

Elle a peu d'appétit; elle prétend que ses forces lui sont un peu revenues depuis qu'elle a des hémorrhagies moins abondantes.

Elle ne peut marcher qu'avec des béquilles, et depuis un mois, l'articulation du genou du côté droit s'est fléchie et ne peut être ramenée dans l'extension.

Il existe aux malléoles un œdème très-léger, mais persistant.

A la partie externe et supérieure de la jambe, se voit un vaste champignon, recouvert d'une croûte noirâtre par suite de la cautérisation et des pansements au perchlorure de fer. Sur sa circonférence, la peau est saine : mais en arrière, et surtout en avant au niveau de la tubérosité antérieure du tibia, la peau est soulevée par une tumeur à large base, qui se continue avec la première.

Elle est un peu fluctuante ; elle ne présente pas de mouvements d'expansion ni de battements.

Quand, au contraire, on regarde la tumeur externe, celle qui est ulcérée, elle paraît soulevée par des battements artériels.

La tumeur ulcérée exhale une odeur fétide; elle tend à s'accroître de plus en plus, et saigne au moindre frottement.

Les ganglions du pli de l'aine sont sains. Il y a un mois, il y a eu une adénite très-légère, qui s'est très-promptement terminée par résolution.

L'amputation de la cuisse est pratiquée le 2 octobre, selon la méthode circulaire, après chloroformisation préalable de la malade.

Le pansement est fait d'après le procédé de Lister.

Les mains du chirurgien et des aides sont lavées dans la solution d'acide phénique, il en est de même de tous les instruments et des éponges qui doivent toucher la plaie.

Les fils à ligature qui ont séjourné pendant deux heures dans la solution concentrée, sont débarrassés de l'excès d'acide qui les imprègne par un lavage dans la solution ordinaire.

L'amputation a lieu régulièrement. Grâce à la compression, la malade ne perd pas beaucoup de sang.

La fémorale et plusieurs petites branches sont liées, et les fils coupés au ras.

Une fois le sang étanché, la plaie est à plusieurs reprises lavée soit à grande eau, soit au moyen d'une seringue, avec la solution ordinaire d'acide phénique.

Les bords de la plaie sont réunis dans leurs deux tiers supérieurs seulement, au moyen d'une suture métallique.

Le tiers inférieur, laissé béant, est à demi bouché par un drain composé de toile de lint imbibée d'huile phéniquée, et qui fait communiquer la surface de section de la cuisse avec l'extérieur.

La plaie est recouverte de trois morceaux de toile de lint superposés et se recouvrant mutuellement, imbibés tous trois d'huile phéniquée.

Un cataplasme phéniqué est appliqué par-dessus, et le tout est recouvert d'une toile imperméable (taffetas Hamilton).

Notons que la compression du moignon, au lieu d'être faite par une bande ordinaire, fut pratiquée au moyen d'une longue bande de caoutchouc.

Le soir, à cinq heures, la malade est dans un état très-satisfaisant. Il n'y a pas plus de 70 pulsations.

Elle a eu quelques envies de vomir, tenant probablement au chloroforme; elle a pu prendre du bouillon et du vin.

3 octobre. Fièvre presque nulle. 80 pulsations. La nuit a été bonne.

Le cataplasme phéniqué est remplacé par un autre. Il est mouillé par une sérosité sanguinolente qui a imbibé et soulève un peu la toile de lint.

La journée se passe également fort bien, et la malade peut prendre des aliments.

4 octobre. Même état général très-bon.

On enlève la toile de lint, salie par la sérosité sanguinolente qui s'est échappée par la partie inférieure de la plaie.

Les trois fils de la suture sont enlevés. Il y a réunion à peu près complète des deux lèvres de la plaie.

On constate qu'elles ont un bon aspect, qu'il n'y a ni rougeur ni œdème dans le moignon.

5 octobre. Rien de particulier dans l'état de la malade, qui reprend sa gaieté et demande fréquemment à manger.

Du reste, depuis le début, elle est soumise à un traitement des plus toniques : vins de Bordeaux et de Bagnols, etc.

On change de nouveau le cataplasme phéniqué.

6 octobre. Même pansement. Il ne s'écoule pas de pus, mais une sérosité roussâtre, sans mauvaise odeur.

7 octobre. La malade se plaint d'une douleur sourde dans le moignon avec sensation de brûlure, et douleur exagérée à la pression.

L'examen fait voir que la bande de caoutchouc s'est relâchée et a descendu; que le drain, grossi par la sérosité, forme bouchon et empêche l'écoulement des liquides.

Le drain est retiré, et il sort beaucoup de sérosité mêlée à une très-petite quantité de pus.

On réapplique la bande de caoutchouc, et on remet un drain moins volumineux.

8 octobre. La malade va de mieux en mieux.

La fièvre n'existe pas, l'appétit est bon; chaque jour le pansement est renouvelé, sans déterminer de douleurs, et la malade peut soulever elle-même sa cuisse, sans l'aide de ses mains.

9-10 octobre. Rien de particulier à noter.

12 octobre. La toile de lint tombe en enlevant le cataplasme, et laisse voir la plaie, qui offre un très-bon aspect. On retire également le drain.

A la toile de lint, on fait succéder un petit plumasseau de charpie imbibée d'huile phéniquée et, comme précédemment, recouvert du cataplasme.

La plaie n'offre plus rien de particulier à noter. Elle marche à grands pas vers la cicatrisation. Il n'y a jamais eu de véritable écoulement purulent. C'est toujours une sérosité sans nulle odeur qui s'écoule à la surface de la plaie.

20 octobre. Le pansement est changé tous les deux jours seulement.

26 octobre. La plaie offre quelques centimètres (3 à 4) seulement de longueur. La plaie inférieure est unie à la supérieure, et suit la même ligne. On remplace l'acide phénique par l'eau alcoolisée.

Au milieu de novembre, la plaie est complétement fermée.

Examen anatomique de la tumeur, fait en commun avec M. Charles Legros. — Tumeur plus grosse qu'une tête d'enfant nouveau-né, dont le point d'implantation se trouve sur la tête du péroné. Elle est divisée en deux lobes par l'insertion supérieure du long péronier latéral. Consistance molle; teinte blanchâtre, légèrement rosée; elle est entourée d'une mince enveloppe de tissu lamineux.

L'examen microscopique, après dilacération d'un fragment de cette tumeur, montre, au milieu d'une masse fondamentale très-granuleuse, des noyaux ronds et de rares cellules contenant un noyau semblable aux noyaux libres. Ces éléments, qui ne diffèrent en rien de ceux qu'on rencontre dans la moelle des os fœtaux, sont des médulocelles ; il n'y a pas de myéloplaxes.

Les coupes faites sur cette tumeur font connaître la disposition suivante : les médulocelles sont réunies par groupes séparés les uns des autres par de minces tractus du tissu lamineux. Dans les groupes, qui forment souvent un amas considérable, on ne rencontre que des médulocelles et une substance amorphe granuleuse ; jamais on n'y voit de corps fusiformes ou d'autres éléments anatomiques. Une injection poussée par les vaisseaux sanguins permet de voir des troncs vasculaires qui cheminent entre des groupes de médulocelles. De ces troncs partent des rameaux qui pénètrent dans les groupes en formant des capillaires très-volumineux et irréguliers. Les mailles du réseau sont grandes, de sorte que, malgré le volume des capillaires, on ne peut considérer la tumeur comme très-vasculaire. Cependant, en raison de la grosseur et de la fragilité de ces capillaires, en raison surtout du peu de résistance des tissus ambiants, on observe sur plusieurs points, principalement à la périphérie, des extravasations sanguines qui se sont produites à diverses époques. Les unes contenaient du sang peu altéré ; dans d'autres, les globules étaient détruits, et il restait un caillot coloré en brun.

Réflexions. L'ensemble des caractères cliniques observés dans ce cas avait permis de donner l'assurance qu'il sagissait, dans ce cas, d'une tumeur de nature relativement bénigne, et l'opinion que l'on avait affaire à une tumeur myéloplaxe avait été émise. L'examen anatomique ultérieur a démontré que cet élément n'existait pas dans la tumeur de notre malade, mais que les médulocelles formaient la masse presque complète de la production morbide. En tenant compte des faits connus jusqu'à ce jour, et qui nous ont appris que les tumeurs dans lesquelles l'élément *médulocelle* est prédominant, ont une tendance plus grande à la récidive que celles qui sont principalement formées par l'accumulation des myéloplaxes, le pronostic devenait moins favorable. Cette raison m'a déterminé à ne publier cette observation que tardivement. Aujourd'hui, après dix mois, la malade a été revue ; la guérison s'est maintenue complète et la malade a repris ses forces et son embonpoint. Localement, la cicatrice est régulière et souple.

Le pansement phéniqué, employé rigoureusement d'après la méthode de Lister, d'Édimbourg, m'a donné, dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres depuis, un résultat favorable. Ce qu'il m'a été permis d'observer chez cette malade, comme chez quelques autres dont les observations seront plus tard rapportées, c'est une absence complète de réaction. La température et le pouls ne se sont pas sensiblement élevés au-dessus de l'état normal. L'explication de ce résultat doit être très-vraisemblablement attribuée à la suppression complète de la suppuration que l'on observe à peu près constamment dans les cas où l'on veut bien appliquer le pansement de Lister dans toute sa rigueur.

EMPLOI DU CHLORAL

DANS LE TRAITEMENT DES ALGIES DE NATURE VÉNÉRIENNE (1)

Par Charles Mauriac,

Médecin de l'hôpital du Midi.

XIII

C...(Antoine), 29 ans, charpentier, entré dans mon service, salle 8, lit 22, le 14 mai 1870, avait contracté au mois d'octobre 1869 un chancre infectant. Roséole au mois de janvier, traitée à la consultation de l'hôpital du Midi.

En mars 1870, plaques muqueuses de la bouche et laryngopathie syphilitique.

Vers le 25 mai, ce malade, qui n'était pas encore guéri des accidents que je viens d'indiquer, fut pris de douleurs occipito-pariétales très-vives, bilatérales, présentant un paroxysme bien accusé vers trois heures du matin. Dans la journée, elles étaient moins violentes que la nuit. A gauche, le centre de l'irradiation douloureuse était une petite pustule d'ecthyma reposant sur un noyau d'induration cellulaire. Ganglions cervicaux, quelques croûtes du cuir chevelu en voie de guérison. Voix enrouée, douleur au niveau du larynx. Rien sur la peau. Quelques plaques muqueuses à la gorge.

Ce malade avait en outre un catarrhe pulmonaire chronique datant de quatre ans, qui le faisait beaucoup tousser. Il résultait de tout cela que ses nuits étaient presque sans sommeil, bien qu'il prît habituellement *trente* grammes de sirop diacode. Il était du reste robuste, bien constitué, et sa santé générale n'avait été que très-peu compromise.

Le 30 mai, je lui fis prendre en trois fois, à une heure et demie d'intervalle, à partir de quatre heures du soir, un julep contenant *cinq* grammes de chloral. Sans avoir éprouvé un trouble quelconque, le malade s'endormit à huit heures du soir d'un excellent sommeil, qui dura jusqu'au matin. A son réveil, il éprouvait un peu de lourdeur dans la tête et les paupières supérieures ; ses yeux étaient un peu rouges. Il eut dans la journée de la somnolence. Pendant plus de 36 heures il ne ressentit pas de douleurs occipito-pariétales.

Chez ce malade, le chloral, à la dose considérable de *cinq* grammes, n'a produit aucun symptôme fâcheux, et même aucun phénomène en dehors de l'indication qu'on se proposait de remplir. Il a été purement hypnotique et calmant. Sous son influence, le malade a dormi et n'a pas ressenti de douleurs. Ce bien-être relatif, que le sirop diacode, administré depuis plusieurs jours, était impuissant à produire, nous l'avons obtenu au bout de quelques heures avec le chloral.

Je n'ai pas pu poursuivre l'expérimentation du chloral chez ce malade.

XIV

M. M... (Camille), âgé de 27 ans, charcutier, entré le 21 mai 1870 dans mon service à l'hôpital du Midi, salle 8, lit 10, contracta en août 1869 un chancre infectant. Quatre mois après, il eut une angine syphilitique très-douloureuse. Il se traita très-incomplétement.

Au mois de mai 1870 (neuvième mois de la maladie) je constatai des macules syphilitiques disséminées sur la peau, des plaques muqueuses dans le sillon balano-préputial et à l'isthme du gosier, en un mot des symptômes non équivoques de syphilis.

Vers le 25 mai, ce malade fut pris d'une hémocrânie extrêmement douloureuse, avec lourdeur habituelle de la tête. Cette hémicrânie présentait un paroxysme bien accusé, qui commençait à sept heures du soir et finissait à minuit. La région temporo-auriculaire était le centre d'irradiation des douleurs. Bourdonnements dans les oreilles. Pas de croûtes dans les cheveux. Pas de sensibilité anormale à la pression sur les parties envahies par la douleur. Insomnie.

Le 31 mai, je fis prendre de quatre à six heures du soir, en trois fois, un julep contenant *cinq* grammes de chloral. Dès la seconde prise, le malade éprouva quelques étourdissements et les mêmes sensations que s'il avait bu : causerie incessante, gaîté, agitation, besoin de mouvement. Après la troisième dose, ces phénomènes augmentèrent un peu, mais restèrent cependant dans des limites modérées, et le malade ne perdit pas la conscience de ses actes. Aucun trouble du côté du tube digestif. L'attaque d'hémicrânie revint comme d'habitude vers sept heures ; mais elle fut ou parut moins forte au malade que les jours précédents. Il s'endormit à neuf heures, et le sommeil, qui habituellement ne commençait qu'après minuit, fut calme, non interrompu et dura jusqu'au matin. A son réveil, il éprouvait un peu de pesanteur dans les paupières supérieures. Lors de ma visite, je constatai que les idées étaient nettes et toutes les sensibilités intactes. Il y avait encore de la tendance au sommeil, qui se prolongea pendant toute la journée du 1er juin.

Le malade n'eut aucune douleur crânienne jusqu'à huit heures et demie du soir. A ce moment, l'accès d'hémicrânie se reproduisit, mais il fut beaucoup plus violent que les jours précédents, et il ne dura qu'une heure environ. Le malade s'endormit vers neuf heures et demie et ne se réveilla que le lendemain matin.

Ainsi dans ce cas, comme dans le précédent, la dose de *cinq* grammes d'hydrate de chloral a été parfaitement tolérée par l'estomac, et n'a produit sur le système nerveux que les effets voulus. C'est à peine si elle est sortie des limites de l'indication, en provoquant ce léger degré d'ébriété chloralique qui a précédé le sommeil. L'insomnie a été vaincue, les douleurs ont été calmées. Le lendemain, l'influence du chloral se faisait encore sentir, car quoiqu'on n'en eût pas renouvelé l'administration, l'attaque d'hémicrânie fut moins intense et moins longue, et le malade put dormir paisiblement. J'ai mis cette hémicrânie sur le compte de la syphilis. Cependant on pourrait contester cette origine ; elle n'est pas aussi évidente que dans les autres observations d'algies syphilitiques que j'ai rapportées. Mais le doute sur cette question pathogénique n'enlève rien, ce me semble, à la valeur de l'expérimentation.

XV

Un tanneur âgé de 35 ans, M. B... (Félix), entre le 21 mai 1870 dans mon service, à l'hôpital du Midi, salle 6, n° 16, pour se faire soigner d'une arthrite blennorrhagique du genou droit. On ne trouvait dans ses antécédents héréditaires aucune trace d'affection rhumatismale. Il était d'une forte constitution, d'une bonne santé habituelle et n'avait jamais été malade. Sa première blennorrhagie remontait à l'âge de quinze ans et demi. Cette blennorrhagie précoce se compliqua, au bout de deux semaines, d'une détermination inflammatoire dans les articulations du coude et dans les articulations tibio-tarsiennes.

A l'âge de 19 ans, deuxième blennorrhagie suivie d'arthrites dans les mêmes jointures ; il entra à l'hôpital du Midi, où il fut soigné par M. Puche.

A l'âge de 21 ans, troisième blennorrhagie contractée en Crimée ; au bout de dix jours, arthropathies de même nature que les précédentes, et assez graves pour que les médecins militaires lui donnent un congé et l'envoient à un établissement thermal près de Montpellier.

A l'âge de 30 ans, quatrième blennorrhagie suivie, comme les trois autres, d'une attaque de rhumatisme exclusivement localisée dans le genou droit. Il entre à l'hôpital du Midi dans le service de M. Simonet.

Enfin, à l'âge de 35 ans, cinquième blennorrhagie, pour laquelle il entre dans mon service. Comme la précédente, cette blennorrhagie n'a pas tardé à se compliquer d'une arthrite dans le genou droit.

Cette arthrite est très-violente ; elle est caractérisée surtout par de la douleur et par un épanchement énorme de liquide dans la cavité articulaire. La pression cause de vives souffrances. L'extension complète est impossible. La peau n'est pas rouge au niveau ni au pourtour de l'articulation. Les autres jointures sont intactes. Rien d'anormal au cœur ni dans les séreuses splanchniques. L'état constitutionnel est satisfaisant ; le malade n'a eu la fièvre que pendant deux jours. Aucune de ces cinq attaques de blennorrhagie avec rhumatisme n'a entraîné d'accidents du côté des yeux.

La douleur constituait, par sa persistance et par son intensité, un élément important dans cette arthropathie blennorrhagique. Quand je vis qu'elle ne cédait pas aux repos et aux topiques calmants, je prescrivis *dix* grammes d'hydrate de chloral dans un julep de *deux cent cinquante* grammes, à prendre dans la journée, par cuillerées à bouche, d'heure en heure.

Dès l'ingestion des deux premières cuillerées du médicament (*un* gramme *soixante-deux* de chloral), le malade tomba dans une sorte d'assoupissement qui le rendit étranger à tout ce qui l'entourait. Pourtant le sommeil n'était pas très-profond, et le moindre bruit l'interrompait. On continua de donner des cuillerées du julep. Le malade en prit une dizaine en tout, c'est-à-dire environ *neuf* grammes de chloral. Il ne ressentit aucune douleur et dormit toute la nuit d'un très-bon sommeil. A son réveil, il avait un peu d'hébétude. La sensibilité et le mouvement n'étaient pas altérés. Aucun trouble ne s'était produit du côté du tube digestif, et il n'y avait pas eu de phénomènes d'excitation.

Pendant 48 heures environ, les douleurs articulaires, qui n'avaient pas cessé depuis l'invasion de l'arthralgie, disparurent complétement, à tel point que le malade, qui se croyait guéri parce qu'il ne souffrait plus, se leva sans consulter personne, et alla se promener deux ou trois heures dans les cours. Cette imprudence fit augmenter le surlendemain le gonflement du genou, et les douleurs reparurent aussi intenses qu'auparavant. Je n'ai pas encore donné un second julep au chloral.

Cette observation, si probante au point de vue de la spécificité du rhumatisme blennorrhagique, confirme les résultats fournis par les précédentes. Il semble cependant qu'ici l'effet anesthésique a été plus accusé et moins subordonné à l'effet hypnotique, puisque le malade, qui n'a pas dormi 48 heures consécutives, est cependant resté deux jours sans éprouver de douleurs dans le genou. Elle montre aussi, comme d'autres, que, chez certains individus, la tolérance de l'estomac et du système nerveux pour de fortes doses de chloral, peut atteindre des limites excessives qu'un praticien prudent doit toujours considérer comme exceptionnelles, sous peine de susciter chez les individus plus susceptibles des accidents dangereux ou tout au moins des effets toxiques qui restent à côté de l'action thérapeutique et même l'entravent au lieu de la corroborer.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 23 août 1870. — Présidence de M. Denonvilliers.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

Un rapport final de M. le docteur Vignes sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en 1869-1870 sur le 8e régiment de chasseurs caserné à Tarbes. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Une note de M. le docteur Léger, médecin au Val-de-Grâce, sur l'emploi des bandes de caoutchouc dans le pansement des blessures de guerre. Ces bandes offrent un pansement instantané et à la portée de tous les soldats. Elles donnent une compression assez énergique sur les artères pour permettre au chirurgien d'opérer seul et à sec. Elles forment le seul pansement qui soit fixe, à pression constante, et qui permette de transporter les blessés sans danger du champ de bataille aux ambulances. (Commissaire, M. Alphonse Guérin.)

LECTURE

M. Devergie donne lecture d'une note sur l'emploi des désinfectants, et en particulier de l'acide phénique.

En présence d'une épidémie qui nécessite la réunion des malades dans des locaux spéciaux, mesure propre à donner lieu à des foyers d'infection ; en présence de l'agglomération d'une masse de troupes dans des espaces plus ou moins circonscrits ; en prévision des blessures graves qui peuvent être atteintes de pourriture d'hôpital ou d'autres accidents du même genre, M. Devergie a cru opportun d'appeler l'attention de l'Académie sur les agents désinfectants dont il y a lieu de préconiser l'usage.

M. Devergie rappelle que, dès l'année 1866, M. Dumas, dans un rapport adressé au ministre de l'intérieur, au nom du comité consultatif d'hygiène, recommandait l'usage de l'acide phénique comme pouvant s'opposer à la fermentation putride et au développement des miasmes cholériques, ainsi que le prouvait l'expérience faite pendant l'épidémie de 1865 par M. Vaflard, directeur des pompes funèbres, lequel était parvenu à exonérer presque complétement le personnel des porteurs de corps à l'aide d'un usage bien entendu d'acide phénique : car sur 911 employés au service, il n'y a eu que 2 cas de choléra.

En 1868, le conseil de salubrité du département de la Seine fut saisi de la question de savoir quelles seraient les mesures à prendre pour le transport des corps au cimetière de Méry-sur-Oise. Après des expériences nombreuses sur des corps entiers à divers degrés de putréfaction, avec l'acide phénique, le goudron, les sels de zinc, la commission du conseil donna la préférence à l'acide phénique, sans exclusion pourtant des autres désinfectants.

Depuis cette époque, de nouveaux essais ont été faits à la Morgue de Paris par M. Devergie lui-même, qui est parvenu à obtenir une désinfection complète en employant des irrigations continues d'eau additionnée d'acide phénique, dans la proportion de un litre pour 4,000 litres d'eau. Depuis lors, M. Würtz a employé avec avantage l'acide phénique étendu de 25 fois son poids de glycérine, pour l'injection et la conservation des cadavres qui servent aux dissections de l'École pratique.

Arrivant aux applications médicales et chirurgicales de l'acide phénique, M. Devergie établit que l'on peut aujourd'hui se procurer un acide phénique très-pur et à bas prix. Or, ajoute-t-il, avec un arrosement fait deux fois le jour avec l'acide phénique étendu de trois fois son poids d'eau dans une salle, on peut la désinfecter.

La poudre phéniquée peut être répandue dans les salles comme

(1) Suite. — Voir les numéros des 12, 14, 16, 23, 30 juillet ; 11, 13, 18 et 20 août 1870.

le sable sur le sol des cafés ou placée sous le lit des malades dans une assiette ou dans un bol.

On peut se servir aussi de poudre phéniquée (de préférence à base de silice) pour le pansement des plaies fétides; il suffit pour cela d'en saupoudrer la charpie qui recouvre la blessure.

Le phénol sodique (phéniate de soude) peut être préféré toutes les fois qu'il s'agit de lessivage, mais son prix très-élevé le fait naturellement repousser, puisque le chlorure de chaux, à vil prix, peut le remplacer dans ce cas.

M. Devergie ne prétend pas exclure les préparations de chlore; il reconnaît que ce sont aussi de bons agents de désinfection; mais, suivant lui, l'acide phénique présente sur ces agents l'avantage de ne porter aucune atteinte aux organes, de s'évaporer plus lentement et d'une manière plus soutenue.

DISCUSSION

M. GIRALDÈS. Je ferai remarquer, à propos de la très-intéressante communication de M. Devergie, que depuis assez longtemps l'acide phénique est très-souvent employé en chirurgie, et y a donné les meilleurs résultats. Moi-même j'en fais habituellement usage pour désinfecter et pour panser les plaies.

De l'autre côté de la Manche, M. Lister, actuellement professeur à Édimbourg, et antérieurement à Glascow, se sert presque uniquement d'acide phénique pour le pansement de ses opérés. Unissant cette substance à la chaux, il pratique une sorte d'occlusion des plaies, et il a élevé ce procédé à la hauteur d'une méthode thérapeutique générale.

Dans les hôpitaux de Londres, à celui de Saint-Georges et de Midlessex par exemple, non-seulement les plaies, mais encore les instruments, les ligatures, etc., sont toujours préalablement phéniqués. On s'en trouve bien. L'acide phénique est donc bien et dûment entré dans la pratique chirurgicale. Mais je crois que, comme le pense M. Devergie, il serait à désirer qu'il y entrât encore davantage, et à ce point de vue, la communication de mon honorable collègue pourra être fort utile en attirant de nouveau l'attention sur cet agent précieux.

En ce qui touche la conservation des pièces anatomiques, M. Devergie a encore parfaitement raison. Il y a déjà de nombreuses années qu'on emploie l'acide phénique à cet usage. Gratiolet s'en servait au Jardin des Plantes, et j'ai vu à cette époque des pièces anatomiques qui ont pu être gardées ainsi fort longtemps sans corruption.

M. JULES GUÉRIN. Je voudrais poser à nos chimistes une question qui me préoccupe depuis longtemps. Je me demande comment s'exerce l'action désinfectante de l'acide phénique. Entre-t-il en combinaison avec les tissus? et alors quelle est cette combinaison? On comprend combien il est important de le savoir pour déterminer les circonstances dans lesquelles il convient particulièrement d'employer l'acide phénique.

M. PAYEN. L'acide phénique agit tout autrement que le chlore. Directement, il ne détruit ni ne modifie pas les odeurs déja dégagées dans l'atmosphère, mais il en prévient le développement, en tuant les ferments qui les causent. On a fait à ce sujet de très-nombreuses expériences. On emploie surtout, dans ces expériences, l'acide phénique cristallisé, qui est soluble dans l'eau jusqu'à 8 p. 100; on a ainsi un dosage très-exact. Lorsqu'on a mis à très-petites doses une solution phéniquée dans de l'empois d'amidon, il ne s'y développe aucune des moisissures qui se produisent toujours, au bout d'un court laps de temps, dans de l'empois non phéniqué. Il paraît donc certain que l'acide phénique tue les microzoaires et les microzimas qui se développent dans les substances en putréfaction, et empêche ainsi cette putréfaction de se produire. Le chlore, au contraire, dénature les matières odorantes, telles que l'hydrogène sulfuré, etc., et est, par conséquent, directement désinfectant. Le chlore et l'acide phénique sont deux agents tout différents qui ont chacun un emploi spécial. Mais il me semble que le premier est particulièrement propre à empêcher les miasmes méphitiques et contagieux de se produire; peut-être aussi a-t-il une action thérapeutique dont MM. les médecins peuvent seuls nous instruire.

M. BOULAY. En 1868, lors de l'épidémie de charbon qui a sévi à Allanches sur les bêtes à cornes, M. Sanson a essayé l'emploi de l'acide phénique *intus* et en a obtenu de bons résultats. Depuis cette époque, les expériences qui avaient été, faute de temps, trop tôt interrompues à Allanches, ont été reprises, et on a eu de nouveaux renseignements sur cette importante question. De toute cette information, il semble résulter que sous l'action de l'acide phénique employé, dès les premiers symptômes, comme médicament interne, le charbon s'éteint. Peut-être le même agent pourrait-il être utile dans certaines maladies de l'homme, quand il existe une tendance infectieuse.

M. CHAUFFARD. Depuis 1868, le fait d'Allanches que vient de rapporter M. Boulay a attiré l'attention des médecins sur la valeur thérapeutique de l'acide phénique, et on l'a employé pour diverses maladies contagieuses. Moi-même, depuis un an, je me sers d'une manière constante de cet agent dans le traitement de la variole confluente. Contrairement à ce que l'on croyait jusqu'ici, je me suis assuré qu'on pouvait en user à de très-fortes doses sans aucun inconvénient. Je ne me suis pas borné, en effet, à en donner *deux* ou *trois* centigrammes, comme on le faisait, mais j'ai prescrit *un* gramme, *un* gramme *et demi* et même *deux* grammes d'acide phénique cristallisé dissous dans de l'eau. J'ai continué ce traitement pendant des huit et dix jours. Une ou deux fois seulement j'ai dû l'interrompre à cause d'un sentiment de dégoût qu'éprouvait le malade, ou bien encore par suite d'un petit dérangement intestinal. Dans tous les autres cas il a été parfaitement supporté. J'ajouterai même que, sans être en aucune façon une panacée contre la variole, et sans être infaillible, il a donné d'assez bons résultats. Mais ce qui m'a semblé le plus curieux dans l'emploi de l'acide phénique, c'est que *même pris uniquement à l'intérieur*, il fait entièrement disparaître cette odeur nauséabonde spéciale que répandent les malades atteints de variole grave.

Les gens de service, les sœurs, ont été, comme moi, frappés de ce fait étrange, qui ne laisse aucune place au doute, car il tombe sous le sens; il est d'observation journalière dans mon service.

M. GUÉRIN. Parmi les désinfectants qu'énumère M. Devergie, je suis étonné de ne pas avoir rencontré le permanganate de potasse. Je l'ai employé fort souvent, et il m'a donné d'excellents résultats dans le traitement de plaies infectantes. Je me permettrai donc de demander encore à M. Payen quelques détails sur sa véritable action chimique.

M. PAYEN. Le permanganate de potasse agit comme oxydant, de même que le chlore, mais il a l'inconvénient d'être assez variable et de pouvoir très-difficilement se doser exactement. L'acide phénique, au contraire, est un produit très-déterminé, et on peut avoir un excellent dosage en employant le produit cristallisé, qui, comme je l'ai dit, se dissout dans l'eau à 8 p. 100.

M. GUÉRIN. Le permanganate de potasse a du moins sur l'acide phénique un très-grand avantage: il n'a pas d'odeur; aussi je l'emploie toujours de préférence, tant pour désinfecter les plaies que pour nettoyer mes instruments, aspirateurs et autres. Je me sers pour cela d'une solution assez légère, qui me suffit parfaitement.

M. PAYEN. J'avoue que les anciennes préparations d'acide phénique avaient une odeur tellement infecte, que l'on pouvait légitimement se demander s'il ne valait pas mieux laisser intact le miasme putride que de le remplacer par une odeur aussi désagréable. Mais, dans les nouveaux produits purifiés, cet inconvénient ne se reproduit plus, car l'odeur est bien diminuée.

M. CHAUFFARD. Elle n'est nullement désagréable.

La séance est levée à quatre heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 15 avril 1870 (1). — Présidence de M. SIMONOT.

Kyste hydatique de la rate, s'étant vidé par les bronches. — M. DUROZIEZ. (Voir la *Gazette des hôpitaux* du 23 août.)

M. FOVILLE lit le rapport suivant sur un mémoire de M. le docteur Louis Lande, intitulé: *Essai sur l'aplasie lamineuse progressive, ou atrophie du tissu connectif de la face.*

Messieurs, un médecin éclairé, observateur attentif et instruit, rencontre un malade dont les deux moitiés de la face présentent une différence frappante de dimensions, d'aspect et de couleur. Tandis que le côté droit est plein, arrondi, coloré, normal en un mot, le gauche est aplati, ratatiné, sillonné de rides et de plis; la peau, pâle et insuffisante, est énergiquement rétractée sur les tissus sous-jacents; les cheveux, la barbe, le duvet, sont absents ou très-rares. En résumé, le côté sain est celui d'une personne jeune et bien portante; le côté malade semble appartenir à une personne âgée et maladive.

Notre confrère comprend qu'il y a là un intéressant problème de physiologie pathologique à résoudre, et dans ce but il a recours à toutes les données que lui fournit l'état actuel de la science, à toutes les hypothèses possibles; mais il les épuise toutes sans atteindre la solution qu'il poursuit.

Serait-ce une *inégalité congénitale d'une des moitiés de la face?* Mais il apprend que l'affection, loin de remonter à la naissance, n'a commencé à paraître que d'une manière tardive, qu'elle a eu un point d'origine parfaitement localisé, et qu'elle s'est étendue progressivement.

Serait-ce une *hypertrophie unilatérale* du côté droit? Mais un simple examen suffit pour montrer que ce côté, qui est, il est vrai, plus développé que l'autre, est celui qui représente l'état normal, tandis que c'est le côté gauche qui est malade, qui est atrophié.

Serait-ce un *arrêt de développement?* Mais non; les deux moitiés de la face ont eu, dans le principe, un développement symétrique et complet. Ce n'est que postérieurement qu'il y a eu, à gauche, régression d'un état parfaitement normal vers l'état pathologique qui existe aujourd'hui.

Une *atrophie musculaire progressive* serait plus vraisemblable. Mais si le volume des muscles, presque aussi apparents sous la peau amincie qu'ils le seraient sur un écorché, est un peu atténué, il n'en est pas de même de leur pouvoir contractile. Tous les mouvements s'exécutent à gauche avec la même force, la même précision qu'à droite; quoique tout à fait asymétriques, les deux moitiés de la face sont parfaitement synergiques. L'excitabilité électrique elle-même est complétement conservée et égale des deux côtés; en un mot, la motilité est partout absolument intacte.

Ce n'est pas non plus une *atrophie névralgique*, car celle-ci, bien étudiée par le docteur Bonnefin, amène dans les muscles des lésions anatomiques et des troubles fonctionnels qui font ici complétement défaut.

Il ne faut pas davantage songer à une *atrophie paralytique*, ou succédant à une paralysie quelconque; car, nous l'avons déjà dit, la motilité est intacte, et l'on s'assure qu'il en est de même de la sensibilité dans toutes ses formes: sensations de contact, de douleur, de température, de pression sont partout perçues; elles le sont même avec une finesse et une acuité qui dépasse l'état normal, et qui s'explique par l'amincissement des téguments protecteurs ordinaires des extrémités nerveuses.

Pourrait-on, par suite d'un examen trop rapide et du changement de couleur de la peau, ou des modifications du système pileux, s'arrêter un instant à l'idée d'un *vitiligo* ou d'un *ponigo decalvans?* Mais ni l'une ni l'autre de ces affections cutanées n'entraîne la diminution de volume de la région atteinte, et cela suffit pour écarter cette cause d'erreur.

Toutes ces hypothèses mises de côté, il faut bien reconnaître, par élimination, qu'il n'y a plus qu'un élément anatomique dont on n'ait pas encore tenu compte, le tissu cellulo-adipeux, et qu'en effet, tous les symptômes observés s'expliquent parfaitement par sa seule disparition; de plus, ce phénomène étant jusqu'à présent inconnu en pathologie, du moins à l'état d'entité morbide distincte et localisée, on est en droit d'en conclure l'existence d'une maladie nouvelle, l'atrophie unilatérale du tissu cellulo-adipeux de la face.

Tel est, messieurs, le résumé des circonstances qui, deux fois en quelques années, se sont présentées à l'examen de M. le docteur Bitot, professeur d'anatomie à l'École de médecine de Bordeaux, et qui ont fourni à son élève et prosecteur, M. le docteur Louis Lande, le sujet d'une thèse originale que vous avez bien voulu me charger de vous faire connaître, et dont ce qui précède suffit déjà à vous faire deviner le vif intérêt et la réelle importance.

Je viens, messieurs, de parler d'une maladie nouvelle; mais cela n'est exact que d'une manière relative, et en ce qui concerne la France. Chez nos voisins d'Angleterre et d'Allemagne, plusieurs cas analogues ont déjà été observés et publiés, sous les noms d'atrophie singulière, de prosopadysmorphia, et surtout de trophonévrose, inventé par Romberg. M. Lasègue a cité dans les *Archives générales de médecine*, en 1853, un cas publié en Islande par Moore, et M. Ball en a récemment indiqué quelques autres dans l'article ATROPHIE du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Mis sur la voie par ces indications, M. Lande a pu réunir neuf observations étrangères qu'il a reproduites et traduites avec le plus grand soin, et qui, réunies à celles des deux malades de M. Bitot, forment un total de onze cas, bien détaillés, et assez concordants à presque tous égards, pour qu'il ait pu tenter de donner, d'après eux, une description complète de la maladie. La question me paraît assez intéressante pour m'autoriser à reproduire devant vous les principaux traits de cette description.

L'affection paraît avoir une préférence bien marquée pour la moitié gauche de la face; car sur les onze cas observés, elle siégeait dix fois de ce côté.

Elle débute par une tache blanche dont la pâleur est tantôt bien limitée, tantôt diffuse. Dans certains cas, la tache est unique et s'agrandit par une extension progressive; dans d'autres, autour de la tache primitive s'en produisent de plus petites qui ne tardent pas à se confondre avec elle. Au bout d'un certain temps, la coloration blanche prend une teinte jaune tournant au brun.

Dans toute la région ainsi décolorée, la peau diminue rapidement d'épaisseur par la fonte de certains de ses éléments propres, et en même temps le panicule graisseux sous-cutané disparaît complétement. Le tégument se rétracte, non-seulement dans son épaisseur, mais aussi dans son étendue; en sorte qu'il s'applique fortement sur les parties saillantes du squelette, et forme de l'une à l'autre des brides côtoyées par de profonds sillons. Le pli cutané, là où on peut encore le former, est très-aminci et arrive à n'avoir plus que 2 millimètres d'épaisseur. Ainsi modifiée, la peau donne au toucher une sensation analogue à celle qui est produite par un tissu cicatriciel.

Tantôt les poils (cheveux, barbe ou duvet) blanchissent, tantôt ils tombent ou s'arrêtent dans leur développement. La sécrétion sébacée est notablement diminuée; la transpiration s'effectue d'ordinaire comme à l'état normal.

Les parties profondes perdent aussi une partie de leur volume, celle qui tenait à la présence du tissu cellulo-graisseux; mais les autres tissus restent indemnes et conservent toute leur intégrité fonctionnelle. Aucun des organes des sens ne subit le moindre trouble dans la moindre netteté des sensations spéciales. La sensibilité générale et la motilité sont intactes.

L'atrophie n'est pas uniquement extérieure: non-seulement les lèvres sont ordinairement envahies, mais il en est de même, dans certains cas, de la langue, de la voûte palatine, du voile du palais et de la luette.

Enfin, et ceci est un point capital, la lésion s'est toujours montrée rigoureusement unilatérale; jamais elle n'a franchi la ligne médiane.

La marche de la maladie est lentement progressive; sa durée est fort longue. Parmi les sujets étudiés, les plus récemment atteints l'étaient depuis trois ans, et les plus anciennement depuis vingt-quatre, sans que rien fît craindre aucune conséquence fâcheuse, sans que l'état général de la santé fût compromis. Rien d'un peu significatif n'a pu être constaté jusqu'ici, en ce qui concerne l'étiologie, et il ne semble pas y avoir d'âge plus particulièrement prédisposé à la maladie.

En face d'une affection présentant les singuliers caractères que je viens d'indiquer, et en l'absence de toute constatation anatomo-pathologique, puisqu'aucune autopsie n'a été pratiquée, l'auteur a dû se préoccuper surtout de chercher l'explication physiologique des phénomènes; et en effet, l'étude de la pathogénie constitue le chapitre le plus long et le plus travaillé de son mémoire.

Il ne s'est engagé dans cette étude qu'à la suite des auteurs étrangers, et principalement allemands, qui ont étudié la maladie avant lui, et qui en ont tous fait remonter l'origine à une altération du système nerveux, sans être d'accord sur la nature de cette altération, ni sur la portion du système nerveux atteinte.

Hueter, en effet, se contente de croire que la cause de l'atrophie réside dans une certaine partie du nerf grand sympathique. Guttmann l'attribue aux résultats d'une irritation prolongée des nerfs vaso-moteurs entraînant une diminution persistante dans la capacité des vaisseaux de la face. Schott rappelle que son maître Romberg, rattachant la maladie au système nerveux végétatif, lui a donné le nom de trophonévrose. Moore a cru y voir une paralysie du pouvoir excito-nutritif du nerf facial avec conservation du pouvoir excito-moteur. Enfin, Samuel s'est surtout appuyé sur elle pour édifier sa théorie d'un nouvel ordre de fibres nerveuses qui, différant des fibres sensitives, motrices et vaso-motrices, auraient pour rôle exclusif de présider à la nutrition des organes, et auxquelles il a donné le nom de nerfs trophiques. Ces fibres se trouveraient mêlées, en certaine proportion, aux trois autres ordres de fibres pour constituer les nerfs mixtes, et ce seraient elles seules qui seraient frappées dans la maladie actuelle. Mais M. Lande a fait remarquer avec raison que pour élever sa théorie, Samuel était parti d'un point de départ inexact, en supposant que, dans cette maladie, tous les organes étaient atrophiés; tandis qu'il paraît démontré aujourd'hui que le système cellulo-graisseux seul est atteint et que si d'autres organes, muscles, cartilages, os, subissent une certaine réduction de volume, cela tient seulement à la disparition du tissu cellulo-graisseux que tous contiennent en certaine proportion, et nullement à celle de leurs propres éléments. Il faudrait donc admettre des fibres nerveuses préposées à l'entretien de la nutrition d'un seul genre de tissu, ce qui paraît peu acceptable.

Quant à l'auteur lui-même, il repousse successivement toutes les hypothèses précédemment émises, qui font reposer l'explication de

(1) Fin. — Voir le numéro du 11 août 1870.

la maladie sur une intervention nécessaire du système nerveux, et s'appuyant sur des faits empruntés à l'embryogénie, à la physiologie et à la pathologie, faits qui montrent que chaque tissu différent, chaque molécule organique possède une sorte d'autonomie nutritive, grâce à laquelle des phénomènes trophiques très-complexes et d'une grande activité peuvent se passer en dehors de toute influence nerveuse, il n'est disposé à reconnaitre, dans la maladie qu'il étudie, qu'une affection primitive et antipathique de l'élément frappé d'atrophie, et il y trouve une preuve de plus de l'existence propre de l'individualité trop souvent méconnue de l'élément anatomique.

Sans méconnaitre ce qu'ont de fondé les objections que M. Lande oppose aux différentes hypothèses combattues par lui, nous ferons simplement remarquer qu'il paraît assez difficile de désintéresser complétement le système nerveux dans une affection qui est toujours exactement limitée à un côté de la face sans jamais dépasser la ligne médiane, et dans laquelle on a constaté, à titre de symptômes accessoires, les observations en font foi, les accidents suivants : hémiplégie du côté gauche (Obs. I); céphalalgie, bourdonnement dans les oreilles, dépravation du goût (Obs. II); convulsions rapides des muscles masticateurs avec hypéresthésie de la face (Obs. VI); douleurs lancinantes et erratiques (Obs. VII); sensation spéciale de chatouillement, de crispation énervante (Obs. X); prurit habituel avec contractions de la partie supérieure de la face (Obs. XI).

La question de la pathogénie ne nous paraît donc pas encore résolue définitivement, et il y a là un inconnu qui exigera des études ultérieures.

Quant au traitement, malgré bien des essais des genres les plus divers, on n'a jamais obtenu de guérison, et l'électricité seule paraît avoir procuré dans deux cas une certaine amélioration; c'est donc de ce côté que l'on devrait diriger de nouveaux efforts, sans qu'il nous semble qu'il y ait beaucoup à compter sur le succès.

Après vous avoir donné, messieurs, une idée abrégée du travail original et très-intéressant de M. Lande, je n'aurais que des éloges à lui adresser si je ne croyais devoir faire une certaine réserve à l'occasion du nom qu'il a proposé pour cette maladie, et qu'il paraît avoir trouvé lui-même bien peu compréhensible, puisqu'il a été obligé d'en fournir l'explication en sous-titre.

Pourquoi inventer ce mot d'aplasie, qui ne me paraît pas avoir encore sa place dans le langage médical le plus riche en néologisme, car la dernière édition du *Dictionnaire* de Littré et Robin ne le mentionne pas, mot qui peut invoquer, je le sais, comme précédents, ceux d'hyperplasie et de néoplasie, mais qui, ce me semble, ne diffère en rien, comme sens, du terme atrophie, connu de tout le monde? Pourquoi y accoler l'épithète de lamineuse, qui ne se comprend guère sans explication, alors surtout que l'auteur reconnaît lui-même qu'un des éléments du tissu lamineux, l'élément élastique, reste intact au milieu de la disparition des éléments conjonctifs? N'eût-il pas été plus clair et plus simple d'adopter le titre d'atrophie cellulo-graisseuse de la face, que tout le monde aurait compris sans commentaire, et qui aurait signifié précisément ce que l'on voulait dire?

Cette légère critique, toute de forme, n'ôte rien, messieurs, au mérite très-sérieux et très-recommandable à tous égards du travail que M. Louis Lande a offert à la Société. J'ai donc l'honneur de vous proposer :

1° De lui adresser les remercîments de la Société pour son intéressante commmunication;

2° De déposer son mémoire dans vos archives.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel : Dr Duroziez.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La liste des médecins composant le personnel de la huitième ambulance a subi de nombreuses modifications. M. Choussy (Ernest) et Pereton y remplacent comme chirurgiens MM. de Laissement et Charpentier.

Ce dernier, avec MM. Gaubert et Goyard, figurent comme aides-chirurgiens; et ainsi se trouvent remplacés MM. Roustau, Rigaud et Tribes.

Enfin MM. Bauby, Lambert, Milotano, Pétrasu, Boyer, sont nommés sous-aides, à la place de MM. Finot, Guénot, Groyard et Wrmy.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 14 au 20 août 1870, donne les chiffres suivants :

Variole, 187.—Scarlatine, 6.—Rougeole, 9. — Fièvre typhoïde, 41. Typhus, ». — Érysipèle, 4. — Bronchite, 51. — Pneumonie, 34. — Diarrhée, 71. — Dysenterie, 13. — Choléra, 7. — Angine couenneuse, 5. — Croup, 10. — Affections puerpérales, 5. — Autres causes, 719.— Total : 1,165.

Celui de Londres donne les chiffres suivants, du 7 au 13 août 1870 :

Variole, 11.—Scarlatine, 118.—Rougeole, 22.—Fièvre typhoïde, 23. — Typhus, 12. — Érysipèle, 10.— Bronchite, 45. — Pneumonie, 38. — Diarrhée, 289. — Dysenterie, 2.— Choléra, 25.—Angine couenneuse, 9.— Croup, 10.—Affections puerpérales, 6. — Autres causes, 879. — Total : 1,494.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Paralysie générale spinale.

Il y a bien des espèces diverses de paralysies : les unes, fatalement progressives, ne laissent pas même au médecin l'espérance de réussir par une médication quelconque; d'autres peuvent guérir d'elles-mêmes, et quand un traitement a été essayé, on se demande jusqu'à quel point il a été réellement utile. Ces dernières espèces sont rares malheureusement, mais elles existent, et nous venons encore d'en voir un exemple chez un malade soigné par M. le docteur Chalvet à l'hôpital Beaujon.

Nous donnerons seulement quelques traits de cette histoire pathologique, que doit développer dans les plus grands détails l'interne du service.

Le malade dont il s'agit était dessinateur dans une fabrique de tapisseries. Il habitait Courbevoie, près Paris, et sa santé avait toujours été parfaite jusqu'au commencement de cette année.

Ce n'était pas un buveur d'absinthe ni de liqueurs fortes, mais il reconnait avoir souvent fait des excès de diverses natures, soit de femmes, soit de boissons. Il a en outre fréquemment passé des nuits entières au travail. En un mot, il a fatigué son système nerveux de toutes les manières, particulièrement peu de temps avant le commencement de l'affection qui l'a conduit à l'hôpital.

Cette affection a débuté à la fois par une bronchite et par un affaiblissement de tous les membres. Cet homme avait froid; même à côté d'un poêle ardent il ne pouvait se réchauffer; il grelottait des journées entières; et cette sensation pénible persista pendant une quinzaine. En même temps, les mouvements perdaient leur précision. Lorsqu'il s'agissait de tracer quelque dessin, la main tremblait, et il fallait quitter le travail après des essais infructueux.

Bientôt le malade s'aperçut que la main gauche était comme engourdie, et que la marche devenait difficile.

En conséquence, le 28 mars il se décida à entrer à l'hôpital Beaujon, pour s'y faire traiter de sa bronchite, qui durait toujours, et à laquelle il attribuait tous les phénomènes remarqués par lui.

La bronchite fut bientôt guérie. Puis survint une variole qui guérit également très-bien. Mais quant à la paralysie, elle s'accentuait de plus en plus.

Le bras gauche et la jambe gauche étaient d'abord surtout atteints. Les extenseurs étaient frappés de complète impotence: et le poignet était fléchi sur l'avant-bras, comme il arrive dans la paralysie saturnine. Les extenseurs de l'avant-bras sur le bras étaient également impuissants, et il s'était produit une contracture des fléchisseurs, de telle sorte que le membre ne pouvait plus être redressé. Cette contracture des fléchisseurs existait également dans le membre inférieur du côté gauche; elle y avait même atteint un degré supérieur, car les tentatives de redressement de la jambe sur la cuisse étaient encore moins efficaces que celles de redressement de l'avant-bras sur le bras. Ces tentatives étaient douloureuses pour le malade, qui n'éprouvait du reste aucune douleur spontanée.

La sensibilité était peut-être un peu plus exquise, soit au pincement, soit au simple contact, mais sans qu'il y eût aucune douleur ni fulgurante, ni pongitive. Toutes les fonctions de la vie organique s'accomplissaient avec la plus grande régularité, seulement l'appétit était médiocre. L'intelligence était parfaitement saine, et rien ne rappelait le tableau de la paralysie générale, dite des aliénés.

Cependant la paralysie se généralisait: elle atteignait le côté droit et s'accompagnait rapidement de l'atrophie des muscles atteints; du côté gauche, cette atrophie était restée longtemps inappréciable à cause de l'œdème qui s'était produit de ce côté. Les muscles de la partie postérieure du tronc avaient été pris à leur tour, et le malade ne pouvait se tenir assis.

C'est alors que M. Chalvet, qui suppléait M. Gubler dans le service, eut l'idée d'employer les bains de sable chaud, et d'appliquer de longs sachets de sable brûlant contre de la colonne vertébrale.

Bientôt une amélioration notable se dessina; l'appétit augmenta; la contracture disparut; puis les mouvements volontaires reparurent dans les muscles paralysés.

D'abord faibles, ils reprirent chaque jour plus d'énergie; et aujourd'hui le malade se tient debout, dirige ses membres en tous sens, étend l'avant-bras sur le bras et le poignet sur l'avant-bras, enfin il marche sans difficulté, bien qu'en traînant encore l'avant-pied sur le sol.

Chose curieuse, la contractilité électrique est bien moins développée que la contractilité volontaire dans les muscles qui avaient été le siége de la paralysie. Ainsi en appliquant les pôles d'un fort appareil de Rumkoff sur l'extenseur commun du côté gauche, nous n'avons pu produire aucune contraction, tandis que le même courant agissait puissamment sur le même muscle du côté droit.

L'atrophie s'efface en même temps que disparaît la paralysie. Déjà elle n'est plus très-visible qu'à la région hypothénar de la main gauche.

Évidemment ce malade qui va déjà mieux, doit bientôt complétement guérir.

Faut-il attribuer, au moins dans une certaine limite, sa guérison au sable chaud? C'est ce qu'il ne serait pas facile de déterminer; car la maladie en question peut guérir sans qu'on lui oppose aucune espèce de traitement.

M. Duchenne, de Boulogne, qui a décrit cette affection le premier, lui a d'abord donné le nom de paralysie générale spinale. Il en indiquait en ces termes les caractères principaux, dans la troisième édition de son livre sur l'électrisation localisée. (Paris, 1861) :

« 1° Affaiblissement et progressivement altération des mouvements volontaires, affectant en général, premièrement les membres inférieurs, et se généralisant ensuite;

« 2° Perte ou diminution, dès le début, de la contractilité électro-musculaire dans les membres paralysés;

« 3° Atrophie en masse des muscles paralysés et métamorphose graisseuse d'un certain nombre d'entr'eux. »

Aujourd'hui, dans une troisième édition du même ouvrage, cet excellent observateur ajoute à la dénomination de cette maladie un nouveau terme : *paralysie générale spinale* ANTÉRIEURE, voulant déterminer ainsi le siége précis de la lésion :

« L'atrophie subaiguë des cellules antérieures de la moelle, dit M. Duchenne, est probablement le caractère anatomique principal de cette espèce morbide. »

Nous devons noter que cette opinion n'a pas l'autorité complète qu'elle aurait si elle s'appuyait sur des faits d'observation directe. Les deux autopsies pratiquées par MM. Charcot et Joffroy, et invoquées par M. Duchenne, n'avaient nullement trait à des individus dont l'histoire pathologique fût absolument comparable.

La paralysie générale spinale antérieure doit se développer sans douleur, sans trouble de l'intelligence ni des grandes fonctions.

Voici du reste comment M. Duchenne en a complété le tableau.

« Début, en général, par une faiblesse des extrémités ou de l'une des extrémités inférieures ou supérieures ou l'un de leurs segments, gagnant peu à peu les membres entiers ou les deux à la fois, soit du même côté, soit d'une manière croisée sans fièvre, sans douleurs ni fourmillements, ni engourdissement dans les pieds, ni dans les mains, ni dans les membres; 2° augmentation graduelle de la parésie allant jusqu'à la paralysie complète, affectant des groupes de muscles ou tous les muscles d'une portion de membres, ou d'un membre entier, et de tout le corps dans la période ultime; 3° pendant cette période ultime, ordinairement troubles de la parole et de la déglutition, semblables à ceux de la paralysie-glosso-labio-laryngée; 4° ordinairement affaiblissement ou abolition de la contractilité électro-musculaire, en raison directe de la paralysie musculaire; 5° atrophie en masse des membres, peu de temps après le début de la paralysie musculaire, augmentant graduellement et proportionnellement au degré de la paralysie et de la diminution de la contractilité électro-musculaire; 6° affaiblissement de la sensibilité électro-musculaire proportionnellement au degré de la paralysie; mais intégrité ou peu de diminution de la sensibilité cutanée; 7° miction et défécation normales; 8° quelquefois arrêt de la maladie avant sa dernière période, et alors retour des mouvements volontaires, même avant celui de la contractilité électro-musculaire. »

Quant au pronostic, on le voit, il n'est pas funeste dans tous les cas. La maladie peut s'arrêter et rétrograder; elle peut guérir sans laisser de trace; mais elle peut également suivre une marche graduellement envahissante jusqu'à la mort, comme M. Duchenne (de Boulogne), en a cité quelques exemples.

Ce n'est donc pas un de ces cas où le médecin doit s'abstenir dans l'attente d'une issue fatale. Il n'est pas dit que les moyens thérapeutiques mis en usage soient sans influence sur la marche que prendra le mal en définitive. Pour notre part, nous ne saurions trop recommander aux praticiens de suivre l'exemple de M. le docteur Chalvet. L'amélioration est survenue aussitôt

FEUILLETON BIBLIOGRAPHIQUE

DES MALADIES SIMULÉES ET DES MOYENS DE LES RECONNAITRE (1)

Leçons professées au Val-de-Grâce par le docteur BOISSEAU, médecin-major, professeur agrégé à l'École impériale d'application militaire.

Voici un ouvrage, d'ailleurs fort remarquable, que les circonstances malheureuses dans lesquelles nous nous trouvons en ce moment signalent encore davantage à l'attention de tous : il s'agit en effet d'une partie de la science médicale que les médecins militaires ont étudiée avec grand soin, et qui permet de reconnaître non-seulement la simulation des maladies, mais encore leur dissimulation, car, à mon avis du moins, le livre de M. Boisseau devrait s'intituler : *Des maladies simulées et dissimulées.*

Dans l'introduction, le savant agrégé du Val-de-Grâce fait d'abord un aperçu historique de la question, et depuis la Genèse jusqu'à notre époque, il montre que la simulation et les moyens de la reconnaître ont toujours exercé de part et d'autre l'astuce et la ruse des hommes.

Dans une seconde partie de l'introduction, sous le titre d'*Essai bibliographique*, M. Boisseau signale tous les ouvrages qui ont été publiés tant en France qu'à l'étranger sur cette question.

La première leçon est consacrée à des généralités sur les maladies simulées : après avoir défini ce que l'on entend par simulation et dissimulation et avoir montré les causes générales qui favorisent ces simulations dans l'armée, l'auteur s'occupe des moyens qui permettent aux chirurgiens de découvrir la fraude; et nous ne saurions trop approuver les ménagements que M. Boisseau conseille dans de pareils cas. Après avoir blâmé la tendance fâcheuse qui veut que lorsqu'on se trouve en présence d'un cas difficile, embarrassant, l'on pense trop souvent à la dissimulation, il dit qu'avant d'affirmer, il faut qu'une observation minutieuse attentive, prolongée, vous ait convaincu de la réalité, et si le doute subsiste dans votre esprit, si vous voulez éviter des mécomptes déplorables, vous n'avez qu'une conduite à tenir : parler en faveur de l'homme suspect. Mieux vaut se tromper dix fois que d'avoir à se reprocher la condamnation d'un homme dont on n'aurait pas su reconnaître le mal.

Nous ne saurions trop applaudir à ces paroles, surtout lorsque nous trouvons dans ce livre même des exemples terribles d'erreurs commises par les médecins, et sans parler des faits de Fodéré et de Cheyne, il nous suffira de citer ce malheureux qui, il y a une quinzaine d'années, fut envoyé du Val-de-Grâce aux compagnies de discipline comme simulant une claudication, et revint un an plus tard y mourir de coxalgie.

En thèse générale, M. Boisseau repousse tous les moyens douloureux et pouvant offrir quelque danger; à cet égard, il cite en effet une observation fort curieuse d'aphonie suspecte, où l'emploi d'inhalation de chlore pour découvrir la supercherie détermina chez le simulateur une bronchite capillaire d'une grande intensité.

Malgré l'autorité de M. Sédillot, il repousse complétement l'emploi des anesthésiques pour reconnaître la simulation, et malgré les réserves faites dans le conseil de santé des armées dans son instruction du 2 avril 1862, il dit que, pour sa part, il n'osera jamais pour cet usage recourir à l'emploi des anesthésiques.

Nous approuvons entièrement cette manière de voir et nous n'hésiterions pas, quant à nous, à considérer comme coupable d'homicide par imprudence le médecin qui, ayant eu recours à ce procédé, verrait le patient succomber aux suites de l'emploi des anesthésiques.

Les quatre leçons suivantes sont consacrées à l'étude des névroses simulées, et comme on le comprend, l'épilepsie occupe la première ligne.

On trouve dans ce chapitre une discussion fort attentive et très-sérieuse de tous les signes invoqués pour reconnaître l'attaque du haut mal. Je signalerai ici tout particulièrement les récentes recherches de M. Argent Voisin sur l'emploi du sphygmographe à l'étude de l'épilepsie.

(1) Paris, B.-B. Baillière et fils.

après qu'on eut employé le sab'e chaud; peut-être bien a-t-elle été déterminée réellement par cette médication qui n'est pas sans puissance.

Dr Victor Revillout.

CONFÉRENCE MÉDICALE DE PARIS

DOCUMENTS

Le Conseil central d'hygiène et de salubrité publique du département de la Seine-Inférieure, convoqué spécialement pour répondre aux questions posées par le bureau de la *Conférence médicale de Paris*, adresse à M. le président de la *Conférence* le procès-verbal de cette séance tenue le 10 juin 1870.

Sont présents : MM. Vingtrinier, Hélot, Verrier, Clouet et Pennetier. M. A. Vy (d'Elbeuf), prié de s'adjoindre à la commission, est également présent.

L'objet de la réunion est de répondre à l'appel fait au corps médical d'étudier de nouveau la question de la vaccine et de communiquer les résultats obtenus à l'*Assemblée pour l'examen de la question de la vaccine*, qui tient actuellement ses séances tous les mercredis, rue des Martyrs, n° 34.

La commission ouvre la discussion par l'examen de la valeur comparative du vaccin humain et du vaccin animal. Elle est d'avis que si l'on a jadis considérablement exagéré la dégénérescence du vaccin ordinaire, on tombe aujourd'hui dans l'exagération opposée en discréditant la vaccine animale, et elle prend en grande considération les résultats obtenus par M. A. Vy, qui, lors de l'épidémie de 1864, n'a jamais eu que des insuccès toutes les fois qu'il a vacciné des individus parvenus à l'âge adulte, qu'il avait vaccinés dans leur enfance avec du vaccin régénéré sur la génisse, tandis qu'un assez grand nombre de ses revaccinations ont réussi sur les adultes qui avaient été vaccinés, enfants, avec du vaccin humain; et qui, d'autre part, n'a pas vu d'exemples de variole chez les premiers, tandis qu'il en a vu chez les autres.

M. Verrier rappelle le cas récemment constaté par la commission, d'un enfant inoculé avec du vaccin de génisse et qui, seul, a été épargné au milieu d'une nombreuse famille vaccinée avec le virus ordinaire.

M. Pennetier ajoute que les insuccès qui suivent l'inoculation du vaccin animal, tiennent le plus souvent à ce qu'on retire des pustules de la génisse une trop grande quantité de liquide, de telle sorte qu'on finit par ne recueillir que de la lymphe.

Pour vacciner les génisses, M. le docteur Vy a l'habitude, depuis 1845, de pratiquer avec la lancette, selon le procédé Husson et Mayendié, à une légère modification près, un certain nombre de piqûres de chaque côté du périnée, en descendant vers la mamelle, et il vaccine directement de génisse à bras; on recueille le virus dans des tubes en pressant la pustule entre ses doigts.

Il considère ce procédé comme plus simple et plus économique que le procédé napolitain, et la commission partage son avis.

M. Hélot s'inscrit même contre le procédé napolitain, soutenant qu'on enlève toujours avec la pustule un peu de tissu cellulaire sous-jacent, et qu'on risque de vacciner avec un liquide improductif. Le virus siégeant dans le tissu sous-épidermique et non sous-cutané, il conseille d'attaquer la pustule par sa face épidermique, et il recommande d'avoir soin d'imprégner l'extrémité de la lancette des deux côtés, ce qu'on ne fait pas toujours.

L'inoculation possible de la syphilis par le vaccin ordinaire étant aujourd'hui parfaitement constatée, il importe de recourir, toutes les fois qu'on le peut, au virus animal, et d'avoir grand soin, lorsqu'on se sert de vaccin humain, de ne l'employer que pur et sans aucune trace de sang.

M. Hélot conseille, en outre, de ne recueillir de vaccin que sur des enfants inoculés assez tard, à six ou huit semaines au moins, les accidents syphilitiques apparaissant presque toujours avant cette époque.

Relativement à la conservation et au transport du vaccin de génisse, la commission est unanime à affirmer qu'il peut conserver ses qualités pendant plusieurs mois et peut être transporté au loin. M. A. Vy déclare en avoir inoculé souvent, avec succès, au bout de huit, douze, quinze et vingt jours, et M. Verrier au bout de plusieurs mois. Ce dernier a vu le cow-pox conserver toute sa puissance transmissible à la vache pendant plus de quatre mois et demi, après avoir longtemps voyagé, et être resté soumis à toutes les variations de température; et il a acquis la preuve qu'il peut, contrairement à ce qui a été dit, entrer en tubes, s'y conserver, en sortir facilement et être transporté à plus de mille kilomètres de son origine.

La commission émet enfin le vœu que chaque vaccinateur constate, sur un registre, l'observation des individus inoculés et inscrive les résultats comparatifs des différents procédés employés, afin de pouvoir se rendre compte, dans la suite, de leur plus ou moins de valeur.

TAILLE PÉRINÉALE

PRATIQUÉE SUR UN ENFANT

avec le lithotome double d'Amussat,

Par M. le docteur Tuchmann.

Un des reproches les mieux fondés et les plus sérieux adressés au lithotome double ordinaire, c'est la ténuité et la direction de ses lames, qui fléchissent trop souvent devant la résistance des tissus en ne sortant qu'incomplètement de leur gaîne. Pour obvier à cet inconvénient, Amussat avait imaginé un lithotome double très-simple qu'il présenta à l'Académie de médecine de Paris en 1828.

Cet instrument est, comme on le voit, une véritable paire de ciseaux courbes sur le plat, dont les deux lames, qui se croisent, coupent en dehors. Fermées, chacun de leurs bords tranchants est protégé par le dos arrondi de la lame correspondante, et elles sont ainsi inoffensives. L'une d'elles, plus longue que l'autre, est boutonnée à son extrémité.

Ayant eu l'occasion de voir pratiquer une opération de taille périnéale sur un enfant par M. le docteur Amussat fils, se servant de ce lithotome, nous avons pensé qu'il serait intéressant d'en donner l'observation, suivie de réflexions pratiques sur l'opportunité de la taille dans quelques cas d'affections calculeuses de la vessie chez les enfants.

D..., âgé de 12 ans, chétif, de très-petite taille, commença, vers 1863, à éprouver des envies d'uriner assez fréquentes, et plus tard, ce symptôme augmenta. Deux médecins, consultés il y a quelques années, considérant ces accidents comme liés à la constitution délicate de l'enfant, conseillèrent un régime tonique et des bains froids. Au commencement de septembre 1869, les parents consultent M. le docteur Malet, qui, soupçonnant la présence d'un calcul, l'adresse à M. le docteur Amussat fils. Ce chirurgien l'examine et constate un phimosis congénital très-étroit et tous les symptômes rationnels de la pierre.

Le 16 septembre, assisté par M. le docteur Mallet, qui chloroformise l'enfant, M. le docteur Amussat pratique la section linéaire du prépuce vis-à-vis de la face dorsale du gland, au moyen de la galvano-caustique thermique. Le soir, ischurie; évacuation de l'urine au moyen d'une très-fine sonde en gomme élastique; frottement sur un corps dur et muqueux qui confirme le diagnostic du calcul urinaire. Le 21 octobre, le prépuce est complétement cicatrisé. On conseille un régime tonique que l'enfant, très-indocile, ne suit qu'incomplétement.

Le 11 novembre, en présence des docteurs Carteaux, Mallez, Mallet et Tuchmann, l'enfant est chloroformé, et une sonde d'argent, introduite dans la vessie, permet de constater la présence d'un calcul et de se rendre à peu près compte de son volume et de sa consistance. Nous discutons alors ce qu'il convient de faire dans ce cas. La lithotripsie nous paraît avoir peu de chances de succès à cause du volume de la pierre et de sa dureté, en opposition avec la ténuité des organes. La cystotomie sus-pubienne est abandonnée dans la certitude que l'enfant ne conservera pas la canule qui devra être placée dans la plaie. Il est décidé que la taille périnéale doit être préférée dans ce cas particulier.

L'enfant, placé et bien maintenu dans la position usitée pour cette opération, M. le docteur Amussat pratique la taille périnéale pré-rectale avec le lithotome de son père, *qu'il retire fermé après l'incision du col*. L'extraction du calcul n'offre aucune difficulté.



Cette pierre, comme on le voit, était volumineuse pour un enfant et de plus assez dure.

M. Hayet, pharmacien, a trouvé que le noyau très-résistant était formé d'acide urique presque pur, et le pourtour composé d'oxalate de chaux mélangé d'urate de soude.

L'opération terminée, l'enfant est replacé dans son lit, et pour donner une idée de son indocilité, nous ferons remarquer que, malgré toutes les recommandations qui lui ont été faites, une demi-heure après, il profita de l'absence de sa mère pour se mettre sur un vase de nuit et essayer d'uriner.

Les 10, 11 et 12, il y eut de la fièvre et de l'inappétence.

Le 13, état général assez bon; il commence à prendre des aliments.

Le 30 novembre, il commence à uriner par la verge.

Le 5 janvier 1870, l'urine sort presque entièrement par le canal; à la fin de ce mois l'enfant était complétement guéri. Il n'y a pas eu d'écoulement sanguin depuis l'opération.

Réflexions. — Lorsque nous fûmes réunis chez M. D..., nous nous trouvâmes en présence d'un enfant maigre, chétif, anémique, de très-petite taille pour son âge et d'une indocilité que l'on observe souvent chez ceux qui souffrent depuis longtemps et sont très-gâtés. L'insensibilité obtenue à l'aide du chloroforme, une très-petite sonde d'argent fut introduite dans la vessie, et nous pûmes, par des explorations attentives, constater qu'il existait un calcul volumineux pour un enfant, et devant offrir une assez grande résistance aux instruments de lithotripsie. La petitesse des organes de la génération, en opposition avec le volume et la consistance du calcul, nous fit craindre que le chirurgien ne pût le pulvériser, et, dans le cas où il y parviendrait, il nous parut évident qu'il faudrait un assez grand nombre de séances de broiement. Or cet enfant, qui au au moindre besoin d'uriner se mettait sur un vase et faisait des efforts prolongés et répétés, devait être sérieusement exposé à l'engagement des fragments dans l'urèthre. M. le docteur Amussat nous fit observer qu'on pourrait y obvier en plaçant une petite sonde à demeure. Mais il ne nous parut pas probable que l'enfant la tolérât longtemps. Pour toutes ces raisons, la lithotripsie nous parut avoir peu de chances de succès. La cystotomie fut donc adoptée en principe. Le procédé le plus simple était d'ouvrir la vessie au-dessus du pubis; mais la constitution de l'enfant était tellement détériorée, que le passage de l'urine par la plaie l'exposait évidemment à des accidents très-graves. On aurait pu à la vérité les prévenir en y plaçant la canule d'Amussat, et en y joignant des irrigations d'eau chaude. Nous ne pensâmes pas que tout ceci pût être fait, à cause de l'indocilité du malade et de la faiblesse de caractère de la mère. Cette opération parut donc devoir être abandonnée, et il fut décidé que l'on pratiquerait la taille périnéale, qui fut faite comme nous l'avons dit, et eut un plein succès. Remarquons toutefois que la guérison s'est fait attendre assez longtemps, ce qui nous semble justifier nos appréhensions relativement aux dangers de l'infiltration urineuse, sans canule et sans irrigations de lithotripsie.

Ce fait nous en rappelle un autre, dont nous avons été témoin

---

Puis, nous arrivons à cette question si difficile, si discutée en ce moment surtout, de la folie : Où finit la raison? où commence la folie? Tel est le problème que le médecin a souvent à résoudre, et après avoir montré les nombreuses difficultés, quelquefois insurmontables, que présente un pareil problème, il indique cependant avec le plus grand soin toutes les circonstances qui permettent d'éviter le plus possible l'erreur.

Dans les sixième et septième leçons, sont exposés les moyens de reconnaître la supercherie dans les maladies générales et les affections cutanées. A propos de ces dernières, le savant agrégé du Val-de-Grâce insiste longuement sur cette entité morbide, repoussée par les uns, acceptée par les autres, nous voulons parler de la chromidrose. L'on connaît toutes les vicissitudes qui ont marqué l'histoire de cette maladie. M. Boisseau croit, dans certains cas, à la réalité de cette affection, et il fonde cette opinion sur les caractères chimiques et microscopiques spéciaux que MM. Robin et Ordonez ont assignés à la matière colorante recueillie sur les individus atteints de chromidrose.

La huitième leçon comprend l'étude des maladies simulées de l'appareil de l'ouïe. Outre l'usage des instruments spéciaux qui permettent de reconnaître les lésions profondes de l'oreille, l'auteur insiste sur les moyens si nombreux qui nous mettent sur la voie de la supercherie, et il faut ici que la ruse soit au niveau de la ténacité du simulateur, qui, dans certains cas, est vraiment incroyable. On trouve en effet citée une observation du docteur Morère, publiée en 1858 dans ce journal, où l'on voit un soldat simuler pendant plus d'un an une surdi-mutité avec paralysie de la langue, et avoir raison des médecins chargés de l'examiner.

Les simulations de l'appareil de la vision sont très-longuement traitées, et l'on comprend l'importance d'un pareil chapitre. L'auteur y signale tous les moyens d'éviter l'erreur. Cependant cette dernière est très-fréquemment commise, et nous voyons journellement dans nos campagnes les jeunes conscrits s'exercer quelques mois avant le tirage avec des verres spéciaux, et sortir presque toujours victorieux de l'épreuve faite dans les conseils de révision.

Puis viennent les maladies simulées des voies respiratoires et digestives. Pour l'appareil locomoteur, l'auteur redouble de soin et d'attention; de nombreuses figures intercalées dans le texte permettent de reconnaître la scoose vraie de celle qui est simulée ou exagérée. Un excellent chapitre traite aussi fort longuement de la claudication. Enfin l'auteur termine par une étude des blessures simulées et des mutilations volontaires.

La rapide analyse que nous venons de tracer suffira à montrer l'importance de cette œuvre, et si nous ajoutons que le style en est clair, rapide, concis, et qu'elle fourmille de faits d'une grande valeur, l'on comprendra aisément le succès de cet ouvrage, qui doit rendre à la médecine militaire surtout de grands services. M. Boisseau, par ses savantes recherches, vient augmenter l'éclat déjà si brillant de l'École du Val-de-Grâce.

Dujardin-Beaumetz,
Médecin des hôpitaux.

Le comité de la presse française ne s'est pas contenté de l'ambulance mobile dont il avait confié l'organisation à la Société internationale des secours aux blessés; il vient aussi d'établir une ambulance *sédentaire* dans les bâtiments de l'École des ponts et chaussées. M. Ricord en est le chirurgien en chef et Mgr Bauer l'aumônier.

On s'est aussi assuré le concours de M. Demarquay, chirurgien-adjoint, et de MM. les docteurs Riant, Vivier, Bertillon, Bottentuit, Laskowski, Rouch, Quertier, Legroux, Poterin du Motel, P. Chatillon, L. Leroy, Planchon, Gérin-Roze, Lanoix, Dupré, Demouy, Xavier Gouraud, Hallé, Lemaire, Darvoris, Ley, Jablonski, Resch, de Ranse, Antoine Gros, Ch. Martin, Lapra, Peutray, Canuet, Cousin, Hendvogel, Léon Labbé, Lucien Sergent, Mouribot, Urba, Bastien, Barré, H. O. Gaudin, Courtillier, Ch. Khone, Scaglia, Calvo, Fournier, Daudemont et Rochon;

De MM. les pharmaciens Pelisse, Chevrier, Julien, Guyon de Grandmaison, Ailhet, Guyot, Hauduc Lauras, Le Danois, Blondeau et de MM. les étudiants Collette, ex-interne; H. Doudement, ex-interne; Peride, interne; Legendre, ancien interne.

Le service des infirmiers sera confié aux personnes de bonne volonté qui voudraient bien remplir gratuitement cette modeste et utile fonction. Le Père Etienne, supérieur des Lazaristes, a du reste mis à la disposition de Mgr Bauer, un nombreux personnel de sœurs de charité. Des *ambulances volantes*, dont le personnel sera divisé par escouade et par quartier, seront incessamment fondées

dans un des grands hôpitaux de Paris. Il s'agissait d'un garçon de 15 à 16 ans, calculeux, d'une assez faible constitution, que le savant chirurgien placé à la tête du service jugea devoir lithotripsier. Plusieurs séances furent faites, mais elles s'accompagnèrent d'accidents si graves, qu'il se vit obligé de faire la taille périnéale et d'extraire, non sans difficulté, tous les fragments de la pierre. En comparant ces deux faits sous tous les rapports, nous pensons que, sans vouloir priver les enfants des bienfaits de la lithotripsie, il y a certains cas où il est préférable de faire de suite la taille, plutôt que de s'exposer à y recourir après une ou plusieurs séances.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 6 mai 1870. — Présidence de M. SIMONOT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE

Contribution à l'histoire de la hernie lombaire, par le docteur Marquez, de Colmar.

CORRESPONDANCE ÉCRITE

Lettre de M. Valéry Meunier, qui adresse un exemplaire de sa thèse intitulée : *Compte rendu d'une mission médicale au Guadarrama (Espagne)*, et demande à être inscrit sur la liste des membres correspondants.

La demande est renvoyée à une commission composée de MM. Perrin, Gros et Briquet.

M. le préfet de la Seine prie la commission de vouloir bien donner son avis sur l'admission à la retraite de 21 employés.

LECTURE

M. LE PRÉSIDENT invite M. Géry fils à lire l'Éloge de Grisolle.

M. FORGET demande qu'on remette à la séance annuelle de clôture la lecture de cet éloge, faisant valoir que le nombre des assistants serait plus grand et l'hommage plus imposant.

M. LE PRÉSIDENT propose de lire aujourd'hui l'Éloge de Grisolle et de prendre en considération la proposition de M. Forget pour l'avenir.

M. GÉRY fils a la parole. (*L'Éloge de Grisolle sera publié.*)

Vaccinations et revaccinations.

DISCUSSION.

M. DELPEUCH lit la note suivante :

J'ai pensé, messieurs, qu'il serait bon que la Société de médecine s'occupât, en ce moment, de la question des vaccinations et des revaccinations. L'épidémie de variole ne semble pas près de finir. C'est donc un sujet à l'ordre du jour.

Des deux vaccins en présence, quel est le meilleur, c'est-à-dire quel est celui qui préserve le mieux? Quel est celui qui réussit le plus souvent?

Je ne crois pas qu'il soit désirable de voir notre Société discuter ces questions au point de vue scientifique, ou, pour mieux dire, théorique; les opinions varient, et, comme nos illustres confrères de l'Académie, nous risquerions de ne pas conclure. Il me paraît à la fois plus simple, plus modeste et plus sûr de nous contenter d'exposer les résultats fournis par la pratique.

Le vaccin jennérien et le vaccin de génisse ont eu, malheureusement, l'un et l'autre le temps de prouver ce qu'ils valent pendant la durée déjà longue de l'épidémie que nous traversons.

Que chacun de nous apporte les résultats fournis par son expérience, et nous aurons, je l'espère du moins, la satisfaction d'arriver à des conclusions pratiques, et par conséquent, utiles à tous.

Des deux questions que je me suis posées en commençant, je vais tout d'abord mettre de côté la première : Quel est, des deux vaccins, celui qui préserve le mieux? Le temps seul, en effet, peut la résoudre.

Reste donc la seconde : Quel est celui qui réussit le plus souvent? Vous le voyez, messieurs, je m'attache à simplifier la discussion autant que possible, à la placer sur le terrain solide des faits certains, en éliminant tout ce qui, étant douteux, pourrait faire naître au milieu de nous, une controverse sans conclusion.

Pour aider, messieurs, dans la mesure de mes forces, à la solution du problème, je vais vous exposer les données de ma pratique personnelle.

Je commence par les revaccinations, et je ne parlerai, bien entendu, que de celles dont j'ai pu connaître exactement le résultat. Elles sont au nombre de 180; 14 ont été faites avec du vaccin de génisse; les résultats ont été *nuls*. Sur les 106 inoculations faites avec du vaccin humain, j'ai obtenu 27 succès; c'est, comme vous le voyez, un peu plus de 25 pour 100.

Le fluide qui a servi à ces revaccinations avait été pris sur une lancette quatre heures avant l'opération, soit sur l'enfant, soit sur la génisse.

Les conditions étaient donc identiques pour ces deux vaccins. J'appuie sur ce point.

Le résultat que j'ai obtenu dans les revaccinations que j'ai pratiquées est donc favorable au vaccin humain; celui fourni par les vaccinations, si le nombre en était moins restreint, serait plus probant encore.

Sur 8 vaccinations, 6, faites avec le vaccin humain, ont réussi; 2, faites avec le vaccin de génisse, ont échoué; l'un de ces deux enfants avait été inoculé à l'Académie par M. Depaul avec du vaccin pris directement sur la génisse; le résultat fut nul. Il fut vacciné douze jours après avec du vaccin humain, et 10 piqûres donnèrent 6 beaux boutons.

Il est évident, messieurs, qu'en m'appuyant sur les données de mon expérience personnelle, je dois être un ardent champion du vaccin humain; mais si l'expérience du plus grand nombre de mes confrères est contraire à la mienne, je suis prêt à me rendre et ne demande pas mieux que d'être converti.

Je prie la Société de m'accorder une minute de plus d'attention pour lui communiquer une note que m'a adressée, sur le sujet qui nous occupe, un de nos jeunes et très-honorables confrères, le docteur Goujon.

Voici cette note :

Le même jour, chez M. Lanoix, avec du vaccin qu'il prenait au moment même sur la génisse, j'ai vacciné 14 personnes (sur la recommandation de leur médecin ordinaire, ces personnes ont exigé qu'une seule piqûre fût faite à chaque bras, et qu'elle le fût avec l'aiguille de M. Depaul). Je n'ai revu que 12 personnes seulement sur les 14 que j'avais vaccinées, et sur les 12 la vaccination a été sans résultat. L'une d'elles ayant appris qu'une de ses parentes s'était fait vacciner à un bras avec du vaccin animal et à l'autre avec du vaccin humain et que l'inoculation faite avec ce dernier avait parfaitement réussi, tandis que la vaccination animale avait été sans résultat, me demanda de la vacciner de nouveau avec le vaccin pris sur une petite fille vaccinée sept jours avant par le docteur Pératé. On prévint encore 5 personnes de celles que j'avais vaccinées sans résultat chez M. Lanoix, et elles furent de nouveau vaccinées avec la petite fille dont il est question plus haut. Sur ces 6 personnes ainsi revaccinées en faisant 2 piqûres à chaque bras avec une lancette ordinaire, la vaccination donna un résultat positif chez trois d'entre elles. L'une eut 3 pustules et les deux autres n'en eurent qu'une à chaque bras.

L'expérience de M. Goujon vient donc confirmer la mienne.

M. CHARRIER. Il est impossible de connaître aujourd'hui la puissance de préservation du vaccin animal; nous ne pouvons nous occuper que du présent. Or, à quel jour doit-on prendre le vaccin sur la génisse? Lanoix le prend le sixième et le septième jour. Je crois que c'est trop tard.

Il y a deux ans, j'ai revacciné avec Lanoix 250 ouvriers de l'Imprimerie impériale, et sur ce nombre, j'ai obtenu 60 succès. Nous prenions alors du vaccin au cinquième jour.

J'ai fait cette année un bon nombre de vaccinations avec M. le docteur Lolliot. J'ai obtenu plus de succès qu'ailleurs, grâce aux précautions que nous prenions, et surtout en nous adressant toujours au vaccin ayant cinq jours au plus.

Une des causes des insuccès est l'exagération de l'emprunt qu'on fait à chaque génisse. On vaccine 12 et 1,500 individus à l'aide d'une ou deux génisses.

On ne peut rien conclure de pareilles expériences contre le vaccin animal.

M. DUROSIEZ lit le travail suivant :

De la vaccination animale en 1868. — Sur 200 vaccinations et revaccinations que nous avons faites pendant une année, 14 ont été faites de bras à bras et 186 de génisse à bras.

Vaccination de bras à bras. — Lorsque nous avons emprunté du vaccin à un enfant, celui-ci avait été vacciné sur la génisse.

Sur les 14 cas de bras à bras, il y a 9 cas de vaccination primitive qui ont fourni 8 fois 6 boutons et une fois 2. Dans 2 cas, le vaccin a été emprunté à un individu revacciné sur la génisse, et nous avons obtenu chaque fois 6 beaux boutons.

Dans 3 cas, nous recommencions une vaccination qui avait échoué, et nous avons eu 6 boutons chaque fois.

Nous n'avons pas réussi chez une femme de 51 ans déjà vaccinée avec succès; et dans un dernier cas, nous avons inoculé à un des bras du vaccin de génisse, et à l'autre du vaccin d'enfant sans succès; c'était une femme de 23 ans qui se faisait revacciner.

En somme, ce vaccin, pris sur des enfants vaccinés sur la génisse, a parfaitement réussi.

Vaccination animale. — Vaccination pour la première fois. — Sur 145 individus vierges, pour ainsi dire, sous le rapport de la vaccine et de la variole, inoculés avec le vaccin animal, nous notons 5 insuccès, c'est-à-dire 1 *insuccès sur 29 cas.*

Quant au nombre des boutons, on a noté :

1 bouton, 3 fois; 2, 4; 3, 8; 4, 13; 5, 20; 6, 86; 7, 3; 8, 1.

Éruption généralisée, une fois.

Le nombre 6 prédomine beaucoup.

Peut-on expliquer les insuccès que nous avons rencontrés? C'est en mai que nous avons essuyé nos échecs; les mois d'hiver et d'été nous ont donné des succès égaux. C'est donc dans les mois du printemps, où on vaccine le plus, que nous avons le plus d'insuccès, et le plus grand nombre de boutons. Cela dépend probablement de ce qu'on puise trop à un même bouton. Ainsi, dans la journée du 20 mai 1868, nous faisons 27 vaccinations, nous constatons :

6 boutons, 6 fois; 5, 5; 4, 5; 2, 3; 1, 2.

Nous comptons 1 insuccès chez un enfant de 2 mois.

Les revaccinations faites ce jour-là ne réussissent pas sur des individus de 7, 8, 9, 27 et 34 ans.

Le 27 mai, nous faisons 11 inoculations, nous notons :

7 boutons, 1 fois; 4, 1; 3, 2.

3 insuccès chez des enfants de 5 mois, 13 mois et de 2 ans, qui seront vaccinés avec succès huit jours plus tard.

1 insuccès chez un enfant de 2 mois déjà vacciné sans résultat.

3 insuccès chez un enfant de 4 ans ayant eu la variole, chez 2 individus de 12 ans et de 36 ans que nous revaccinions.

Dans la séance du 1er avril, nous ne faisons que 3 revaccinations qui réussissent toutes les trois.

Il y a donc lieu de recommencer la vaccination plusieurs fois, même dans le cas de revaccination; c'est un point sur lequel nous appelons l'attention.

Quelle est l'influence de l'âge sur le succès?

Un enfant de 1 mois a 4 boutons; un de 6 semaines, 4; 4 enfants de 2 mois ont 4 et 6 boutons; un de 3 mois, 2 boutons; un autre de 3 mois, 1 bouton.

Nous notons seulement un insuccès chez un enfant de 2 mois que nous inoculons sans résultat une seconde fois et qui ne nous est pas représenté après une troisième inoculation, probablement parce qu'elle a réussi.

L'âge paraît donc avoir peu d'influence sur le résultat; il est vrai que nous n'avons pas inoculé d'enfants ayant mois de 8 jours, et c'est à cette époque de la vie qu'on a constaté la résistance à l'inoculation.

Voici ce que nous fournissent quelques statistiques de *vaccination humaine* :

Sur 245 opérations, 233 succès; 12 insuccès : 1 insuccès sur 19.
Sur 254 vaccinations primitives, 19 insuccès : 1 insuccès sur 13.
Sur 221 vaccinations primitives, 21 insuccès : 1 insuccès sur 10.
Sur 187 vaccinations primitives, 24 insuccès : 1 insuccès sur 8.
Sur 137 vaccinations, 7 insuccès : 1 insuccès sur 19.

La vaccination animale, dans l'expérience que nous avons faite, donnerait 1 insuccès sur 29.

Des vaccinations recommencées. Vaccination animale. — La vaccination animale a été pratiquée chez des individus vaccinés une première fois sans résultat, et que nous supposions n'avoir pas été variolés auparavant, dans 8 cas ainsi répartis :

6 enfants avaient été vaccinés sans résultat en dehors de notre pratique; nous avons obtenu 6 succès avec le vaccin animal.

2 enfants avaient été vaccinés sans résultat par nous à l'aide du vaccin animal, nous avons eu, pour une seconde inoculation avec le cow-pox, 1 insuccès et 1 succès.

Dans ce cas d'insuccès, nous avons pratiqué une troisième inoculation. Nous n'avons pas revu le sujet.

Pour la vaccination de bras à bras (recommencée). 3 enfants avaient été inoculés avec le cow-pox sans résultat. A une seconde inoculation de bras à bras, nous avons obtenu 3 succès.

Voici quelques autres résultats fournis par la *vaccination humaine* : sur 19 vaccinations recommencées, 13 secondes inoculations ont réussi; 5 individus n'ont pas reparu; 1 a été réfractaire à 4 inoculations.

Dans une autre série, il a fallu faire une troisième vaccination chez 3 enfants; aucun n'a été réfractaire.

Dans une troisième, sur 21 vaccinations recommencées, il y a eu 11 succès et 10 insuccès. Chez 2 sujets, la troisième vaccination a réussi.

Dans une quatrième, 2 enfants au moins ont résisté à une troisième inoculation.

De la vaccination après une variole. — Nous comptons 5 cas de vaccination chez des individus variolés auparavant :

4 cas ont été inoculés avec le vaccin de génisse;
1 de bras à bras.

Les 4 cas sont fournis par 3 individus :

1° Agé de 1 an : variole antécédente : insuccès pour une première inoculation : insuccès pour une seconde.
2° Agé de 4 ans : variole antécédente : insuccès.
3° Agé de 14 ans : variolé à 2 ans : 4 boutons.

Le cas d'inoculation de bras à bras est celui d'un enfant de 6 ans, variolé.

On obtient de la fausse vaccine.

Plus les sujets sont jeunes, moins nous réussissons.

Vaccination et variole antécédente. — Nous notons 3 cas pour la vaccination animale :

1° Agé de 13 ans, variolé et vacciné : insuccès.
2° Agé de 18 ans, variolé et vacciné : fausse vaccine.
3° Agé de 26 ans, variolé à 12 ans et vacciné : succès.

Ici encore, plus l'âge est avancé, plus nous réussissons.

Des revaccinations. — Nous ne notons, sous ce titre, que les cas où il y a eu vaccination légitime sans variole antécédente.

Nous notons 25 cas pour la génisse et 1 cas pour la vaccination de bras à bras. Celui-ci appartient à une femme de 51 ans et n'a pas été suivi de succès.

Pour les 25 cas, nous notons 16 insuccès chez des individus de 3, 5, 7, 8, 9, 12, 15, 17, 17, 23, 25, 27, 29, 34, 34 et 36 ans.

9 succès chez des individus de 6, 10, 11, 11, 16, 16, 20, 23, 37 ans.

Nous avons noté nos insuccès dans les revaccinations lorsque nos premières revaccinations elles-mêmes ne réussissaient pas. Nous pensons donc que peut-être eût-on réussi dans des séances plus heureuses.

Nous arrivons à cette conclusion que, de même qu'on recommence les vaccinations non réussies une première fois, de même il faut recommencer les revaccinations non réussies.

Nous comptons 9 succès contre 16 insuccès, et nous pensons nous rapprocher de la vérité en admettant que nous réussissons dans le tiers des cas.

Dans un rapport de M. Depaul sur le vaccin animal, nous trouvons un tableau de revaccinations faites sur des soldats avec le vaccin de génisse.

Sur 212 individus, il y a eu 34 succès, 3 cas douteux, 175 insuccès; et comme proportions, des succès aux revaccinés, 16 p. 100 ou bien 1/6.

Voici d'autres résultats obtenus avec la vaccination humaine :

1° Sur	26	revaccinations,	4	succès;	1/6
2° Sur	15	—	1	—	1/15
3° Sur	21	—	1	—	1/21
4° Sur	54	—	4	—	1/13
5° Sur	29	—	1	—	1/29
6° Sur	65	—	0	—	»
7° Sur	132	—	1	—	»
8° Sur	16	—	1	—	»

Dans la plupart de ces cas, il n'est pas question de vaccination de bras à bras, mais de vaccination à l'aide de virus pris sur des plaques ou dans des tubes; mais il faut aussi reconnaître que l'on n'agissait ainsi que parce que l'on n'avait pas d'enfant sous la main. Le fait reste donc vrai pratiquement.

Nous ferons enfin remarquer que nous parlons pour l'année 1868 et non pour l'année 1870. Nous ne pouvons admettre qu'un procédé qui donne 1 insuccès sur 30 cas soit mauvais.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par un décret en date du 9 août rendu sur la proposition de M. le ministre de la justice, M. le docteur Blanche a été nommé officier et M. Richard d'Aulnay chevalier de la Légion d'honneur.

— Bien que les nominations et promotions suivantes dans la

Légion d'honneur n'aient pas encore paru dans le *Journal officiel*, nous pouvons les donner comme à peu près certaines.

Au grade de commandeur : M. Blache.

Au grade d'officier : MM. Richet, Hardy et Gobley.

Au grade de chevalier : MM. Bucquoy, Houël et Le Fort.

— Aux termes d'un décret publié par la *Gazette officielle de Vienne* du 10 août, les insignes de la Couronne de Fer ont été remis à M. le docteur Wecker, qui, en sa qualité d'Autrichien, acquiert par ce fait les titres de noblesse héréditaire.

— MM. Hardy et Guibout, médecins de l'hôpital Saint-Louis, sont chargés d'un service médical à l'hôpital militaire Saint-Martin.

— On assure que le gouvernement, pour éviter l'agglomération des blessés dans les départements de l'est, songe à diriger vers le centre de la France, et particulièrement aux bords de la Loire, où l'air est très-pur, tous ceux des blessés et des convalescents en état de supporter le voyage. Dans ce but, M. l'intendant général Boscq vient de parcourir les départements d'Indre-et-Loire, de Loir-et-Cher et du Loiret pour se rendre un compte exact des ressources que ces localités peuvent présenter.

— M. le docteur Legouest, chirurgien en chef du corps du maréchal Mac-Mahon, si douloureusement éprouvé, a pu venir passer quelques heures à Paris pour s'y ravitailler de linge, de vêtements, d'appareils et d'instruments d'ambulance, et même de sa trousse, que les confrères prussiens avaient trouvée à leur convenance. M. Legouest, ainsi que 37 chirurgiens militaires qui ont pu rallier, est reparti pour le corps d'armée de Mac-Mahon.

— *Le Peuple français* a raconté le fait suivant :

On me signale à Soultz une violation de la convention de Genève sur les médecins de l'armée du maréchal Mac-Mahon. On garde ici plusieurs de ces médecins depuis huit jours, et, ce que je n'aurais pas cru si je n'avais vérifié la chose par moi-même, c'est qu'on leur a volé leurs chevaux, leurs bagages, leur argent et jusqu'à leurs trousses. Et non contents de ces indignités, les officiers prussiens ne leur procurent, tout en les retenant ici, ni nouriture, ni logement.

— On apprendra avec peine que M. le docteur Cuinier, du 1[er] corps, médecin particulier du maréchal Mac-Mahon, fait prisonnier à la bataille de Reichshoffen, n'est pas revenu. M. Lœwel, pris à Forbach, a pu, au contraire, rentrer en France. M. l'aumônier du Val-de-Grâce a été tué.

— M. le professeur Buisson, doyen de la Faculté de médecine, a abandonné en faveur de l'association des *Secours aux blessés*, et pendant toute la durée de la guerre, le préciput attaché au décanat. Ce préciput s'élève à la somme de 1,500 fr.

M. Ricord souscrit pour 200 francs par mois pendant la durée de la guerre.

—M. Dorvault, directeur de la pharmacie centrale de France, a fait don à la Société de secours aux blessés de 100 kilogrammes de quinquina, 500 litres de vin de quinquina, liqueur composée pour 10,000 litres de boisson hygiénique, sulfate de quinine.

D'autre part, il met à la disposition de l'administration, à l'usine de sa compagnie, à Saint-Denis : 5 chambres avec lits pour officiers blessés, des bâtiments pour établir des ambulances pour 200 militaires blessés, des écuries pour chevaux blessés, tous les médicaments nécessaires, une pompe à incendie avec une équipe de 10 hommes exercés.

— M. le docteur Charbonnier, de Saint-Calais (Sarthe), qui possède une grande maison dans cette ville, la transforme en hospice et offre d'y recevoir autant de blessés qu'elle en peut contenir.

Quatorze lits sont installés déjà et l'on pourrait en mettre au moins soixante de plus.

— La Société internationale des secours aux blessés a établi, dans l'école des frères, située dans le faubourg Saint-Martin, une ambulance destinée à recevoir les blessés à leur arrivée boulevard de Strasbourg.

Cette ambulance communique directement avec la gare au moyen d'un plan incliné qu'a fait construire la compagnie.

Le transport des blessés sur Paris ayant été subitement ordonné, la Société a été forcée de s'installer à la hâte, et a été pourtant à même de recevoir les blessés dès mardi soir.

Mercredi soir, deux cents blessés (en grande partie des turcos), ont été pansés et expédiés sur les hôpitaux Saint Martin et du Val-de-Grâce.

Quarante d'entr'eux, plus sérieusement atteints, et dont les blessures avaient été enflammées par le voyage, ont passé la nuit à l'ambulance.

—Hier jeudi, à une heure de l'après-midi, est partie du Palais de l'Industrie, se rendant à la gare de l'Est, la 7[e] ambulance de la Société internationale de secours aux blessés, sous la direction de M. le docteur Armand Desprès.

Comme celui des précédentes, le personnel de cette ambulance a été salué par des bravos sympathiques sur tout le parcours des boulevards.

La quête a produit environ 4,000 fr.

— Nous apprenons avec plaisir que la première ambulance de la Société de secours aux blessés militaires a rendu de grands services au combat de Borny.

— Le comité international des secours aux blessés a l'honneur de prévenir MM. les médecins de Paris qu'un tronc leur sera remis domicile pour les offrandes de leurs clients.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Poris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 29 août 1870.

Le congrès international tenu l'année dernière à Berlin sur les secours à apporter aux soldats blessés en temps de guerre avait adopté une proposition ainsi conçue :

« En cas de guerre, les gouvernements non belligérants seront invités à mettre à la disposition des belligérants ceux des chirurgiens de leurs armées qu'ils pourront prêter sans désavantage pour leur propre service. Ces chirurgiens délégués devront se mettre sous les ordres du chirurgien en chef de l'armée belligérante à laquelle ils seront attachés. »

Dès le début des hostilités, la France et la Prusse ont déclaré qu'elles appliqueraient les résolutions du congrès de Berlin.

Mais il s'est trouvé parmi les neutres plusieurs gouvernements qui n'ont pas accordé à leurs chirurgiens militaires l'autorisation d'aller soigner les blessés dans la guerre actuelle. L'Angleterre et l'Autriche s'y sont refusées formellement, au grand regret du corps médical dans les deux pays, regret longuement exprimé dans leurs journaux de médecine. D'autres, au contraire, tels que la Suisse, se sont hâtés de faire des offres, et les chirurgiens qu'ils fournissent sont organisés en ambulance par les comités de la Société internationale de secours.

Un certain nombre de praticiens anglais, n'appartenant pas à l'armée anglaise, ont aussi offert leurs services, et le comité fonctionnant à Londres les a répartis entre les armées françaises et prussiennes. D'après le rapport du colonel Loyd Lindsay, dix sont actuellement en Allemagne, et dix en France, dont deux à l'armée de Bazaine, trois à celle de Mac-Mahon. Ils reçoivent une solde de 25 fr. par jour.

Un des correspondants du *Medical Times* avait fait la demande de pouvoir inspecter, en qualité de *reporter*, toutes les ambulances françaises, et particulièrement celles de nos armées ; mais c'est à peine s'il espère encore obtenir, comme étant anglais, l'autorisation qui serait, dit-il, refusée très-certainement à tout autre.

On lui avait répondu d'abord qu'il devrait prendre du service dans une ambulance déterminée ; et peut-être s'y résignera-t-il s'il ne peut pas faire autrement; mais il observe que son temps étant occupé par des malades au lieu de l'être par des articles, son but ne sera pas rempli.

Un autre des correspondants du même journal parle avec éloges des dispositions prises pour le soin des blessés dans l'Allemagne du nord. Une triple ligne d'hôpitaux-ambulances, dont les premiers sont établis sur le champ de bataille lui-même, les seconds à l'arrière-garde et les troisièmes dans les villes les plus proches, reçoivent ceux qu'on ne pourrait pas encore transporter plus loin; mais le plus tôt possible on dissémine ces blessés ainsi que les malades, et on les éparpille, pour ainsi dire, le plus possible jusque dans les villes et les villages les plus distants.

Virchow est, paraît-il, spécialement chargé, à Berlin, d'un service de Français blessés parmi lesquels sont de nombreux turcos.

S'il faut en croire le correspondant du *Medical Times*, les blessés prisonniers ne sont pas mal traités.

On se préoccupe en Angleterre du moyen de faire reconnaître sur le champs de bataille les non combattants, qui sont protégés par la convention de Genève. On avait proposé de leur donner un costume qui fût facile à distinguer, et qui différât absolument de tout uniforme adopté pour n'importe quel corps des armées actives. A ce point de vue, le jaune clair, autrefois porté par des bataillons espagnols, mais abandonné universellement pour les uniformes des soldats, semblait apte à remplir le but. Mais le ridicule de costumer les médecins en canaris a fait échouer cette proposition, dont le *British medical journal* s'est raillé agréablement.

Les médecins conserveront donc les couleurs sombres; ils ne se feront reconnaître que par le brassard de Genève.

Et encore faut-il dire que, dans l'armée française, un grand nombre négligent de porter ce brassard. Nous ne nous étonnerons pas, comme nos confrères d'outre-Manche, de cet oubli, qui doit être souvent intentionnel. Il est difficile de ne pas sentir qu'on est officier et Français quand l'étranger est entré sur le sol de la patrie. Nos médecins militaires ne se décident qu'à regret à se revêtir des insignes qui les assimilent à des neutres.

Dr VICTOR REVILLOUT.

HOTEL-DIEU. — M. BÉHIER.

Tuberculose pulmonaire et ganglionnaire chez un homme de 41 ans. — Difficulté du diagnostic.

M. le professeur Béhier, dans l'une de ses dernières leçons cliniques, a appelé l'attention de ses élèves sur un malade de son service, qui a présenté une affection des plus communes sans doute, mais qui par ses caractères particuliers et par les circonstances et les conditions d'âge et de constitution au milieu desquelles elle s'est manifestée, n'a pas laissé que d'offrir de très-grandes difficultés pour le diagnostic.

Voici un résumé de l'exposé que M. Béhier a fait de cette observation intéressante :

Le nommé H..., âgé de 41 ans, ouvrier chaudronnier, entre le 30 avril dernier à l'Hôtel-Dieu dans le service de la clinique médicale, salle Sainte-Jeanne, n° 20. Cet homme, fort et vigoureux, avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'au mois de février 1869. Employé en Egypte aux travaux de l'Isthme de Suez pendant deux ans et demi comme forgeron, il s'y est constamment bien porté, il n'y a eu ni fièvre, ni dysenterie. Il en est revenu en 1867. Ce n'est qu'à dater du mois de février 1869, que sa santé a commencé à s'altérer. Il a été pris à cette époque d'une toux qui n'a fait qu'augmenter depuis, s'accompagnant d'une expectoration jaunâtre ; il s'est amaigri rapidement éprouvant des alternatives de diarrhée et de constipation. Il n'a jamais eu d'hémoptysie. Il y a six mois sa voix a perdu son timbre et s'est cassée. Enfin au mois de février dernier, un an environ après le début de cette première série de phénomènes morbides, apparut, sur la région latérale du cou, du côté gauche et dans le creux sus-claviculaire, un gonflement des ganglions.

Le jour de son entrée à l'hôpital, le 30 avril, on constate l'état suivant : Point d'apparence cachectique ; maigri ; la face est rouge et violacée; des veines rouges et variqueuses sillonnent les pommettes et le nez ; bien que l'amaigrissement ait été assez considérable, les muscles sont encore puissants. Il n'y a pas d'œdème des membres inférieurs. Les phalanges des doigts sont légèrement recourbées.

Au cou on trouve des tumeurs ganglionnaires volumineuses formant à gauche un paquet qui s'étend de l'apophyse mastoïde à la clavicule. Quelques-uns de ces ganglions ont le volume d'un petit œuf. Ils sont mobiles les uns par rapport aux autres, un peu mous. Il n'y a ni fluctuation, ni engorgement des tissus ambiants, ni rougeur de la peau. Ces tumeurs ganglionnaires sont parfaitement indolentes. On ne trouve en aucun point des surfaces cutanées ou muqueuses de lésions irritatives que l'on puisse considérer comme le point de départ de cet engorgement. On ne trouve de ganglions ni sous la clavicule, ni dans l'aisselle, ni vers l'épitrochlée, ni dans le creux poplité. On en trouve seulement quelques-uns, très-peu volumineux d'ailleurs, dans les régions de l'aine, principalement du côté droit.

Les amygdales ne sont pas tuméfiées; elles ont leur aspect normal. Le corps thyroïde ne présente aucune altération pathologique.

La palpation de l'abdomen ne fait découvrir de tuméfaction ganglionnaire ni dans la mésentère, ni dans les fosses iliaques. La région du foie est indolente ainsi que celle de la rate. La percussion de ces organes montre que le volume du foie est augmenté et dépasse le rebord costal d'environ 3 centimètres. Celui de la rate est un peu augmenté, mais son bord inférieur dépasse à peine le rebord costal.

Le malade tousse habituellement. L'expectoration est jaune, purulente, déchiquetée. La voix est éteinte. Il y a un peu de dyspnée.

La sonorité sous la clavicule gauche est un peu amoindrie. On entend en ce point des craquements humides et quelques râles cavernuleux. Il y a, de plus, une bronchophonie assez intense.

Au sommet droit, en avant, la respiration est rude ; l'expiration prolongée, sans râles appréciables.

En arrière, dans toute la hauteur des deux poumons, on entend des râles sibilants et ronflants. De plus vers le niveau des grosses bronches l'inspiration a un timbre soufflant et effilé, l'expiration est fortement prolongée.

En avant, sur le côté droit du sternum, on constate par la percussion la présence d'une matité notable au niveau de la partie antérieure et supérieure du sternum, débordant le côté droit de cet os de plus de 4 centimètres. Lorsqu'on ausculte au niveau de ce point, on trouve un râle caverneux presque gargouillant, très-éclatant avec retentissement presque pectoriloque de la voix.

L'examen du sang montre que le nombre des globules blancs et surtout des globulins n'est pas augmenté.

Depuis l'entrée de ce malade à l'hôpital, son état s'est beaucoup aggravé. L'aphonie a augmenté chaque jour. En même temps le dépérissement s'accusait davantage. La fièvre, les sueurs nocturnes étaient exagérées, il est survenu un peu de diarrhée.

L'état de ce malade, comme on le voit, était assez compliqué. D'un côté, des lignes de tuberculisation pulmonaire : toux, expectoration déchiquetée, matité, craquements à gauche, matité et râles à droite, aphonie, diarrhée. Jusque-là, les choses étaient assez simples en apparence. Mais les engorgements du cou, qui donnaient à ce malade un aspect spécial, ouvraient la voie aux doutes. Cet engorgement sus-claviculaire des deux côtés, s'étendant à gauche à la région sous-maxillaire et paraissant se propager sous le médiastin, ne pouvait-il pas faire naître l'idée d'une adénite ?

Pour M. Béhier, cette hypothèse n'était pas acceptable. Dans l'adénite, les lymphomes ou engorgements des ganglions lymphatiques existent ordinairement seuls, sans complication de lésions pulmonaires, et on les retrouve dans d'autres régions concurremment; ils produisent, en outre, peu d'effets généraux, à part la faiblesse générale, et quelquefois des effets locaux de dyspnée par compression bronchique.

Une autre hypothèse pouvait se présenter à l'esprit, celle d'un cancer des ganglions du médiastin s'étendant au poumon et le pénétrant. On pouvait invoquer en faveur de cette hypothèse la matité de la région médiastine, la respiration bronchique étranglée en arrière et donnant bien l'idée effectivement d'une compression. Il y avait, enfin, en faveur de cette hypothèse, l'existence de l'engorgement des ganglions sus-claviculaires, circonstance assez rare chez les tuberculeux adultes, tandis qu'elle se rencontre beaucoup plus fréquemment dans les cas de cancer du médiastin.

Dans cette seconde hypothèse, la matité sous-sternale trouvait son explication par l'existence d'une tumeur cancéreuse du médiastin, dont les tumeurs du cou n'auraient été que le prolongement. Les râles caverneux que l'on entendait au niveau de cette région provenaient des bronches mêlées au milieu du tissu cancéreux. La dyspnée était le résultat de l'envahissement d'une portion étendue du poumon par le cancer. L'aphonie s'expliquait par la compression du nerf récurrent dans la masse cancéreuse. Enfin les râles perçus à la partie postérieure de la poitrine pouvaient être le fait d'une bronchite coïncidente ou d'un œdème lié à la gêne circulatoire du poumon. La fièvre était l'expression de la cachexie cancéreuse.

Tout pouvait s'expliquer, comme on le voit, dans cette seconde hypothèse. Cependant, tout bien considéré, M. Béhier ne l'acceptait pas, et cela pour les raisons suivantes :

1° Si l'on avait eu affaire à une lésion cancéreuse du poumon entraînant une bronchite ou un œdème, on n'aurait pas eu pour la bronchite matité et bronchophonie et pour l'œdème une simple matité; et, d'autre part, si la matité avait été le fait du cancer, on aurait eu du souffle rude comme le fait d'une densification du poumon, ainsi que cela avait été constaté chez la femme de l'hôpital de la Pitié. Même au niveau du sternum, au point mat, le râle, s'il avait été bronchique, aurait dû être accompagné de souffle bronchique plus intense, le poumon étant devenu alors bon conducteur par la densité qu'il avait acquise.

2° L'existence de signes de ces cavernes au sommet gauche était une circonstance d'une très-grande importance à considérer, en ce qu'elle rendait en quelque sorte aux râles du sommet droit toute leur valeur sémiotique véritable, celle d'une lésion tuberculeuse. Ces râles sous-sternaux superficiels reprenaient la signification d'un poumon tuberculeux repoussé par des tumeurs médiastines.

3° La diarrhée, la toux et les crachats avec leur forme et leur caractère, déposaient aussi en faveur des tubercules.

Mais enfin, ne serait-il pas possible qu'il y eût coïncidence d'engorgement ganglionnaire cancéreux chez un sujet tuberculeux ?

M. Béhier repousse même l'idée de cette coïncidence dans

l'espèce, se fondant sur la situation et la disposition des ganglions, qui n'étaient pas celles qu'affecte généralement le cancer.

Dans les cas de cancer intra-thoracique, que le cancer occupe le médiastin, le poumon ou tout autre organe, c'est ordinairement et à peu près exclusivement dans le creux sus-claviculaire qu'on trouve un engorgement ganglionnaire; tandis que, au contraire, les engorgements tuberculeux siégent généralement et presque exclusivement dans la région sous-maxillaire. C'est même sur cette circonstance de l'existence d'un engorgement ganglionnaire sus-claviculaire que M. Béhier a pu se fonder pour diagnostiquer un cancer intra-thoracique, dans plusieurs cas que nous avons déjà fait connaître, notamment chez un malade de l'hôpital de la Pitié, chez lequel l'autopsie a démontré l'existence d'un cancer du poumon et du médiastin. Chez le malade dont il s'agit en ce moment, on a vu que les engorgements ganglionnaires occupaient la région cervicale, depuis l'apophyse mastoïde jusqu'à la clavicule.

L'examen histologique à l'aide d'une ponction exploratrice eût pu aider, avec ce signe, à décider ce point de diagnostic. Mais il n'a pas paru utile d'y recourir dans cette circonstance.

En résumé, le diagnostic de M. Béhier était celui-ci : tubercules pulmonaires avec masse tuberculeuse du médiastin et de la région cervicale.

Sans doute, au premier abord, ce diagnostic peut paraître étrange chez un homme de 41 ans, fort et robuste en apparence. Mais il y avait eu dans sa vie une circonstance particulière, qui avait dû développer chez lui une disposition que sa constitution semblait devoir exclure : c'était son séjour de deux ans et demi en Egypte, où il avait eu à subir l'influence d'une première acclimatation, suivi de son retour en France, où il avait dû s'acclimater de nouveau, se trouvant à cet égard dans les conditions des individus nés dans les pays chauds et qui sont transplantés dans nos climats.

Reprenons ici l'histoire du malade. Nous avons dit que depuis son entrée à l'hôpital, son état n'avait cessé de s'aggraver. Vers le milieu de mai, son affaiblissement était devenu considérable, sa voix était complétement éteinte. Il y avait des soubresauts des tendons. Le pouls était petit, dépressible, irrégulier, battent 120 pulsations par minute. La température du rectum était de 38°,2 ; la peau sèche, mais peu chaude. Le malade a eu, dans la nuit du 14 au 15, des vomissements et une expectoration de crachats glutineux, verdâtres. La percussion dénotait de la matité dans toute la partie postérieure droite de la poitrine.

A l'auscultation, on entendait des râles sous-crépitants très-abondants; peu de souffle. Affaiblissement considérable, sueurs de plus en plus abondantes. Les urines renferment une assez notable quantité d'albumine.

Le malade succombe le 15 mai au matin.

Les derniers accidents, comme on le voit, ont été ceux d'une pneumonie. On notera en passant la présence d'albumine dans les urines, signe d'une congestion probablement ultime des reins.

Voici les résultats de l'autopsie.

Le poumon droit était hépatisé dans toute son étendue. A la coupe, on constatait que cette hépatisation, qui a produit consécutivement sur la plèvre une exsudation pseudo-membraneuse, n'est qu'une pneumonie tuberculeuse produite par d'innombrables granulations miliaires en transformation caséeuse. Quelques vastes cavernes existaient au sommet de ce poumon.

Le poumon gauche était fortement congestionné et œdémateux. La partie supérieure du lobe inférieur renfermait d'assez nombreux tubercules miliaires.

Les ganglions du médiastin étaient tuberculeux. Ils formaient, en avant et à droite de la trachée, une tumeur qui adhérait fortement par l'intermédiaire de la plèvre, très-épaissie en ce point, à un noyau de poumon induré situé à la partie moyenne du bord antérieur du poumon droit.

Les cordes vocales étaient le siége d'altérations qui s'étendaient dans les deux ventricules du larynx.

Les ganglions du cou étaient durs, grisâtres, franchement tuberculeux, quelques-uns suppurés.

Rien au corps thyroïde ni aux amygdales.

Le foie était volumineux, mou, gras, sans traces de productions lymphoïdes ni d'altération amyloïde. Rate volumineuse, sans autre altération. Intestin criblé d'ulcérations tuberculeuses dans sa dernière portion. Ganglions mésentériques tuberculeux, Reins volumineux, congestionnés, un peu graisseux.

L'autopsie a vérifié pleinement, comme on le voit, le diagnostic. Il s'agissait bien effectivement de tubercules du côté droit avec noyaux isolés et cavernes à gauche. Les tumeurs du médiastin antérieur soulevaient le bord tuberculisé du poumon.

L'aphonie était le résultat d'une ulcération des cordes vocales et des ventricules.

Les ganglions cervicaux étaient bien tuberculeux et déjà caséeux.

Enfin la diarrhée avait été causée par des ulcérations tuberculeuses des intestins.

Ce fait, dont la détermination était difficile, restera comme un exemple curieux par sa rareté d'un développement considérable des ganglions cervicaux chez un adulte.

HOSPICE DES ENFANTS ASSISTÉS. — M. GUÉNIOT.

Variole mortelle chez un enfant vacciné depuis dix jours. — Revaccinations nombreuses avec du vaccin emprunté à cet enfant. — Succès de ces dernières sans transmission de la petite vérole.

Un enfant de 27 jours, doué des plus belles apparences de santé, fut apporté le 28 février 1870 à l'hospice des Enfants-Assistés, et vacciné dès le lendemain. Deux boutons seulement se développèrent sur le bras gauche.

Le 8 mars, en raison du bel aspect de ces boutons et de la vigueur de l'enfant, celui-ci fut choisi par les religieuses de l'hospice pour servir à leur propre revaccination. Ce choix d'ailleurs ne fut définitif qu'après renseignements favorables sur la santé des parents. Bref, il s'agissait d'un spécimen rare de beau vaccinifère.

Une vingtaine de religieuses, âgées de 20 à 65 ans, furent donc revaccinées par l'une d'entre elles. De plus, le même enfant servit, concurremment avec un autre, à la revaccination d'une quinzaine d'infirmières, âgées de 20 à 30 ans, de même qu'à celle de tout un pensionnat de jeunes filles. Ces diverses inoculations furent toutes pratiquées le même jour, 8 mars, alors que l'enfant ne présentait aucun signe de maladie.

Cependant, dès le surlendemain au soir apparaissait, sur le corps du vaccinifère en question, une éruption qui, d'abord douteuse, se caractérisa bientôt de façon à ne laisser aucune hésitation sur sa nature ; il s'agissait d'une petite vérole. Le 12 mars, lorsque l'enfant me fut présenté, je constatai que l'éruption avait envahi toutes les régions du corps et se composait de boutons aplatis, dont un bon nombre étaient ombiliqués. Très-abondante au visage, discrète sur le tronc et sur les cuisses, elle se montrait confluente à la partie inférieure des jambes, où, chose singulière, les pustules étaient plus développées que partout ailleurs. L'enfant était dans la prostration.

Les deux boutons de vaccine, recouverts d'une croûte mince et brunâtre, conservaient leur forme régulière ; mais ils n'offraient pas d'auréole inflammatoire. Ils semblaient dépourvus de vitalité.

Le 13 mars, l'enfant, de plus en plus affaissé, était dans la torpeur. Une tuméfaction légère se remarquait au visage, et l'éruption, quoique se faisant avec difficulté, paraissait un peu plus abondante. La mort survint dans la soirée.

Quant aux personnes revaccinées, la plupart d'entre elles eurent de la vaccinoïde ; un bon nombre (parmi les jeunes filles), de la vaccine vraie (?), et quelques-unes seulement, une éruption à peu près insignifiante. Mais aucune d'entre elles ne fut atteinte de variole. Aujourd'hui même, 3 juillet, je ne sache pas qu'une seule des revaccinées ait payé le moindre tribut à l'épidémie régnante.

Cette observation me semble venir à l'appui de plusieurs vérités déjà connues, quoique toujours contestées. Elle tend à prouver, en effet : 1° que le poison variolique peut exister dans l'organisme pendant plus de huit jours sans se révéler par aucun symptôme (à moins que l'on n'admette l'hypothèse, d'ailleurs acceptable, d'une contagion postérieure de quelques jours à la vaccination); 2° que l'éruption vaccinale, quoique datant de sept jours, n'a pu conjurer ni l'explosion de la variole, ni ses conséquences funestes; 3° enfin, que le vaccin pris sur un sujet en puissance de variole est aussi efficace que tout autre, et n'expose pas à la transmission du poison variolique.

MOYEN FACILE DE RECONNAITRE

LA PRÉSENCE D'UNE BALLE DANS LES PLAIES

par armes à feu.

Par le docteur A. CORLIEU.

Tout ce qui est relatif au diagnostic des plaies par armes à feu est actuellement de la plus grande opportunité. Quand un blessé tombe frappé d'une balle, il est indispensable de savoir le trajet qu'a parcouru le projectile, et de déterminer si le corps vulnérant est ou n'est pas dans la blessure. Et il est des cas où le diagnostic est fort difficile. Nous n'avons qu'à rappeler la blessure de Garibaldi qui a eu tant de retentissement dans le monde. La *note à consulter*, que M. Nélaton a laissée à ce sujet aux chirurgiens italiens, a paru dans la *Gazette des Hôpitaux* (1). Elle est curieuse à lire, et pour quiconque en prend connaissance, il résulte qu'elle fournit un diagnostic *plus que probable*, mais non *certain*.

Peu de temps après, paraissait dans les mémoires de médecine et de chirurgie militaires un travail de M. le docteur O. Lecomte, professeur agrégé au Val-de-Grâce, travail peu pratique, relatif à l'exploration des balles, dans les plaies par armes à feu, des os et des articulations.

Les balles peuvent être confondues avec le tissu osseux; et cette erreur a été fréquente, quoi qu'on écrive, quoi qu'on enseigne. Bizarre dans sa marche, la balle peut frapper droit ou bien contourner l'os, selon qu'elle est lancée directement ou un peu obliquement, selon la résistance qu'elle rencontre, etc.

Il y a des signes rationnels que le chirurgien ne doit jamais négliger; mais il est des signes physiques et directs qui constituent la certitude : ils consistent à révéler la présence de la balle par des parcelles du corps étranger.

L'exploration se fait : 1° par les instruments; 2° à l'aide du doigt; 3° par le débridement.

Parmi les instruments, nous avons le stylet, la sonde ordinaire de femme, dont M. Larrey fait grand cas dans l'exploration des projectiles de guerre; nous avons aussi le stylet de porcelaine crayeuse, qui fut employé par M. Nélaton. M. Toutant a proposé un trocart de son invention; M. Baudry (d'Évreux) a conseillé l'emploi de pinces à pansement légères et fines, etc., etc.

L'exploration digitale est quelquefois difficile, impossible; elle peut nécessiter préalablement le débridement, ce qui complique la recherche du projectile vulnérant, et n'est pas toujours sans danger.

On nous a proposé les procédés électro-chimiques, moyen long et compliqué, non toujours applicable, surtout dans les cas d'encombrement de blessés.

M. le docteur Lecomte a fait fabriquer par M. Luër un *stylet-pince* explorateur qui nous a paru réunir les conditions de simplicité, de légèreté, de facilité et de sûreté d'action. Nous l'avons expérimenté dans plusieurs essais, et nous l'avons indiqué dans notre *Aide-mémoire de médecine et de chirurgie*, comme l'un des instruments dont ne doit jamais se départir le chirurgien militaire dans les cas douteux.

Cet instrument consiste en un stylet boutonné monté sur un manche, un peu plus gros que le stylet ordinaire, et représenté ici de dimension naturelle. Il est constitué par une tige fendue à l'une de ses extrémités en deux petites branches qui s'écartent par leur élasticité et sont terminées chacune par une petite curette à bords minces et tranchants CC'. Cette tige glisse dans une gaîne qui forme stylet. Les curettes s'ouvrent ou se ferment selon qu'on pousse ou qu'on retire le stylet dans la gaîne.

Pour reconnaître si le projectile est dans la plaie, on introduit le stylet fermé, à l'aide duquel on percute l'objet résistant. Si le diagnostic est douteux, on pousse le stylet, qui s'entr'ouvre et saisit entre les curettes CC' l'objet résistant B. On ramène alors l'instrument, et on trouve entre les petites curettes des fragments qui confirment le diagnostic.

Une précaution indispensable consiste à appuyer d'une main uniforme et soutenue l'extrémité boutonnée du stylet sur le projectile pendant qu'on ouvre la pince.

La petitesse de cet instrument permet de le mettre dans une trousse, et il a l'avantage de pouvoir être introduit facilement et sans danger dans les plaies étroites et fistuleuses.

(1) 4 novembre 1862.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 20 juillet 1870. — Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine : le *Bulletin général de thérapeutique*; — Le *Lyon médical*; — Le *Sud médical*.

— Le *Compte rendu des travaux de la Société de médecine de Nancy* pour 1868-1869, par le docteur Delcominetti.

— Le *Compte rendu de la séance générale* (9 juin 1870) *de l'Association médicale de la Sarthe*.

— *Recherches expérimentales sur la transmission du charbon par les mouches*; lettres à M. Gallard, médecin de la Pitié, par le docteur Raimbert, de Châteaudun.

— *Recherches sur les injections utérines en dehors de l'état puerpéral*, par le docteur Ambroise Guichard.

— M. Depaul offre à la Société : *Rapports présentés au ministre de l'agriculture et du commerce par l'Académie de médecine sur les vaccinations pratiquées en France pendant les années* 1867 *et* 1869; — *sur la vaccination animale*, discours prononcés à l'Académie en juillet et en août 1869; — *sur la vaccination animale et la syphilis animale*, novembre 1869. — La Société remercie.

M. BLOT met sous les yeux de la Société la photographie de l'*encéphalocèle frontale* dont il avait parlé dans la dernière séance, ainsi qu'un moule en plâtre d'une encéphalocèle sagitale, qui s'était faite par la partie postérieure de la suture du même nom.

M. DEPAUL, rendant compte de la dissection de l'encéphalocèle qu'il avait présentée, insiste sur ce que la petite tumeur surajoutée constitue une poche kystique sans communication aucune avec la cavité crânienne. Cette poche contenait du liquide séreux et une bouillie, que le microscope a démontrée être de la substance cérébrale. Son siége est bien la fontanelle, et quant au liquide épanché sous la peau du crâne, c'est à travers une petite perforation de la membrane de cette fontanelle que son passage a eu lieu.

M. GIRALDÈS rappelle qu'il existe des tumeurs kystiques sans communication avec le crâne, situées au niveau même des fontanelles. M. Stoltz s'en est occupé, et lui-même il eut à ponctionner à deux reprises différentes, puis à extraire un kyste séro-dermoïde de cette région. A la dissection on y trouva, entre autres, des poils fins et transparents.

LECTURE

Adénite suppurée du cou. Ulcération de la carotide primitive et de la carotide externe. Hémorrhagie. Mort. — (Observation lue au nom de M. Dauvé par M. VERNEUIL). L'ulcération des tuniques artérielles est rarement la conséquence d'une

inflammation située dans le voisinage de ces vaisseaux, et le plus souvent, on voit les artères traverser impunément de vastes clapiers purulents. C'est pour la carotide et la poplitée qu'on a surtout noté de semblables ulcérations. Dionis et Leudet ont présenté, en 1850 et 1852, à la Société anatomique deux faits d'ulcération de l'artère poplitée. En 1848, Le Fort a vu à l'hôpital de Lille un militaire mourir d'une hémorrhagie foudroyante de la carotide interne causée par une amygdalite ulcéreuse. En 1857, à l'hôpital de Metz, un abcès de l'amygdale amenait aussi une ulcération de la carotide interne et une hémorrhagie foudroyante. L'autopsie de ce malade fut faite par M. Méry, et l'observation n'a pas été publiée. Chavaignac dans un *Traité de la suppuration*, Boizeau à la Société de chirurgie, Broca à la Société anatomique, ont encore rapporté trois cas de mort par ulcération de la carotide interne, mais cette fois dans le canal inflexe et pour carie du rocher. Dans tous ces cas d'ulcérations artérielles, la mort fut toujours la terminaison fatale. La mort survint aussi dans le fait cité par le docteur Cayton dans *Prager Vierteljahrschrift*, 1861; c'était aussi une ulcération de la carotide interne amenée par un abcès de l'amygdale.

Dans l'observation qui va suivre, l'hémorrhagie est due à une ulcération étendue de la carotide primitive et de la carotide externe, suite d'adénite suppurée du cou.

Le nommé R..., civil européen, âgé de 40 ans, est atteint depuis trois mois d'adénite cervicale gauche, pour laquelle affection il a été traité par l'iodure de potassium.

En 1859, pendant la guerre d'Italie, il a reçu dans l'oreille gauche un coup de baïonnette, et depuis cette époque, il se plaint fort souvent de douleurs dans la région mastoïdienne du même côté. Pas de maladies antérieures.

Il entre à l'hôpital le 23 mars. Une tumeur ganglionnaire de la grosseur d'une orange un peu allongée occupe la région sterno-mastoïdienne presque dans toute sa hauteur. Le muscle est englobé dans la tumeur, il ne fait aucune saillie, et le malade penche la tête du côté gauche. Depuis quelques jours la tumeur est douloureuse. Dure dans sa plus grande partie, bosselée, sans bruit de souffle, sans pulsations, elle est sensiblement fluctuante en deux points. Deux applications de potasse caustique sont faites en ces deux points, qui sont situés dans la région mastoïdienne, l'un en avant, l'autre en arrière de l'attache supérieure du muscle sterno-mastoïdien.

Deux jours après, j'incise les escarrhes. De la plaie antérieure coulent environ *trente* grammes de pus mal lié, et c'est un liquide transparent qui sort sous la plaie postérieure.

J'avais sous les yeux une adénite kystique à plusieurs loges ganglionnaires; c'était l'adénite de Richard. Pendant huit jours, les deux petites ouvertures sont maintenues béantes au moyen de petites mèches, et la tumeur se vide et s'affaisse sensiblement.

Le 2 avril, le malade se plaint d'une forte migraine à gauche. Il a la fièvre. La suppuration devient fétide. Il y a de la douleur et une sensation d'empâtement dans le côté gauche du pharynx. On fait par les plaies de petites injections légèrement phéniquées. On donne *un* gramme de sulfate de quinine.

Pendant trois jours, l'état général reste le même, et le malade est sous le coup d'un empoisonnement septicémique.

Le 5 avril, à neuf heures du soir, une hémorrhagie en jet et de la grosseur d'une aiguille a lieu par la plaie antérieure. Cette hémorrhagie s'arrête d'elle-même après quelques secondes. Un quart d'heure après, je vois le malade : il paraît soulagé par cette petite perte de sang. Je cherche à découvrir le point par lequel le sang a coulé. Vains efforts. Je place dans chaque petite plaie un bourdonnet de charpie imbibé de perchlorure de fer, et j'établis sur le côté gauche du cou une compression modérée.

Le 6 avril, la tumeur s'est ouverte dans le pharynx, et le malade crache du pus mêlé à de petits caillots grisâtres. L'odeur de cette suppuration est infecte.

Le 7 avril, la compression directe est enlevée. L'hémorrhagie ne s'étant pas reproduite, je vide doucement la tumeur du pus qu'elle contient. Pendant onze jours, une suppuration abondante s'écoule également par la bouche et les plaies extérieures. L'état septicémique persiste. Chaque jour on administre le perchlorure de fer. Le malade mange à peine.

Dans la nuit du 18 avril, le malade crache un peu de sang; quelques gouttes de sang s'écoulent aussi, mais en bavant par la plaie extérieure. L'infirmier de garde près du lit du malade arrête aussitôt l'hémorrhagie, en plaçant le doigt pendant quelques minutes sur la plaie extérieure. Cette perte de sang a été insignifiante. A la visite du matin le 19, je ne trouve pas le malade plus affaibli que la veille. A deux heures du soir, frisson violent et accès de fièvre pendant plus d'une heure. Immédiatement après l'accès, on administre *un* gramme de sulfate de quinine.

Le 20, nouveau frisson d'une heure, à neuf heures du matin. A ma contre-visite, je trouve le pouls filiforme à 130, le thermomètre à 39. Quelques gouttes de sang s'écoulent en ma présence par les plaies extérieures. La compression sur la carotide au niveau du tubercule carotidien, arrête immédiatement l'hémorrhagie. Après avoir marqué avec de l'encre le point où cette compression doit se faire, je laisse à trois de mes infirmiers les plus intelligents le soin de continuer cette compression pendant deux heures. Je fais en même temps par les plaies une injection de perchlorure de fer, étendu d'une égale quantité d'eau. On frictionne le malade avec l'alcool camphré. On le réchauffe avec des cruchons d'eau chaude.

A trois reprises différentes pendant la nuit, la compression digitale est faite pendant une demi-heure, chaque fois qu'une goutte de sang paraît aux lèvres de la plaie. Vers cinq heures du matin, la compression sur la carotide primitive n'arrête plus l'hémorrhagie, et il fallut recourir à la compression directe. Jusqu'à ce moment, la perte de sang avait été peu considérable, et la gravité de la maladie tenait plutôt à l'empoisonnement septicémique et à l'infection purulente qu'à l'hémorrhagie elle-même.

Le 21, à huit heures du matin, le malade n'est pas plus affaibli que la veille. Le pouls est filiforme. La température est encore à 39. Je ne doute plus d'une ulcération de l'arbre carotidien; mais quelle est l'artère ulcérée?

Faut-il faire une ligature? La recherche de la lésion dans un tel foyer de suppuration me paraît impossible. La ligature de la carotide primitive n'arrêtera pas le sang, puisque la dernière hémorrhagie a eu lieu malgré la compression sur le tubercule carotidien. Faut-il lier alors la carotide interne en même temps que la carotide primitive?

M. le docteur Cochu, mon collègue à l'hôpital, pense comme moi que toute espèce d'intervention active est inutile. Cependant j'hésitais encore à lier la carotide primitive, et nous nous préparions à faire un nouveau pansement compressif, quand une hémorrhagie foudroyante eut lieu par la bouche. Cette hémorrhagie ne put être arrêtée ni par la compression directe, ni par la compression sur la carotide primitive, et le malade expira presque subitement. Comme le matin, l'hémorrhagie s'était faite par le bout artériel périphérique.

L'autopsie est faite douze heures après la mort avec l'aide de MM. les docteurs Cochu et Lourties.

Une dissection de toute la région latérale gauche du cou est faite avec le plus grand soin. La tumeur est pleine de caillots. Elle se divise en deux poches bien distinctes : une supérieure et postérieure communiquant avec les deux plaies faites par le caustique; une inférieure et antérieure en rapport direct avec les vaisseaux carotidiens et l'ouverture pharygienne. Ces deux poches communiquent entre elles par un trou du diamètre du doigt. Cette tumeur bilobée occupe presque tout le côté gauche du cou. Il n'y a plus traces de ganglions. Le sterno-mastoïdien a disparu dans la suppuration. Les vaisseaux et nerfs du cou sont englobés dans un tissu laudacé qui permet difficilement de les séparer. Une section de la carotide primitive étant faite au-dessus de la clavicule, on peut, au moyen d'une injection d'eau ordinaire, découvrir les points ulcérés et les ménager dans une dissection qui n'a pas duré moins d'une heure. Il eût été impossible de lier les divisions de la carotide au milieu de ces tissus dégénérés; la ligature n'aurait pu se faire que sur la carotide primitive à son tiers inférieur, et comme nous l'avons fait voir, eût été inutile. Quoique nous n'ayons pas ouvert la pièce, il nous a été facile de sentir, dans la carotide primitive, un caillot actif déjà organisé, caillot formé par la compression. Nous laissons à M. Verneuil le soin de donner sur cette pièce curieuse tous les détails histologiques nécessaires. Nous nous contenterons de dire que l'ulcération siégeant à la fois sur la carotide primitive et sur la carotide externe, nous ne voyons qu'une triple ligature, en y comprenant encore celle de la thyrhoïdienne supérieure, qui ait pu mettre à l'écoulement du sang une barrière certaine. La tumeur s'ouvrait dans le pharynx, en arrière et au-dessous de l'amygdale gauche, au niveau de la grande corne de l'os hyoïde. Les veines du cou sont saines. La jugulaire contient un long et mince caillot noir.

Le cœur pèse 315 grammes. Accumulation de graisse à l'extérieur; pas de dégénérescence graisseuse interstitielle. Cœur gauche complétement vide de sang et de caillots; cœur droit rempli de caillots noirs récents. Valvulves et orifices sains.

Nombreuses adhérences pleurales anciennes. Un peu d'œdème pulmonaire. A la partie postérieure du poumon droit, on remarque quelques noyaux bruns d'hépatisation rouge. Ces noyaux ont la forme d'infarctus au début. La rate pèse 310 grammes. Sa coupe est de couleur ardoisée. Rien de particulier dans les reins.

Le foie pèse 1,685 grammes. Le lobe gauche est pâle, de couleur paille; son tissu présente à la coupe une dégénérescence graisseuse très-appréciable à l'œil nu. Le lobe droit est de couleur brune; sa couleur contraste fortement avec celle du lobe voisin. Pas d'infarctus, pas d'abcès, pas de néoplasme.

Le cerveau pèse 1,325 grammes. La pie-mère est œdématiée; elle se présente sous forme d'une masse gélatineuse légèrement louche. Masse cérébrale saine. Rien dans les ventricules. Caillots récents dans la bouche, le pharynx et le larynx. Œdème prononcé de l'épiglotte et des replis aryténo-épiglottiques.

M. DESPRÈS. L'observation de M. Verneuil et celle que notre collègue vient de nous communiquer, de la part de M. Dauvé, justifient très-certainement, la thèse de l'ulcération des parois artérielles par suite de l'infection purulente. Toutefois, il y a des cas d'ulcération de la carotide dans le canal du rocher survenus spontanément chez des individus bien portants d'ailleurs, si ce n'est qu'ils sont porteurs d'une nécrose avec séquestre de l'os malade.

M. GIRALDÈS. Depuis le cas malheureux de Liston, la plupart des perforations artérielles spontanées se sont montrées dans le cours d'une adénite, suite d'angine scarlatineuse.

Dans les régions axillaire, poplitée et inguinale, le même accident a eu lieu par suite de suppurations survenues chez des individus affaiblis.

Une chose qu'on ne saurait approuver dans l'observation de M. Dauvé, ce sont les applications successives de perchlorure de fer, alors qu'il aurait fallu procéder à la recherche des deux bouts du vaisseau, et y appliquer une ligature.

M. VERNEUIL, en réponse à M. Després, dit qu'il a voulu simplement catégoriser les faits, et non les généraliser outre mesure.

Les soi-disant individus bien portants étaient atteints tous de carie ou de nécrose du rocher, et dès lors il n'y a pas lieu de s'y arrêter.

Depuis plusieurs années que M. Verneuil poursuit la question des hémorrhagies secondaires spontanées, et dit n'en avoir, à peu près, jamais vues qui ne fussent précédées d'infection purulente aiguë, ou de l'élévation de la température constatée au thermomètre. Cette catégorie d'hémorrhagies septicémiques joue le plus grand rôle en chirurgie.

Répondant à M. Giraldès, M. Verneuil remarque que si M. Dauvé n'a pas cru devoir pratiquer la ligature, c'est que, de prime abord, il n'était pas sûr d'avoir affaire à une perforation de la carotide et que plus tard, l'état désespéré du malade, par suite de l'infection purulente, ne permettait pas qu'on y songeât.

COMMUNICATION

M. DESPRÈS dit avoir réussi dans deux cas de luxation double et récente de la mâchoire inférieure à faire rentrer l'os luxé à sa place, en se servant d'une manœuvre qui a pour but d'exagérer tant soit peu l'abaissement de la mâchoire.

M. PANAS rappelle à ce propos, que c'est là une pratique bonne dans certains cas, et qui du reste est aussi vieille que la chirurgie, puisqu'on la trouve indiquée dès les temps hippocratiques.

M. GIRALDÈS fait observer que dans les luxations récentes du maxillaire inférieur ce ne sont pas les efforts violents qui réussissent, mais bien les manœuvres bien combinées. Le procédé indiqué par M. Després réussit souvent, et l'on peut dire qu'il est monnaie courante en chirurgie.

La séance est levée à 5 heures un quart.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Aux listes de nouveaux décorés que nous avons publiées déjà, nous devons ajouter les noms suivants : MM. Descroisilles, Fournier, Luys et Proust ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur à l'occasion de la fête du 15 août.

Les événements ont empêché le *Journal officiel* de publier ces nominations.

— M. le baron H. Larrey, chirurgien en chef de l'armée, est parti pour aller rejoindre l'armée du maréchal Bazaine.

— La 6ᵉ section des infirmiers militaires, en résidence à Chambéry, a été dirigée sur l'armée du Rhin.

— On organise une 10ᵉ section d'infirmiers.

— On remarque que les blessés qui arrivent à la gare de l'Est, à la suite des derniers combats, au lieu d'être installés, comme d'habitude, dans des compartiments fermés, sont couchés sur de la paille dans des wagons de marchandises à ciel ouvert.

Ce mode de transport, que les médecins de notre armée recommandent comme très-hygiénique, sera adopté toutes les fois que le temps le permettra.

— Le correspondant du *Times*, lui écrivant de Berlin, à la date du 23 août, constate que bien qu'admirablement organisé, le service médical prussien ne peut suffire aux besoins du moment. Le chiffre des blessés, pendant la dernière semaine, a dépassé toutes les prévisions. Lorsque 15,000 individus ont tout à coup, et simultanément, besoin de secours, impossible d'effectuer le transport jusqu'aux ambulances. Ajoutons à cette première difficulté les défaillances des infirmiers, marchant dans des mares de sang et effrayés à l'aspect des blessures si horribles faites par les engins de précision. C'est surtout après la bataille qui s'est livrée près de Metz que ces négligences et ces répulsions ont été malheureusement nombreuses et regrettables. En voici un exemple :

Le 19 août, en face de la chapelle de Saint-Thibault, une trentaine de blessés restaient là comme abandonnés; frappés le 16, pansés le lendemain, le 18 le service des ambulances n'avait pu encore les relever pour les transporter loin du champ de bataille. Ce jour même, en effet, nouvel et terrible engagement; appel sur vingt points divers; et ainsi divisés, les infirmiers se virent dans la nécessité de remettre le transport. Le 19, dans la matinée, la personne qui m'a raconté ce navrant épisode de la guerre présente trouva ces malheureux blessés dans cet état d'isolement et d'abandon. Que faire? Toutes les maisons avoisinantes étaient déjà remplies de morts et de blessés; impossible de penser à les arracher à leur lamentable situation. Heureusement qu'en général le service médical a donné les preuves de son activité, et il est prouvé que des milliers de soldats ont dû la vie aux soins éclairés des chirurgiens et aux bons services des infirmiers requis ou volontaires.

— L'ambulance de la première division du premier corps d'armée était établie à Frœchwiller, dans le local de la mairie, près de l'église.

Le 6, jour de la sanglante bataille qui s'est livrée contre le corps de Mac-Mahon, ce bâtiment, qu'eût du faire respecter le pavillon blanc, a été canonné de huit heures du matin à quatre heures et demie du soir.

M. Rodet, sous-intendant militaire, ainsi que tout le personnel de santé et d'administration, ne devant ni ne voulant poursuivre, sous aucun prétexte, la division qui battait en retraite, le devoir de l'ambulance était de protéger les blessés. Elle donnait asile à 580 Français et à 40 Prussiens. Chacun resta inébranlable, soignant et rassurant les soldats et leur jurant qu'on ne les abandonnerait pas.

A quatre heures et demie, dès l'arrivée des Prussiens, maîtres de la situation, toute l'ambulance était prisonnière!

Ainsi, non-seulement elle avait été canonnée toute la journée au milieu d'un village incendié, mais encore elle avait eu deux infirmiers tués pendant qu'ils transportaient un zouave blessé.

M. Milliot a été tué au moment où il rapportait du linge à pansement pour les blessé.

Tous les effets et bagages des officiers leur ont été volés, et ce n'est que grâce à leur contenance énergique qu'ils ont pu conserver des vivres et une partie du matériel de l'ambulance.

Après la reddition de l'ambulance, on a fait feu par une croisée sur un officier d'administration, M. Deler, et deux balles ont traversé son képi.

Malgré toutes ces violations du droit humain et de la convention de Genève, l'ambulance a continué de soigner les blessés jusqu'au 12 août, époque à laquelle elle a été transportée à Haguenau, et ce n'est que le 17 qu'elle a enfin obtenu d'être reconduite jusqu'aux frontière de Belgique en traversant Wissembourg, Landau, Mayence, Coblentz, Cologne, Aix-la-Chapelle et Ebersthat.

A Cologne, elle a rencontré l'ambulance de la Presse, qui, elle aussi, était prisonnière, et l'a quittée en arrivant à Maubeuge.

Le personnel de l'ambulance de la 1ʳᵉ division est arrivé à Paris samedi matin, à six heures.

Inutile d'ajouter que les blessés prussiens ont été soignés et pansés avec autant d'égards que nos soldats. (*Figaro.*)

— La Société de secours aux blessés établie à Paris, au Palais de l'Industrie, se charge de faire parvenir aux militaires les lettres qui lui sont transmises; en outre, ses membres ayant leurs entrées

dans les ambulances françaises et prussiennes, lui fournissent des renseignements sur les Français qui s'y trouvent. Ces renseignements sont tenus à la disposition du public.

— L'un des membres de la Société internationale de secours aux blessés, accompagné de sept secrétaires, et d'accord avec l'autorité militaire, s'est rendu hier dans les trois hôpitaux militaires de Paris pour y visiter chaque blessé et pour écrire sur une feuille de papier à ranger ultérieurement par ordre alphabétique, les nom et prénoms de chaque blessé, le nom et l'adresse du parent ou de l'ami auquel il pourrait y avoir lieu d'écrire de la part du blessé, ce qu'il pourrait y avoir à faire savoir à ce parent ou ami, les besoins ou désirs particuliers de chaque blessé, et spécialement s'il désirerait, lors de sa convalescence, être évacué dans sa famille ou dans un dépôt rapproché de sa famille.

L'intention de la Société est en effet de faciliter, autant que possible, le retour de chaque blessé dans sa famille, et pour les blessés appartenant à des familles peu aisées, de faire distribuer des secours à domicile.

Cette visite, pleine d'effusion sympathique, a causé une émotion très-grande et un contentement inexprimable parmi les blessés.

Déjà nous avons la satisfaction d'annoncer que les médecins en chef des hôpitaux militaires vont accorder une centaine de congés de convalescence.

La Société va faire visiter de la même manière tous les blessés existant en France, afin de seconder ainsi en tout lieu l'administration militaire, qui est en ce moment surchargée.

Elle vient de se mettre en relations avec un bureau de renseignements organisé à Berlin par le comité central de la Société prussienne de secours.

Elle échangera avec ce comité les renseignements recueillis de part et d'autre, et nous aurons le bonheur, dans quelque temps, de pouvoir rassurer les familles sur le sort de nos courageux blessés.

Toute demande de renseignements devra être adressée *par écrit*, à Paris, à la Société de secours aux blessés. (Bureau des renseignements.)

— Dimanche soir, à six heures, une ambulance anglo-américaine a suivi la ligne des boulevards pour se rendre à la gare de la Villette.

On a beaucoup applaudi trois dames portant le brassard international et qui tenaient en main les drapeaux des deux grandes nations anglo-saxonnes.

Les médecins anglais se distinguaient par leur flegme. Quant aux dames de charité, dont deux fort jolies, on retrouvait en elles ce type étrange de brunes aux yeux bleus d'acier, qui semble l'expression du genre industriel de la Worth-Americ. De toutes les ambulances qui ont défilé par le boulevard, c'est certainement celle-là qui possède les plus beaux chevaux. Ajoutons qu'une collecte pour les blessés a produit une somme très-importante.

— Une nouvelle ambulance est partie hier des Champs-Élysées, à deux heures. Elle a été fournie complétement à la Société de secours par la Confédération helvétique; la Société l'a acceptée avec l'autorisation du ministre des affaires étrangères. La Société a seulement fourni les voitures contenant le matériel de l'ambulance. Dix chirurgiens militaires suisses dirigeront cette ambulance.

— Une ambulance de quarante lits vient d'être établie à la Garenne, près de Courbevoie, par les habitants de la localité, au moyen d'une cotisation personnelle. Depuis hier, le drapeau flotte sur le nouvel hôpital.

— La Société centrale d'agriculture de France vient de mettre à la disposition de nos blessés convalescents le magnifique château qu'elle possède à Harcourt (Eure).

La Société se charge, en outre, de l'entretien complet de ses futurs pensionnaires jusqu'à leur complet rétablissement.

— Voici une liste de nouvelles adhésions pour le service des ambulances sédentaires ou volantes de la presse :

Les docteurs Bastien, Barré, Bouchut, Brochi, Borchard (Armand), Barré, Boucard, Cheden, Castaigna, A. Chereau, Caillctet, Cosson (Ernest), Carrière, Cusco, Dujardin-Beaumetz, Dublanchet, Duchesne, Delaunay, Desroches, Foucaud de Lespagney, Genouville, Goglioso, Goldenstein, Gounard, Gougueńheim, Gresset, Labarthe, Legendre, Loaisel de Saulnay, Ledreux, Legros, Lolliot (Jules), Labiel Manson, Maurel, Maheux, Pinel, Pelous, Porgnet-Roussclin, Reinvillier, Rozier, Rochon, Schlon, Scaglia, Sichel, Sergent (Jules), Suhrer, Topinard, Termes, Witkowski, Waille.

Les pharmaciens Lelu (Émile), Servant.

Les étudiants internes ou externes, Lambry, Loze (Paul), Mamièvc, Massé (François), Mercadier, Ricard, Reynard, Sklaski, Wyszomirsky, Waelker, Wateau.

— La Société internationale de secours aux blessés fait déposer chez les médecins exerçant à Paris une boîte-tronc destinée à recueillir auprès de leur clientèle des offrandes qu'elle les prie de provoquer. Ceux des médecins de la province qui désireraient recevoir un tronc dans le même but sont priés d'en adresser la demande au siége de la Société. Il y sera tout de suite fait droit.

— Dans une lettre à M. le ministre de la guerre, M. le docteur J. Queyriaux propose de faire, pour le pansement des plaies, une sorte de charpie avec les cordes goudronnées des arsenaux maritimes.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On va reprendre la discussion sur l'infection purulente, qui avait commencé le 15 mai de l'année dernière et avait fait place, au bout de six semaines, à la discussion sur la vaccine.

Je ne sais pas jusqu'à quel point les orateurs académiques pourront avoir l'esprit dispos pour une discussion approfondie. Mais depuis un an, l'état de la science sur cette matière n'est plus le même. Les théories de Virchow, qui dominaient sans conteste, sont bien loin d'être universellement professées aujourd'hui. Des faits contradictoires ont été avancés par MM. Vulpian et Hayem, et bien que l'École de Strasbourg en général, et spécialement un de ses membres les plus distingués, M. Feltz, en aient contesté l'exactitude, il faudra nécessairement en tenir compte. Comment discuter la purulence sans en étudier l'étiologie? Comment savoir par quel moyen mettre obstacle à la production des abcès multiples et à l'empoisonnement par le pus sans savoir par quel mécanisme ces phénomènes se produisent?

Si les leucocytes du pus et les globules blancs sont une seule et même chose, il n'est plus permis d'expliquer par l'arrêt de ces leucocytes dans les vaisseaux, l'inflammation suppurative des divers organes; la théorie de la résorption par les vaisseaux laissés béants sera nécessairement remplacée par une autre, et on ne pourra plus l'invoquer pour combattre celle de la fièvre, par exemple.

Mais tout ceci demande un examen plus calme, plus approfondi, plus tranquille qu'on ne peut le faire en ce moment.

J'ai donc bien peur que la discussion, bonne pour remplir le vide des ordres du jour, ne serve pas à autre chose, avant la victoire finale que nous espérons et attendons tous.

Dr VICTOR REVILLOUT.

HOTEL-DIEU. — M. LANCEREAUX.

Méningite tuberculeuse, encéphalite.

Le 22 juin 1870, W..., âgé de 58 ans, garçon d'écurie, a été reçu dans la salle Sainte-Agnès.

Habitant Paris depuis dix ou onze ans, il avait toujours joui d'une excellente santé, et n'avait jamais été arrêté un seul jour, lorsqu'il tomba malade le 20 juin. Le lendemain, on le trouvait couché dans son écurie, et on le transporta à l'hôpital.

A la visite du soir, il est impossible d'en tirer le moindre renseignement; il répète : « Et après? » Il est du reste très-agité, très-gai, parle continuellement; peau normale; 86 pulsations par minute.

La nuit suivante, il appelle constamment ses chevaux, se croyant dans son écurie; il empêche les voisins de dormir.

Le lendemain 22, la face est injectée et vultueuse. La prescription est : extrait thébaïque, *vingt* centigrammes en 20 pilules, eau vineuse, bouillons et potages.

24 juin. La nuit a été plus calme; le malade a cependant encore parlé à ses chevaux; le pouls est normal, la sensibilité paraît intacte.

Le 25 juin, violent délire.

Le 26 juin, le malade sourit encore, mais moins que les jours précédents; il peut rester assis et on ne remarque pas de contracture. De temps en temps il ramasse sur sa couverture par un mouvement de carphologie. Les traits deviennent moins naturels. La respiration s'accompagne de ces mouvements des joues et des lèvres qui ont été comparés à ceux de l'homme qui fume la pipe. Il n'y a rien d'anormal du côté des poumons.

Le 25 juin, le malade reste étendu sur le dos; il *fume la pipe* et sourit de temps en temps. Il ne répond plus aux questions, malgré l'emploi des stimulations les plus énergiques. Les yeux sont tantôt fermés et tantôt ouverts, les pupilles contractées, des deux côtés également. Les bras exécutent des mouvements volontaires; la carphologie devient de plus en plus marquée.

Quand on essaie de soulever le malade, il est tout d'une pièce; les muscles du dos, contracturés, produisent l'opisthotonos. La sensibilité de la jambe gauche paraît exagérée. Le bras gauche présente le même phénomène et se trouve légèrement contracturé. Il existe aussi de la contracture dans les muscles de la mâchoire. De temps en temps les membres sont agités de secousses convulsives. La respiration est devenue diaphragmatique, anxieuse, les extrémités froides; 72 pulsations à la minute; pouls régulier; pas de vomissements. On remarque une tumeur mobile du volume d'un œuf sur le bord externe de l'avant-bras droit. On apprend que, dès les premiers jours, le malade s'est levé et urinait par terre, n'ayant aucune conscience de ses actes. Il ne pouvait pas se tenir debout.

Prescription : large vésicatoire à la nuque; potion avec acétate d'ammoniaque; sinapismes sur les membres.

Le 28 juin : convulsions; pouls 100, plus petit. Le malade tousse un peu; crachats muqueux. Le bras gauche, dont les doigts sont fléchis dans la main et roides, bien que sans paralysie, sert difficilement. Toujours un peu d'hyperesthésie à la jambe gauche. La moitié droite du corps, les bras, les jambes paraissent sinon anesthésiés, du moins présenter une notable diminution de la sensibilité. Ainsi, paralysie du mouvement à gauche, de la sensibilité à droite; roideur moins prononcée. Le malade parle encore par monosyllabes de ses chevaux. Le vésicatoire paraît l'avoir stimulé. Il urine et rend les matières involontairement.

29 juin. Une partie de la nuit a été calme; mais, à un moment, il y a eu de l'agitation, et il a recommencé à appeler ses chevaux. Ce matin, il sourit, bredouille des mots inintelligibles, et continue à fumer la pipe. Aspect idiot; paupières couvertes de muco-pus; sensibilité de la jambe droite moins affaiblie qu'hier; il en est de même du bras et du tronc. Le bras gauche est habituellement fléchi, placé sur le ventre. Le malade peut le mouvoir, mais avec difficulté; il serre, mais faiblement la main. Roideur du cou et du dos diminuée.

30 juin. Même état.

1er juillet. Mort à trois heures du matin.

Autopsie. — Crâne aminci, liquide céphalo-rachidien abondant. Opacité et épaississement des méninges ramollies à la convexité. Injection très-vive à la base et dans les scissures de Sylvius. Granulations millaires fines.

Épaississement jaunâtre dans la grande fente cérébrale de Bichat. Injection de la toile coroïdienne, ramollissement de la voûte à trois piliers. La protubérance est, dans une étendue d'environ 2 centimètres carrés, le siége d'une vive injection avec léger ramollissement de son tissu; aspect rougeâtre, pointillé, hémorrhagique; il semble qu'il existe là un foyer d'encéphalite.

Un foyer analogue, moins étendu, se rencontre en arrière de la scissure droite de Sylvius, où il occupe l'épaisseur des circonvolutions.

Les poumons renferment des granulations tuberculeuses disséminées, peu abondantes; ils sont pigmentés et congestionnés; le cœur est large, flasque, graisseux à sa base; le foie est gras, la rate volumineuse, les reins peu modifiés, les testicules petits et flasques; l'estomac est large; vive injection dans la région cardiaque, pigment de la région pylorique; les glandes sont saillantes, la muqueuse épaissie, l'intestin à peu près normal, les muscles pâles; les côtes se tranchent au couteau.

EMPLOI DU CHLORAL

DANS LE TRAITEMENT DES ALGIES DE NATURE VÉNÉRIENNE (1)

Par CHARLES MAURIAC,
Médecin de l'hôpital du Midi.

XVI

Dans le cas suivant, le chloral administré à deux reprises différentes a produit une sédation très-notable de la douleur. Il a donné lieu en outre à la plupart des phénomènes que nous avons constatés jusqu'ici. Le malade, qui est fort intelligent, les a notés lui-même au fur et à mesure qu'il les éprouvait. C'est en partie d'après ses notes que je rédige mon observation.

M. Gabriel L. S., âgé de 35 ans, feuillagiste, entré dans mon service à l'hôpital du Midi le 30 octobre 1869, avait toujours joui d'une santé excellente et ne présentait dans ses antécédents aucune trace de maladie constitutionnelle héréditaire ou acquise, lorsqu'il contracta vers le 20 septembre 1869 un chancre et une blennorrhagie.

(1) Suite. — Voir les numéros des 12, 14, 16, 23, 30 juillet; 11, 13, 18, 20 et 23 août 1870.

FEUILLETON BIBLIOGRAPHIQUE

TRAITÉ DE PATHOLOGIE INTERNE

PAR M. JACCOUD
Professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital Lariboisière, etc., etc. (1).

« Il a été moins fait, pour la médecine, d'Hippocrate à Fagon que de Harvey à Claude Bernard. »
(LORAIN, *Leç. orales*.)

Qu'ils sont vieux et démodés les livres dans lesquels notre génération a lu les premières notions de la médecine, et combien n'aurions-nous pas à apprendre si nous avions sommeillé pendant vingt-cinq ans! Le livre de Grisolle, qui, à cette époque, était le traité de pathologie par excellence, et dont le succès a été considérable, a vécu aujourd'hui, un moment détrôné par d'autres; et cet ouvrage lourd, compact et savant comme son auteur, n'est plus guère appelé qu'à marquer l'état de la science pathologique dans la première moitié du dix-neuvième siècle.

Depuis Grisolle, la jeune génération des médecins des hôpitaux a marché en suivant l'impulsion donnée à la physiologie par les immenses travaux de Claude Bernard, le chef de la méthode expérimentale. Depuis l'ère nouvelle inaugurée par le professeur du Collége de France, on a perfectionné les moyens matériels de l'observation, et à ceux usités à notre époque, on a ajouté le microscope, l'ophthalmoscope, le laryngoscope, le sphygmographe, le thermoscope, et que sais-je encore? En un mot, à la croyance on a cherché à substituer la certitude; on a voulu détruire l'art au profit de la science, comme l'a hautement proclamé le professeur Sée, si malmené en haut lieu pour cette phrase mal entendue.

Avec de semblables moyens, il fallait refaire toute la pathologie médicale.

Inspirés par la philosophie cartésienne, nos médecins ont dû s'efforcer de supprimer ou d'amender tout ce qui était tradition ou mauvaise physiologie; ils ont dû ne rien accepter sans y être autorisés par des notions de physique exacte; ils ont dû renoncer à cette médecine indépendante et fantaisiste représentée naguère par Récamier, et plus tard par Trousseau; ils ont dû ramener tout ce qui était objectif à passer sous le contrôle des instruments de précision, ou à n'être pris que comme simple renseignement; et, de cette façon, il y avait une rude tâche à entreprendre pour refaire dans ces idées toute la pathologie médicale, et c'est ce que M. Jaccoud a tenté avec, disons-le, avec bonheur.

A notre avis, le médecin est organicien ou vitaliste, selon qu'il procède par analyse ou par synthèse. Parmi les médecins, il en est qui, par goût, par aptitude, par caractère, font de l'analyse toute leur vie; il en est d'autres qui, rassemblant tous ces matériaux, en font un tout et cherchent les principes en vertu desquels telle cause amène tel résultat. Or la science médicale est à la fois synthèse et analyse; il n'y a pas d'exclusivisme. C'est donc l'alliance de la physiologie et de la pathologie qui forme l'assise sur laquelle doit s'élever la science de guérir et qui constitue l'école expérimentale, école dont M. Jaccoud est un des disciples les plus convaincus.

Nous n'avons entre les mains que le premier volume du *Traité de pathologie*; le deuxième volume paraîtra vers la fin de l'année. Dans ce premier volume, l'auteur traite des actes pathologiques communs à la plupart des maladies. Cette étude constitue la première partie et contient les congestions, les hémorrhagies, la thrombose, la gangrène, les hydropisies, les inflammations, les fièvres, etc.

La deuxième partie comprend les maladies à localisation fixe, en suivant l'ordre anatomo-pathologique.

La troisième partie comprendra les maladies à déterminations multiples et diffuses.

Nous avons déjà eu l'occasion de faire connaissance avec les livres de M. Jaccoud, et ce n'est pas la première fois que nous avons le plaisir de le signaler à nos confrères. Dans les *Leçons de clinique médicale* (1) qu'il a faites à l'hôpital de la Charité en 1866, M. Jaccoud s'est déjà beaucoup appesanti sur les conditions thermoscopi-

(1) 2 vol. grand in-8°, avec figures et planches en chromolithographie, chez Ad. Delahaye, 1870. Le premier volume seul a paru. — Prix : 12 francs.

(1) 1 volume in-8° de 876 pages, avec figures et planches, 2e édit. 1870. Prix : 15 francs.

La blennorrhagie fut peu douloureuse, presque insignifiante en apparence et de courte durée. Cependant, le 27 octobre (38 jours après la contamination), des douleurs rhumatismales survinrent presque instantanément à onze heures du soir, et mirent le malade dans l'impossibilité presque complète de se servir de la jambe et du bras droits, ainsi que du bras gauche.

Les manifestations articulaires, localisées dans les grandes jointures, étaient accompagnées de phénomènes locaux aigus et d'une réaction fébrile générale. Je fus obligé d'administrer du sulfate de quinine. Malgré son acuïté, cette complication de la blennorrhagie a eu une marche d'une lenteur désespérante. Ce n'est que vers le milieu de mars que les souffrances commencèrent à diminuer. A cette époque, les muscles de la partie postérieure du cou perdirent en partie leur force : la tête retombait sur la poitrine; le malade était obligé de la soulever avec les deux mains. Cet accident, contre lequel on donna du bromure de potassium, fut de courte durée.

Le chancre qui était infectant, fut suivi d'une roséole, seule manifestation syphilitique qui se soit montrée jusqu'ici. Enfin, pour compliquer encore la situation, il survint, en avril 1870, des battements de cœur très-violents, qui firent craindre une détermination rhumatismale sur cet organe. Je ne constatai ni péricardite, ni endocardite. Cependant l'action du cœur a toujours été exagérée depuis cette époque; ses bruits ne sont pas nets, on entend même parfois un souffle rude à la pointe; la matité dépasse un peu les limites normales, et le choc systolique soulève dans une large étendue la région précordiale.

Comme le malade souffrait beaucoup de l'articulation tibio-tarsienne droite, et ne pouvait marcher qu'avec des béquilles, je lui prescrivis, le 2 juin 1870, un julep contenant *cinq* grammes de chloral. Le julep fut pris par cuillerées à bouche, de deux heures et demie jusqu'à cinq heures et demie.

« A six heures, dit le patient, étourdissement de l'ivresse. Toute ma raison. Propension au sommeil. A sept heures, mes jambes titubent, je me couche; sommeil immédiat et profond. L'infirmier vient me frictionner le pied, je ne sens rien et reste endormi. Quelque temps après, toujours dormant, je sors mon pied du lit, je le frictionne, je le presse, je le tords et me plains de douleurs atroces; je pétris aussi mon épaule gauche, puis je retombe pour ne me réveiller qu'à quatre heures et demie. A cinq heures du matin je me lève, ne sentant aucun mal au pied. Je marche droit et sans béquilles; je vais dans la cour sans fatigue aucune. Dans la journée du 3, je me vois en parfaite santé. Les sens ont toute leur action; je ne ressens qu'une fatigue, qui est celle de la courbature. Cette amélioration si remarquable a persisté jusqu'au 14, où subitement la douleur est revenue reprendre sa place habituelle. »

Cette histoire clinique, que j'ai abrégée autant que possible, est très-compliquée et fort obscure. Toujours est-il qu'à la suite d'une blennorrhagie légère, il est survenu une attaque extrêmement violente de rhumatisme avec détermination cardiaque; attaque qui, au huitième mois de sa durée, cause encore des arthrites très-douloureuses dans diverses jointures (épaules, cou-de-pied), surtout dans l'articulation tibio-tarsienne droite. Je crois que la syphilis, contractée en même temps que la blennorrhagie, est étrangère à ces accidents de rhumatisme aigu.

Quoi qu'il en soit, le chloral, à la dose de *cinq* grammes, a produit, outre son effet hypnotique habituel, une sédation de la douleur articulaire telle, que le malade a pu marcher sans béquilles. Ce qu'il y a de plus étonnant, c'est que l'effet de cette situation a duré 12 jours consécutifs.

Mais une nouvelle attaque de douleurs se reproduisit dans l'articulation tibio-tarsienne. Elle fut plus violente que les précédentes. On fit appliquer sur les côtés du cou-de-pied des vésicatoires volants, qui ne procurèrent qu'un soulagement médiocre. Le malade réclamait le chloral avec insistance; je lui fis donner le 22 juin un julep qui en contenait *dix* grammes.

Les parties douloureuses présentaient l'état suivant : ankylose presque complète de l'articulation tibio-tarsienne; le pied forme un angle droit avec la jambe; empâtement des parties molles périphériques. Douleur intolérable tout le long du bord externe du pied, lancinante, se dirigeant d'avant en arrière jusque sous le talon et causant une hypéresthésie telle de toute la moitié externe de la plante du pied, que le simple contact de la main causait d'extrêmes douleurs. Le siége et la nature de cette douleur, l'hypéresthésie consécutive, me portent à croire qu'il s'agissait d'une véritable névralgie plantaire externe, plutôt que de douleurs articulaires. Mais cette douleur était évidemment symptomatique de l'arthralgie du cou-de-pied.

Un julep additionné de *dix* grammes de chloral fut pris par cuillerées à bouche, le 22 juin, de cinq heures et demie à dix heures et demie du soir. Dès les premières cuillerées, grande envie de dormir, que le malade combat par des promenades dans la salle. Pas de mal de tête, pas d'agitation, un peu d'abattement. Vers neuf heures, le malade perdit la conscience de ses actes et de ses paroles; il agissait et parlait mû par la force de l'habitude, mais sans savoir ce qu'il faisait. A neuf heures et demie, il s'endormit sans avoir éprouvé aucun malaise notable du côté de l'estomac, et sans avoir passé par la période d'excitation si commune quand les doses du chloral sont élevées. Le sommeil a duré depuis neuf heures et demie jusqu'au lendemain matin à l'heure de ma visite; il a été calme et sans rêve. Aucune douleur n'a été ressentie. Pas de gène de la respiration, mais les battements du cœur ont été très-violents. Quand on le réveilla pour lui administrer les dernières cuillerées, le malade parlait sans savoir ce qu'il disait. Vers deux ou trois heures du matin, il eut une vomiturition dont il ne se souvient pas.

A huit heures et demie, le 23, je le réveillai facilement en lui pinçant la peau. La tête était lourde, et il éprouvait une sensation gravative du côté de la voûte orbitaire, avec une obnubilation telle, qu'il lui était impossible de lire et de distinguer les objets à une grande distance. Il avait perdu tout souvenir de ce qui s'était passé depuis la veille. Pas de douleur dans le pied. Mais je constatai, à l'aide d'explorations minutieuses, que toutes les sensibilités étaient intactes, ainsi que les sensations spéciales. Lenteur des idées, embarras léger de la parole, somnolence, soif vive, langue nette, titubation, impossibilité de faire un travail intellectuel quelconque.

Le malade dormit toute la journée, et quand il se réveilla le soir pour dîner, il ne se souvenait que confusément de la visite du matin. Pas de douleurs. Dans la nuit du 23 au 24, sommeil parfait.

Le lendemain 24, il se réveilla très-dispos. Tous les phénomènes de somnolence, de malaise cérébral, d'obnubilation, etc., avaient disparu, et le malade se sentait parfaitement bien. La douleur plantaire n'était pas revenue; on pouvait malaxer le pied sans causer aucune souffrance. Dans la nuit du 24 au 25, sommeil parfait.

Le 25, les douleurs n'étaient pas revenues.

La dose de *dix* grammes de chloral a été bien tolérée par l'estomac, et j'hésite à lui attribuer une vomiturition insignifiante survenue dans la matinée du 23. L'effet hypnotique du médicament s'est prolongé pendant plus de 24 heures, sans permettre au malade de rester éveillé et en pleine possession de lui-même. Ce sommeil, du reste, a été parfaitement calme. Il n'y a pas eu cette ébriété bruyante et gaie qu'on observe communément. Les phénomènes de dépression intellectuelle ont plutôt dominé. La perte de la connaissance et de la mémoire a été profonde et durable, puisqu'elle s'est prolongée pendant près de 24 heures. Mais qu'on veuille bien remarquer que tous ces phénomènes nerveux étaient légers, et certainement moins pénibles que ceux que produit une ivresse alcoolique de moyenne intensité.

Les sécrétions n'ont pas été troublées, non plus que les mouvements, ce qui semble bien indiquer que l'action du médicament porte principalement sur le centre encéphalique et n'atteint pas la moelle épinière, ni les ganglions du grand sympathique.

On a constaté, pendant la nuit, au plus fort du sommeil chloralique, que le cœur battait avec violence; comme le malade est sujet depuis quelque temps à des attaques de palpitations nocturnes, ce fait ne doit peut-être pas être rapporté exclusivement au chloral.

Ainsi, les inconvénients causés par la dose de *dix* grammes de chloral ont été médiocres. Quant aux avantages, ils sont incontestables. Le sommeil est revenu, la douleur et l'hypéresthésie plantaire ont disparu complétement; le malade peut appuyer son pied sur le sol et lui faire supporter le poids du corps sans en souffrir. L'effet calmant a été aussi net et aussi accusé que l'effet hypnotique. Au bout de six jours, l'amélioration procurée par ces *dix* grammes de chloral persistait encore.

Sous beaucoup de rapports, cette observation gagne à être rapprochée de la précédente; dans les deux cas, la douleur contre laquelle on dirigeait le médicament était causée par une affection articulaire de nature blennorrhagique; dans les deux cas, elle a été calmée presque instantanément, si bien que les malades ne souffrant plus, ont fait des excès de marche suivis d'une nouvelle attaque de douleurs; dans les deux cas, l'effet anesthésique a été durable, c'est-à-dire s'est prolongé au delà de la période des phénomènes physiologiques apparents; dans les deux cas enfin, l'effet calmant ou anesthésique a été distinct et réellement indépendant de l'effet hypnotique.

XVII

Pour compléter mes observations sur le chloral, j'ai voulu me rendre compte de son utilité au point de vue de l'anesthésie chirurgicale.

M. Anatole S..., garçon épicier, âgé de 20 ans, entré le 15 juin 1870 dans mon service à l'hôpital du Midi, salle 8, n° 14, avait eu des chancres mous sur le limbe du prépuce, qui avaient déterminé par leur cicatrisation un rétrécissement tel qu'il était impossible de découvrir le gland. Le prépuce était très-long, et le malade désirait qu'on lui fît l'opération du phimosis. Il se portait du reste très-bien et dormait habituellement depuis huit heures du soir jusqu'à cinq heures du matin.

Le 18 juin, à partir de quatre heures et demie du matin, après une nuit d'excellent sommeil, je lui fis prendre, par cuillerées à bouche, à intervalles rapprochés, un julep contenant *six* grammes de chloral. Il ne lui trouva aucun mauvais goût et ne ressentit d'abord aucune douleur à l'estomac. A la troisième cuillerée, il éprouva quelques nausées non suivies de vomissements, et qui durèrent peu. A la cinquième cuillerée survinrent quelques étourdissements et de la titubation; il fut obligé de se coucher, et quelques instants après, il commença à divaguer tout en ayant conscience qu'il disait à l'infirmier et à ses voisins des choses ridicules. On continua l'administration du chloral; il ne tarda pas à s'endormir en chantant, vers sept heures et demie. Le julep était épuisé. Le sommeil continua jusqu'à huit heures et demie. Je le réveillai en lui pinçant légèrement la peau de l'avant-bras droit. Il me raconta exactement ce qu'il avait éprouvé; sa mémoire et ses idées étaient très-nettes, et son récit concordait avec le témoignage de ses voisins. J'interrogeai toutes les sensibilités, elles étaient parfaitement conservées.

A neuf heures, je lui fis pratiquer, sous mes yeux, la circoncision par mon excellent interne M. Bartharez, qui l'exécuta très-rapidement et avec beaucoup d'habileté. Le malade, tout à fait sorti de son sommeil, donna les signes de la plus vive douleur à tous les temps de l'opération. Il n'existait pas chez lui trace d'analgésie.

A onze heures du matin, la sensibilité était toujours intacte; le malade était un peu somnolent. Les nausées ne s'étaient pas reproduites. Rien du côté des appareils de la circulation et de la respiration. La journée fut calme; le malade dormit très-peu et n'éprouva point cette lourdeur des yeux et cette céphalalgie qui surviennent quelquefois plus ou moins longtemps après l'administration du chloral.

Il est évident que le chloral n'a rempli en aucune façon le but que je me proposais. Malgré son action manifeste sur le cerveau, qui s'est traduite par un peu d'ivresse bientôt suivie de sommeil, la sensibilité à la douleur est restée intacte, et le malade a souffert tout autant que si je ne lui avais rien donné. L'opération cependant a été pratiquée pendant que l'effet hypnotique était à son maximum.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 30 août 1870. — Présidence de M. WURTZ.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Deux exemplaires d'une publication de M. le docteur Denis

---

ques dans l'étude de la fièvre, et l'application du thermoscope est un moyen diagnostique souvent utile, nous dirions presque indispensable. Des médecins, M. Lorain entre autres, nous ont démontré que, grâce au cycle thermique, soigneusement enregistré, ils ont pu diagnostiquer des fièvres intermittentes quartes, qui eussent probablement été méconnues sans cet instrument.

M. Jaccoud ne suit pas des sentiers battus par nos maîtres, ses devanciers ; s'il ne fait pas *grand*, il cherche à faire *vrai* et *nouveau*. Peut-être un peu trop porté aux idées allemandes, dont il a vu l'application dans son voyage officiel de 1863, il s'efforce de les introniser en France ; non pas positivement que nous voulions nous en plaindre : la science est cosmopolite et prend son bien où elle le trouve. Les Allemands, plus calmes, plus réfléchis, apportent dans la pratique de notre profession une manière qui n'est pas nôtre; une certaine considération s'attache chez eux au savant, considération que nous ne rencontrons pas toujours en France, et à Paris surtout, où l'esprit mercantile de quelques-uns nuit à l'esprit chercheur de quelques autres.

Où le livre de M. Jaccoud commence véritablement, c'est à la deuxième partie, qui comprend les maladies localisées.

L'auteur commence par les maladies de l'appareil de l'innervation, qui comprend les maladies de l'encéphale, de la moelle et du système nerveux périphérique, et il les complète par les maladies de l'appareil nerveux à lésions variables, c'est-à-dire par les névroses, névroses cérébro-spinales, bulbaires, périphériques.

Cette deuxième partie est précédée de quelques notions physiologiques indispensables pour l'étude et l'intelligence des maladies de l'encéphale, et là encore, si l'on ne savait à quelle école physiologique appartient M. Jaccoud, on le reconnaîtrait sans peine; car dans ces quelques pages ressortent des considérations philosophiques dans lesquelles l'auteur admet que les opérations de l'idéation sont directement influencées par les sensations et par les affections qu'elles provoquent dans le moi sensible.

Bien des chapitres nous ont intéressé : nous citerons ceux sur l'anémie cérébrale, où nous avons lu d'excellentes choses sur la genèse et l'étiologie de cette maladie. Nous aimons à voir ainsi la physiologie précédant toujours l'anatomie pathologique. Disons une fois pour toutes que chaque paragraphe est accompagné de bibliographie française et étrangère, mais — avouons-le — peut-être plus allemande que française.

Après un excellent chapitre sur l'oblitération des capillaires du cerveau, nous signalerons le chapitre sur les tumeurs de l'encéphale, où nos voisins d'outre-Rhin ont fourni beaucoup de matériaux. C'est un des points les plus obscurs de la pathologie cérébrale, et par la variété des tumeurs, et par la difficulté d'établir un diagnostic précis, chose souvent impossible. Cet intéressant chapitre en amenait forcément un autre sur le diagnostic du siége des lésions encéphaliques. Nous recommandons ce chapitre, qui, s'il nous fait voir notre impuissance pour dire le siége précis de la lésion, nous fera au moins éviter des erreurs de diagnostic, erreurs d'autant plus faciles qu'il y a solidarité entre les circonvolutions corticales, et qu'il y a fusion et confusion des éléments spinaux et des éléments hémisphériques de l'appareil cérébro-spinal. Le diagnostic topographique ne repose donc que sur des symptômes de foyer, de sorte que la seule question que le praticien puisse se poser est celle-ci : la lésion occupe-t-elle le cerveau proprement dit, ou l'appareil de conjonction, ou la portion céphalique de l'appareil spinal?

Nous nous laissons aller un peu plus loin que nous ne l'aurions voulu, mais nous arrivons à l'atrophie musculaire progressive, et là nous nous retrouvons un peu *chauvin*, car ce sont les Duchenne (de Boulogne), les Aran, les Cruveilhier, etc., nos compatriotes, qui les premiers ont attiré l'attention sur cette maladie.

Après les maladies du cerveau viennent les maladies de l'appareil circulatoire, pour lesquelles M. Jaccoud a fort utilisé les lignes graphiques que donnent les instruments enregistreurs, et qui sont pour ainsi dire la photographie de l'état cardiaque.

Si l'auteur est souvent un peu sobre de thérapeutique, nous constaterons que pour le traitement des maladies du cœur il ne laisse rien à désirer, et nous avons lu avec intérêt et plaisir les indications de la digitale, qu'il résume ainsi : « La digitale est indiquée lorsque l'énergie cardiaque et la pression artérielle sont abaissées; elle est contre-indiquée quand l'énergie du cœur et la pression sont accrues. » Notre ami Foucart, l'ancien et sympathique rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux*, nous résumait l'action de la digitale sous une forme beaucoup plus concise et que nous n'avons jamais oubliée : *La digitale est le quinquina du cœur.*

Après avoir étudié ce premier volume de pathologie médicale, nous nous trouvons en présence d'un livre à peu près neuf pour la génération qui était assise à notre époque sur les bancs de la Faculté. Nous avons eu l'occasion, il y a deux ans, de rendre compte dans la *Gazette* du *Traité de pathologie interne* de Niemeyer (1).

(1) 2 vol. gr. in-8°, chez Lauweyrens.

Dumont, médecin des épidémies, traitant de l'allaitement artificiel et de l'influence du biberon sur la mortalité des enfants. (Commission de l'hygiène de l'enfance.)

2° Un rapport final de M. le docteur Forgenol, sur une épidémie de variole qui a régné cette année dans le canton de Fournon (Seine-et-Marne). (Commission des épidémies).

3° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1869 dans les départements de la Haute-Savoie, de la Vaucluse, de l'Aude. (Même commission).

4° Le rapport de M. le docteur Goy, sur le service des eaux minérales de Saint-Alban pendant l'année 1868. (Commission des eaux minérales.)

PRÉSENTATIONS

M. BÉCLARD présente, au nom de M. Michel Lévy, un ouvrage de M. le docteur Jeannel intitulé : *Formulaire officinal et magistral international.*

M. DEPAUL dépose sur le bureau la seconde partie du *Traité clinique et pratique des maladies puerpérales*, par M. le docteur Hervieux.

INFECTION PURULENTE

M. VERNEUIL propose, pour occuper les loisirs de l'Académie, de reprendre dans quinze jours la discussion sur l'infection purulente, discussion qui avait été commencée, puis interrompue l'année dernière. Cette question est en ce moment tout à fait de saison, et se présente tout naturellement pour l'ordre du jour académique en temps de guerre.

Cette proposition est adoptée.

La séance est levée à 3 heures 20.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 6 mai 1870 (1). — Présidence de M. SIMONOT.

M. ANTONIN MARTIN. Sur 525 soldats du train que j'ai revaccinés à l'aide de vaccin emprunté à l'Académie de médecine, j'ai obtenu 19 succès.

Un ouvrier de 46 ans a eu 6 beaux boutons.

Une femme que je revaccinais a eu également 6 boutons; et sur cette femme j'ai revacciné 133 hommes, qui m'ont fourni 3 succès.

Le vaccin sur plaques ne m'a jamais réussi.

M. GROS. La question est complexe. Le degré de préservation du vaccin animal ne peut être évidemment encore jugé; il faut attendre; mais ce que l'on peut dire dès aujourd'hui, c'est que les résultats fournis par le vaccin animal ne sont plus les mêmes que dans ces dernières années. Il y a trois ou quatre ans, le vaccin de génisse en tubes réussissait presque toujours, il n'en est plus de même aujourd'hui.

Au mois de juillet dernier, j'ai revacciné tout le personnel du chemin de fer du Nord sur une génisse fournie par M. Lanoix; c'était du vaccin au sixième jour. Je n'ai pu constater les résultats que sur 52 individus, j'ai obtenu 16 succès. J'ai essayé de transporter sur d'autres personnes le vaccin recueilli sur ces revaccinés, le résultat a été nul.

Depuis la nouvelle épidémie, je n'ai plus obtenu que des insuccès; j'ai renoncé au vaccin animal, je ne vaccine plus que de bras à bras.

Pourtant, manquant de vaccin humain, j'ai revacciné cinq personnes il y a quelques semaines avec du vaccin en tubes de Lanoix, mais j'avertissais que je ne pouvais garantir la bonne qualité du vaccin : j'ai échoué. J'ai revacciné une sixième personne avec du vaccin humain en plaques que j'avais chez moi depuis trois ou quatre ans : j'ai réussi.

Une des cinq personnes avait la variole quinze jours après avoir été inutilement revaccinée.

Autrefois, étant médecin vaccinateur en province, j'employais des plaques envoyées par l'Académie de médecine, et je ne réussissais pas, tandis que le vaccin en tubes, que je conservais moi-même d'une année à l'autre, me donnait de très-bons résultats.

(1) Fin. — Voir le numéro du 27 août 1870.

Le vaccin d'enfant se conserve beaucoup mieux que le vaccin de génisse, qui ne réussit plus lorsqu'il a trois jours de date.

M. FORGET. Je demanderai à M. Gros si les individus qu'il a vaccinés au mois de juillet dernier ont tous été à l'abri de la récente épidémie.

M. GROS. Des 52 individus que j'ai revus, aucun n'a été atteint par la variole. Il y a eu, du reste, très-peu de varioles parmi les employés du chemin de fer du Nord.

M. PERRIN. Les expériences faites en province ont plus de valeur que celles qui sont faites à Paris; étant suivies sur un théâtre plus restreint, elles sont plus rigoureuses et plus exactes. M. Ripoll, médecin des épidémies de Toulouse, a inoculé du vaccin de génisse aux naseaux d'un jeune poulain, et ce horse-pox a été inoculé à une génisse. C'est le cow-pox qui a été définitivement employé. M. Ripoll a fait 1,500 vaccinations et revaccinations à l'aide de ce cow-pox et du vaccin d'enfant. Les résultats ont été à peu près les mêmes pour le vaccin jennérien et pour le vaccin animal.

M. CHARRIER. J'insiste de nouveau sur l'importance de l'âge du vaccin. Le vaccin est quelquefois hâtif, quelquefois en retard : il peut être bon chez les enfants dès le quatrième jour. En outre, il faut charger la lancette pour chaque piqûre que l'on fait.

M. GROS. Le vaccin de génisse est moins longtemps virulent que le vaccin d'enfant; il ne faut pas le recueillir plus tard que le cinquième jour; or à cette époque les pustules sont tout à fait limpides.

M. GÉRY père. On a obtenu autant d'insuccès parce qu'on a vacciné trop de personnes sur une même génisse. Ce n'a plus été qu'une question de commerce, et on a ainsi compromis la vaccination animale. On trompait les personnes qui se croyaient revaccinées et ne l'étaient pas. Je suis fâché que l'administration se soit prêtée à cet abus : car le vaccin animal peut être très-bon. J'ai revacciné des personnes de 16 à 20 ans, et le résultat a été bon pour la génisse; mais le vaccin que je recueillais sur les personnes ainsi vaccinées ne réussissait pas, tandis que pris sur des enfants vaccinés pour la première fois avec la génisse, le vaccin fournissait de beaux boutons : c'est ainsi que j'ai réussi chez une demoiselle de 16 ans et chez une autre personne de 46 ans, que je revaccinais.

Quant à la syphilis, quand on ne recueille que le liquide qui s'écoule de la pustule elle-même, il n'y a pas à la redouter; mais il est important qu'il n'y ait pas de sang mêlé. Ce n'est donc pas au vaccin jennérien qu'il faut s'en prendre quand on a des accidents, mais bien à l'opérateur qui n'a pas pris les précautions suffisantes.

M. DELPEUCH. Quand je vaccinais en province, pendant ces dernières années, je n'avais jamais d'insuccès avec le vaccin d'enfant.

M. DE RANSE. Les succès sont beaucoup moins nombreux pour le vaccin de génisse que pour le vaccin d'enfant. On prend le vaccin de génisse trop âgé, il y a là une cause d'insuccès. Quant au vaccin de génisse transporté, il ne réussit pas parce qu'il se coagule promptement. M. C. Paul l'a étendu avec de la glycérine, et pense qu'il ne se coagule pas et qu'il réussit mieux.

Les instruments employés ont-ils quelque importance dans le succès? A l'étranger, en Belgique, on emploie une pointe d'ivoire qu'on trempe dans la sérosité et qu'on promène sur des scarifications.

Quant aux accidents produits par le vaccin, on a indiqué des érysipèles et des ulcérations à la suite de la vaccination animale. Mais on peut s'exagérer la nature des accidents. Ainsi j'avais vacciné sur un enfant que je connaissais plusieurs personnes de ma famille; le vaccin prit très-bien; mais chez une Anglaise, la pustule prit un aspect inquiétant; le bras s'enflamma et une éruption pemphygoïde apparut, les ganglions furent atteints; je ne fus tranquillisé que parce que je connaissais parfaitement la source à laquelle j'avais puisé.

M. CHARRIER. Chez M. le docteur Lolliot j'ai obtenu 7 succès sur 12 cas avec du vaccin recueilli le cinquième jour.

J'ai vu plusieurs accidents à la suite de la vaccination, que l'on eût employé du vaccin d'enfant ou du cow-pox. Chez une personne qui avait fait des armes après avoir été vacciné sur un enfant, j'ai observé un phlegmon du bras.

A l'Imprimerie impériale, j'ai rencontré également des phlegmons chez des individus qui avaient repris leur travail immédiatement. Parfois, les enfants en se grattant déterminent de vives inflammations.

M. DE RANSE. Je pense que les accidents pourraient venir de ce qu'on inocule du pus ou bien de ce que la génisse est surmenée.

M. LAGNEAU. On a toujours recommandé de prendre le vaccin non mêlé de sang. Je rappellerai le fait de Sébastian de Béziers : les premiers vaccinés n'eurent aucun accident; les derniers, qui reçurent du vaccin sanguinolent, eurent la syphilis.

Mais le moyen préférable pour éviter la syphilis est de recueillir le vaccin sur des enfants qui ont passé l'âge de la manifestation syphilitique, c'est-à-dire trois ou quatre mois.

J'ai vu, pour ma part, des accidents à la suite de la vaccination humaine.

J'ai observé des ulcérations énormes, taillées à pic et profondes chez un enfant inoculé à la cuisse. Une autre personne avait des pustules d'ecthyma. Enfin une dame a eu un phlegmon de l'épaule.

M. FORGET. En présence des négations et des incertitudes qui viennent d'être produites quant à la valeur du vaccin animal, soit inoculé immédiatement, soit conservé, mon avis formel est qu'il faut conserver ce que l'on a. Il faut pousser plus que jamais à la vaccination jennérienne. Il serait à craindre que les médecins lâchassent la proie pour l'ombre. A l'Académie de médecine même, on revient beaucoup sur la vaccination animale. Autrefois, les plaques me réussissaient très-bien, et je crois que jusqu'à présent on a été très-bien préservé de la variole par la pratique jennérienne.

M. ANTONIN MARTIN. J'ai vu un enfant vacciné par Chambon présenter un érythème papuleux.

Un autre enfant vacciné sur celui-là a présenté également un érythème et de l'intertrigo des fesses.

Quant aux inflammations franches, sur un millier de soldats que j'ai revaccinés, je n'ai rencontré qu'un seul phlegmon, mais mes hommes ne reprenaient leur service qu'au bout de huit jours.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : Dr DUROZIEZ.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret rendu sur la proposition du ministre de la guerre et signé le 29 août 1870, en conseil des ministres, par l'Impératrice régente, en vertu des pouvoirs qui lui ont été confiés par l'Empereur, sont nommés dans le corps des officiers de santé de l'armée de terre :

A un emploi de médecin principal de 1re classe : M. Vincent (Martin-Antoine), médecin principal de 2e classe au quartier général de la garde impériale.

A un emploi de médecin principal de 2e classe : M. Dufour (Gustave-Charles-Bernard), médecin-major de 1re classe au quartier général du 7e corps de l'armée du Rhin.

— Par décret daté du 7 août, rendu sur la proposition de M. le ministre de l'instruction publique, ont été promus ou nommés dans la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Martins, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier;

M. Paul Gervais, professeur au Muséum d'histoire naturelle;

M. Bertrand, directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont;

M. Vastel, directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen;

M. Saint-René Taillandier, conseiller d'État, secrétaire général du ministère de l'instruction publique.

Au grade de chevalier : M. Armand Moreau, collaborateur de M. Claude Bernard au laboratoire de physiologie générale;

M. Bach, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg;

M. Béchamp, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier;

M. Fuster, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier;

M. Laurens, secrétaire honoraire de la Faculté de médecine de Montpellier;

M. Aribert-Dufresne, directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble;

M. Astaix, professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges;

M. Charcellaix, professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours;

M. Morlot, directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon;

Comme le médecin de Tubingue, M. Jaccoud ne discute pas les questions de doctrine qui sont du ressort de la pathologie générale; comme lui également, il prend la physiologie pour base à la pathologie et à la thérapeutique, car c'est la physiologie qui donne la clef des lésions pathologiques, et sans elle la symptomatologie et le diagnostic ne seraient exposés qu'à errer à l'aventure, comme un vaisseau sans boussole.

Le critique à qui incombe la tâche souvent pénible de rendre compte d'un ouvrage doit examiner :

> Si l'auteur dit tout ce qu'il faut ;
> S'il ne dit que ce qu'il faut ;
> S'il le dit comme il faut.

A chacune de ces questions, notre réponse serait affirmative. Nous avouerons cependant que dans la lecture de cet ouvrage nous avons été quelquefois arrêté par des néologismes dont l'auteur est peut-être un peu trop prodigue. Nous comprenons fort bien qu'il faut des mots nouveaux pour exprimer des idées nouvelles; mais un peu plus de sobriété ne serait pas un mal.

En général, la partie thérapeutique est bien traitée; quelquefois l'auteur est un peu trop laconique. Il nous a autorisé à attendre beaucoup de lui, car nous qui avons lu et relu, feuilleté et refeuilleté sa Clinique Médicale, nous avons pu nous convaincre qu'il est aussi bon thérapeutiste que savant théoricien. Entre Valleix et Grisolle, il y avait une place à prendre. Valleix, c'est l'excès; Grisolle, c'est le défaut. M. Jaccoud sait ce qu'il lui reste à faire. Il était en effet beaucoup plus à son aise dans sa clinique, où il avait des allures plus franches. Là, ce n'est plus l'écrivain dogmatisant, c'est le praticien causant librement, prenant son sujet et son bien au hasard, là où il le trouve, et non astreint, comme dans un traité de pathologie, à se renfermer dans un cadre fixé à l'avance, plus étroit et plus limité.

Dr A. CORLIEU.

TRAITÉ ICONOGRAPHIQUE DE L'ULCÉRATION
ET DES ULCÈRES DU COL DE L'UTÉRUS

Par le Dr ARMAND DESPRÈS

Chirurgien de l'hôpital de Lourcine, professeur agrégé de la Faculté de médecine.

Ce livre, qui renferme 7 planches lithographiées et coloriées d'après les dessins de l'auteur, offre un spécimen de toutes les variétés d'ulcères du col de l'utérus que l'on est susceptible de rencontrer : les ulcères d'origine syphilitique et vénérienne, les ulcères suites de métrite puerpérale ou de métrite simple, les ulcères symptomatiques d'une métrite interne, y ont tous une large place. Ce qui distingue ce travail, c'est le mode d'étude des ulcères. Au lieu de présenter un exemple d'un même ulcère chez des malades différentes, M. Desprès a pris l'observation de faits caractéristiques et a représenté les phases d'une ulcération chez la même malade, et c'est ainsi qu'il se trouve qu'il a donné toute la série des ulcérations connues.

Sans entrer dans les détails de cet ouvrage, nous devons dire que, au point de vue de l'application, l'auteur montre l'inutilité des cautérisations dans la majeure partie des ulcères du col, et la valeur capitale du repos et de la continence pour la guérison de ces lésions. Eu égard à la théorie des ulcères du col, M. Desprès démontre que les ulcères granuleux et fongueux sont des phases des ulcères du col, qu'en dehors de ces deux complications, ce qui retarde la guérison des ulcères, c'est la lenteur de la réparation des glandules du col plus longues à se cicatriser que le reste de la muqueuse; enfin que la guérison des ulcères symptomatiques d'une lésion intra-utérine est subordonnée à la guérison du mal primitif. Ajoutons que les faits étudiés par M. Desprès sont le fruit de l'expérience acquise à l'hôpital de Lourcine.

M. Desprès a fait précéder la partie pathologique de son livre d'une étude anatomique du col, et de données physiologiques tout à fait neuves. Le col renferme des glandes en grappes qui sécrètent un liquide analogue au liquide prostatique, et destiné à servir de véhicule aux zoospermes pour faciliter leur passage dans l'utérus. Ce liquide sort au moment de l'éréthisme vénérien, et sort encore par regorgement chez les femmes qui observent la continence. Ce point de physiologie nouveau établit la réalité de l'éjaculation de la femme en dehors de l'émission du produit des glandes vulvo-vaginales.

M. Noulet, professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse;

M. Padieu, directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Strasbourg;

M. Roussel, professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy;

M. Augouard, médecin du ministère de l'instruction publique.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, M. Perret, médecin à Maintenon (Eure-et-Loir), est nommé officier de l'Université.

— La dysenterie et le typhus ne sont pas les seules maladies régnantes dans l'armée prussienne, dit *le Gaulois*. Par suite des marches forcées et de la malpropreté, les Prussiens ôtent rarement leurs chaussures; des maux de pied commencent à se déclarer en grand nombre. Avec le tempérament généralement lymphatique de nos ennemis, ces affections prennent immédiatement un caractère de gravité qui force souvent les hommes atteints à garder le repos le plus absolu.

— Les Prussiens, dit-on, remplacent maintenant la charpie par de la laine végétale qu'ils font d'abord bouillir avec certains ingrédients, puis sécher à l'air libre. Il s'agit sans doute de la *bulloza*, dont nous avons récemment parlé.

— D'après une lettre de Copenhague, du 23 août, la souscription en faveur des blessés français avait atteint en deux jours le chiffre de vingt-cinq mille francs.

— Le magnifique collége de Juilly, près Dammartin (Seine-et-Marne), vient d'être transformé en ambulance. Les Pères de l'Oratoire y ont disposé soixante-quinze lits destinés à recevoir les blessés. Ils ont pourvu au service médical, qui sera fait par les médecins de la maison, assistés de dix religieuses.

— Le supérieur de l'École libre de l'Immaculée Conception, rue de Vaugirard, 391, a offert à l'intendance militaire une ambulance ainsi organisée :

1° 200 lits dans une salle immense qui réunit toutes les conditions désirables d'aération et de lumière.

2° 15 chambres pour MM. les officiers.

L'établissement possède une cuisine qui suffit à l'alimentation de 700 personnes; — une pharmacie complète pour les cas ordinaires; — un approvisionnement suffisant de linge, bandes et charpie; — un jardin spacieux où pourront se promener les convalescents.

Le personnel est prêt. Le docteur Maisonneuve, aidé de ses élèves de la Clinique, ainsi que le docteur Bucquoy, se chargent du service.

Un infirmier attaché à la maison dirigera les soins à donner aux blessés; il sera secondé par des personnes dévouées et par les domestiques de l'établissement.

— La première des ambulances de la Presse est ainsi constituée :

Chirurgien en chef : M. Demarquay.

Chirurgiens consultants : MM. Jules Guérin et J. Cloquet.

Médecins consultants : MM. Béhier et Dujardin-Beaumetz.

Chirurgiens internes : MM. les docteurs Duhomme, Bourdillat, Vœlker, Barben, Dubourg, Barlemont et Cousin.

Pharmacien : M. Ferré.

Internes en pharmacie : MM. Letailleur, Durand, Boizard et Chapes.

— Aux ambulances déjà mentionnées, ajoutons celle que M[me] la baronne Thénard a organisée, et qu'elle met généreusement avec son matériel tout monté à la disposition du Comité organisateur des ambulances de la Presse.

— Une Société s'est formée en Angleterre pour secourir les malades et les blessés. Le comité, après s'être mis en rapport avec ceux de Paris et de Berlin, et ayant été renseigné sur les moyens les plus efficaces d'atteindre le but proposé, a envoyé sur le théâtre de la guerre six chirurgiens qui seront attachés à la Société de la Croix-Rouge et recevront leurs instructions du président du comité de Paris et de celui de Berlin. La Société payera les dépenses de ces chirurgiens; leurs services, pour le reste, seront gratuits. La Société a envoyé 500 livres sterling au président à Paris et une égale somme au président, à Berlin.

— Le concours ouvert pour trois places de médecin au bureau central vient de se terminer par la nomination de MM. Bouchard, Ball et Dujardin Baumetz.

— La Société anatomique a suspendu ses séances, suivant l'usage, à partir du 15 août jusqu'à la seconde quinzaine d'octobre.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 21 au 27 août 1870, donne les chiffres suivants :

Variole, 99.—Scarlatine, 15.—Rougeole, 11.—Fièvre typhoïde, 54. Typhus, ». — Érysipèle, 2. — Bronchite, 33. — Pneumonie, 40. — Diarrhée, 61. — Dysenterie, 13. — Choléra, 10. — Angine couenneuse, 1. — Croup, 4. — Affections puerpérales, 5. — Autres causes, 772.— Total : 1,120.

Celui de Londres donne les chiffres suivants, du 14 au 20 août 1870 :

Variole, 10.—Scarlatine, 126.—Rougeole, 15.—Fièvre typhoïde, 31. — Typhus, 7. — Érysipèle, 5. — Bronchite, 40. — Pneumonie, 31. — Diarrhée, 248. — Dysenterie, 3. — Choléra, 9. — Angine couenneuse, 2. — Croup, 9. — Affections puerpérales, 2. — Autres causes, 860. — Total : 1,398.

Le Directeur : D[r] E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Traitement des syphilides ulcéreuses circonscrites par le sparadrap de Vigo.

Il se fait depuis quelque temps une sorte de révision des traitements de la syphilis, chacun cherchant à faire prévaloir ses idées et sa méthode : qui donnant la préférence à telle préparation mercurielle sur telle autre, qui préconisant l'usage externe à l'exclusion de l'usage interne; celui-ci voulant confier désormais toute médication active aux voies d'absorption sous-cutanées, celui-là rejettant toute intervention du mercure sous quelque forme que ce soit; presque tous semblant oublier ce précepte pratique aussi essentiel qu'élémentaire, savoir : que la syphilis, pas plus qu'aucune maladie diathésique quelconque, ne saurait comporter un traitement banal, toujours le même, et que non-seulement ce traitement doit varier suivant les périodes de l'affection, mais encore suivant la nature des manifestations et des accidents qui la traduisent. C'est dans cette pensée que M. le docteur C. Paul a entrepris une série d'essais s'appliquant à une modalité déterminée de l'affection syphilitique, au traitement des syphilides ulcéreuses circonscrites. Le mode de traitement que M. Paul a appliqué à ce genre d'accidents est l'usage de sparadrap de Vigo, moyen qui n'a rien de neuf en soi, mais dont il était bon de déterminer l'indication d'une manière un peu plus précise qu'on ne l'avait fait jusqu'ici. M. Paul y a-t-il réussi? Nos lecteurs en jugeront par les résultats suivants, qu'il a exposés dans l'une des dernières séances de la Société de thérapeutique.

Le premier essai a été fait sur une fille de 25 ans, cachectique, atteinte de syphilis depuis deux ans, au moment où elle entra dans le service de M. Paul. La syphilis avait consisté, peu de temps après son début, en plaques muqueuses vulvaires, qui n'avaient passubi le traitement mercuriel et qui avaient duré douze mois. Les nouvelles manifestations consistaient en accidents de divers ordres : 1° une syphilide circonscrite tuberculeuse, dont un groupe occupait la tempe droite et l'autre l'épaule gauche, au niveau de la région sous-épineuse ; 2° une tumeur gommeuse à la cuisse gauche; 3° deux ulcères à bords taillés à pic, l'un à la jambe gauche près de la tête du péroné; l'autre au-dessous et en dehors du mollet. On constatait, en outre, des adénopathies indolentes aux régions inguinale, axillaire, cervicale et mastoïdienne, et de l'impétigo au cuir chevelu. Enfin cette femme avait eu successivement, avant sa syphilis, plusieurs maladies graves, qui l'avaient réduite à un état cachectique. C'est à raison de l'ensemble de ces circonstances et de ces antécédents déplorables que M. Paul, pénétré de l'utilité de donner à cette malade du mercure, mais de lui en donner le moins possible pour ne pas fatiguer une économie déjà si éprouvée, se détermina à lui faire absorber le mercure par les plaies, de manière que les parties malades reçussent tout le mercure qui penétrait dans l'organisme. Il prescrivit, en conséquence, de panser les plaies avec de l'emplâtre de Vigo, après les avoir préalablement fait laver avec du vin aromatique.

L'effet de ce traitement, dit M. Paul, fut des plus satisfaisants. Dès le quatrième jour, il lui fut possible de constater une amélioration considérable dans les ulcères; les bourgeons charnus commencèrent à se développer, et un commencement de cicatrisation s'établit à la périphérie. Au bout de douze jours, l'ulcère le plus petit était complétement guéri. Le quinzième jour, l'ulcère le plus étendu, qui au début avait la largeur de la main, était aux trois quarts cicatrisé. Cinq semaines après, la guérison était définitive.

Pendant la durée de ce traitement, fait remarquer M. Paul, la malade n'a pas eu de salivation.

Encouragé par ce premier succès, M. Paul a employé depuis lors ce mode de traitement sur plusieurs malades des divers services dont il a été successivement chargé, à la Charité et à l'hôpital Saint-Louis, et qui se trouvaient dans des conditions analogues. Nous nous dispenserons d'analyser ici ces observations, qui se ressemblent toutes au point de vue des faits essentiels à considérer ici, une exceptée, qui s'en distingue par l'insuccès de la méthode.

En résumé, treize malades atteints de syphilide ulcéreuse ont été traités par le sparadrap de Vigo. Ces malades ont présenté les trois formes particulières à ce genre de lésion. Sur ces treize cas, cinq fois on a constaté la syphilide gommeuse arrivée à la période d'ulcération, cinq fois la syphilide tuberculo-ulcéreuse et trois fois la syphilide pustulo-crustacée. La guérison est survenue douze fois sur treize, et elle a été obtenue dans un temps relativement très-court : quatre fois en trois semaines; quatre fois en un mois; une fois en cinq semaines ; une fois en six semaines; une fois en deux mois ; une fois en trois mois.

M. Paul attribue à cette méthode un autre avantage : c'est d'amener une grande amélioration presque immédiatement.

Voici les préceptes que notre confrère se croit fondé à formuler d'après ce groupe de faits :

Quand on a affaire à des syphilides circonscrites et ulcéreuses, à ces syphilides tardives qui, en général, résistent si longtemps au traitement interne, il faut faire un traitement dans lequel tout le mercure qui entre dans l'organisme pénètre par les ulcères.

Le sparadrap de Vigo est pour ce traitement d'un usage très-facile. Les malades peuvent se panser eux-mêmes sans aide ; il leur suffit d'appliquer sur leurs ulcères du sparadrap de Vigo, qu'ils enlèvent deux fois par jour, à cause de l'abondance extrême de suppuration que provoque cet emplâtre.

M. Paul conseille, en outre, de laver chaque fois la plaie avec du vin aromatique, et de débarrasser les bords de la plaie des fragments d'emplâtre qui peuvent y adhérer, au moyen de frictions avec de la ouate imbibée d'un peu d'huile d'amande douce.

Pour bien faire saisir la portée que M. Paul entend donner à ses conseils, sans en rien exagérer, il est bon de rappeler, d'une part, que les ulcères dont il s'agit tendent en général à s'agrandir et à s'éterniser malgré l'emploi des moyens ordinairement usités, et de faire remarquer, d'autre part, que M. Paul circonscrit et limite l'indication de l'usage du sparadrap de Vigo aux seuls cas de la forme syphilitique dont il vient d'être question.

Dr BROCHIN.

EMPLOI DU CHLORAL

DANS LE TRAITEMENT DES ALGIES DE NATURE VÉNÉRIENNE (1)

Par CHARLES MAURIAC,
Médecin de l'hôpital du Midi.

XVIII

Dans le cas suivant, l'inutilité du chloral au point de vue de l'anesthésie chirurgicale a été tout aussi éclatante.

M. Gustave A..., âgé de 29 ans, peintre, entré le 7 mai 1870 au n° 13 de la salle 7, dans mon service à l'hôpital du Midi, avait contracté un chancre syphilitique le 1er janvier 1869. L'incubation de ce chancre fut de deux mois de durée.

Deux ou trois mois après l'apparition du chancre, accidents graves du côté de la gorge et sur la peau; pustules d'ecthyma, larges ulcérations sur le crâne, etc., etc., plaques muqueuses confluentes sur le gland et le prépuce, suivies de phimosis, d'une balano-posthite avec fistule mucoso-cutanée à la partie supérieure du prépuce. Traitement très-méthodique et longtemps continué à l'hôpital Saint-Louis, puis dans mon service où il est entré trois fois.

Je n'entrerai pas dans les détails de son histoire, qui est fort curieuse, mais inutile au point de vue qui m'occupe. Le phimosis persistait, et le malade, dont le prépuce était très-long, désirait être opéré. Il était à peu près guéri de tous ses accidents.

Le 18 juin, je lui fis donner, de cinq heures à huit heures du matin, un julep contenant *six* grammes de chloral; il le prit sans répugnance, mais n'éprouva aucun des effets qu'il produit habituellement. Dans la journée, il eut une soif vive, un peu de courbature et dormit quelques instants. Voyant que ce malade avait été absolument réfractaire à l'action du chloral, j'ajournai l'opération au lendemain, et je prescrivis un julep contenant *dix* grammes de chloral.

Le 19 juin, il commença à prendre ce julep vers quatre heures du matin; au bout de la troisième cuillerée, étourdissements, obnubilation, sensation vertigineuse comme après avoir bu, puis nausées suivies d'une vomiturition glaireuse. A la neuvième cuillerée, vers sept heures, le sommeil vint tout à coup; il était calme, mais léger; il n'existait aucun trouble de la sensibilité ni des mouvements.

A huit heures et demie le malade m'entendait entrer dans la salle, et il me fut facile de le réveiller tout à fait, en lui pinçant légèrement la peau. A ce moment toutes les sensibilités étaient dans leur état normal. Je fis prendre, coup sur coup, trois autres cuillerées du julep qui était à peu près épuisé : quelques nausées. Le sommeil ne revint pas. Rien du côté de la sensibilité. A neuf heures et demie, je pratiquai la circoncision; la douleur à tous les temps de l'opération fut aussi vive que si le malade n'avait pas pris de chloral. Il souffrit beaucoup.

Dans la journée, il eut un peu de somnolence et surtout une soif très-vive. Les nausées ne se reproduisirent pas. Rien du côté de la respiration et de la circulation.

Il est remarquable que la dose de *dix* grammes ait produit si peu d'effets, et que l'action du médicament à la dose de *six* grammes ait été tout à fait nulle. La sensibilité n'a été ni augmentée, ni diminuée, par conséquent insuccès complet au point de vue de l'anesthésie chirurgicale. A quelle dose effrayante faudrait-il porter le remède, pour obtenir même un léger degré d'insensibilité?

XIX

Dans une troisième tentative, je n'ai pas été plus heureux.

J'avais reçu le 18 juin 1870, dans mon service à l'hôpital du Midi, salle 6, n° 78, M. Gustave L..., âgé de 20 ans, monteur en bronze, qui désirait se faire enlever un gros paquet de végétations siégeant sur les côtés du frein. On avait tenté sans succès de les flétrir par des cautérisations répétées; il était indispensable de les exciser. Le jeune homme était d'une bonne santé et n'avait jamais eu aucun accident vénérien.

Le 20 juin, je lui fis prendre par cuillerées à bouche, de cinq heures et demie du matin à huit heures, un julep contenant *six* grammes de chloral. Il n'éprouva aucun malaise du côté de l'estomac. A huit heures, il se sentit comme ivre et il commença à tenir des propos incohérents et burlesques, tout en ayant conscience de ses paroles et de ses actes. Cette pointe d'ébriété le tint éveillé jusqu'au moment où je fis l'opération à neuf heures et demie. Je constatai que la sensibilité n'avait subi aucune atteinte : peau fraîche, pouls normal, indécision dans le regard, réponses raisonnables.

L'opération fut excessivement douloureuse; on eût dit qu'il y avait exagération plutôt que diminution de la sensibilité. Le malade en fut très-affecté; sa face se crispa, il devint pâle, son haleine se refroidit, et le pouls tout en restant élevé, tomba à 48 pulsations par minute, et cependant pas de sensation de défaillance. Soif ardente.

Cette sorte de lipothymie ne fut pas de longue durée. Le malade sortit quelques instants. Vers midi il se coucha et dormit jusqu'à quatre heures du soir d'un très-bon sommeil et sans éprouver aucun malaise.

XX

J'ai essayé une quatrième fois d'obtenir avec le chloral assez d'insensibilité pour pratiquer sans douleur la circoncision. J'ai échoué comme dans les cas précédents.

Un jeune homme de 18 ans, M. Félicien P..., bijoutier, entra le 18 juin 1870 dans mon service, à l'hôpital du Midi, salle 6, lit 13, pour se faire amputer le prépuce qui était très-long, mais dont l'ouverture cependant était assez large pour laisser passer le gland. Le malade était en pleine santé et n'avait pour le moment aucune maladie vénérienne.

Le 21 juin, il commença vers six heures du matin à prendre par cuillerées à bouche, un julep contenant *six* grammes de chloral. A la troisième cuillerée, il éprouva un peu de lourdeur de tête et d'envie de dormir. Il se mit aussi à bavarder avec une volubilité et une gaieté visiblement insolites. Cette excitation dura dix minutes et fit place à un sommeil calme, mais peu profond qu'on interrompit aisément pour continuer l'administration du médicament. Après chaque prise, il éprouvait une sensation de chaleur au scrobicule du cœur et quelques nausées fugaces, non suivies de vomissements. Soif vive. Besoin de manger. Rêves incohérents et mal dessinés.

A dix heures, il avait pris la moitié de son julep. Je le réveillai facilement en lui pinçant la peau. Il ne présentait aucun abattement. Toutes les sensibilités étaient parfaitement conservées. Il avait encore un peu d'exaltation dans les idées. L'opération fut très-douloureuse, pouls et respiration comme à l'état normal.

Je pense que les observations qui précèdent sont assez nombreuses et assez précises pour permettre d'en déduire quelques conséquences pratiques et théoriques.

(1) Suite. — Voir les numéros des 12, 14, 16, 23, 30 juillet; 11, 13, 18, 20, 23 août et 1er septembre 1870.

IRITIS

Par gonflement de l'appareil cristallinien dans la cataracte.

On observe parfois, dans les cataractes *traumatiques*, un gonflement de l'appareil cristallinien, en conséquence de l'imbibi-

tion de la substance cristalline par l'humeur aqueuse, et par suite une *iritis* due à la pression qu'exerce le cristallin tuméfié sur la face postérieure du diaphragme oculaire. Cet accident est tellement rare dans les cataractes *spontanées*, que nous croyons devoir rapporter le fait suivant :

OBSERVATION. — *Gonflement de l'appareil cristallinien cataracté. — Iritis par compression. — Kératotomie linéaire. — Cessation des accidents inflammatoires et retour de la vision.*

La dame F..., âgée de 69 ans, se présente, le 13 septembre dernier, à la clinique de M. Fano. Il y a dix ans qu'une cataracte a débuté à l'œil gauche, et la malade n'a fait aucun traitement. C'est il y a quatre jours que l'œil a commencé à rougir en même temps qu'il s'est développé des douleurs vives autour de l'orbite.

M. Fano constate que la conjonctive scléroticale est fortement injectée, sans que les culs-de-sac de la conjonctive participent à cette hyperhémie. La chambre antérieure est effacée. Derrière la pupille, et en contact immédiat avec la face postérieure de l'iris, qui lui-même est presque accolé à la cornée, se voit une opacité ayant tous les caractères d'une cataracte capsulo-lenticulaire, avec cette particularité que l'opacité capsulaire n'occupe que la partie interne et inférieure de l'appareil cristallinien. La vision est réduite à distinguer confusément la lumière des ténèbres.

M. Fano, attribuant les phénomènes inflammatoires dont l'œil est le siége à la compression exercée sur l'iris par une cataracte devenue trop volumineuse et en voie de ramollissement, propose à la malade de pratiquer sur-le-champ l'extraction linéaire du cristallin, ce qu'elle refuse. On se borne à prescrire des bains d'œil dans la solution d'atropine. Cette médication n'ayant apporté aucune amélioration, la patiente se décide à subir, le 17 septembre, l'opération proposée. En conséquence, M. Fano ponctionne, avec un couteau lancéolaire coudé, la demi-circonférence externe de la cornée et accomplit cette manœuvre de façon à ouvrir du même coup, avec la pointe de l'instrument, la capsule cristalline. Le couteau est à peine retiré qu'il s'échappe, par la boutonnière cornéale, une certaine quantité d'humeur aqueuse mélangée de substance cristallinienne opaque ramollie. La compression de la lèvre externe de la plaie cornéale avec la curette fait sortir de nouvelles portions du cristallin. La pupille demeure nette dans une partie de son étendue; en bas et en dedans, elle reste au contraire masquée par une opacité capsulaire. On rapproche les paupières avec des bandelettes de taffetas agglutinatif.

Le 20 septembre, l'appareil contentif des paupières est enlevé; une portion de la pupille est nette; des restes de capsule opaque en masquent la partie inféro-interne.

Dès le 21, la patiente commence à distinguer vaguement des objets usuels. L'injection scléroticale a notablement diminué; les douleurs péri-orbitaires ont presque complétement disparu. A partir de ce moment, la vision ne gagne pas; l'amélioration fonctionnelle survenue n'est pas en rapport avec l'état de la pupille, qui n'est plus masquée par une opacité capsulaire qu'en bas et en dedans. Toutefois, l'examen de l'œil à l'ophthalmoscope ne permet pas de voir l'image renversée du fond de l'œil.

Pensant que le peu d'amélioration de la vision est dû à la présence de l'opacité capsulaire restante, M. Fano en fait, le 12 octobre, l'abaissement par *scléroticonyxis*. L'opacité adhérente à la face postérieure de l'iris remonte dès que l'aiguille l'abandonne. M. Fano détache les adhérences avec la pointe de l'aiguille, répète les manœuvres de dépression et finit par rendre la pupille nette dans presque toute son étendue.

Le 6 novembre, la patiente déchiffre, au moyen d'un verre à cataracte, le n° 20 de J...; il ne reste qu'un débris d'opacité capsulaire à la partie inféro-interne de la pupille. L'examen de l'œil, opéré à l'ophthalmoscope, permet de reconnaître que la papille optique offre une coloration blanchâtre indiquant une atrophie commençante du nerf optique.

SÉPARATION INCOMPLÈTE DU PAVILLON DE L'OREILLE

SUTURE. — SOINS CONSÉCUTIFS NULS. — GUÉRISON.

Par le docteur ROULIN (de Napoléon-Vendée).

Les observations publiées dans les numéros 71 et 72 de la *Gazette des Hôpitaux*, par M. le docteur Bérenger-Féraud, m'engagent à publier l'observation suivante, qui se rattache d'une façon intime au sujet traité par notre confrère. Cette observation, qui certes n'est pas suffisante pour infirmer les conclusions tirées de celles qui sont passées sous nos yeux, peut rassurer les chirurgiens, en leur démontrant que la conservation du pavillon de l'oreille peut être obtenue sans prendre toutes les précautions indiquées dans l'article précité.

Le lundi 9 mai 1870, je rencontrai dans une rue de Napoléon-Vendée la femme du sieur F..., qui me pria de me rendre chez elle pour examiner la tête de son mari, qu'on lui disait rentrer chez lui ivre et tout sanglant. Quelques instants après, je me présentai rue du Nord, au domicile du sieur F..., que je trouvai absent. Malgré les supplications de sa femme, il était reparti, ayant le côté droit de la tête et du cou inondé de sang et la partie supérieure du pavillon de l'oreille droite pendante, continuer les libations qui avaient été la cause de ses blessures. Notre malade rentra fort tard, et le lendemain de grand matin, la femme vint me prévenir qu'à l'excitation de la veille avait succédé le plus grand calme, et que son mari, qui désirait la veille enlever lui-même le morceau d'oreille, demandait mes soins pour réparer son accident. Je fus immédiatement chez le sieur F..., et je le trouvai dans l'état suivant :

Ce malheureux, qui subissait encore l'influence de l'alcool, laissa raconter à sa femme, sans émettre la moindre observation, qu'après avoir absorbé sa part de quelques bouteilles de vin blanc, il était allé travailler à la gare du chemin de fer, qu'il trébuchait souvent et qu'enfin il était tombé sur le côté droit de la tête, et que la partie latérale droite avait porté sur un rail de chemin de fer, qu'il s'était relevé seul, et que, sans avoir eu conscience de sa douleur, il avait constaté un écoulement de sang considérable; qu'aussitôt il avait quitté le chantier, et qu'il avait achevé l'ivresse commencée le matin. Je passerai sur quelques petites plaies du cuir chevelu, pour arriver de suite à la lésion qui nous occupe.

Le pavillon de l'oreille droite était, à sa partie supérieure, divisé par une section oblique d'arrière en avant et de bas en haut; seul, un morceau de 4 millimètres environ tenait ce lambeau, qui pendait presque dans une direction verticale. Je cherchai à affronter ces deux lambeaux, ce qui fut très-facile, et après avoir enlevé les caillots sanguins qui recouvraient l'oreille, je constatai une mortification de l'angle postérieur du lambeau, qui me donna les plus grandes inquiétudes sur le résultat de la suture que j'avais tout d'abord résolu de tenter. Je cherchai la réunion en rapprochant le morceau séparé, et en le maintenant par deux points de suture distants d'environ 1 centimètre 1/2, et comprenant la peau et le fibro-cartilage. J'appliquai sur la plaie une compresse imbibée d'huile que j'avais sous la main, et deux jours après, quand je me présentai chez mon malade, il était parti gagner le pain de sa nombreuse famille, qu'il avait trop oublié le jour de son accident.

J'avais perdu de vue ce malade, lorsque les derniers numéros de la *Gazette des Hôpitaux* sont venus me le remettre en mémoire. Je cherchai à le voir, et, après plusieurs tentatives infructueuses, je réussis à le trouver et à le présenter à mon excellent ami et confrère le docteur Bazille-Fresnières, médecin-major au 54e de ligne. Le 26 juin, nous avons constaté l'état suivant : le pavillon de l'oreille est complétement uni, à peine déformé; seul, un petit angle presque inappréciable se montre au sommet du pavillon, au point antérieur où cessait la division du fibro-cartilage. Un des fils a été coupé par la femme, c'est celui le plus près du tissu mortifié; quant à l'autre, qu'est-il devenu? Il a été évidemment chassé par la suppuration, car en son lieu et place nous trouvons une légère croûte sans aucune trace de fil. La partie qui s'est sphacélée est recouverte de croûtes résultant de la suppuration produite par la petite plaie qui a succédé à la chute de l'escharre. Notre malade, soigné par les pansements gras, puis abandonné à lui-même, a donc quand même eu le bonheur de conserver presque intact son pavillon d'oreille droite.

Tout en reconnaissant la justesse de tous les conseils donnés par M. le docteur Bérenger-Féraud, je crois que mon observation démontre, en ne lui attachant pas plus d'importance qu'on le doit à un fait isolé, que la suppuration et l'inflammation n'ont pas empêché ce pavillon de se souder à la partie adhérente au crâne, que, quels que soient les cas, même avec mortification limitée, la réunion doit être tentée, et qu'elle sera le plus souvent suivie de succès.

BLESSURE DE LA PLANTE DU PIED

par une cassure de bouteille.

GANGRÈNE NON LIMITÉE. — FIÈVRE ATAXO-ADYNAMIQUE. — IMMINENCE DE MORT. — AMPUTATION AU LIEU D'ÉLECTION. — GUÉRISON.

Par le Dr L. RAIFFER, de Marie-Galante (Guadeloupe).

Le nommé X..., de race noire, âgé de quatorze ans environ, se blesse, le 9 mai dernier, en posant le pied sur une cassure de bouteille. Il est conduit en ville dix jours après l'accident, et mon confrère, M. le docteur Senelle, m'invite à voir le malade avec lui.

Ceux qui accompagnent le patient racontent que la blessure a été suivie d'une grave hémorrhagie, qu'ils ont combattue par des applications astringentes, maintenues au moyen d'un bandage fortement serré. Le lendemain, une fièvre intense se déclarait, et d'atroces douleurs, accompagnées d'une vive chaleur, se faisaient sentir dans la partie blessée, qui, jusqu'au neuvième jour, laissa écouler à diverses reprises une certaine quantité de sang.

La plaie est située à la face inférieure du pied gauche. Elle commence au niveau de l'interstice des deux premiers orteils, pour se porter directement en arrière sur une longueur de 2 centimètres. Son ouverture se rétrécit rapidement, et ce n'est que par un étroit pertuis que chemine la sonde, pour pénétrer à plus de 2 pouces. Le malade est faible, indifférent à nos questions. Un calme qui est plutôt de l'abattement, a succédé à l'agitation des jours précédents. La fièvre a baissé en effet, et la douleur du pied a beaucoup diminué; mais cette partie est engourdie, sa chaleur est modérée, et elle présente un gonflement marqué.

L'hémorrhagie dont la répétition avait décidé les parents à recourir aux soins d'un médecin, ne devrait plus nous occuper; d'ailleurs elle n'avait pas reparu depuis deux jours. La seule indication présente était de s'opposer à une gangrène qui semblait imminente, ou du moins chercher à la limiter si on ne pouvait l'éviter. Tout en effet portait à redouter ce grave accident : la forme de la plaie, la compression qu'avait subie le pied, la force de l'inflammation qui s'y était développée, enfin la densité même des tissus, siége de cette inflammation. Bien plus, on pouvait craindre, dans les profondeurs du pied, un commencement de ces mutations organiques qui préparent et précèdent le sphacèle: et cette crainte était légitimée par le calme qui avait apparu dans les symptômes tant locaux que généraux.

Large débridement de la plaie extérieure. Application de compresses imbibées d'alcool camphré. Le lendemain, des phlyctènes apparaissent sur le dos du pied. Deux jours après, malgré de nombreuses incisions, la gangrène avait envahi la totalité du pied; la partie inférieure de la jambe s'œdématiait, et de la crépitation était perçue dans les gaînes des péroniers latéraux. En même temps, l'état général est des plus graves; le délire tranquille, qui avait commencé la veille, continue; il y a des soubresauts de tendons; le pouls est petit, rapide, concentré; les forces s'épuisent.

En supposant que la gangrène se limite et que le malade triomphe des phénomènes actuels et d'une mort qui semble imminente, que de dangers qui le menacent encore! Maladie longue et douloureuse, élimination des escharres, abondante suppuration, infection putride, etc. Mais rien ne faisait espérer que la gangrène se limiterait. Elle ne pouvait que s'étendre, favorisée dans cette extension par la prostration du malade, comme il arrive en pareille circonstance à la suite de saignées ou de l'usage immodéré de l'opium. Et si on remarque la corrélation parfaite qui avait existé et subsistait toujours entre la mortification des parties et les phénomènes généraux qui menaçaient d'éteindre la vie du patient, ceux-ci devaient nécessairement s'aggraver, et un degré de plus dans leur intensité était la mort certaine du sujet.

En présence d'un cas aussi grave, fallait-il suivre les règles générales, qui, dans l'espèce, rejettent l'amputation à cause de l'état adynamique du malade? Ne fallait-il pas tenter le seul moyen de guérison, quelque périlleux qu'il pût être? Il nous sembla d'ailleurs que cette prostration ne pouvait être comparée à la commotion générale qu'on remarque chez les individus frappés de gangrène à la suite de fortes contusions, et qu'elle se rapprochait plutôt de cette faiblesse occasionnée par les longues souffrances et les suppurations abondantes. Nous pensâmes que la seule chance d'arrêter la gangrène et d'empêcher la mort du malade était de s'adresser à l'amputation, espérant que l'organisme se relèverait dès qu'il serait débarrassé du mal qui l'épuisait.

L'opération décidée, je la pratiquai, en prenant les soins nécessaires pour économiser du sang au malade et éviter tout accident du côté du chloroforme.

La journée est très-mauvaise : le patient est dans un état de prostration alarmant; son pouls est misérable, il a des sueurs profuses. La nuit a été encore plus mauvaise; on dirait que le malade va succomber. Une potion au quinquina et à l'alcool, qui avait été prescrite depuis la veille, est continuée; bouillons. Le troisième jour, la réaction commence à se manifester, la situation générale est meilleure. Les jours suivants, tout danger, du moins immédiat, a disparu, et le malade, nourri avec un soin tout particulier, arriva rapidement à la guérison.

Le résultat obtenu nous permet de compléter et de formuler l'idée que nous émettions plus haut. Lorsque la mort d'un malade est certaine, il ne faut pas priver celui-ci du bénéfice de l'application d'un moyen qui offre la moindre chance de succès, quelque périlleux que semble être ce moyen.

Melius est anceps remedium quàm nullum.

Mais nous devons ajouter que la race du malade et le climat dans lequel nous pratiquons ont pu contribuer au succès de l'opération. Il est d'observation, en effet, que les grandes opérations réussissent bien mieux dans les pays chauds que dans les régions tempérées, et qu'elles sont généralement heureuses chez les sujets de race noire. Ce dernier fait s'expliquerait-il par la faible influence qu'exerce chez ces individus le moral sur le physique?

ÉLOGE DE GRISOLLE.

(Lu à la Société de médecine, dans la séance du 6 mai 1870, par M. GÉRY fils.)

Messieurs,

C'est une belle, c'est une louable coutume, de prononcer l'éloge de ceux qui ne sont plus, de faire revivre au milieu de collègues qui les ont connus, appréciés, aimés, leur souvenir glorieux et affectionné, et de les revoir en pensée une fois encore, au milieu d'une compagnie qu'ils ont honorée et illustrée.

Aussi, la tâche que j'entreprends aujourd'hui n'est point trop lourde pour moi, et je n'ai aucune indulgence à vous demander; seule, la grande ombre de celui dont je veux vous raconter la vie pourrait sourire de mon impuissance; mais elle me pardonnerait bien vite, en voyant que ce serait alors ma plume qui aurait trahi mon cœur.

Oui, c'est un devoir que je remplis avec une grande émotion sans doute, mais aussi avec une douce et intime joie, en rendant ce dernier et suprême hommage à la mémoire du professeur Grisolle, qui fut mon maître bien-aimé, qui voulut bien me donner une place dans ses amitiés, et que j'ai beaucoup aimé parce que je l'ai beaucoup connu. Il était en effet de ceux qu'il faut avoir beaucoup pratiqués, dont la rude enveloppe ne se laisse pas pénétrer facilement, et qui cachent sous la froideur et la sévérité de leurs dehors le cœur le plus chaud et l'âme la plus aimante. L'épreuve du temps, si funeste aux affections banales et de peu de consistance, montrait la solidité et la trempe de la sienne. Il n'était pas de ceux, en effet, qui tendent leur main à tout venant, et ont pour tous le même sourire; il paraissait roide et froid, et sa taille imposante, jointe à la sévérité de ses traits, semblait tenir à l'écart et dans une réserve prudente ceux qui étaient désireux de l'approcher davantage; mais quand avec sa main il avait donné son amitié, quel changement ne trouvait-on pas dans cet homme de si rude apparence, et quels trésors d'affection et de sensibilité ne découvrait-on pas dans ce cœur qu'on croyait si impassible et si froid! Aussi, messieurs, est-ce surtout l'homme que je tiens à vous faire connaître. Je laisse à de plus doctes que moi le soin de dire, et de bien dire, ce que fut le savant, ce que fut le professeur. Quant à moi, je voudrais faire revivre devant vous M. Grisolle tel que je l'ai connu, dans son hôpital, au milieu de ses élèves, c'est-à-dire sur le théâtre qui convenait le mieux à son tempérament, à ses goûts; car ceux-là qui n'ont connu M. Grisolle que dans les dernières années de sa vie, alors qu'en proie à des soucis incessants de travaux, de responsabilité de toutes natures, et disons-le aussi, de santé, il n'était déjà plus lui-même, ceux-là, dis-je, se sont étrangement mépris sur

l'homme, et ont attribué à la morgue, à la personnalité satisfaite, à une humeur acariâtre et égoïste, ce qui n'était que l'effet d'une pensée qui, se repliant sur elle-même, voyait dans un prochain avenir son anéantissement complet, et la plus déplorable catastrophe survenant après une traversée aussi heureuse que rapide.

M. Grisolle arrivait à Paris en 1829, à l'âge de 17 ans; trois ans après il était nommé le troisième interne de sa promotion, en même temps que Barth, Nélaton et Cazeaux, notre ancien collègue. Arriver à l'internat avait toujours été, comme à tant d'autres, le rêve du jeune étudiant, et le jour où il vit son nom sur la liste flamboyante des élus, fut un des jours de sa vie qu'il marqua d'un caillou blanc, et dont il se rappela toujours. Que de fois son souvenir se reposait sur ce riant oasis, et combien il était heureux en racontant plus tard ces beaux jours de l'internat, ces belles années de bon travail, de chaudes amitiés, dont le souvenir rajeunit le cœur et reporte l'esprit à cette époque bénie où on était si jeune, si heureux du présent, si confiant dans l'avenir!

M. Grisolle fut l'interne de Dupuytren, dont il avait gardé un profond souvenir, et de Martin-Solon, à qui plus tard, dans les jours d'infortune, il rendit avec tant de tact, tant de délicatesse et tant de modestie, un de ces immenses services qui témoignent à la fois en faveur de celui qui donne et de celui qui reçoit. Grand prix de l'École pratique, M. Grisolle avait échoué au concours pour la médaille d'or des hôpitaux, et c'est cette circonstance qui le mit en rapport avec Chomel, qui avait été son juge, qui l'avait apprécié, et qui, pour le consoler, lui offrit la place de chef de clinique. M. Grisolle accepta de grand cœur, bien entendu, et c'est de là que data cette liaison qui, avec deux semblables natures, ne pouvait aller que se soudant de plus en plus de jour en jour, et qui ne se termina qu'avec l'existence de M. Chomel. Rappelez-vous, messieurs, les paroles émues et pleines de cœur que prononça M. Grisolle sur la tombe de ce maître vénéré; rappelez-vous ce magnifique éloge de M. Chomel prononcé à la Faculté de médecine, et vous verrez que la reconnaissance et l'affection de l'élève étaient à la hauteur de la bienveillance et de l'amitié du maître, et que jamais cœur plus chaud ne rendit justice à une âme plus généreuse.

C'est pendant qu'il était chef de clinique de M. Chomel, que M. Grisolle connut un des hommes qu'il aimait et qu'il vénérait le plus, une des gloires les plus sérieuses et les plus modestes de la médecine contemporaine, un médecin d'une science et d'une honnêteté proverbiales, M. Louis, qui vit maintenant dans une retraite rigide, qui a vu tomber autour de lui ses plus intimes affections, comme ses plus ardentes amitiés, et qu'il faut toujours saluer avec respect chaque fois que l'occasion fait sortir son nom du silence profond dans lequel il se complaît.

M. Chomel et M. Louis firent de M. Grisolle ce qu'il est devenu : la chose était facile à ces maîtres avec un pareil élève.

Peu de temps après, à son premier concours, M. Grisolle était nommé médecin du Bureau central, et arrivait bientôt à l'hôpital Saint-Antoine : ce fut là, si je ne me trompe, qu'il eut son premier service, son premier interne et ses premiers externes, c'est-à-dire tout ce qui pouvait satisfaire ses goûts, ses aspirations, ses aptitudes, son tempérament scientifique.

En 1844, il obtenait le titre d'agrégé, et c'est à son double titre de médecin des hôpitaux et d'agrégé de la Faculté qu'il dût être désigné par le Gouvernement pour aller, en 1845, étudier la nature et la marche d'une épidémie meurtrière de suette miliaire qui désolait le Poitou.

Médecin des hôpitaux, professeur agrégé de l'École, distingué déjà par ses nombreux travaux, dont le principal alors, le *Traité de pneumonie*, avait été jugé digne, à bien juste titre, par l'Académie de médecine du prix Itard (en 1842), M. Grisolle se trouvait tout jeune encore, à la tête et en avant de tous ceux de sa génération; aussi avait-il déjà trouvé quelques envieux sur son chemin.

La vie lui avait toujours été si facile, et il avait eu tant de chance! disait-on. Ah! messieurs, laissons aux envieux et aux impuissants ce fameux mot, la chance, avec lequel ils se décernent à eux-mêmes un bill d'indemnité pour tous les malheurs qu'ils ont éprouvés dans leur carrière, et qui sont le fait, non d'eux, disent-ils, mais de leur mauvaise fortune! Non pas qu'il faille dénier cet heureux concours de circonstances qui peut faciliter le succès; mais si, depuis longtemps, on n'avait déjà préparé par un long et incessant labeur, les circonstances heureuses qui peuvent arriver un jour, tout serait nul au dernier moment, et si les circonstances font les hommes, avouons, messieurs, que les hommes peuvent aussi singulièrement les préparer à l'avance.

En 1853, neuf ans après son concours d'agrégation, M. Grisolle était nommé professeur de thérapeutique et de matière médicale, en remplacement de M. Trousseau, qui avait permuté pour une chaire de clinique.

Dans cet intervalle, M. Grisolle avait publié son *Traité de pathologie interne*, ouvrage considérable, à sa dixième édition aujourd'hui, et dont on peut dire qu'il a fait, pour une grande part, l'éducation des générations médicales depuis vingt ans.

En 1849, l'Académie de médecine avait ouvert ses portes au lauréat de 1842, et en 1864, elle lui avait conféré les honneurs de la présidence. C'est en 1843 que M. Grisolle fut élu membre de la Société de médecine de Paris, et tant que ses devoirs professionnels de l'École le lui permirent, il fut un des membres les plus assidus de notre compagnie : les procès-verbaux de cette époque peuvent témoigner du zèle qu'il mettait à assister à nos séances, de l'intérêt qu'il leur donnait, par des communications savantes et variées et par la part qu'il prenait aux discussions.

Il resta bien longtemps fidèle à la Société, et ne demanda le titre de membre honoraire que quand la maladie l'avait déjà depuis longtemps frappé.

Aussitôt que les circonstances le lui permirent, M. Grisolle demanda et obtint la chaire de clinique, vacante par le retour de M. Trousseau à la chaire de thérapeutique, et c'est ainsi qu'après lui avoir succédé dans la première, il lui succéda également dans la seconde.

Chose bizarre que ce double changement! Les deux professeurs les plus disparates par leurs doctrines, leur manière de voir, se succédaient alternativement dans la chaire de thérapeutique et de clinique médicale. Tous deux également distingués par leur grand savoir, tous deux se ressemblaient encore par leur ardent amour de la science, par leur travail incessant, par leur zèle toujours jeune; et pourtant quelles différences profondes entre M. Trousseau et M. Grisolle! L'un, esprit vif, aventureux, primesautier, toujours en avant; l'autre, esprit rassis, calme, froid, ne cherchant jamais l'aventure. L'un, à la parole hardie, pittoresque, imagée, au débit harmonieux et rhythmé; l'autre, à la parole concise, sans effet, serrant la question, au débit calme et grave. L'un, préférant marcher à tâtons plutôt que de ne rien faire; l'autre, préférant s'arrêter plutôt que de marcher dans les ténèbres. L'un, en un mot, représentant l'art et ses fantaisies; l'autre, la science et sa rigide expérience. Et tous deux, chacun dans leur genre, ces deux hommes d'élite que vous avez connus, la gloire et l'honneur de la clinique de notre temps.

Quelle émotion dut ressentir M. Grisolle, quand pour la première fois il occupa cette chaire de l'Hôtel-Dieu, illustrée par tant de savants prédécesseurs et par celui dont le souvenir planait bien sûrement sur lui, celui de son maître, M. Chomel, qui l'avait si dignement occupée pendant de longues années, et dont seul l'avait fait s'éloigner un sentiment d'une si exquise délicatesse! M. Grisolle apportait dans la chaire de clinique les principes qu'il avait puisés aux savantes leçons de ses maîtres. Jamais il ne déserta son drapeau. Comme il le disait lui-même dans l'avant-propos de la deuxième édition de son *Traité de la pneumonie* : « Il n'a jamais « appartenu à l'école de ces superbes qui méprisent les faits et trou- « vent d'ailleurs que la science en est encombrée. Cette exubérance « est imaginaire et n'existera jamais pour ceux qui ne se payent pas « de mots mais qui cherchent à savoir les choses; pour ceux qui, amis, « mais amis éclairés de l'induction, condition essentielle de tout pro- « grès, veulent cependant que dans les sciences et dans la médecine « en particulier, la réalité des faits reste toujours la base immuable « et solide de tous nos raisonnements. »

La chaire de clinique médicale de la Faculté était le vrai théâtre sur lequel pouvaient se développer à leur aise et se montrer dans toute leur plénitude les brillantes qualités de M. Grisolle. Il était, on peut le dire, le type accompli du professeur de clinique. Sa haute intelligence, son sens droit, son jugement sûr, sa grande expérience, la sûreté terrible de son diagnostic, tout, jusqu'à sa haute taille et ses allures un peu impérieuses et ironiques parfois lui assurait un ascendant énorme sur ceux qui l'entouraient, en même temps qu'un respect égal à la confiance qu'il inspirait. Ce fut à l'Hôtel-Dieu que M. Grisolle passa les plus belles années de sa carrière médicale, et c'est là aussi qu'il fut le plus utile à notre noble profession en y travaillant sans relâche à former des élèves qui, épars aujourd'hui un peu partout, se rappelleront les leçons qu'ils ont reçues, et demeureront toujours attachés, comme leur maître, « à cette so- « bre et forte médecine qui s'ouvre à tous les progrès réels, mais « ajourne tout ce qui n'est que le produit éphémère de l'esprit d'hy- « pothèse. » (Chauffard.)

On peut le dire, parce que cela est vrai : son hôpital était son seul, son unique plaisir; s'il en restait absent pendant quelques jours, il avait une vraie nostalgie, et je l'ai vu souvent, au milieu des siens, loin de Paris, désirer aussi ardemment l'heure du retour que d'autres désirent l'heure du départ. Ceux-là seuls qui ont vu M. Grisolle dans son service, au milieu de ses élèves, ont connu l'homme et ont pu apprécier le professeur : affectueux sans familiarité avec ses externes, familier sans tomber dans l'excès avec son interne, M. Grisolle passait là tous les matins deux heures qui lui semblaient bien courtes. Les malades l'aimaient parce qu'il les soignait et parce qu'il avait une façon de leur parler et de les encourager qui les réjouissait.

Avec le grand bon sens qui le caractérisait, M. Grisolle estimait que les élèves qui l'entouraient verraient plus souvent les maladies de tous les jours, pour ainsi dire, que les affections rares ou singulières; c'est donc surtout sur celles-là qu'il appelait leur attention et qu'il dirigeait leur diagnostic. Presque toujours, devant lui, un élève, pris au hasard, examinait le nouvel entré. M. Grisolle le laissait tout d'abord s'en tirer comme il le pouvait, et il fallait voir les expressions différentes de cette physionomie si mobile suivant que l'infortuné commençant trouvait plus ou moins bien le diagnostic, posait plus ou moins mal ses questions. Car un professeur de clinique a charge d'âmes. Ne lui faut-il pas, tous les matins, au lit du malade, nommer aux élèves qui l'entourent ce qu'est une maladie, comment on la reconnaît, comment on la traite suivant les diverses indications qu'elle présente? Apprendre à interroger un malade sans qu'il s'effraye ou s'égare dans de stériles racontages est chose plus difficile qu'on ne le croit généralement, et pourtant c'est là le commencement de la clinique. Ne faut-il pas en outre montrer aux nombreux élèves qui sont autour de vous qu'on s'intéresse à chacun d'eux en particulier? Ne faut-il pas non-seulement instruire chacun, mais encore lui faire aimer la profession qu'il embrasse pour que plus tard, au milieu des découragements, des dégoûts de toutes sortes qui peuvent arriver, on n'en reste pas moins sincèrement attaché à la carrière qu'on a librement choisie et qu'on reste toujours fidèle, quoi qu'il arrive aux sentiments d'honneur, et d'honnêteté médicale qu'on a puisés dans les leçons du maître, en même temps qu'une instruction clinique solide et de bon aloi?

Voilà ce que savait bien M. Grisolle, et ce que, dans son rare bon sens, il excellait à faire : de bons et vrais médecins, pouvant rendre et rendant de bons et vrais services à leurs malades. Pendant près de vingt ans ç'a été sa tâche de tous les jours, et depuis le premier matin où il est entré dans un hôpital comme chef de service, jusqu'au jour où l'affreuse maladie a forcé le professeur de clinique d'abandonner sa chaire, il a toujours eu pour but de faire des médecins sachant la médecine et soignant leurs malades. « Dans toute « votre carrière médicale, disait-il aux élèves, vous verrez quarante « ou cinquante maladies, toutes les autres se grouperont autour de « celles-là; connaissez à fond les maladies que vous verrez tous les « jours, et vous serez rarement embarrassés. »

Personne n'a jamais contesté à M. Grisolle les brillantes qualités du clinicien; mais on a dit qu'il était un peu sceptique en médecine. C'est, du reste, un reproche qu'il est de mode de jeter à la face des médecins, aujourd'hui que tout le monde s'occupe de médecine. Messieurs, repoussons-le de toute notre force. Non, il n'y a pas de médecins sceptiques dans le sens où l'entend le public qui a la manie de s'occuper de nous, et qui a la superbe prétention de vouloir lire couramment, tout de suite, sans avoir pris la peine d'apprendre ses lettres et de savoir la médecine, parce qu'il a parcouru un ou deux livres.... à l'usage des gens du monde. Il n'y a parmi nous, du moins, que des médecins de bon sens, de jugement droit, qui, sachant parfaitement bien si la maladie qu'ils ont devant les yeux est curable ou non, ne s'abaissent pas, dans ce dernier cas, aux jongleries d'une thérapeutique mensongère, et cherchent seulement à consoler et à soulager leur malade, puisqu'ils savent bien qu'ils ne pourront pas le guérir. Et combien de fois, messieurs, n'avez-vous pas vu et ne verrez-vous pas encore prendre pour du scepticisme ce qui n'est que la preuve d'un diagnostic exercé, d'une expérience qui ne trompe guère et d'une grande honnêteté!

En effet, M. Grisolle n'aimait pas les excentricités de la thérapeutique et les promesses trompeuses des médicaments impossibles; il fuyait les inventeurs de remèdes et leurs funestes présents; mais tout ce qui lui paraissait sage, raisonnable, rationnel, il en faisait son profit, croyez-le bien; et s'il était homme à modérer les enthousiasmes intempestifs et de peu de durée, s'il se défiait de ces brillants feux d'artifice qui font tant de bruit et tant de fumée, et qui durent si peu, il n'était pas homme non plus à enterrer une idée qu'il croyait fertile et des promesses qui lui semblaient réalisables.

Messieurs, en 1867, M. Grisolle était à l'apogée de sa fortune médicale : professeur de clinique à la Faculté, membre et ancien président de l'Académie de médecine, membre du conseil de surveillance des hôpitaux, où l'avait appelé le choix de ses collègues, membre de la Société de médecine de Paris, auteur d'ouvrages classiques, officier de la Légion d'honneur, ayant une des plus belles positions médicales de Paris, jouissant de l'estime et de la confiance de ses collègues des hôpitaux et de ses confrères de la ville, entouré d'une famille qui lui était chère et qui avait pour lui une affection sans bornes, M. Grisolle voyait se dérouler devant lui un avenir rempli de promesses. Après avoir mené sa vie avec une décision et une énergie peu communes, il la voyait dès lors s'écouler dans un milieu scientifique et professionnel où il n'avait que fortune et gloire à récolter.

C'est au milieu de ces splendeurs, alors que tout tournait autour de lui, que dans toute la maturité de son intelligence, dans toute la force de son talent, il allait recueillir l'héritage médical des grands médecins qui étaient tombés autour de lui, qu'à son tour, M. Grisolle allait être misérablement frappé par la maladie qu'il redoutait le plus!

Comme son maître Dupuytren, ce fut à l'Hôtel-Dieu, au sortir d'une de ses cliniques, qu'il sentit un léger engourdissement du côté droit; c'était si peu de chose cependant, qu'il sut le cacher à tout le monde, et se rendit malgré tout à une consultation avec un de ses confrères. Mais il ne voulut pas signer l'ordonnance : il savait qu'il ne le pourrait pas. Cette première attaque fut très-légère, un peu de repos suffit à la faire disparaître, et M. Grisolle reprit ses occupations, si peu interrompues du reste, sans que personne se doutât du motif qui les avait fait suspendre.

Mais, messieurs, voyez-vous d'ici chez un clinicien comme lui, la pensée se tendre et se fixer sur une seule et unique préoccupation : à quand une seconde attaque? Hélas! on a décrit des tempêtes sous un crâne qui ne doivent pas avoir été plus fertiles en sombres réflexions et en affreuses déductions, que celles qui devaient obséder sans cesse notre malheureux collègue!

Après une seconde attaque, plus prolongée, mais dont il se remit encore, il revint à son hôpital aussi vigoureux de corps et d'esprit qu'auparavant, et personne ne put s'apercevoir de ce qui s'était passé. Comme ces robustes chênes des forêts que la foudre est impuissante à abattre une première fois, et qu'elle ne peut faire fléchir et tomber qu'après des atteintes réitérées, il semblait que la maladie ne pût terrasser d'un seul coup l'énergique nature sur laquelle elle s'acharnait.

Mais une troisième attaque, terrible et prolongée, après avoir mis pendant de longs jours sa vie en péril, nous le rendit vivant, mais à jamais perdu pour la science et pour ses nombreux élèves; et ce fut alors, comme le disait si douloureusement sur sa tombe M. le professeur Béhier, ce fut alors que commença pour lui ce supplice de chaque jour : se voir survivre à soi-même! Supplice qu'il ressentit en effet aussi durement que possible, car il n'avait conservé aucune illusion sur l'avenir qui lui était réservé, et c'est avec un sentiment de joie et de délivrance qu'il vit arriver sa dernière heure, après une longue et cruelle agonie qui avait duré près de deux ans!

Tel fut M. Grisolle. A son tour on peut dire de lui ce qu'il disait de son vénéré maître M. Chomel, dont il fut le modèle accompli : « S'il n'a point attaché son nom à une de ces découvertes immor- « telles qui laissent dans la postérité un sillon lumineux, il comptera « au nombre de ces médecins sages, conservateurs éclairés de la tra- « dition, qui jugent, marquent et consacrent des progrès, et qui, dans « les moments de luttes, d'innovations et de bouleversements scien- « tifiques, ramènent leurs contemporains à la mesure du vrai par leur « sagesse, leur droiture, leur modération. »

Cette lecture est accueillie par d'unanimes applaudissements adressés au maître et au collègue que l'on regrette, et à l'élève qui a su si bien faire revivre la personnalité de Grisolle.

CORRESPONDANCE

Pau, le 21 août 1870.

Monsieur le rédacteur,

Un de mes collègues à l'hôpital de Pau, *jeune* chirurgien comme moi, vient de publier dans le dernier numéro de votre excellent journal une observation de fistule vésico-vaginale, suivie de quelques réflexions facétieuses sur le faible bagage scientifique qu'il m'avait été donné d'offrir au jugement de mes confrères. Si je tenais absolument à user de représailles, il me serait impossible de le faire; car la seule prose que je connaisse de mon savant critique est cette observation de fistule qui, dégagée des malices de la fin, n'offre rien de saillant à signaler, ni en bien, ni en mal.

Elle consacre, pourtant, je dois le reconnaître, un premier succès encourageant pour notre confrère, succès dont il lui sera tenu compte dans sa statistique des fistules, quand il l'inscrira avec un légitime orgueil à côté de ses revers passés. N'ayant pas l'habitude d'entamer une discussion *sérieuse* avec un homme qui ne daigne pas prendre mes travaux *au sérieux* et qui met les droits sacrés de la critique au service d'une fâcheuse rivalité professionnelle, je bornerai là ma réponse, ne voulant pas faire perdre un temps précieux aux lecteurs de la *Gazette*. Le jour où M. Cassou voudra se faire petit, pour descendre à ma taille, et tiendra à discuter, selon les rites ordinaires, un problème médico-chirurgical de ma compétence, je me mettrai à sa disposition, prêt à observer toutes les règles de la plus parfaite urbanité. Qu'il me permette, en attendant, de persister dans les convictions scientifiques que m'a fait acquérir une étude réfléchie et auxquelles j'ai bien le droit de tenir, après les avoir présentées consciencieusement à la sanction de mes confrères, sans jamais oublier ma trop réelle insuffisance.

Je compte sur votre obligeance, Monsieur le rédacteur, pour obtenir l'insertion de ma réponse dans le prochain numéro de votre journal, et je vous prie d'agréer l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

H. Duboué,
Membre correspondant de la Société impériale de chirurgie.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1870.

137. Vialis (Louis). Quelques considérations cliniques sur la variole des adultes.
138. Mlle Garrett (Élisabeth). Sur la migraine.
139. Gaillard (Charles). De la fièvre intermittente.
140. Laurent (Jean). De l'intervention chirurgicale dans le traitement du tétanos traumatique.
141. Latif (Jean-Eghia). Des tumeurs blanches en général.
142. Larguier des Bancels. Essai sur le diagnostic et le traitement chirurgical des étranglements internes.
143. Neis (Christian). De l'anesthésie locale par la pulvérisation de l'éther.
144. Richard (Léon). Étude sur l'hérédité dans la syphilis. De l'influence du père.
145. Barbanceys (E.). Etude sur la coagulation du sang dans les veines.
146. Fumouze. Les spectres d'absorption du sang.
147. Sayous (Sylvain). Des complications internes de l'érysipèle.
148. Pourcher (Charles). De la ligature de l'humérale à sa partie supérieure dans les hémorrhagies de la main.
149. Bonnafy (Gabriel). Considérations sur l'héméralopie.
150. Sobarthez. Étude physiologique du café.
151. Kalindero (Nicolas). De la céphalotripsie intra-crânienne par la méthode de M. le docteur Guyon. Son exposé. Sa critique.
152. Kohn (Ch.). Du traitement de la chorée par le bromure de potassium à haute dose.

Erratum à l'article de M. Corlieu, ayant pour titre : *Moyen facile de reconnaître la présence d'une balle dans les plaies par armes à feu*, et inséré dans le numéro du 30 août.

A la 14e ligne, *au lieu de* : « travail peu pratique », *lisez* : « travail très-pratique. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce hulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou antres objets).

Nouveaux éléments de physique médicale, par MM. Desplats et Gariel, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Paris, précédé d'une préface par M. Gavarret, professeur de physique médicale à la Faculté de Paris. 1 vol. petit in-8, cartonné en toile anglaise, de 75 pages, avec 500 gravures dans le texte. — Prix : 10 fr.

Nouvelles applications de l'acide phénique en médecine, etc., par le docteur Déclat. In-8, planches photogr. — Prix : 5 fr.

Dictionnaire de chimie pure et appliquée comprenant : la chimie organique et inorganique, la chimie appliquée à l'industrie, à l'agriculture et aux arts, la chimie analytique, la chimie physique et la minéralogie, par Ad. Wurtz (de l'Institut). 10e fascicule, feuilles 91 à 104. — Prix : 3 fr. 50.

Manuel opératoire de l'ovariotomie, suivi d'observations encore inédites, qui ont présenté des particularités exceptionnelles, par le docteur Kœberlé, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg. Note rédigée par le docteur Taulé, chef de clinique de la Faculté de médecine de Strasbourg. Paris, 1870, in-8 de 24 pages. — Prix : 1 fr.

De l'hydrothérapie, par le docteur Guettet, médecin-directeur de l'établissement hydrothérapique de Saint-Seine. Paris, 1870, in-8 de 16 pages. — Prix : 75 centimes.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — PREMIER PARIS. — ÉCOLE PRATIQUE (M. Legrand du Saulle). Leçons médico-légales sur la folie : Antiquité. Époque romaine. — De la contractilité électro-musculaire dans la paralysie du nerf facial (M. Onimus). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 5 septembre 1870.

L'Empire vient de tomber sous le mépris public.

La République est proclamée.

Chaque heure est un siècle, tant les événements se pressent.

L'ennemi est à nos portes : tous, nous devons unir franchement, loyalement nos efforts.

Jules Simon est placé à la tête de l'instruction publique : tout le monde savant attend de lui qu'il ne laisse pas protester l'engagement pris par son prédécesseur.

La destruction de la bibliothèque de Strasbourg est un deuil national, c'est à la nation de faire ressortir de ses ruines tout ce qui est réparable dans cet immense malheur.

L'histoire doit enregistrer les lettres de MM. Zeller et Brame : nous les reproduisons à titre de documents historiques.

M. Zeller, nommé récemment recteur de l'Académie de Strasbourg, avait adressé la lettre suivante à M. le ministre de l'instruction publique :

Paris, le 31 août 1870.

Monsieur le ministre, l'incendie de la bibliothèque de Strasbourg, l'une des plus précieuses et des plus utiles de l'Europe par la rareté et par le nombre de ses volumes, paraît être un fait accompli.

La France reconstruira la ville de Strasbourg. J'ai l'honneur, monsieur le ministre, de vous prier de me mettre à même de pourvoir le plus tôt possible à la recomposition de sa bibliothèque.

Une ville qui possède cinq facultés, des savants illustres, des étudiants nombreux, ne saurait rester sans bibliothèque dès qu'elle sera rentrée dans le calme. Je prends donc la liberté, monsieur le ministre, de vous demander les pouvoirs et les moyens nécessaires pour solliciter, sous votre autorité, l'aide, le concours et les sacrifices patriotiques :

1° Des riches dépôts de l'instruction publique, des lettres et des arts, de la guerre et de l'intérieur;

2° Des bibliothèques publiques de Paris et de la province qui voudraient disposer de leurs exemplaires en double ;

3° Des sommités de la science et des lettres en ce qui concerne les exemplaires de leurs propres ouvrages ou les livres de leurs bibliothèques dont ils pourraient se défaire ;

4° De la librairie française tout entière, et des souscriptions de tous ceux qui s'intéressent aux malheurs et à l'héroïsme d'une ville si haut placée dans l'estime et les sympathies de l'Europe civilisée.

Ne serait-il pas possible, monsieur le ministre, de solliciter également, à cet effet, le concours généreux des bibliothèques et des écrivains des nations amies qui voudraient panser aussi les blessures de la science française? Ce serait peut-être, en ce qui concerne l'instruction publique, la meilleure réponse à faire à cette Allemagne qui découvre aux yeux de tous sa barbarie véritable en ne se montrant si savante que pour détruire.

Je suis à votre disposition, monsieur le ministre, pour le seul service que je puisse encore rendre à l'Académie, et je vous prie de vouloir bien agréer l'expression des sentiments les plus dévoués de votre humble serviteur.

T. ZELLER,
Recteur de l'Académie de Strasbourg.

M. le ministre de l'instruction publique a répondu :

Paris, le 2 septembre 1870.

Monsieur le recteur, je vous remercie de votre communication ; je n'attendais pas moins de celui que j'ai appelé à représenter l'Université dans la noble Académie de Strasbourg.

Dans sa lutte contre un ennemi sauvage, le général Ulrich parle comme il agit, avec la résolution d'un caractère antique, et les soldats par leur élan, les habitants par leur constance, se montrent dignes d'un tel chef. Mais ces terribles épreuves auront enfin leur terme ; une fois l'honneur maintenu, la forteresse sauvée et l'armée barbare anéantie, la France reconstruira Strasbourg.

Alors, et Dieu fasse que ce jour soit proche ! la bibliothèque se relèvera de ses ruines ; je m'occupe déjà des moyens d'y pourvoir. Il y a là sans doute des pertes irréparables. Qui nous rendra tant d'éditions *princeps*, tant de manuscrits uniques, admirés, étudiés, maniés avec respect par tous les savants de l'Europe ? Nous pourrons du moins, à l'aide des ressources que possède le département de l'instruction publique, et avec le concours du pays tout entier, refaire un dépôt de livres qui ne sera pas indigne de la docte et vaillante cité. Pour reconstituer une partie de ce trésor, vous indiquez des mesures excellentes, monsieur, et vous m'offrez, dès à présent, d'y consacrer tout votre zèle. Les services qui dépendent de mon administration reçoivent l'ordre de vous seconder avec énergie.

Comptez sur moi, monsieur le recteur ; la bibliothèque de Strasbourg renaîtra riche et glorieuse. Je veux en faire un monument qui attestera devant les âges futurs le patriotisme de notre Alsace; je veux que sur le seuil de ce monument, une inscription, disons mieux, une sentence, ratifiée par la conscience universelle, apprenne à la postérité la part et le rôle de chacun dans le bombardement de la ville.

On y lira l'héroïsme de la population strasbourgeoise, l'indomptable ténacité de nos soldats, les lâches cruautés de l'armée assiégeante et l'éternelle infamie attachée au nom du général prussien, à ce nom qui rappellera désormais l'attentat le plus odieux contre l'humanité et la civilisation.

Recevez, etc.

Le ministre de l'instruction publique,
J. BRAME.

Et maintenant, à nous tous de venir apporter un témoignage de sympathie au désastre de notre chère ville de Strasbourg.

Pour notre part, nous ferons tous nos efforts pour réunir le plus grand nombre possible d'ouvrages destinés à la bibliothèque de Strasbourg, et nous faisons un appel en ce sens à tous nos confrères.

Dr E. Le Sourd.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

LEÇONS MÉDICO-LÉGALES SUR LA FOLIE.

Antiquité. — Époque romaine.

La question des aliénés présente en tout temps un intérêt émouvant d'actualité. En France, en effet, quarante mille individus sont frappés dans leur intelligence et sont séquestrés dans des établissements spéciaux.

Toute aliéné est un malade. Tout malade ne doit et ne peut relever que du médecin.

La folie est une affection qui trouble les fonctions du cerveau et qui dérange le jeu des facultés intellectuelles, morales et affectives. Or, la folie étant une *maladie du cerveau*, que peut-on penser de cette récente proposition de deux législateurs d'après laquelle un jury composé de citoyens patentés serait parfaitement apte à statuer sur l'état mental du premier venu?

Pour être vraiment utile aux aliénés, il faut, à mon sens, n'être pas seulement un pathologiste : il faut être aussi un médecin-légiste.

Le fou est incapable de se diriger. Il est inhabile à gérer ses biens, à défendre ses intérêts, à apprécier la valeur morale de ses actes ; c'est un être qui commet à l'improviste les délits les plus dommageables ou les crimes les plus graves, qui attente à la vie des autres et qui attente à la sienne propre. Ne faut-il pas alors s'assurer de sa personne, intervenir en son lieu et place, veiller à l'administration de sa fortune et faire valoir tous les droits de l'absent ou de l'incapable?

La loi civile n'a pas pu entrer dans tous les détails de la pathogie cérébrale, par la raison toute simple qu'au moment de la promulgation de nos codes, la science des maladies mentales n'était pas faite. Il a bien fallu édicter des mesures d'exception. Il en a été de la folie comme d'autre chose : toutes les fois qu'il a été remarqué que des circonstances d'un ordre spécial venaient à placer un individu en dehors du droit commun, il y a été pourvu par une loi d'exception. C'est dans ces conditions qu'a été promulguée la loi du 30 juin 1838, relative aux aliénés.

Si des récriminations très-violentes se sont élevées depuis quelques années contre cette loi, *de la part d'anciens malades*, il n'en faut pas chercher d'explication ailleurs que dans ce fait : à savoir : que *l'ingratitude est la résultante obligée de la folie !*

Dans la médecine ordinaire, de chaudes amitiés sont parfois cimentées au lit de la douleur entre le patient et le médecin. Dans quelque inégalité de situation que ces deux hommes se trouvent placés par le fait des événements, les mêmes liens persistent souvent. Un trône même vient-il à s'élever entre eux, et le médecin n'en reste pas moins l'ami le plus fidèle et le conseiller le plus écouté de la couronne. Dans la médecine aliéniste, au contraire, les rôles sont bien changés !

Tout malade guéri avoue ses maux passés, excepté un seul, la folie. Il vous met volontiers au courant de toutes les souffrances qui ont débilité ou ruiné à jamais sa constitution physique, mais il nie toujours qu'il a été fou.

En dehors donc de l'établissement qui a abrité son délire, le malade, par une sorte de préjugé tenace, a honte de lui-même. Il ne peut pas se pardonner son naufrage cérébral, il ne se l'explique pas et il arrive à le nier. Quant au médecin, témoin impassible et discret, il n'a pas pu guérir, puisqu'il n'y a pas eu de maladie. Il a donc été un geôlier!

J'avais raison de le dire : l'ingratitude est la résultante obligée de la folie.

Est-ce à dire maintenant que la loi du 30 juin 1838, si violemment attaquée, mais qui a en somme réalisé de grands progrès, ne puisse pas recevoir quelques modifications ? La perfectibilité est inhérente à toutes les institutions humaines, et je comprends très-bien qu'il y ait peut-être quelques améliorations à proposer. D'ailleurs, quand tout marche, ne pas avancer, c'est reculer.

Les réformateurs actuels n'ont jusqu'à présent présenté des projets aussi informes et aussi irréalisables que parce qu'ils pêchaient par une ignorance grossière. Ils n'ont point songé à interroger le passé, et, dans leur injustice inconsciente, ils ont méconnu les enseignements lumineux que nous a légués l'antiquité. Les Romains notamment se sont très-sérieusement préoccupés de la situation légale de l'aliéné, tant sous le rapport civil qu'au point de vue de la criminalité, et ils ont édicté des mesures bienfaisantes, tutélaires et libérales. Les faire connaître, c'est apporter d'utiles matériaux à l'œuvre de réorganisation que méditent en France les pouvoirs publics.

I. — Si l'on se met à parcourir avec soin les textes de la jurisprudence romaine, on ne tarde pas à reconnaître qu'il règne une déplorable confusion dans les termes de la nomenclature médicale relativement à la pathologie de l'esprit. Les expressions *mente captus*, *fatuus*, *demens*, *furiosus*, sont tour à tour et indifféremment employées comme synonymes d'*aliéné*. Cependant, si nous voulons nous faire une opinion très-nette de cet état de choses, nous dirons qu'il semble résulter du chaos ancien que l'on désignait le plus généralement sous le nom de *demens* l'homme atteint de *démence*, c'est-à-dire de la complète abolition de la raison ayant succédé à l'exercice normal des facultés de l'entendement, tandis que la locution *mente captus* s'appliquait plutôt au faible d'esprit ou à celui dont la folie n'était pas susceptible d'avoir des intermittences lucides. On pourrait donc, jusqu'à un certain point, comparer le *demens* au riche qui a perdu sa fortune, et le *mente captus* au pauvre qui n'a jamais possédé, et dont l'indigence est sans appel.

La folie altérant l'intelligence d'une manière sensible, les jurisconsultes romains admirent que l'insensé qui se rend coupable d'un crime ne pouvait pas être puni, puisqu'il n'avait pas conscience de sa faute. « L'homme en démence qui, dans un moment de fureur, aura donné la mort à son ascendant ne sera point puni. » Marc-Aurèle et Lucius Vérus appliquèrent également les bénéfices de cette immunité à un homme qui, dans son égarement morbide avait tué sa mère. « Il est assez puni par sa fureur même » (*Satis ipse furore punitur*) (1).

Un doute venait-il à s'élever sur la question de savoir si l'acte incriminé avait été commis avec connaissance de cause, ce doute profitait à l'auteur du crime, qui était alors censé n'avoir agi que d'une façon inconsciente : *Si dubitatur quo tempore delinquerit, an tempore furoris, an sanæ mentis, in dubio est potiùs quod delinquerit tempore furoris* (2).

Après avoir décidé que l'insensé ne pouvait pas être forcé de rendre compte à la justice des actes criminels qu'il a accomplis dans un moment de démence, Marc-Aurèle et Lucius Vérus s'empressent d'ajouter « qu'il devra être gardé avec plus de sollicitude ou même enchaîné ». C'est qu'en effet les insensés étaient placés sous la surveillance de l'autorité. Riches, ils étaient soignés dans leur domicile par leurs esclaves; pauvres, ils étaient enfermés dans des prisons, et peut-être même dans des valétudinaires particuliers.

Des peines sévères étaient portées contre ceux qui négligeaient d'assister leurs parents atteints d'aliénation mentale. « Les enfants qui ne soignent pas leur père furieux, peuvent être exhérédés et sont passibles des peines édictées par les lois. Si un étranger, après les avoir engagés à donner à leur père les soins que réclame son état, a reçu le malade chez lui, il sera son héritier légitime, même dans le cas où le furieux aurait testé en faveur de ses enfants » (3). La même rigueur atteignait les parents qui négligeaient de faire traiter leurs enfants (4).

(1) Digeste, livre XLVIII, titre IX, loi 9, § 2.
(2) Farinacius. Quœst. XCVIII, n° 8.
(3) Code, livre I, titre IV, loi 28.
(4) Novelle CXV, ch. II, § 12.

A Constantinople et à Rome, le préfet devait veiller au sort des aliénés. Dans les provinces, les présidents chargés d'assurer la tranquillité publique devaient faire enfermer les insensés (*carceribus retinere*) (1). Une lourde responsabilité pesait sur les gardiens de ces *carceres :* ils devaient soustraire les malades à tous les mauvais traitements et les protéger contre toutes sortes d'accidents. Si un insensé se donnait la mort, une enquête établissait le degré de responsabilité des employés commis à sa surveillance.

La législation romaine donnait donc pleine satisfaction aux principes de l'équité et de l'humanité, et elle garantissait d'une manière suffisante les droits de la société en faisant enfermer dans des prisons, ou même dans des maisons particulières, les fous qui pouvaient être dangereux. Nous trouvons pourtant dans le code une constitution de Justinien qui défend toute incarcération dans des maisons privées (2) : « Nous défendons absolument, tant pour la ville d'Alexandrie et l'Égypte que pour tout autre lieu de notre empire, de détenir quelqu'un de sa propre autorité, et de le renfermer dans une maison privée, située à la ville ou à la campagne (*vel in abris suis, vel ugicumque domi privati carceris exercere custodiam.*) »

Nous croyons toutefois que même sous Justinien, il n'a pas été défendu de soigner des malades dans des maisons particulières, et que la constitution dont il s'agit a voulu uniquement prohiber ces détentions abusives qui ont pour but de soustraire le patient à la surveillance de l'autorité.

Irresponsable devant la justice criminelle, le fou tombait-il sous l'application de la loi Aquilia, qui exigeait la réparation du dommage causé? Ulpien disait qu'un fou qui n'est capable ni de dol ni de faute, ne pouvait être puni en vertu de la loi Aquilia, car comment imputerait-on une faute à celui qui n'a pas conscience de ses actes (3)?

La loi Aquilia est un plébiscite (4) qui paraît avoir été rendu l'an 468 de la fondation de Rome, et qui contient trois chapitres distincts, dans lesquels on trouve une idée commune : le *damnum injuriâ datum.* Le premier chapitre de cette loi condamne celui qui a tué (*injuriâ*) un esclave appartenant à autrui, ou un quadrupède (*quod pecudum numero est*) appartenant également à autrui, à payer la plus haute valeur que la chose a eue dans l'année qui précède le jour du délit. Ainsi un esclave qui a été institué héritier a été tué avant d'être entré en possession du legs qui lui échoit : le maître de cet esclave pourra demander à l'auteur du délit non-seulement la valeur matérielle de l'esclave, mais encore tout le dommage que lui cause la mort de l'esclave, et par conséquent la valeur de la succession qu'il ne peut plus maintenant recueillir.

Le second chapitre, qui était resté inconnu jusqu'à nos jours, et sur lequel les interprètes avaient fait d'inutiles conjectures, nous a été révélé par la découverte du manuscrit de Gaius. Il établissait contre l'adstipulateur (5) qui aurait libéré le débiteur par acceptilation (6), et éteint ainsi la créance en fraude du stipulateur, une action pour toute la valeur du préjudice. (*Quanti ea res esset.*)

Le troisième chapitre prévoit tout dommage qu'une personne cause à une autre par son dol ou par sa faute. Ainsi quelqu'un blesse un esclave ou un quadrupède (*quod pecudum numero est;*) quelqu'un tue ou blesse un chien ou un animal sauvage, l'auteur du dommage est condamné à payer la plus haute valeur que la chose a eue dans les trente jours qui précèdent le jour du délit.

Telles étaient les dispositions de la loi Aquilia. Si le fou n'était capable ni de dol ni de faute, il ne devait aucune indemnité pour le préjudice qu'il avait causé.

Les Romains ont de bonne heure étudié la folie, et ils ont observé que parmi les maladies de l'esprit, les unes sont permanentes et incurables, les autres temporaires ou termittentes : *Furor alius est perpetuus; alter habet intervalla.* Mais que l'aliénation mentale fût perpétuelle ou temporaire, les conséquences juridiques de la folie étaient toujours les mêmes : tout acte fait par un individu qui, au moment de la confection de l'acte, n'avait pas le libre exercice de ses facultés intellectuelles, était nul.

La folie n'enlevait à celui qu'elle frappait aucun de ses droits, elle en suspendait seulement l'exercice. Ainsi le magistrat qui devenait fou conservait sa charge (7), et le juge qui perdait la raison après que le préteur l'avait désigné aux parties, gardait son office (8).

Paul ajoute cependant que ce juge doit être remplacé.

Paul et Papinien ont tous deux prévu le cas où le préteur nommerait juge un individu atteint d'aliénation mentale, et, au premier abord, ils semblent être d'un avis opposé sur la validité d'une semblable nomination. Paul dit, en effet (9) : « Ceux qui ont le droit de nommer les juges ne peuvent cependant nommer toute personne sans distinction. La loi, la nature ou la coutume, empêchent certains individus d'être juges. C'est ainsi que le sourd, le muet, l'impubère et celui qui est perpétuellement furieux, ne peuvent naturellement être juges, car ils manquent de jugement. »

Papinien dit, au contraire (1) : « Lorsqu'on nomme juge un furieux, il n'y aura pas moins *judicium*, bien qu'aujourd'hui le juge ne puisse juger; c'est-à-dire que la sentence qu'il rendra lorsqu'il sera revenu à la raison, sera valable; car au moment de la désignation, la présence ni la science du juge ne sont point nécessaires. »

Pour concilier ces deux lois, il suffit de faire remarquer que Paul parle d'un fou qui n'a pas d'intervalles lucides : « *perpetuo furiosus,* » et que Papinien parle, au contraire, d'un fou qui a des intervalles lucides ; car il suppose qu'il jugera après avoir recouvré la raison. On comprend qu'il y ait un obstacle naturel à ce que le premier soit nommé juge, puisque jamais il ne pourra juger; tandis que le second, qui peut-être a des intervalles lucides très-rapprochés, pourra être désigné sans inconvénient. Il suffit que le juge ait la plénitude de sa raison et connaisse l'affaire au moment où il rend son jugement.

Les fous conservaient donc les charges publiques qui leur avaient été confiées ; mais nous pensons pourtant que la folie exemptait les décurions du service de la curie. Nous ne pouvons, il est vrai, apporter aucune loi formelle à l'appui de cette opinion; mais Ulpien nous apprend (2) que beaucoup de personnes simulaient la folie pour pouvoir échapper aux charges publiques ; or, la charge la plus lourde, c'était certainement la curie. D'un autre côté, les constitutions impériales prennent soin de dire que l'ignorance absolue, la cécité et même l'infamie n'exemptent pas de la curie (3) ; mais elles ne disent rien de semblable pour la folie.

De même que la folie ne faisait perdre aucun droit politique, sauf peut-être le titre de décurion, dont personne ne se souciait, de même aussi elle laissait au fou tous ses droits civils et de famille.

En principe, l'aliéné était reconnu capable; il conservait, dans ses intervalles lucides, la *jouissance* et *l'exercice* de ses droits; mais, pendant son délire, la jouissance seule lui restait acquise, et ses droits civils étaient exercés en son nom par un curateur. Ainsi, le retour même temporaire à la raison conférait au fou le pouvoir de se marier, de tester, de s'obliger envers autrui ou d'obliger autrui envers lui (4) : *Intermissionis autem tempore, furiosos majores viginti quinque annis venditiones et alias quoslibet contractus posse facere non ambigitur* (5); mais toutes les fois que l'intelligence se troublait de nouveau, les actes accomplis étaient nécessairement nuls, puisqu'il ne pouvait y avoir eu consentement de la part du fou. Le curateur reprenait alors ses fonctions.

La folie ne rompt pas le mariage antérieurement contracté (6). Bien plus, si l'époux sain d'esprit répudie son conjoint malade, il casse le mariage par sa faute (7), et il est traité comme ceux qui répudient leur épouse sans motif. Si c'est la femme qui envoie le *libellus repudii*, elle perd sa dot; si c'est le mari, on l'oblige à restituer l'apport dotal.

Pour que le conjoint d'un fou pût répudier l'époux malade sans encourir la rigueur des lois, il fallait que la folie fût incurable et dangereuse, et que le conjoint, sain d'esprit, n'eût pas d'enfants (8). Alors, on considérait le mariage comme rompu sans la faute des époux, et le mari rendait la dot.

Il arrivait souvent que le mari, pour échapper à cette obligation, ne répudiait pas sa femme et profitait de la folie de cette dernière pour dissiper la dot. Les parents de la femme et son curateur s'adressaient alors au préteur afin qu'il obligeât le mari à fournir à sa femme des aliments et des secours proportionnés au chiffre de la dot (9). Ce magistrat pouvait même ordonner que la dot fût séquestrée, à condition toutefois qu'on respectât les pactes dotaux. Enfin, comme la folle ne pouvait répudier son mari (10), son père avait le droit de divorcer en son nom et de demander au mari la dot (11).

L'empereur Léon le Philosophe (890) ordonnna que si l'un des époux devenait fou, le mariage serait rompu, si, au bout de trois ans (12) d'abord, de cinq ans ensuite (13), cet époux ne revenait pas à la raison.

La folie laisse subsister la puissance paternelle que le fou a sur ses enfants, sans distinguer s'ils sont nés ou s'ils ont été conçus avant ou après la folie. En matière de mariage, une question aussi importante que fréquente dans la pratique devait attirer l'attention des jurisconsultes romains. Les enfants ne pouvaient se marier sans obtenir préalablement le consentement de celui qui exerçait sur eux la *patria potestas;* mais l'aliéné (*furiosus*), était incapable de consentir. Fallait-il en conclure que les enfants placés sous sa puissance ne pouvaient pas contracter mariage? On comprend combien une telle décision eût été défavorable aux intérêts du fils de famille; aussi avait-on admis déjà, dans l'ancien droit, que la fille du furieux pouvait se marier *sine patris interventu.* Mais quant au fils du *furiosus*, l'hésitation était grande (*super filio variabatur*), comme nous l'apprend Justinien, et cette hésitation venait de ce que le mariage du fils avait pour le père des conséquences plus graves que le mariage de la fille. Les enfants du fils devaient se trouver, en effet, sous la puissance du père actuellement furieux, et devenir ainsi ses héritiers, siens malgré lui (1), ce qui ne pouvait pas arriver pour les enfants de la fille, qui étaient placés sous la puissance de leur père ou de leur grand père paternel. Aux yeux des jurisconsultes romains, il paraissait bizarre que ce résultat se produisît sans que le père eût consenti au mariage d'où sont issus ces enfants.

Cependant Justinien a voulu que le fils du *furiosus* fût traité à cet égard comme la fille, et il a décidé qu'il pourrait contracter mariage *sine patris interventu secundum datam ex nostrâ constitutione modum.* Aux termes de cette constitution (2) « la dot ou la donation *ante nuptias* doit être fournie par le curateur du père, et le chiffre en est fixé, à Constantinople, par le préfet de la ville, ailleurs par le président de la province ou par l'évêque.

(*Sera continué.*)

(1) Digeste, livre I, titre XVIII, loi 13.
(2) Code. br. 9. titre 5. loi 1. et livre 1. lois 22 et 23.
(3) Ulpien. loi 5. § 2, *Ad legem Aquiliam.*
(4) Justinien parle de la *plebs romana quæ Aquilio tribuno rogante hanc legem tulit.* Just. § 15. *De lege Aquilia* (IV 3).
(5) Jusqu'à Justinien, la stipulation *post mortem meam,* c'est-à-dire la promesse que le créancier se faisait faire qu'on lui donnerait quelque chose après sa mort était nulle, mais elle pouvait devenir efficace par l'adjonction d'un *adstipulator :* « Adstipulatorem, dit Gaius, fere tunc solum adhibemus cum an stipulamur ut aliquid post mortem nostram detur. Quod cum stipulando nihil agimus, adhibetur adstipulator ut is post mortem nostram agit. Qui si quid fuerit consecutus de restituendo eo, mandati judicio, heredi nostro tenetur. »
(6) *L'acceptilatio* était un moyen d'éteindre les obligations formées *verbis.* Elle était ainsi faite par le débiteur : « Acceptum ne habes quod tibi debeo. »
(7) D. 26. 5. 8. § 1.
(8) D. 5. 1. 46.
(9) D. 5. 1. 12. § 2.

(1) D. 5. 1. 39 pr.
(2) D. 27. 10. C.
(3) Code 10. 31. C. 8.
(4) Const. C. *De curat.* V. 70.
(5) Const. 2, *De contrah. emptione,* IV, 38.
(6) Dig, 1. 6. 8.
(7) D. 24. 3. 22, § 7. 8.
(8) D. 24. 3. 22. § 7.
(9) D. 24. 3. 22. § 8.
(10) C. 5. 70. 4.
(11) D. 24. 3. 22, § 9.
(12) Léon, Novelles 111.
(13) Léon, Nov. 112.

(1) Inst. pr., *in fine, De nuptiis.*
(2) *Nemini invito heres suus aquiritur.*

DE LA CONTRACTILITÉ ÉLECTRO-MUSCULAIRE

DANS LA

PARALYSIE DU NERF FACIAL

Par le docteur ONIMUS.

Dans un de ses derniers numéros, la *Gazette des Hôpitaux* a publié en partie une observation de paralysie faciale, au sujet de laquelle nous indiquions certains résultats utiles à connaître au point de vue du diagnostic. Cette observation nous a permis d'étudier d'autres faits plus ou moins importants, et que nous croyons intéressant de signaler.

Un des caractères les plus curieux de ces paralysies est la diversité et la variation des phénomènes; on peut presque dire qu'ils changent d'un jour à l'autre.

Ainsi, comme nous l'avons indiqué, dix-sept jours après le début de l'affection, les muscles paralysés se contractaient avec un courant de 10 à 16 éléments Remak, et les contractions avaient encore lieu avec 60 interruptions par seconde.

Du vingt au vingt-cinquième jour, il ne faut plus que 8 à 12 éléments, et lorsque les interruptions sont de plus de 40 par seconde, il n'y a plus de contraction.

Trente jours après le début de la maladie, nous constatons qu'au lieu de 8 à 12 éléments qui étaient nécessaires pour produire une contraction des muscles paralysés, il n'en faut plus que 4 à 6.

De plus, la première fois que nous avions examiné le malade, les contractions étaient plus fortes en appliquant le pôle négatif directement sur les muscles, et le pôle positif sur la nuque ou le cou, tandis que maintenant c'est le contraire qui a lieu. En mettant le pôle positif sur les muscles, et le pôle négatif sur le cou, il ne faut qu'un courant fourni par 4 éléments, tandis qu'en mettant le pôle négatif sur les muscles, il faut un courant de 6 éléments.

Enfin, lorsqu'on dépasse 20 interruptions par seconde, les contractions n'ont plus lieu. Elles se font également plus lentement. Les courants induits ne produisent toujours aucune contraction.

Dix jours plus tard, c'est-à-dire quarante jours après le début de la maladie, ni la volonté, ni les courants induits ne provoquent la moindre contraction. Les courants de la pile, même très-faibles, (4 à 6 éléments), déterminent toujours des contractions si l'on ne dépasse pas 6 interruptions par seconde ; elles n'ont plus lieu si les interruptions deviennent plus nombreuses.

Deux mois et six jours après le début de la maladie (le 7 mars), nous examinons de nouveau la contractilité des muscles. Le malade peut volontairement faire contracter le frontal, le sourcilier, l'orbiculaire des paupières; tous les autres muscles de ce côté de la face sont toujours complétement paralysés.

Les courants induits déterminent maintenant des contractions des muscles frontal, sourcilier, orbiculaire des paupières, ils n'ont sur les autres muscles aucun effet.

Un courant produit par 8 éléments Remak ne provoque aucune contraction dans les muscles frontal, sourcilier, orbiculaire des paupières, mais il fait contracter énergiquement les autres muscles, tels que les zygomatiques, le releveur des lèvres, etc. Un courant de 14 éléments fait contracter les muscles frontal, sourcilier, orbiculaire des paupières et les maintient en contraction tétanique avec des interruptions très-rapides (de 500 à 800 par seconde).

Les courants de la pile appliqués encore sur les muscles paralysés, avec des interruptions assez rapides (200 interruptions, par seconde), déterminent non une contraction uniforme et tétanique, mais des contractions fibrillaires isolées et passagères. Il est difficile de définir exactement ces contractions, et nous ne les avons encore jamais observées avec ce type; nous ne pouvons les expliquer qu'en admettant que parmi un faisceau musculaire certaines fibrilles deviennent plus excitables que d'autres, mais qu'elles ne le sont pas encore suffisamment pour conserver longtemps une contraction tétanique avec des interruptions très-rapides (de 100 par seconde), les courants continus ne provoquant aucune contraction. Nous avons déjà dit qu'à cette époque sur ces mêmes muscles, les courants induits ne produisaient aucune contraction.

Le 20 mars, nous constatons les mêmes phénomènes; mais nous remarquons de plus que la contraction par les courants continus des muscles paralysés est plus rapide. Actuellement, et depuis quelques temps, c'est toujours le pôle négatif qui détermine les contractions les plus fortes.

Le 25 mars, les muscles pyramidal, dilateur et constricteur des narines se contractent volontairement, et le malade dit ressentir une grande amélioration. Les muscles zygomatiques élévateurs de la lèvre supérieure, triangulaire, carré du menton, seuls restent paralysés. Sur ces derniers muscles, les courants induits ne déterminent toujours aucune contraction, mais ils provoquent celle des muscles des narines sur lesquelles la volonté a maintenant de l'action. Néanmoins, pour ces muscles, il faut employer des courants induits plus forts que pour les muscles homologues du côté sain.

Les courants continus déterminent toujours des contractions sur les muscles qui sont encore paralysés. Mais il faut maintenant employer un courant de 10 éléments, tandis qu'il y a six semaines, un courant fourni par 4 éléments suffisait. A cette époque le pôle positif paraissait agir plus efficacement, tandis qu'actuellement le pôle négatif produit les contractions plus fortes.

Sur les muscles homologues sains, il faut employer un courant de 16 à 18 éléments pour obtenir des contractions, et pour les muscles du côté paralysé qui ont recouvré leur contraction volontaire, la force du courant pour provoquer les contractions doit être de 14. Le courant doit donc être pour les muscles qui ont été paralysés, et qui sont guéris, plus faible que pour les muscles sains, mais plus fort que pour les muscles qui sont encore paralysés.

Pour ces mêmes muscles, les courants induits doivent au contraire être plus forts que pour les muscles sains.

Cette observation nous démontre :

Sous le rapport des interruptions des courants, qu'au début de la paralysie, et jusqu'au moment où les mouvements volontaires sont revenus, les courants induits, même en employant des interruptions très-lentes, n'ont plus d'action sur les fibres musculaires paralysées.

Que pour les courants continus, l'époque de la maladie amène de grands changements. Qu'au début de la paralysie, on obtient encore des contractions en faisant 50 à 60 interruptions par seconde. A une période plus avancée, les contractions par ces mêmes courants disparaissent si on dépasse 4 à 8 interruptions par seconde. Lorsque dans quelques muscles, les contractions volontaires réapparaissent, c'est-à-dire lorsque la guérison commence à s'établir, les interruptions peuvent de nouveau être plus rapides. Lorsqu'elles ne dépassent pas 40 à 50 par seconde, les contractions ont toujours lieu. A mesure que la guérison s'affirme, les interruptions peuvent de nouveau devenir plus fréquentes.

Sous le rapport de la tension et de la quantité, on peut dire, d'une manière générale, que la *tension* a sur les muscles paralysés une influence moins considérable que sur les muscles sains, tandis que la *quantité* a plus d'action sur les muscles paralysés, que sur les muscles sains.

Sous le rapport de l'influence des pôles, on voit qu'une seule fois, et cela au moment où la paralysie paraissait le plus prononcée, le pôle positif a eu une influence plus marquée sur la contractilité musculaire. C'est à cette période qu'il suffisait d'un courant de 4 éléments pour produire des contractions.

Sous le rapport de la contractilité, il est certain que huit jours après le début de la paralysie, on ne peut provoquer aucune contraction avec les courants induits, de quelque nature qu'ils soient, quelque soit le nombre des interruptions, et la durée qui sépare le passage des courants.

Que la contractilité électro-musculaire dans les courants induits ne réapparait que lorsque les mouvements volontaires existent de nouveau. Cette contractilité est pendant quelques temps plus faible que celle des muscles.

La contractilité électro-musculaire pour les courants continus va en augmentant jusqu'à un maximum, qui peut rester stationnaire si l'affection reste chronique, mais qui diminue peu à peu si la guérison arrive.

La *forme* de la contraction diffère à ces différentes périodes, elle s'éloigne peu à peu de la forme de la contraction des muscles striés, pour se rapprocher de celle des muscles lisses; elle devient lente et progressive. De plus, la fibre musculaire qui se contracte ainsi sous l'influence des courants continus, reste en partie contractée pendant tout le temps que le courant est appliqué, et conserve même cet état quelque temps après son passage.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 27 juillet 1870. — Présidence de M. Alph. Guérin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine ;

— M. Giraldès offre à la Société *l'Army médical départment report*, vol. in-8, broch., London, 1870.

M. le Président annonce à la Société la perte douloureuse de Von Graefe, membre associé étranger, âgé de 42 ans. Von Graefe est mort le 20 juillet courant, à la suite d'une maladie qui l'a tenu quelque temps au lit.

M. Desprès, à propos du porcès-verbal, désire revenir sur ce qu'il a dit dans la dernière séance, au sujet de la luxation de la mâchoire. La petite manœuvre préliminaire préconisée par lui n'a pas pour but d'effectuer la réduction, mais seulement de mobiliser les parties, de permettre aux muscles de reprendre leur place, et, surtout, de dégager la coronoïde accrochée ou le ménisque interposé; causes principales, suivant lui, de l'irréductibilité de la luxation.

M. Panas. Si M. Desprès admet, comme il vient de le dire, que l'irréductibilité de la luxation tient soit à l'accrochement de la coronoïde, soit à l'interposition du ménisque, il ne peut qualifier de petite manœuvre préliminaire le moyen qui vise précisément à enlever l'obstacle principal à la libre rentrée de l'os à sa place. Son but, ne diffère dès lors en rien, de celui poursuivi par les anciens, par M. Nélaton et par d'autres.

M. Giraldès. En l'absence d'autopsies venant confirmer l'une quelconque des théories émises, jusqu'ici, au sujet de la luxation de la mâchoire, il est bon de ne s'attacher qu'à la pratique qui démontre l'utilité de l'abaissement du menton pour la réduction; ce qui, il faut le répéter, est chose connue de tous les chirurgiens.

M. Verneuil pense aussi que les obstacles à la réduction de la mâchoire ne sont pas encore connus. Tout ce qu'il peut dire de certain, c'est que dans une luxation de 30 jours qu'il eut à réduire, l'accrochement de la coronoïde n'était pour rien.

Contrairement à ce que nous a dit M. Desprès, les chirurgiens n'ont nullement l'habitude de mobiliser les os avant la réduction, lorsqu'ils ont affaire à des luxations récentes, mais bien à des luxations anciennes.

Du reste, tout chirurgien en ouvrant fortement la bouche de son malade, pour y introduire les doigts ou un instrument, abaisse forcément le menton, qu'il le veuille ou non.

M. Demarquay rappelle la pièce qu'il a présentée à la Société, et qui se trouve au musée Dupuytren. Il y avait interposition du ménisque.

COMMUNICATION

M. Verneuil. Dans ces dernières années, les opérations autoplastiques pour l'anus contre nature se sont enrichies de divers procédés plus compliqués les uns que les autres.

Celui qui paraît être le plus en faveur, consiste à disséquer l'infundibulum jusque près du péritoine, pour le renverser ensuite, de façon à pouvoir réunir par la suture les deux surfaces cruentés, aussi bien de l'infundibulum que de la peau.

Ce procédé attribué à divers de nos maîtres, bien qu'il se trouve décrit pour la première fois dans la thèse de Léottard, 1840, est minutieux, d'une exécution longue et difficile, a souvent échoué, et peut enfin exposer à l'ouverture du péritoine, toutes les fois que les adhérences qui relient l'intestin à la paroi sont peu étendues en surface. Le procédé américain, aidé de la flexion de la cuisse sur le bassin pour relâcher les parties, m'a paru devoir être plus simple, exempt de dangers et très-efficace. Comme on le verra par l'observation qui suit, ce procédé a répondu à mon attente.

Anus contre nature consécutif à une hernie inguinale étranglée, et datant de quatre ans. — Prolapsus du bout inférieur. — Excision de la partie invaginée; destruction de l'éperon à l'aide du caustique et de l'entérotome. — Réunion de l'orifice par la suture métallique sans manœuvres autoplastiques. — Guérison (1). — J... (Marie), 49 ans, sans profession entre à la salle Sainte-Jeanne, hôpital Lariboisière, le 2 octobre 1869.

Elle fut opérée il y a quatre ans d'une hernie étranglée par M. Cusco, qui trouvant l'intestin gangréné établit un anus contre nature.

A sa sortie de l'hôpital, il se produisit à l'orifice abdominal un gonflement assez considérable, dû au prolapsus de la muqueuse, et qui fut maintenu à l'aide d'un appareil destiné à recevoir les matières fécales. Depuis l'époque de son opération, la malade, qui avait auparavant une vie très-active, n'a pu faire que des travaux insignifiants. Elle rend tous ses excréments par l'anus artificiel, le bout inférieur de l'intestin n'ayant aucune communication avec le bout supérieur. Elle n'a jamais eu de selles par l'anus, néanmoins elle éprouve quelque fois des *envies* précédées pendant un ou deux jours d'un malaise général et d'une céphalalgie intense qui l'oblige à garder le lit.

Le 26 septembre 1869, pendant la nuit, elle fut prise de douleurs vives dans la fosse iliaque droite, avec augmentation considérable du prolapsus. Les jours suivants, même état; elle ne peut se lever. Un médecin la fit transporter à l'hôpital où elle fut admise le 2 octobre.

L'état général est mauvais : visage pâle et amaigri; yeux languissants; peau chaude; pouls petit et fréquent; langue sale; anorexie, nausées, hoquet. Le ventre, médiocrement douloureux à la pression, n'est pas ballonné. On constate une invagination considérable du bout inférieur qui descend jusque vers le milieu de la cuisse et se termine par un renflement volumineux d'aspect violacé. Vestige de l'ancien prolapsus de la muqueuse, l'intestin renversé est rouge, douloureux, bosselé par des brides qui le divisent en parties inégales. La surface muqueuse devenue extérieure, est tuméfiée, enflammée; ici d'un rouge livide, là recouverte d'une exsudation grisâtre et en plusieurs points superficiellement gangrenée, elle sécrète un mucus trouble et très-fétide. Le doigt et la sonde pénètrent assez facilement dans la cavité centrale du boudin invaginé qui a perdu toute communication avec celui de l'intestin. Celui-ci est resté dans l'abdomen; il s'ouvre par un orifice situé en haut et en dehors de la masse prolapsée, à l'angle supérieur et externe de l'anus contre nature, et continue comme par le passé à donner issue aux matières fécales.

Les téguments qui entourent l'ouverture anomale sont rouges, excoriés dans une assez grande étendue par suite du contact incessant des matières intestinales. Çà et là on voit de gros bourgeons rouges semblables à des plaques muqueuses enflammées et constitués en réalité comme elles par des hypertrophies des papilles cutanées.

L'état général, mauvais comme nous l'avons déjà dit, interdisait toute action chirurgicale immédiate. Je crus pouvoir rattacher l'ensemble des symptômes à une septicémie due à l'absorption de matières toxiques par les lymphatiques de la muqueuse herniée. La médication instituée d'après cette hypothèse démontra son exactitude; sous l'influence de pansements répétés à l'acide phénique, la muqueuse se détergea rapidement et les phénomènes toxiques cessèrent au bout de deux ou trois jours; la malade put dormir et prendre du bouillon, puis quelques aliments réparateurs. Des lavements laudanisés donnés par le bout supérieur et des cataplasmes sur le ventre complétèrent cette médication.

Le 21 octobre, l'état général est suffisamment amélioré pour que l'on songe à une intervention plus active. La malade dort bien, prend divers aliments (bouillon, potage, vin, viande rôtie); elle demande instamment à être débarrassée de son mal; le moral est bon.

22 octobre. Ne pouvant songer à réduire l'invagination, je me décide à faire l'excision de la portion d'intestin hernié.

La malade étant légèrement chloroformée, la chaîne de l'écraseur linéaire embrasse le cylindre intestinal à 1 centimètre environ de son point d'émergence. La section est faite lentement et ne fournit point de sang. On recherche avec précaution au centre de la plaie condensée par la chaîne la cavité de l'intestin; et pour empêcher la rétraction du bout inférieur dans l'abdomen aussi bien que l'ouverture béante du péritoine au niveau de l'éperon, on place en plusieurs points de la circonférence du nouvel orifice quelques sutures. Deux autres points fixent à la peau la partie interne de l'orifice.

Cette opération fut pratiquée au lit de la malade, en présence de MM. Cusco et Le Dentu. Ce dernier présenta la partie réséquée à la Société anatomique.

Les deux orifices supérieur et inférieur étaient maintenant presque au même niveau, mais ils restaient très-distants, écartés de 4 centimètres environ et séparés par un éperon large et épais à son sommet.

Dans le but de faire communiquer deux bouts de l'intestin et d'habituer l'inférieur à la présence des matières fécales on plaça une sonde en caoutchouc par-dessus l'éperon.

Quelques symptômes gastriques s'étant montrés de nouveau, on injecta de l'eau de Sedlitz dans le bout inférieur, ce qui détermina l'évacuation par le rectum de matières dures, grisâtre en amas irréguliers.

L'examen microscopique permet d'y reconnaître des débris d'épithélium mêlés à des mucosités concrètes.

Ces évacuations, les premières obtenues depuis l'établissement de l'anus artificiel, soulagèrent beaucoup la malade. La sonde, difficilement supportée, fut supprimée au bout de quelques jours. L'état de la malade continue à s'améliorer; appétit et sommeil bons; pas de fièvre.

2 novembre. J'attaque le bourrelet muqueux qui forme le bord libre de l'éperon, par une traînée de caustique de Vienne large de 7 à 8 millimètres et s'étendant d'un orifice à l'autre.

Trois cautérisations caustiques sont ainsi faites dans le courant du mois de novembre. On procède prudemment et à petites doses pour ne point perforer trop vite l'intestin. Pour plus de précision on cautérise avec le caustique Filhos, plus facile à manier; et dont l'action se limite à volonté; ces cautérisations ne déterminent qu'une douleur passagère; elles ne provoquent aucun trouble dans la santé générale.

Le 14 décembre, il ne reste plus de l'éperon que la partie profonde formée par l'accolement des deux parois intestinales. Mais un autre résultat a encore été obtenu. La cautérisation tout en détruisant le bourrelet a provoqué un travail de rétraction en vertu duquel les deux orifices autrefois distants de 4 centimètres se sont rapprochés de moitié; une sorte de gouttière profonde d'un centimètre les fait communiquer superficiellement. Le doigt pénètre aisément dans les deux bouts qui sont régulièrement juxtaposés, larges, extensibles, perméables et séparés seulement par un éperon assez épais qu'il faut s'occuper de détruire pour préparer la cure radicale, c'est-à-dire l'occlusion de l'ouverture anormale.

Dans les premiers jours de janvier 1870, on essaye l'application en guise d'entérotome d'une simple pince à pansement dont les deux mors plats saisissent l'éperon qu'ils compriment. Les branches sont rapprochées et serrées à l'aide d'un drain en caoutchouc plusieurs fois enroulé. Cette première application fut très-peu profonde. La malade ne ressentit aucune douleur.

12 janvier. Deuxième application de la pince, portée cette fois plus profondément; symptômes graves, douleurs abdominales vives au niveau de l'ombilic; hoquet, vomissements, dépression du pouls. Température axillaire, deux heures après l'application de la pince, 36°6. Le soir, 36°7. Le lendemain tous les accidents ont disparu. La pièce se détache d'elle-même le 4e jour.

26, 27 janvier. Selles normales par l'anus, pour la première fois depuis cinq ans; elles sont peu abondantes.

3 février. Troisième application de la pince, pas d'accidents notables. La pince tombe le 5.

Ce procédé était efficace, mais marchait avec une grande lenteur; chaque application entamait à peine l'éperon dans un étendue de quelques millimètres. Pour aller plus vite, il fallait donc recourir à l'entérotome. On met en usage un instrument modifié, différant de celui de Dupuytren, par la suppression des longues branches extérieures.

L'application fut faite le 23 février, à dix heures du matin. Presque immédiatement, réapparition des accidents signalés le 12 janvier, mais avec plus de violence; douleurs ombilicales très-vives. Prostration très-grande; frisson prolongé. On desserre l'entérotome; le soir, il y a un mieux sensible, qui se confirme le lendemain matin, bien que l'entérotome ait été resserré pendant la nuit. Température à onze heures du matin : 36°,8; le soir, 36°,6. Le lendemain matin, 36°,6.

27 février. La section de l'éperon n'est pas aussi profonde qu'on l'aurait pu croire; à peine l'a-t-on divisé dans l'étendue de 12 à 15 millimètres. On réapplique donc l'entérotome. Les douleurs sont moins vives que la première fois. Desserré dans la journée, l'entérotome est complétement fixé le lendemain matin, et reste sans causer d'accidents les jours suivants. Température matin, 36°,7; le soir, 36°,8. L'instrument tombe au bout de cinq jours. Il y a environ 2 centimètres et demi de section; il en faut encore 1 et demi.

19 mars. Troisième et dernière application. Le jour même, reprise des accidents, vomissements; douleurs abdominales comme les autres fois. Ces accidents se calment dans la soirée. Température deux heures après l'application, 36°,7; soir, 36°,6.

20 mars. La malade est très-faible, mais n'éprouve plus aucune douleur. Température du matin, 36°,8.

Les jours suivants, pour savoir si la section de l'éperon est suffisante et si la communication entre les deux bouts est facile, on cherche, au moyen d'une occlusion aussi complète que possible, à rapprocher les lèvres de la plaie et à réduire l'intestin, qui a toujours de la tendance au prolapsus. On effectue cette occlusion avec de la baudruche et plusieurs couches de collodion. On obtient ainsi plusieurs selles normales par l'anus, et on ne constate aucun indice d'arrêt des matières dans l'entonnoir.

---

(1) Les notes qui m'ont servi à rédiger cette longue observation m'ont été fournies par MM. Garrigue et G. de la Quesnerie.

Rien ne s'oppose donc désormais à l'occlusion définitive de l'anus anormal, qui est ordinairement constitué de la manière suivante : elliptique à grand diamètre oblique dans le sens du pli de l'aine, il mesure d'une commissure à l'autre environ 4 centimètres; la commissure supérieure et externe est formée par le bout supérieur; la commissure inférieure et interne par le bout inférieur. Les deux lèvres supérieure et inférieure viennent facilement au contact, quoique pouvant être écartées de 2 centimètres. Le pourtour est formé superficiellement par la peau, rouge, un peu excoriée et indurée et se déprimant en entonnoir; elle est soudée à la muqueuse intestinale, qui forme un bourrelet circulaire, dépressible, mais qui, aussitôt la pression cessant, tend à former hernie. L'éperon lui-même, malgré la perte de substance éprouvée, arrive facilement jusqu'à l'orifice sous l'influence du moindre effort. Cependant on le refoule aisément à une profondeur suffisante, pour que le passage des matières d'un bout à l'autre ne rencontre aucun obstacle. La malade ayant été purgée la veille et les deux bouts ayant reçu le matin même une injection abondante, l'opération est faite le 13 avril.

Très-simple comme manuel, elle consiste uniquement dans la réunion des bords par la suture métallique; mais elle est calquée sur l'opération de la fistule vésico-vaginale par le procédé américain. L'avivement porte exclusivement sur la peau et respecte absolument la muqueuse intestinale. La zone cruentée offre une longueur d'au moins 15 millimètres, ce qui assure son affrontement par une large surface.

Les sutures, au nombre de 7, sont placées à l'aide de l'aiguille tubulée de Mathieu à 8 millimètres de distance environ. Les fils suivent le trajet suivant : plongés dans la peau saine du bord inférieur à 1 centimètre de la surface avivée, ils viennent ressortir à l'union de cette surface avec la muqueuse intestinale ; puis réintroduite de nouveau dans le point correspondant du bord supérieur, ils ressortent définitivement sur la peau saine de la paroi abdominale, à 1 centimètre de la zone sanglante. Leurs points d'immergence et d'émergence superficiels sont donc distants d'au moins 5 centimètres, aussi l'anse métallique embrasse-t-elle solidement une grande épaisseur de parties molles.

Malgré cela, l'affrontement s'effectue sans difficulté; on a seulement quelque soin à prendre pour refouler la muqueuse intestinale et son bourrelet périphérique, qui tendent sans cesse à faire hernie.

Les chefs de fils sont assujettis par des tubes de plomb.

La réunion effectuée, aucune surface saignante n'existe, ni à la surface ni à la profondeur.

La flexion modérée de la cuisse sur l'abdomen faisant disparaître aisément toute tension des lèvres réunies, on juge inutile tout débridement latéral, tout décollement, toute incision libératrice.

L'opération, en résumé, est une pure anaplastie par synthèse, sans manœuvre autoplastique quelconque.

Des compresses imbibées d'eau froide constituent tout le pansement. Aucun accident ne survient, ni douleurs abdominales, ni vomissements, ni tympanite, ni fièvre.

(A suivre.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 29 août 1870, ont été nommés dans les corps de santé de l'armée :

Médecin principal de 1re classe : M. le docteur Vincent.

Médecin principal de 2e classe : M. le docteur Dufour.

Médecins majors de 1re classe: MM. Creutzer et Sarazin.

Médecins majors de 2e classe: MM. Chauvin, Deslande, Jacob, Bresson, Sotinel, Frémont, Fachan, Courtin, Chassagne, Reech, Mutin, Longet, Mériot, Bucquoy, Roche, Blanche, Borderès, Daguenet ; Boell, Nogier, Sommeillier, Talon, Morisson, Leblan, Ballet, Driout, Sarniguet, Sacnage, Brouillet, Lanouaille de Lachèze, Jean.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 28 août au 3 septembre 1870, donne les chiffres suivants :

Variole, 148.—Scarlatine, 7.—Rougeole, 17.—Fièvre typhoïde, 41. Typhus, ». — Érysipèle, 3. — Bronchite, 40. — Pneumonie, 38. — Diarrhée, 80. — Dysenterie, 14. — Choléra, 3. — Angine couenneuse, 6. — Croup, 8. — Affections puerpérales, 5. — Autres causes, 749.— Total : 1,159.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Traité de l'art pratique des accouchements, avec figures, par L. Hyernaux, docteur en médecine, chirurgie et accouchements, chirurgien à la Maternité de Bruxelles. Deuxième édition considérablement augmentée et enrichie de la description de quelques nouveaux instruments employés en obstétrique. 1 beau vol. gr. in-8 de 953 pages. — Prix : 10 fr.

Physiologie et hygiène des écoles, des collèges et des familles, par Dalton, professeur à l'Université de New-York, traduit par le docteur E. Acolta. 1 vol. in-18 de 500 pages, avec 66 figures. — Prix : 4 fr.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 104. — JEUDI 8 SEPTEMBRE 1870. 43e ANNÉE JEUDI 8 SEPTEMBRE 1870. — N° 104.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie de médecine a sursi à toute discussion et à tous travaux scientifiques ; elle n'a siégé hier que pour entendre le dépouillement de la correspondance et deux communications : l'une de M. Verneuil, qui a présenté une thèse de M. le docteur Blum, sur un sujet très-important et d'une triste actualité, la septicémie chirurgicale aiguë ; la seconde de M. Gosselin sur un moyen ingénieux et très-utile de constater la présence d'une balle dans la profondeur des tissus. Nous reproduisons textuellement cette dernière communication. Quant à la thèse de M. Blum, nous en ferons incessamment l'objet d'une analyse détaillée.

Jusqu'à nouvel ordre, a dit M. le président en levant la séance, l'Académie ne sera convoquée que pour prendre connaissance des communications officielles. Mardi prochain la parole sera au canon, et les médecins auront autre chose à faire que de disserter.

Dr BROCHIN.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

LEÇONS MÉDICO-LÉGALES SUR LA FOLIE (1).

Antiquité. — Époque romaine.

II

A coté du *furiosus*, c'est-à-dire de l'individu qui est dans un état habituel d'aliénation, se trouvait le *mente captus*, c'est-à-dire l'individu qui est dans un état permanent d'imbécillité (2). Bien avant Justinien, une constitution de Marc-Aurèle avait décidé que les enfants du *mente captus*, *seu masculi*, *seu feminæ*, pouvaient se marier sans le consentement de leur père et même sans avoir besoin de demander à l'empereur une permission spéciale, *etiam non edito principe* (3). Comment expliquer cette différence qui existait dans l'ancien droit entre le fils du *furiosus* et le fils du *mente captus*? Elle s'explique facilement si l'on admet que le délire vésanique est un état qui comporte des intermittences, des intervalles lucides, tandis que la faiblesse native ou acquise des facultés intellectuelles subsiste constamment au même degré. Le fils du *furiosus* pouvait attendre que le père se trouvât dans un intervalle lucide pour consentir au mariage. Il ne pouvait en être de même pour le fils du *mente captus*. Sous Justinien, les différences qui existaient entre le fils du *furiosus* et le fils du *mente captus* disparurent; tous les deux purent se marier sans le consentement du père.

Dans le cas où le fils *furiosus* ou *mente captus* pubère se trouvait dans l'impossibilité de faire son testament, les lois romaines, dérogeant à cette règle que le testament est l'œuvre essentiellement personnelle du testateur, permettaient au père de le faire en son lieu et place. Ce droit était connu sous le nom de substitution quasi-pupillaire. Cette substitution quasi-pupillaire était ainsi appelée à cause de ses analogies avec la substitution pupillaire, qui conférait au père le droit de faire, en même temps que le sien, le testament de son fils impubère. Elle était aussi appelée *exemplaire*, parce qu'elle avait été créée à l'exemple de la substitution pupillaire. Justinien a pris le soin de la réglementer, ainsi qu'il le dit aux *Institutes* (4) : « Constitutionem posui-
« mus in nostro codice quâ prospectum est ut si mente captos
« habeant filios vel nepotes vel pronepotes cujuscumque sexus
« vel gradus, liceat eis, et si puberes sint, ad exemplum pu-
« pillaris substitutionis certas personas substituere : sin autem
« resipuerint, eamdem substitutionem infirmari et hoc ad exem-
« plum pupillaris substitutionis quæ, postquam pupillus adole-
« verit, infirmatur. »

Quelque grandes que fussent les ressemblances entre la substitution quasi-pupillaire et la substitution exemplaire, il y avait néanmoins entre ces deux institutions des différences considérables. Nous ne voulons en signaler que quelques-unes :

1° Dans la substitution pupillaire, le père pouvait substituer une personne de son choix, tandis que dans la substitution exemplaire le testateur devait *substituere certas personas*. Sans doute s'il n'avait pas d'autre descendant que celui dont il faisait le testament, il pouvait choisir le substitué. Mais si l'aliéné avait des enfants, le testateur devait lui substituer un ou quelques uns de ses descendants ou même tous ses descendants, et si cette personne n'avait point de postérité, mais des frères ou sœurs qui descendissent également du testateur, celui-ci devait substituer ses frères ou sœurs ou quelques-uns ou même un seul d'entre eux ;

2° Le droit de faire une substitution pupillaire était un attribut de la puissance paternelle. Il n'en était pas de même de la substitution exemplaire qui pouvait être faite par tout ascendant. Si l'homme en démence avait plusieurs ascendants et si chaque ascendant lui donnait un substitué, quel était le droit des différents substitués ? Nous ne voulons pas entrer dans l'examen de cette question qui est vivement controversée. Nous nous contenterons simplement de dire que nous croyons, avec MM. Vaugerow et Demangeat (1) que chacun des substitués n'avait droit dans la succession qu'aux biens provenus de l'ascendant qui l'avait nommé.

3° La substitution pupillaire s'appliquait aux fils de famille impubères.

La substitution quasi-pupillaire s'appliquait aux fils de famille *furiosi aut mente capti puberes*.

La substitution quasi-pupillaire cessait, et le testament fait par l'ascendant était nul :

1° Dès que l'ascendant recouvrait la raison ;

2° Dans le cas où le fou mourait avant celui qui avait testé pour lui ;

3° Lorsque le substitué, c'est-à-dire lorsque celui qui devait hériter de l'insensé, mourait avant ce dernier.

De même que le furieux conservait la puissance paternelle, de même il conservait sur ses esclaves l'autorité dominicale (2). Il avait le droit de faire enchaîner ses esclaves ; mais les esclaves ainsi enchaînés ne devenaient pas déditices lorsque plus tard ils étaient affranchis (3).

Les affranchis déditices étaient ceux qui, ayant été enchaînés ou marqués d'un fer chaud, ne pouvaient jamais acquérir la qualité de citoyen romain. Ils étaient privés de tous droits politiques ; ils n'avaient ni priviléges, ni *patria potestas* (4), et il leur était défendu de résider à Rome ou dans les cent premiers milles autour de Rome.

Des textes nombreux prévoient le cas où un fou aurait été nommé tuteur. Les jurisconsultes n'étaient pas d'accord sur la validité de cette nomination. Proculus disait que le testateur qui nommait tuteur un fou devait ajouter : « lorsqu'il sera devenu sain d'esprit ; » s'il le nommait purement et simplement, la disposition était nulle (5). Pomponius croyait, au contraire, que la nomination était valable même dans ce cas, et que le fou devrait exercer sa charge de tuteur lorsqu'il deviendrait raisonnable. C'est aussi l'avis de Paul (6), et d'Ulpien. Justinien a suivi cette opinion dans les *Institutes* (7).

Les jurisconsultes s'accordèrent pour sous-entendre la clause : « cum furor desierit. » Toutes les fois que le testateur avait donné la tutelle à un fou, on nommait un curateur, qui administrait la fortune du pupille jusqu'au moment où le tuteur recouvrait la raison (8): la folie n'était donc qu'une excuse temporaire de la tutelle (9). Mais plusieurs sénatus-consultes ordonnèrent de remplacer le tuteur furieux par un autre tuteur (10), et une constitution (11) de l'empereur Philippe l'Arabe (247) excusa les fous de la tutelle et de la curatelle. Comment concilier cette constitution avec le paragraphe des *Institutes* que nous avons cité plus haut ? Faut-il dire que la constitution de Philippe n'excusait les fous que pendant la durée de leur folie ? Mais les termes de cette constitution sont trop larges pour permettre une semblable interprétation. Faut-il dire au contraire que Justinien a suivi l'avis d'Ulpien, et que le paragraphe des *Institutes* est en contradiction avec la constitution de Philippe? C'est l'opinion qui nous paraît préférable, car nous la croyons conforme aux textes.

Le fou gardait sa place dans la cité et dans la famille : nous croyons l'avoir démontré. Il est superflu d'ajouter qu'il conservait la propriété des biens qu'il avait acquis ; mais pouvait-il acquérir d'autres biens ? Parmi les différents modes d'acquisition de la propriété, les uns appartenaient au droit civil, les autres au droit des gens. Les modes du droit civil étaient au nombre de cinq : la mancipatio, l'in jure cessio, l'adjudicatio, l'usucapion et la loi (1).

Les modes du droit des gens étaient au nombre de trois : l'occupation, la tradition et l'accession (2).

Le fou pouvait-il acquérir par les modes du droit civil et du droit des gens? A cette question, les jurisconsultes romains répondaient en disant que le fou ne pouvait pas acquérir par tous les modes qui nécessitaient l'intervention de la volonté. Ainsi, ils acquéraient par l'accession ; mais ils ne pouvaient pas acquérir par la mancipatio, la cessio in jure, la tradition et l'occupation, parce que tous ces modes d'acquisition supposent la formelle intention d'être propriétaire. Il pouvait acquérir par l'intermédiaire de son curateur ; il le pouvait également par ses fils et par ses esclaves, parce que toutes les acquisitions de ces derniers profitaient au père ou au maître.

Le fou conservait la position qu'il avait acquise étant sain d'esprit (3); mais tant que durait sa folie, il était incapable d'acquérir la possession civile d'aucune chose. La possession, en effet, s'acquiert *animo* et *corpore*, et le fou dénué de volonté ne pouvait pas avoir l'*animus possidendi* (4). « Le fou, dit le jurisconsulte Paul, ne peut commencer à posséder, car il n'a pas la volonté de retenir, et s'il touche quelque chose, c'est comme si l'on mettait un objet dans la main d'un homme endormi (5).

---

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.
(2) Inst., § 3 et 4. *De curato.*
(3) L. 25, c. *De nuptiis.*
(4) Institutes, § 1. *De pupillori substitutione.*

(1) Vaugerow, *Lerburch*, t. II, p. 456. — M. Demangeat, *Cours de droit romain*, t. I, p. 678.
(2) Paul, *Sent.* 4, 12, § 7.
(3) En vertu du droit commun, l'esclave qui s'est trouvé dans une position infamante soit parce qu'il avait été enchaîné, soit parce qu'il avait été marqué d'un fer chaud, soit parce qu'il avait été mis à la torture, devenait affranchi déditice quand même il eût reçu la liberté par mode solennel d'affranchissement, c'est-à-dire par la vindicte, le sens ou le testament.
(4) Gaius, *Comm.*, § 13. *Fragment* d'Ulpien XIX, § 4 ; XX, § 14 ; XXII, § 2.
(5) D. 26, 2, 10, § 3.
(6) D. 26, 1, 11.
(7) Inst. 1, 14, § 2.
(8) D. 24, 1, 12.
(9) D. 27, 1, 12.
(10) D. 26, 1, 17.
(11) Code 5-6.

(1) « La mancipatio » était une vente fictive qui se faisait en présence de cinq témoins et d'un porte-balance, tous citoyens romains et pubères. (La puberté était fixée à 14 ans pour les hommes, à 12 ans pour les femmes). Celui qui joue le rôle d'acheteur, dit en tenant la chose qu'il achète, par exemple l'esclave : « Hunc ego hominem ex-jure quiritium meum esse aio, isque mihi emptus est hoc ære æneaque libra. » Puis il frappe la balance avec une pièce de cuivre qu'il donne *quasi pretii loco*.

« L'in jure cessio » est un procès fictif. Le vendeur et l'acheteur se rendent devant un magistrat du peuple romain, tel que le préteur ou le président de la province. L'acheteur met la main sur la chose et dit : « Nunc ego hominem meum esse aio ex jure quiritium. » Le magistrat demande au vendeur s'il revendique la chose, et sur la réponse négative, il déclare qu'elle appartient à l'acheteur (Quo tacente aut negante mihi eam addicit.)

« L'adjudicatio » est l'attribution de propriété faite par le judex, c'est-à-dire par un simple citoyen préposé au jugement d'un procès relatif à un partage ou à une action en bornage.

« L'usucapion » est l'acquisition de la propriété par la possession prolongée.

Enfin la propriété s'acquiert « lege » par le seul effet de la loi dans différents cas, qui se lient à la matière des testaments. Ainsi le testateur institue pour héritiers « primus qui est cælebs et secundus qui est pater ». En vertu des lois de Julia et Papia Poppea, la part du cælebs est caduque, et elle est revendiquée par le *pater*, qui recueille ainsi toute l'hérédité.

(2) On acquiert par occupation toutes les choses qui actuellement n'appartiennent à personne, soit qu'elles n'aient jamais eu de propriétaire, soit qu'elles aient été abandonnées par leur propriétaire.

L'accession, c'est le droit qu'a le propriétaire de la chose principale d'acquérir les accessoires de cette chose.

La tradition, c'est la remise de la possession qu'une personne fait à une autre. Pour que la tradition transfère la propriété, il faut que le *tradens* soit propriétaire de la *res tradita*, que *l'accipiens* soit capable d'aliéner, et que le *tradens* ait la volonté d'aliéner, *l'accipiens* la volonté d'acquérir.

(3) Dig. 41, 2, 27.
(4) Dig. 41, 2, 1, § 3.
(5) La possession, dans le sens général du mot, est le fait d'avoir une chose à sa disposition. On rencontre trois degrés dans la possession : la détention, la possession proprement dite et la possession civile. La détention, c'est le fait de garder une chose en reconnaissant sur cette chose le droit d'un tiers. C'est la situation de tous ceux que l'on désigne sous le nom de *détenteurs précaires*, tels que le dépositaire, le fermier, le commodataire, et dont les jurisconsultes romains disaient : *Non possident, sed tantium sunt in possessione.* La possession proprement dite, c'est le fait de détenir une chose avec l'intention d'en devenir exclusivement propriétaire (*animo rem sibi habendi*); c'est la situation du voleur qui possède dans la force du terme la chose qu'il a volée, car il a au suprême degré l'*animus domini*; c'est encore la situation du créancier gagiste qui ne possède pas pour le propriétaire, et qui a le droit de disposer de la chose et de pouvoir s'en attribuer le prix, malgré le propriétaire. Il y a une grande différence entre ceux qui sont seulement *in possessione* et ceux qui ont véritablement la possession. Le préteur donne à ces derniers les interdits *retinendæ vel recuperandæ possessionis causa*, tandis qu'il les refuse aux premiers. Du reste, même les possesseurs à qui le préteur donne des interdits comme un moyen de garantir cette possession qui leur appartient, même ceux-là n'ont pas encore la *possessio civilis*. La *possessio civilis* suppose quelque chose de plus, c'est une possession, qui, prolongée pendant un certain temps, se transformera en propriété reconnue par le droit civil, et elle exige, outre l'*animus domini*, certaines conditions particulières (la bonne foi et le juste titre). La possession s'acquiert et se conserve *animo et corpore*; elle se perd soit *animo* quand la personne ne veut plus posséder, soit *corpore* quand elle n'a plus la chose à sa disposition.

Suivant Celsus, quand on livre un objet à un fou que l'on croit raisonnable, on cesse de posséder cet objet sans que l'aliéné en acquière pour cela la possession. L'infans n'a pas plus que le furieux *l'animus possidendi*, mais les jurisconsultes firent admettre (1) que l'autorisation de son tuteur pouvait suppléer à cette intention de posséder. L'empereur Décius (251) ordonna (2) que l'*infans* pourrait posséder *corpore tantùm* sans même avoir besoin de l'autorisation de son tuteur. Nous ne trouvons rien de semblable pour le furieux, mais l'esclave du furieux peut acquérir de son maître la possession *ex causâ peculiari*, comme l'esclave de l'infans (3). Le fils du furieux acquiert aussi la possession pour la même cause (4), car, en donnant un pécule à son esclave ou à son fils, le père de famille est censé avoir l'*animus possidendi* relativement à toutes les choses qui pourront entrer dans ce pécule; sans cela il serait forcé de s'en occuper à chaque instant (5).

(*A suivre.*)

DE LA CONSERVATION DES DOIGTS

PLUS OU MOINS COMPLÉTEMENT SÉPARÉS ACCIDENTELLEMENT

Par le Dr Bérenger-Féraud
Médecin principal de la marine impériale.

Les faits où la conservation des doigts séparés accidentellement du corps a été couronnée de succès sont, à ma connaissance, au nombre de 87, se divisant en deux catégories : A. Cas où la séparation était incomplète, et où la continuité était encore entretenue par quelques tractus organiques ou un pédicule charnu; B. Cas où la séparation était complète. Dans la première il y a 53 observations, dans la seconde il y en a 34.

Énumérons succinctement ces divers faits en conservant cet ordre d'exposition que nous avons adopté dans nos précédentes études sur la chirurgie conservatrice.

A. — *Faits où la division était incomplète.*

Obs. I. — Bagieu (*Examen de plusieurs parties dans la chirurgie*, t. II, Paris, 1757, p. 596).

M. Densi, gendarme de la garde, reçut, dans un combat singulier, un coup de sabre qui coupa les trois os du métacarpe en commençant par celui du petit doigt; les tendons, tant extenseurs que médius étaient coupés, et les doigts pendaient, ne tenant plus que par la peau du doigt index. Les os du petit doigt sont si brisés qu'on l'ampute, les autres doigts sont remis en place. Guérison. M. de la Martinière a pansé le blessé.

Obs. II. — 2e *fait de Bagieu* (*loc. cit.*, p. 598).

Un gendarme de la garde a eu le petit doigt d'une main mordu par son cheval au siége d'Anvers; il ne tenait que par un petit filet de peau; la division était entre la deuxième et la troisième articulation. Pansement par un élève maladroit, de sorte que le doigt est placé dans une mauvaise position. « Je ne fus pas peu surpris de trouver l'ongle de ce doigt en dedans de la main, et la réunion très-bien faite le 6e jour; on pense bien que le mouvement de cette extrémité est perdu, et qu'il en est plus gêné que si l'ongle était en dehors. »

Obs. III. — Blandin (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques,*) t. XV, 1844, p. 122).

Le 13 janvier 1844, un jeune homme de 28 ans se coupe le doigt gauche avec une scie. L'articulation de la première phalange est divisée obliquement, et il ne reste plus qu'un pédicule de la grosseur d'un fil de laine des téguments de la face palmaire. Deux médecins veulent achever l'amputation, mais le blessé s'y refuse. Pansement à réunion; deux jours après, Blandin met des bandelettes agglutinatives et des attelles. Un peu de suppuration, flocons sphacélés.

Un mois après, guérison; ankylose de l'articulation des deux phalanges. Sensibilité parfaite; le sujet peut travailler très-bien.

Obs. IV. — *Fait du docteur Bédié* (*Gazette des hôpitaux*, 2 mars 1867).

Cavalier du 11e dragons, se fend d'un coup de hachette l'indicateur droit. Continuité établie par un lambeau de peau de 1 centimètre et demi, contenant les artères collatérales. Réunion avec des bandelettes d'ichthyocolle et petite attelle. Compresse imbibée d'eau-de-vie camphrée et d'eau. Guérison sans suppuration. Deux ans après, M. Bédié constatait la guérison absolue. Mouvements, sensibilité. On voyait à peine la cicatrice cutanée et on sentait difficilement la cicatrice osseuse.

Obs. V. — *Fait du docteur Brochin* (*Gazette des hôpitaux*, 1839, p. 682).

Ablation presque totale de la troisième phalange du médius de la main gauche. Réunion; un peu de suppuration. Guérison.

Obs. VI. — *Fait du docteur Bloch* (*Gazette des Hôpitaux*, 2 mars 1867).

Un menuisier se coupe presque entièrement trois doigts avec une scie. Une personne étrangère à l'art complète la division de deux et jette les fragments dans une fontaine.

M. Bloch les remet en place. Réunion des trois doigts aux parties correspondantes. Les deux doigts complétements séparés, index et médius, se sphacèlent; mais il s'était déjà établi des tractus assez solides pour qu'il fallût les couper.

Le troisième doigt l'annulaire, presque tout à fait séparé, reprit très-bien et était guéri en cinq semaines.

Sensibilité incomplète. Pas de mouvements spontanés.

Obs. VII.— *Fait de Balfour*, d'Édimbourg (Percy, art. Ente animale du dictionnaire en 60 volumes).

Le fils de Balfour a trois doigts presque entièrement divisés par une porte.

Réunion.

Les ongles et l'épiderme se séparèrent. Mais au bout de peu de temps, on ne pouvait retrouver les cicatrices qu'en cherchant avec soin.

Obs. VIII. — Bonnecaze (*Mémoires de médecine et de chirurgie militaires*, t. XXIII, p. 355),

Blessure pénétrante dans l'articulation de la première phalange du pouce droit par instrument tranchant. Il ne reste que le tendon du fléchisseur et une épaisse lanière de peau. Le pouce est renversé dans la paume de la main; le blessé le remet en place.

Arrivé à l'hôpital, on l'examine de nouveau, on le repanse. Réunion très-exacte; la réunion était opérée en trois jours. Aucun accident.

Obs. IX. — *Bitot* (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1857, *Gazette hebdomadaire*, 1857, p. 727).

Jeune homme de 16 ans. Amputation d'une grande partie de la phalangette du pouce par une roue d'engrenage; mince pédicule. Réunion avec des bandelettes.

Huit jours après, 2 décembre, on trouve que la réunion s'est faite.

6 décembre, chute spontanée de l'ongle, qui était noirâtre.

8 décembre, à la place de l'ongle est un champignon noirâtre très-vasculaire. Le 12 décembre, les premiers rudiments de l'ongle reparaissent.

Le 20 mars, guérison parfaite, allongement de la phalangette de plus de 1 centimètre. Mouvements conservés, sensibilité obtuse.

Obs. X. — *Bitot* (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1857; *Gazette hebdomadaire*, 1857, p. 726).

Un enfant de 8 ans, de bonne constitution, reçoit en mars 1850 un coup de ciseau de menuisier sur la partie dorsale de l'articulation phalangine-phalangettienne de l'annulaire gauche. La phalangette ne tient plus que par un pédicule étroit; l'articulation est très-largement ouverte. Hémorrhagie par les collatérales. Le sang est arrêté, la plaie lavée à l'eau tiède; réunion par des bandelettes agglutinatives. Palette de bois pour soutenir la main.

Le troisième jour, la piqûre d'une aiguille se sent sur la phalangette. Le huitième jour, sensibilité parfaitement revenue. La cicatrisation se fait très-lentement, et pendant plus de deux mois, transudation séreuse, peut-être de la synovie qui a cessé sous l'influence d'une solution de tannin. Guérison parfaite avec retour des mouvements.

Obs. XI. — *Fait du docteur Cabanes* (Brochin, *Gazette médicale de Paris*, 1839, f. 682).

Ouverture de la première articulation de l'index par un coup de sabre.

La portion du doigt séparée n'est maintenue que par un petit pédicule de peau du côté de son bord cubital.

Réunion avec des bandelettes agglutinatives et des attelles. Guérison sans suppuration.

Obs. XII. — *Charcellay* (*Journal de médecine et chirurgie pratiques*, 1838, t. IX, p. 144).

Charpentier, 37 ans, pouce gauche presque entièrement divisé par une scie oblique entre la première et la deuxième phalange. Le pédicule, presque exclusivement épidermique, a 2/5 de ligne de largeur et 1/5 de ligne d'épaisseur. Bandelettes, attelles de carton. Un mois après, guérison.

Obs. XIII. — *Fait du docteur Camus*, de Landy (*Gazette des Hôpitaux*, 2 mars 1867).

Jeune homme de 14 ans. Section presque complète du petit doigt à 1 millimètre au-dessous de l'angle par une porte. Réunion. Guérison.

Obs. XIV. — *Fait de M. Desobry*, officier de santé à Moulins (*Bulletin général de thérapeutique*, t. VII, p. 68).

Le 8 avril 1834, le nommé Charles D..., garçon de ferme chez Théodore Clinquet, habitant Mouchin, s'est tranché complétement, en faisant un fagot, le doigt auriculaire de la main gauche, presque à l'union du métacarpe. Le doigt était pendant et ne tenait qu'à un même lambeau de chair et de peau, et il y avait une hémorrhagie considérable par les rameaux de la recurrente radiale qui avaient été divisés.

Mon premier soin fut d'arrêter l'hémorrhagie et de nettoyer la plaie. Cela fait, je replaçai le doigt dans sa situation normale, et je le maintins avec des bandelettes de diachylon gommées et par des attelles de carton s'étendant par-dessus et par-dessous jusqu'au carpe. Le tout fut maintenu par un bandage contentif. Au huitième jour, je renouvelai les bandelettes et ne pansai ensuite également que toutes les semaines.

Aujourd'hui 11 mai, j'ai enlevé tout l'appareil, et j'ai le bonheur de voir que la réunion du doigt est parfaite et la cicatrisation entièrement opérée. Ainsi, ce pauvre jeune homme, qui n'a que ses mains pour vivre conservera son doigt dont les mouvements sont parfaitement libres et pourra travailler comme auparavant. (Observation attestée par M. Clinquet et le maire de Moulins.)

Obs. XV. — *Fait du docteur W. Day.* (*Dublin Qaaterly journal*, août 1863; *Bulletin général de thérapeutique*, t. LXV, p. 426).

Jeune ouvrier se coupant le second orteil d'un coup de hache. L'articulation métatarso-phalangienne est ouverte. La continuité n'existe plus que dans un très-mince pédicule cutané plantaire.

Réunion par deux points de suture. Pendant les huit premiers jours, l'orteil est froid et livide, puis léger fourmillement. Retour de la chaleur. Cinq semaines après l'accident, la réunion est parfaite.

(*Sera continué.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 septembre 1870. — Présidence de M. Denonvilliers.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet un rapport de M. Margoton, sur une épidémie de variole qui a régné à Bagnères-de-Luchon pendant l'année 1870 (Commission des épidémies).

PRÉSENTATIONS

M. Verneuil présente, au nom de M. le docteur Blum, une thèse inaugurale intitulée : *De la septicémie chirurgicale aiguë.*

COMMUNICATIONS

M. Gosselin fait la communication suivante:

Recherche, au moyen de l'investigateur électrique, et extraction d'une balle enkystée depuis quatre mois dans la première côte gauche.

Lorsque j'ai pris, ces jours derniers, la direction du service de blessés qui m'a été confié au Val-de-Grâce, j'ai trouvé dans l'une des chambres d'officiers, un capitaine de la légion étrangère qui avait reçu un coup de feu quatre mois auparavant en Algérie.

Le projectile, entré par la partie postérieure de l'épaule gauche, n'était pas ressorti, et les divers chirurgiens qui avaient exploré, avaient senti à 8 centimètres de profondeur, et au fond d'un trajet allant d'arrière en avant, et un peu de bas en haut, un corps résistant qui pouvait être aussi bien une portion de squelette, la partie postérieure de la première côte ou la dernière apophyse transverse, par exemple, que le projectile lui-même. Cependant, quelques jours avant mon arrivée, M. le docteur Pasquier, qui était alors chargé du service, avait reconnu, au moyen de l'investigateur électrique, la présence d'un corps métallique, entouré probablement d'une couche osseuse.

Moi-même, en explorant une première fois avec cet appareil de M. Trouvé, je sentis à la profondeur que j'indiquais tout à l'heure, et au-dessous du trapèze, dans un point qui m'a paru correspondre à la partie postérieure de la première côte et de son articulation costo-transversaire, une résistance dure. Les deux points métalliques en communication avec la pile électrique furent placés sur la plupart des points de cette résistance, sans que le trembleur marchât et donnât le bruit indiquant que les courants électriques se sont réunis sur un corps métallique, très-bon conducteur de l'électricité. Mais après quelques recherches nouvelles, le bruit caractéristique dont je viens de parler se fit entendre. Il n'y avait plus à en douter, l'instrument était sur un corps métallique, et ce corps était sans doute le projectile. Otant alors les deux pointes, mais prenant soin de laisser à la même place la canule qui leur livrait passage, je glissai par cette même canule devenue libre la tarière, espèce de tire-fond que je tournai et vissai sur le corps reconnu au moyen du trembleur électrique. J'essayai ensuite d'amener, au moyen de cette tarière, qui paraissait solidement implantée, le corps étranger à l'extérieur. Mais je me consumai en efforts inutiles; rien ne vint, et je dus conclure, ou bien que la tarrière était implantée dans un os au lieu de l'être dans la balle, ou bien que celle-ci était enkystée solidement, soit dans un os, soit au milieu des parties molles.

Il fut convenu que je recommencerais, deux jours après, l'exploration et la même tentative d'extraction, et que, si elle ne réussissait pas, je ferais, après avoir acquis encore une fois la notion de son existence, une contre-ouverture, en me guidant sur la tarière préablement implantée, et m'aidant aussi de la pince électrique que M. Trouvé a dernièrement ajoutée à son appareil investigateur.

En effet, le 29 août 1870, je replaçai la canule stylet armée des deux tiges isolées en communication avec les deux pôles de la petite pile. Après quelques tâtonnements, le trembleur marcha et m'indiqua que j'étais sur le corps métallique. Je vissai la tarière et essayai encore une fois de retirer le corps étranger, qui ne bougea pas. La canule traversée par la tarrière était trop profondément placée pour que je puisse la sentir avec la peau. Mais je savais que le fond du trajet et, par conséquent, le projectile étaient à 8 centimètres de l'ouverture d'entrée. Guidé par cette notion, je fis, après avoir endormi le blessé, une incision cruciale dans le point indiqué; je traversai la peau, le trapèze, et je cherchai, au fond de la plaie, pour me guider, la tige de la tarière; je la trouvai après quelques tâtonnements, et je reconnus bientôt, avec mon doigt, son extrémité confondue avec un corps dur.

J'essayai d'imprimer quelques mouvements à la tarière, rien ne bougea; j'essayai ensuite d'imprimer avec mon doigt quelques mouvements au corps qui se trouvait au bout de la tarière. Rien encore ne parut bouger et il me parut que ce corps était entouré d'un cercle osseux, et que conséquemment le projectile était enkysté dans la production osseuse de nouvelle formation qui avait pu

(1) D. 41, 2, 32, § 2.
(2) T. 7, 3, 2, 3.
(3) D. 41, 21, § 5.
(4) D. 41, 2, 4.
(5) D. 41, 2, 44, § 1er.

se former depuis quatre mois aux dépens du bord de la première côte sur laquelle mon doigt était évidemment arrêté.

Prenant alors la gouge et le maillet, puis une pince incisive, j'enlevai une partie du contour de l'ouverture du kyste osseux, et quand, après l'ablation de cinq ou six portions détachées avec mes instruments, je portai de nouveau le doigt au fond de la plaie, je sentis un corps qui se déplaçait. Je substituai à mon doigt la pince américaine à branches isolées par du caoutchouc. Le trembleur fonctionnant de nouveau, j'en conclus (car je ne pouvais rien voir à cause de la profondeur de la plaie et du sang) que cette pince était sur le projectile. J'ouvris les branches, je saisis et j'amenai de suite la balle un peu déformée que je mets sous les yeux de l'Académie.

M. HUGUIER, à l'occasion de la communication de M. Gosselin, rappelle le cas d'un homme ayant conservé pendant vingt ans une balle qu'il avait reçue dans un duel, laquelle balle était pour ainsi dire enchatonnée dans une poche anévrysmale de la crosse de l'aorte. La présence de ce projectile dans cette poche n'avait déterminé aucune suppuration. C'est à la suite de la rupture de cet anévrysme que mourut cet homme.

M. GOSSELIN fait remarquer à ce sujet que, parmi les projectiles qui s'enkystent dans les profondeurs des tissus, il y en a qui provoquent de la suppuration, tandis que d'autres n'en provoquent pas.

— M. BOULAY rappelle à l'Académie qu'il est le premier inscrit pour la discussion sur l'infection purulente qui se trouve à l'ordre du jour de la prochaine séance. Il déclare que, devant les tristes circonstances dans lesquelles nous nous trouvons actuellement, il ne saurait prendre la parole sur quelque sujet que ce soit; il propose en conséquence d'ajourner cette discussion.

M. GOSSELIN, inscrit après M. Boulay pour la même discussion, appuie cette proposition.

M. LE PRÉSIDENT déclare que l'Académie, dans les circonstances actuelles, n'est convoquée que pour prendre connaissance des pièces envoyées par le ministère.

La séance est levée à trois heures trois quarts.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 27 juillet 1870 (1). — Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

M. VERNEUIL termine ainsi son observation :

16 avril. On enlève les fils. La plaie est protégée par des bandelettes de baudruche fixées par le collodion. La plus grande partie de l'ouverture paraît définitivement fermée.

17. Même état. Deux selles dans la journée.

Un peu de rougeur et de gonflement de la région opérée.

18. Quelques gaz et un peu de matière sortent par l'angle interne, au niveau du dernier point de suture. Pas de selle par le bas.

19. L'écoulement fécal continue par l'angle interne.

La malade n'a été à la selle qu'après un lavement.

22-23. L'issue des matières paraît diminuer; l'ouverture de l'angle interne est sensiblement rétrécie; elle est linéaire, longue d'environ 1 centimètre et demi à la surface. Application sur les bords d'ammoniaque liquide, pour empêcher l'épidermisation.

26. L'orifice est assez rétréci par les bourgeons charnus pour mettre obstacle à l'écoulement fécal.

28. Il semble définitivement fermé.

29. L'angle externe, qui n'avait rien présenté de remarquable jusqu'ici, laisse suinter quelques mucosités roussâtres par une fente étroite dont les bords paraissent un peu enflammés. En même temps, le suintement fécal de l'angle interne, un instant supprimé, reparaît à travers une ouverture à peu près circulaire, de 6 millimètres de diamètre environ.

L'état général, un peu moins bon que les jours précédents, n'inspire pourtant aucune inquiétude. On nettoie avec soin la région opérée et on continue à cautériser légèrement les trajets fistuleux.

3 et 4 mai. La fente linéaire de l'angle externe augmente en profondeur, et laisse passer un peu plus de matières. Il existe donc un écoulement fécal aux deux angles.

Les matières qui s'échappent sont de nature bilieuse; probablement elles sont irritantes, car la peau rougit et s'excorie au pourtour des petits orifices. La malade présente un léger état saburral. Un purgatif anodin est administré; il dissipe rapidement le malaise et modifie sans doute les qualités du fluide intestinal, car aussitôt l'irritation de la peau cesse et les trajets se rétrécissent rapidement.

13 mai. Les deux ouvertures touchées tantôt avec le nitrate d'argent, tantôt avec l'ammoniaque, après être restées stationnaires quelque temps, se rétrécissent notablement. Cependant il existe toujours à l'angle interne un petit orifice circulaire de quelques millimètres de diamètre, traversé par les matières, et à l'angle externe, une fente linéaire avec un suintement insignifiant.

14. Rien ne passe plus par les ouvertures; on est en droit d'espérer une occlusion définitive.

État général excellent : bon appétit, bonnes digestions. Les forces reviennent et l'embonpoint se dessine de plus en plus.

21. La malade est prise de coliques : les tissus sont irrités par les matières fécales; les quelques adhérences qui s'étaient produites au niveau des ouvertures sont détruites, et l'écoulement fécal se reproduit aux deux angles, *ut supra*.

27 mai. Les coliques ont cessé complétement, et l'écoulement des matières est moins abondant. On permet à la malade de se lever et de se promener dans la salle.

31. Depuis deux jours, il n'y a plus d'écoulement par l'orifice externe, qui se montre sous forme d'un sillon linéaire bordé par deux saillies de la peau. L'orifice interne, du diamètre de 6 millimètres, laisse passer peu de matières.

9 juin. L'état de la malade va s'améliorant de jour en jour; l'ouverture externe fermée, l'orifice interne considérablement rétréci, la présence de bourgeons charnus, tout fait espérer un succès complet; mais la malade insiste pour sortir de l'hôpital.

30 juin. Nous sommes allés voir la femme Jacob à son domicile; elle paraissait avoir un peu souffert de sa sortie prématurée de l'hôpital. Nous avons examiné l'aine droite et avons constaté ce qui suit : la peau de la région est lisse, un peu rose; la paroi abdominale à ce niveau est un peu plombée.

La cicatrice, longue de 7 centimètres, ayant la direction oblique du pli de l'aine, située immédiatement au-dessus de l'arcade crurale, présente, à partir de son extrémité externe, l'aspect suivant :

1° Sur une étendue de 1 centimètre et demi, petit sillon linéaire déprimé avec légère saillie de la peau au-dessus et au-dessous, siége antérieur d'un suintement fécal, mais actuellement tout à fait imperméable;

2° A la suite, cicatrice nette sur le même plan que la peau voisine, dont elle présente la coloration. Longueur, 3 centimètres et demi. A ce niveau, la plaie n'a jamais présenté d'accidents depuis la suture, la réunion étant immédiate;

3° A cette trace cicatricielle si nette succède une dépression étroite, un peu irrégulière, d'environ 1 centimètre. On y constate, au milieu de granulations charnues, un petit orifice d'environ 2 millimètres et demi de diamètre, donnant encore passage à des matières;

4° A la suite, la cicatrice reprend nettement dans une étendue de 1 centimètre, et finit par se confondre avec les plis de la peau.

La malade ne se trouve nullement incommodée par la petite fistule stercorale. La guérison serait complète aujourd'hui, si on avait pu continuer les soins. Si le trajet persistant ne s'oblitère pas de lui-même, la moindre cautérisation en fera facilement justice.

M. PANAS croit effectivement que, dans des cas donnés, le procédé préconisé par M. Verneuil pourra rendre de réels services.

Déjà Velpeau, en 1835, pratiqua ce mode de réunion en présence de Valentin Mott, et réussit.

Il est d'autant plus intéressant de le rappeler qu'à cette époque la méthode dite *américaine* n'avait pas vu le jour, et que l'honneur en revient dès lors à la chirurgie française.

M. Verneuil n'a pas cru devoir se servir du caustique, attendu qu'il a craint, a-t-il dit, une coaptation incomplète des deux valves de l'instrument porte-caustique, trop grosses d'ailleurs pour être facilement maniées.

M. Panas dit en avoir retiré le meilleur parti dans un cas qu'il a communiqué à la Société. L'instrument dont il s'était servi était celui de M. Laugier, chargé de pâte de Canquoin, et, en moins de deux heures d'application, il a pu détruire, sans accidents, 20 à 25 centimètres d'éperon, qui, de l'orifice inguinal, se prolongeaient jusqu'au fond du scrotum.

Ce qui a conduit les auteurs au décollement et à la suture de l'infundibulum, ce n'est pas le désir de multiplier les sutures ni de compliquer l'opération, mais bien la nécessité de conserver un cul-de-sac vis-à-vis le point rétréci de l'intestin, destiné à prévenir les accidents d'occlusion intestinale qui en sont la suite, une fois l'orifice extérieur bouché.

M. Verneuil, en faisant l'excision des parois de la fistule, va dès lors à l'encontre de ce précepte.

M. CHASSAIGNAC confirme ce qui a été dit par M. Verneuil sur l'entérotome de Dupuytren, et comme lui il a noté l'oppression épigastrique ou ombilicale qui accompagne souvent l'application de cet instrument.

Pour toutes ces raisons, M. Chassaignac est disposé à donner la préférence à l'écraseur, qu'il a eu l'occasion d'appliquer avec succès dans le service de Velpeau, en présence de Raybard, de Lyon.

Il est également disposé à repousser le caustique comme pouvant se diffuser, et surtout parce qu'il détermine une coarctation des tissus plus forte que les autres moyens.

M. VERNEUIL, répondant à M. Panas, dit devoir réserver son jugement sur le procédé suivi par Velpeau, jusqu'au moment où il aura consulté à nouveau les détails de l'opération de ce chirurgien, qui lui échappent actuellement.

Il n'est nullement hostile aux caustiques, puisqu'il s'en est servi. Seulement, dans le cas particulier, il a pensé que les diverses pinces porte-caustiques qu'on trouve toutes faites étaient d'une application difficile, et il n'a pas cru devoir en faire faire une exprès.

Quant à l'objection de rétrécir le calibre de l'intestin, M. Verneuil ne la croit pas fondée, attendu que, dans le procédé qu'il a suivi, il s'est gardé de toucher à la muqueuse intestinale, qu'il a conservée intacte.

Reste la question de l'emploi de l'écraseur pour pratiquer la section de l'éperon, ainsi que le veut M. Chassagnac. Devant la crainte et l'on peut dire la certitude d'ouvrir le péritoine en procédant de la sorte, M. Verneuil ne craint pas de repousser formellement l'écraseur, dont il est grand partisan, on le sait, dans d'autres circonstances.

M. PANAS. Devant l'explication donnée par M. Verneuil, que dans son procédé il excise la peau seule, en respectant le trajet muqueux de l'anus contre nature, lequel est formé, comme on sait, tantôt par la muqueuse intestinale elle-même, et d'autres fois par une pseudo-muqueuse analogue à celle des autres trajets fistuleux, il n'y a plus lieu d'insister sur l'objection d'un rétrécissement possible de l'intestin.

La séance est levée à cinq heures et quart.

Le secrétaire annuel, F. PANAS.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 20 mai 1870. — Présidence de M. SIMONOT.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

PRÉSENTATION

M. GÉRY présente le deuxième fascicule de la Société de médecine légale, qui contient :

1° Rapport de M. Fabret. Cas d'aphasie;

2° Consultation médico-légale sur l'état mental de Jeanson, par M. Morel;

3° Discussion sur le secret médical;

4° Devoirs imposés aux médecins et aux sages-femmes par les articles 55, 56, 57 du Code Napoléon, et 346 du Code pénal; rapport rédigé en commun par MM. Devergie, Demange et Géry père.

Discussion sur la vaccine.

M. LEROY D'ÉTIOLLES. Quelquefois le vaccin d'enfant met une très-grande lenteur pour apparaître. Je l'ai vu ne se manifester que le quinzième jour chez un monsieur de 76 ans.

L'âge des individus paraît avoir quelque influence. Dans une même famille, il ne s'est développé que le dixième, douzième et quinzième jour, suivant l'âge plus ou moins avancé des sujets.

M. BOINET. J'ai vu le vaccin de génisse n'être bon à récolter que le quinzième jour, même chez des enfants.

M. RICHELOT. J'ai inoculé du vaccin d'enfant à un homme de 72 ans; les boutons n'ont apparu que le quatorzième jour.

M. GÉRY père. En Seine-et-Marne, j'ai vu chez un enfant le vaccin se développer le dixième jour. Un de mes fils avait été vacciné cinq fois sans succès, sur différentes parties du corps.

La sixième inoculation réussit. Mais il se passa un fait très-extraordinaire : six mois après cette inoculation, il apparut sur le bras six nouveaux boutons identiques aux premiers. Je voulais inoculer du liquide venant de ces boutons, nous étions en hiver et je ne trouvai pas une femme de la campagne qui voulût laisser vacciner son enfant.

M. LEROY D'ÉTIOLLES. Le fils aîné de la personne dont j'ai parlé avait été inoculé sans résultat; je le vaccinai plus tard au bras avec du vaccin emprunté à son père, et je réussis. Moi-même, il y a dix jours, je me revaccinai à la même source, et je sens en ce moment un peu de chaleur et de démangeaison.

M. DELASIAUVE. A la Salpêtrière, j'ai fait revacciner 60 femmes sur la génisse; il n'y eut qu'un seul succès; encore n'est il pas sûr qu'elle ait été vaccinée une première fois.

Il y a dix jours, un confrère m'a fait appeler près d'un malade supposé varioleux et alité depuis quatre jours. On remarquait sur tout le tégument un pointillé noirâtre, de mauvais caractère, ressemblant à du purpura.

L'épiderme était soulevé sur quelques points. Était-ce une variole avortée? Les lèvres étaient fuligineuses, sèches; la langue était doublée de volume, le pouls fréquent, l'intelligence obtuse. Le malade a dû succomber dans la nuit qui suivit ma visite.

LECTURE

M. DUROZIEZ lit l'observation suivante :

Pleurésie purulente, drainage avec un gros tube en caoutchouc, lavages, guérison. — F..., est âgé de 5 ans et d'une apparence bonne; il paraît cependant avoir eu le ventre gros; il a eu de la gourme; bien que n'ayant jamais fait de maladie sérieuse, il a toujours été un peu délicat. Son père est un peu dartreux, sa mère est bien portante.

Vers le 20 février 1870, il a commencé à être souffrant; il avait des accès de fièvre et se plaignait du ventre autant que de la poitrine; je pensai à de la grippe, à une fièvre typhoïde; puis survinrent quelques selles glaireuses. Un moment, je craignis une méningite tuberculeuse, mais je fus rassuré par la localisation des accidents du côté du ventre. Il parut alors un point de côté et de la toux. Je prescrivis du kermès et des vésicatoires. La maladie se fixa sur le sommet du poumon gauche.

Je pensai à de la tuberculisation et à de la pleurésie. Je prescrivis du tartre stibié, qui ne put être continué longtemps. La matité persistait en avant à gauche; les signes variaient à la base.

Je crus l'épanchement disparu et la guérison prochaine, bien qu'il restât toujours la même matité au sommet gauche. Mon illusion ne dura pas longtemps.

La fièvre persistait et les signes fâcheux reparaissaient du côté de la poitrine. Sur la proposition des parents, j'appelai en consultation M. Bouillaud. On trouvait de la résonnance creuse en arrière, en bas à gauche, mais la matité se manifestait sur tout le reste du côté; le souffle était profond; le cœur était refoulé dans le creux épigastrique. Un épanchement considérable n'était pas douteux. J'avais déjà appliqué six vésicatoires.

Le 12 mars, les signes sont les mêmes; le malade est pâle, couché sur le côté gauche, se plaignant de son épaule gauche et du bras. Le pouls est à 132, la respiration varie entre 48 et 60, moins fréquente que précédemment.

L'appétit a disparu. L'enfant se plaint continuellement.

En avant à gauche, la matité est complète et dépasse la ligne médiane. Le cœur est refoulé dans le creux épigastrique. On entend un souffle profond.

Dans le creux axillaire, matité et souffle. En arrière, un peu de résonnance creuse le long de la gouttière vertébrale, matité dans la moitié supérieure, souffle profond. Je suis décidé à pratiquer la thoracentèse; j'appelle M. Empis, qui m'appuie.

Le 13 mars, nous faisons l'opération; il s'écoule un litre de pus. Immédiatement le petit malade est soulagé, demande à manger, se réjouit d'avoir été opéré et se couche sur le côté droit.

14 mars. Le pouls est à 108, comme la veille au soir. Le petit malade se trouve très-bien et joue, il a de l'appétit.

En avant, la voussure a déjà notablement diminué, surtout au niveau des deux premiers espaces intercostaux; mais plus bas elle persiste.

Le cœur s'est un peu rapproché, mais il est encore très-déplacé.

Dans le creux axillaire, la matité persiste, la résonnance creuse a reparu en avant en haut. En arrière, la résonnance est encore très-diminuée, creuse, mais meilleure. Au sommet, on entend quelques gros râles.

23 mars. Consultation avec MM. Barthez et Empis.

Le cœur est largement refoulé à droite, on le sent battre au-dessous du mamelon droit. La voussure est considérable au niveau du mamelon gauche. Il y a en arrière une apparence de résonnance trompeuse. Il est convenu qu'on fera une nouvelle ponction, qu'on rétablira une fistule, qu'on laissera une grosse sonde à demeure et qu'on fera de fréquents lavages.

---

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

L'opération est faite le 23, de concert avec M. Empis. Nous laissons entrer l'air. Le liquide purulent est un peu coloré en rose, un peu brunâtre; il est moins abondant que pour la première ponction. Nous voulons laver la poitrine avec le condom, suivant le procédé de Barth, mais le liquide entre difficilement, comme il est sorti.

Le 24, j'emploie pour le lavage l'appareil de Potain, qui marche très-bien. Le pus s'écoule facilement. Le petit malade se trouve mieux, ou du moins il a moins de fièvre; le pouls est à 108 et au-dessous.

Quelques jours plus tard, le pus ne s'écoule plus facilement. J'ai introduit dans la poitrine un tube trop petit, c'est celui du reste qui est adapté à l'appareil de Potain, et dont se sert d'habitude notre distingué et excellent ami.

Je suis obligé de modifier le système. J'introduis dans le trajet un bout de laminaria, qui dilate largement la plaie, et je puis engager le lendemain un gros tube en caoutchouc, celui qui, dans l'appareil de Potain, va prendre l'eau dans le réservoir. Les fausses membranes sortent alors facilement; le lavage se fait bien; j'emploie de l'eau alcoolisée et de l'eau de Cologne. Pendant la journée, le tube est engagé dans une bouteille contenant du chlorure de chaux. Je ne fais qu'un lavage par jour, et chaque fois je fais passer quatre à cinq litres d'eau en prenant la précaution de faire pencher l'enfant dans tous les sens.

Je maintiens le tube à l'aide de fils de coton, que je fixe sur la poitrine avec du collodion.

Le 9 avril, le petit malade va bien. Il engraisse, il mange bien, il digère bien. Le côté se rétrécit. Le cœur est rentré dans sa place normale.

Le 1er mai, le tuyau est chassé de la poitrine. Dois-je le réintroduire? Il coule encore un peu de pus. Le trajet s'est beaucoup rétréci en quelques heures, n'étant plus maintenu par le tuyau. L'enfant a même eu un accès de fièvre la veille.

Au soir, je me décide pour l'introduction de notre premier tuyau de petit calibre.

Le 4 mai, le petit tuyau lui-même est chassé. J'ai de la peine à le maintenir. Le collodion ne s'applique plus bien à la peau, qui est irritée. Cette fois, j'abandonne le malade à lui-même, et cependant il coule encore un peu de pus, et je puis encore introduire un peu d'air dans la poitrine.

Le poumon vient s'appliquer contre les côtes; il me paraîtrait dangereux de sonder la fistule, et d'un autre côté, je crains que le pus ne puisse pas s'engager facilement dans le trajet, qu'il fasse une nouvelle collection et provoque de la fièvre. Puis l'enfant pousse des cris affreux lorsque je touche à sa plaie.

6 mai. Aucun accident n'est survenu. L'enfant va très-bien. La rétraction de la poitrine est peu considérable; pourtant on note un aplatissement notable en avant et en arrière. Sur le côté, la poitrine présente une arête plutôt qu'une surface arrondie. Les masses musculaires sont atrophiées.

6 mai. L'affaissement de la poitrine disparaît de plus en plus; il restera évidemment très-peu de difformité. Il coule très-peu de pus : je ne puis savoir si ces quelques gouttes viennent de la cavité pleurale ou du trajet ou de la petite plaie extérieure.

Le 19 mai l'enfant, que je n'ai pas vu depuis le 9, part en Bourgogne.

Le 21 mai, le père me dit qu'il coule une demi-goutte de pus par jour, et que son enfant va aussi bien que possible.

J'ai dit que j'avais éprouvé une grande difficulté pour savoir à quel moment je pouvais retirer le tuyau sans m'exposer à le réintroduire, manœuvre toujours pénible chez un enfant de cinq ans. Il me paraît difficile en effet de jauger la quantité de liquide que peut contenir la poche. Je cherchais, par la percussion, à reconnaître les dimensions de la poche que je supposais contenir de l'air; je n'obtenais aucun résultat. La cavité en communication avec l'air extérieur par la sonde ne donnait aucunement la résonnance du pneumothorax, comme un ballon de caouchouc crevé ne donne plus la résonnance métallique.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Notre excellent ami et collaborateur, le docteur Montanier, vient d'être nommé préfet du Gers. Toutes nos félicitations.

— M. le docteur Poujade vient d'être nommé préfet de Vaucluse.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du jonrnal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments on autres objets).

Du rhumatisme et de la diathèse rhumatismale, par le docteur Victor Desguin, mémoire couronné par la Société de médecine de Gand, 1869. In-8. — Prix : 2 fr. 50.

De l'ophthalmie nevro-paralytique, par le docteur Coppez, agrégé à la Faculté de médecine de Bruxelles. In-8, 1870. — Prix : 2 fr.

Épidémie et contagion de la variole et de la vaccine, lettres adressées à M. le docteur Ch. Girard, par E. Chairou. 1870, in-8 de 64 pages. — Prix : 1 fr. 50.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 105. — SAMEDI 10 SEPTEMBRE 1870. 43e ANNÉE SAMEDI 10 SEPTEMBRE 1870. — N° 105.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traités sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois.. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

A NOS LECTEURS

En présence des circonstances douloureuses que nous traversons, nous sommes obligés, par les nouveaux devoirs qui s'imposent à nous, de suspendre momentanément notre publication. Aujourd'hui notre place n'est plus qu'aux remparts et aux ambulances.

La *Gazette des hôpitaux* reparaîtra aussitôt que les événements le permettront, et nous prendrons alors toutes les dispositions pour que l'intérêt de nos souscripteurs ne soit pas lésé par cette suspension forcée.

Le Directeur,
Dr E. LE SOURD.

REVUE D'HYGIÈNE MILITAIRE.

Aujourd'hui la France est en armes, tous les citoyens valides sont soldats, tous les médecins doivent devenir médecins militaires. Qu'ils suivent les troupes en marche qui couvrent toutes nos voies, qu'ils restent dans leurs foyers devenus des lieux de cantonnement, qu'ils habitent dans le voisinage d'un camp ou qu'ils soient attachés, comme requis ou volontaires, au service des hôpitaux ou des ambulances, partout et d'un instant à l'autre ils peuvent être appelés, sinon à prodiguer directement des soins aux blessés et aux malades, du moins à donner leurs conseils et leur avis sur une foule de points qui touchent à l'hygiène des hommes en marche ou des grandes agglomérations.

Nous avons pensé que dans de pareilles conditions il nous incombait un devoir nouveau, tant que d'autres devoirs plus impérieux ne nous réclameraient ailleurs que dans notre cabinet de rédaction, celui de nous substituer pour un instant aux maîtres de la médecine de l'armée, les premiers et les derniers à la fois à l'œuvre, et, nous inspirant de leurs travaux et de leur expérience spéciale, d'exposer successivement à nos lecteurs les principes élémentaires et les faits généraux les plus importants concernant la médecine, la chirurgie et l'hygiène militaires.

Nous commençons aujourd'hui ce nouveau genre de Revue, en empruntant les extraits suivants sur l'hygiène des camps à un excellent article du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, l'article CAMP, de MM. Michel Lévy, directeur du Val-de-Grâce, et Boisseau, agrégé à la même école, que la direction du Dictionnaire a eu l'heureuse idée, vu les circonstances présentes, de publier par anticipation et d'adresser en extrait à ses souscripteurs.

Dr BROCHIN.

Camp et campement. — Des conditions hygiéniques d'un bon campement.

La première condition à étudier est celle du choix de l'emplacement. Ce choix doit être envisagé au point de vue de l'altitude et de l'exposition; il faut connaître, en outre, la configuration du sol et la constitution des diverses couches qui le composent, les eaux, la météorologie de la contrée, la faune, la flore, les habitants et les maladies endémiques dont ils peuvent être atteints.

Altitude. — Une certaine élévation est toujours nécessaire pour l'emplacement d'un camp. On doit, autant que possible, éviter les lieux bas, encaissés, où l'air ne se renouvelle pas; les ravins et les vallées dans lesquels les courants atmosphériques s'engouffrent sont aussi des situations que l'on ne doit jamais choisir. Altitude et facile renouvellement de l'air sont à peu près synonymes, et cette condition doit primer toutes les autres.

Exposition. — Il est difficile de poser sur ce point des règles bien précises. Suivant le climat et la saison, suivant les vents dominants dans la localité et les qualités spéciales qu'ils peuvent présenter, suivant la situation elle-même du camp, sur le bord de la mer ou dans l'intérieur des terres, suivant, enfin, le temps pendant lequel le camp doit être occupé, l'exposition de l'emplacement doit nécessairement varier. Il va sans dire qu'on devra, autant que faire se pourra, se mettre à l'abri des vents rapides et violents, froids ou brûlants, qui soufflent d'une manière prolongée dans certaines contrées, qu'il s'agisse du mistral, du simoun, du sirocco, etc.

Dans nos pays tempérés, le terrain, toujours largement ouvert aux vents d'est et d'ouest, devra être abrité du midi en été, et du côté du nord en hiver. Quand on campera sans abri, au bivouac, on évitera, avec plus de soin que jamais, d'être exposé aux vents extrêmes, et pour cela, on devra choisir de préférence un emplacement sur la pente de hautes collines ou de montagnes.

Configuration. — Un plateau légèrement accidenté, présentant quelques replis de terrain, sera préférable à une plaine complétement unie : les accidents de terrain pouvant parfois servir d'abris contre les vents dominants de la contrée et être utilisés au point de vue stratégique.

Le terrain que l'on se propose d'occuper doit toujours présenter une certaine inclinaison dans une direction donnée, une pente assez faible qui s'oppose à la stagnation des eaux et en facilite l'écoulement.

Il faut avoir soin, par contre, d'éviter les terrains déclives, où viennent s'accumuler les eaux de pluie qui découlent des lieux plus élevés.

Constitution du sol. — Les diverses couches qui composent le sol possèdent, à des degrés divers, certaines propriétés physiques qui ont la plus grande influence sur la salubrité d'une localité.

Suivant leur nature, les terrains absorbent et émettent plus ou moins facilement la chaleur. Au point de vue du pouvoir absorbant pour le calorique, on peut ranger les terrains dans l'ordre suivant : sablonneux, argileux, crétacés, humus. La réflexion de la lumière présente aussi des variations dues, non à la nature du terrain, mais simplement à sa couleur ; ce fait est trop connu pour que nous y insistions, on ne devra pas oublier d'en tenir compte.

Le point qu'il nous importe le plus d'élucider ici, c'est de connaître les terrains suivant leur degré de perméabilité et suivant le pouvoir, plus ou moins grand, qu'ils possèdent d'absorber et de conserver l'eau ; en d'autres termes, il nous faut connaître leur degré d'humidité habituelle. Pour être propre à l'emplacement d'un camp, un terrain ne doit pas conserver une quantité notable d'eau ; pour employer une expression technique, il ne doit pas être *rétentif*. S'il absorbe l'eau, il doit être très-facilement perméable ; et s'il est peu perméable, il faut qu'il se dessèche rapidement, afin que l'eau ne s'accumule pas à la surface du sol. Dans tous les cas, il faut qu'après la pluie le terrain s'assèche rapidement, qu'il ne se détrempe pas, et que, pendant l'été, il ne se forme pas trop de poussière. Un sol boueux en hiver, poudreux en été, doit être évité à tout prix. En creusant le sol après des pluies, on peut s'assurer de la profondeur à laquelle l'eau a pénétré, et, de cette façon, constater facilement et la perméabilité du terrain et son degré d'humidité.

Ces qualités du sol étant intimement liées à la nature des couches qui le composent, quelques mots sur les propriétés des terrains, envisagés à ce point de vue particulier, trouvent ici tout naturellement leur place. Les terrains granitiques, généralement salubres, ont ordinairement une pente très-prononcée ; les eaux qui ne font que les traverser s'écoulent facilement ; dans ces terrains, l'eau est pure et les marais rares. Les terrains argileux, très en pente, sont imperméables, l'eau y est parfois rare, et ils présentent souvent des torrents qui exposent aux inondations. Les terrains calcaires et magnésiens ont une pente suffisante, l'eau les traverse facilement ; les marais y sont plus communs que dans les précédents ; l'eau y est dure, chargée de sels calcaires. Les terrains crétacés sont facilement perméables ; le camp de Châlons rentre dans cette catégorie : l'absorption de l'eau s'y fait avec une telle rapidité, qu'une heure après les plus fortes pluies, il est partout praticable aux piétons comme aux cavaliers. Lorsque les terrains crétacés présentent un sous-sol argileux, imperméable, l'eau stagne, s'accumule, et ils doivent être considérés comme insalubres, si, par un drainage bien entendu, on ne s'oppose pas à leur humidité permanente. Les sables ne contenant ni sels calcaires ni matières organiques, ne reposant pas sur une couche d'argile, et par conséquent perméables, forment un sol très-salubre. Recouverts d'une légère couche d'humus, ils constituent le terrain le plus propre à l'établissement d'un camp.

La puissance de l'absorption de l'eau ne varie pas moins dans les terrains que leur degré de perméabilité : ainsi le sable en absorbe, on le devine, une quantité fort minime ; la craie en absorbe dix à douze fois plus, et l'humus quatorze à quinze fois. Ces considérations, qu'il serait facile de développer davantage, pourront permettre d'apprécier, avec une certaine exactitude, la valeur d'un terrain au point de vue de son degré de sécheresse habituelle.

Il est, dans le choix de l'emplacement d'un camp, un point tellement important, que nous croyons devoir y insister tout particulièrement. Avant de s'installer, on ne saurait trop chercher à s'assurer que l'on sera bien à l'abri des influences palustres. Il ne suffira pas que le lieu que l'on se propose d'occuper soit exempt de tout marais, il faudra encore faire des reconnaissances dans un assez grand rayon, afin de pouvoir affirmer qu'il n'y a dans les environs ni marais, ni étangs, ni pâturages marécageux.

Pour la même raison, il faudra éviter les grands lacs, les vastes étangs dont les eaux sont peu profondes, parce que, pendant l'été, ces vastes surfaces, mises à nu, deviennent le foyer d'émanations paludiques.

Lorsque des circonstances impérieuses obligent à camper dans le voisinage de marais, il est préférable de les inonder complétement que de les laisser à moitié à sec ; on s'assure de cette façon beaucoup mieux de leur innocuité.

On ne devra pas non plus oublier que des terrains que l'on ne pourrait occuper sans danger l'été, peuvent devenir habitables l'hiver. Ainsi, un temps froid pourra permettre de camper près de terrains marécageux sans qu'il survienne d'accident, pourvu toutefois qu'on s'éloigne dès que la température s'élève.

Eau. — Sans eau potable et abondante, un campement est impossible. Lorsque l'installation peut avoir lieu à proximité d'une rivière, pourvu que les bords n'en soient point marécageux, on trouve dans ce voisinage des avantages nombreux. On assure ainsi la boisson des hommes et des chevaux, en même temps qu'on pourra utiliser la rivière pour le blanchissage du linge et les bains pendant l'été. Enfin le terrain parcouru par un cours d'eau est favorisé au point de vue de la ventilation naturelle, spontanée ; il est ouvert à certains courants atmosphériques. Lorsqu'il n'existe pas de rivière, pour se procurer de l'eau potable il faut creuser des puits. Mais, avant de se livrer à aucun travail de ce genre, il faut connaître le niveau de l'eau souterraine, et pour cela il suffit de constater la profondeur des puits des villages environnants. On pourra aussi de la même façon connaître sa composition chimique, en la soumettant à l'analyse, et sa valeur comme boisson, en se renseignant auprès des habitants sur les usages auxquels ils destinent l'eau de ces puits et sur les qualités qu'ils leur attribuent.

Météorologie. — Une étude approfondie de la météorologie de la contrée est le complément indispensable de toutes les notions précédentes. Il faut connaître les maxima et minima que peut atteindre la température, ses variations quotidiennes, connaître les vents prédominants, la quantité moyenne de pluie qui tombe pendant chaque saison, le degré d'hygrométrie de l'atmosphère, etc.

État sanitaire des habitants. — Enfin, lorsqu'on possédera tous ces renseignements, on devra s'enquérir de la santé des habitants, de leur longévité, des maladies endémiques qui peuvent exister dans le pays. Les divers éléments qui constituent la localité sont liés entre eux de la manière la plus étroite. De la nature du sol, de son élévation, de son exposition dépendent sa flore, sa faune, et par conséquent le degré d'aisance, et, ce qui est à peu près synonyme, l'état sanitaire des habitants. Il n'est pas jusqu'à certaines maladies qui ne semblent avoir leur point de départ dans la nature même du terrain, ou du moins sur le développement desquelles le terrain paraît exercer une grande influence : le goître sévit surtout dans les terrains magnésiens ; sur les terrains à sous-sol argileux, imperméable, règnent les fièvres intermittentes ; le choléra a une certaine prédilection pour les terrains récents d'alluvion, et exerce beaucoup moins de ravages sur les terrains primitifs, etc.

Outre les conditions tenant soit au sol, soit à l'air, soit aux eaux que nous venons de passer en revue, il existe une série de circonstances secondaires qui, parfois même, nous échappent et qui peuvent modifier, d'une façon très-notable, le degré de salubrité d'une localité.

Souvent deux localités très-voisines, dans des conditions identiques en apparence, présentent des différences considérables au point de vue de la salubrité.

En résumé, le choix et l'emplacement d'un camp nécessitent les études suivantes : après avoir déterminé l'altitude du lieu, la configuration du sol et son inclinaison, on devra pratiquer à divers endroits des coupes assez profondes de terrain, pour avoir une idée exacte de la disposition des couches qui le composent, de leur mode de superposition, de leur inclinaison, de leur direction générale, et enfin de leur composition. Généralement, quatre à cinq fosses de sondage sont suffisantes par hectare de terrain.

En même temps ces coupes permettront de connaître le système des eaux, la direction qu'elles suivent, leur abondance, et on pourra en outre en recueillir pour les soumettre à l'analyse chimique.

Quand à ces notions sur la constitution du sol on aura ajouté quelques données précises sur la météorologie du pays ; quand on aura étudié la flore, la faune, l'état sanitaire des habitants, on possédera tous les éléments nécessaires pour faire un choix judicieux et porter un jugement motivé sur la salubrité de la station que l'on se propose d'occuper.

Drainage. — Lorsque l'emplacement du camp est définitivement arrêté, il reste à installer, à asseoir ce camp.

Si l'on a à redouter l'humidité du sol, la stagnation de l'eau de pluie malgré l'inclinaison du terrain, on devra, avant de procéder à l'installation du camp, pratiquer un système de fossés qui assurera l'écoulement des eaux, drainer, en un mot, le terrain. A ces fossés aboutiront les rigoles qui, nous le verrons plus tard, doivent être creusées autour de toutes les tentes. S'il s'agit d'un camp permanent, on pourra faire mieux encore et établir un système de drainage avec des tuyaux en poterie réunis les uns aux autres et formant des canaux souterrains.

Tentes. — La question des tentes est très-simple ; quelques principes généraux ont seuls présidé à leur construction. La charpente en est la partie essentielle, puisqu'elle en détermine la forme et la capacité. On peut les diviser : 1° *en tentes à un mât*; 2° *en tentes à deux mâts avec ou sans faîtières*; 3° *en tentes à plusieurs mâts*; enfin 4° *en tentes sans mâts.*

Les *tentes à un seul mât* central et, par conséquent, présentant la forme conique, sont fort répandues : elles sont en usage en France, en Italie, en Prusse, en Autriche, en Turquie. *Les tentes à deux mâts sans faîtières* sont représentées par la tente-abri, et *les tentes à deux mâts avec faîtières* par la tente bonnet de police. La tente de conseil (ancien modèle) rentre aussi dans ce groupe. La tente de marche d'officiers est encore *une tente à deux mâts avec traversière.* Les tentes anciennes de l'armée autrichienne, les tentes russes et les tentes arabes sont des *tentes à mâts multiples ;* enfin *les tentes sans mâts* sont représentées par les tentes tartares. Ces quatre groupes comprennent toutes les tentes possibles.

Les tentes à un seul mât, les tentes coniques présentent, par rapport à leur capacité, une base fort large, et lorsqu'elles sont bien dressées, elle doivent présenter une grande résistance au vent; c'est là le plus grand, nous pourrions dire le seul avantages qu'elles présentent. En effet, ces tentes, surtout quand elles sont dépourvues de muraille, ne permettent pas aux hommes de se tenir debout dans leur intérieur à plus de 1 mètre du centre, et relativement à l'espace qu'elles occupent sur le sol, leur capacité cubique est moindre que celle de toute autre tente ; la forme conique est la moins favorable à ce point de vue. Ces tentes ont, en outre, l'inconvénient de coûter fort cher et d'avoir un poids considérable. Elles ne sauraient être utilisées que dans des campements prolongés; dans une campagne active, leur transport serait impossible.

Les tentes à deux mâts avec faîtières ont, il est vrai, moins de solidité que les précédentes ; mais, proportionnellement à l'espace qu'elles circonscrivent sur le sol, elles présentent plus de capacité; la station verticale y est possible dans une plus grande étendue, et, si on peut n'y réunir qu'un petit nombre d'hommes, leur installation sera plus commode que dans la tente conique. Les tentes à deux mâts sans faîtière, dont la tente-abri est le type, sans avoir beaucoup de solidité, comme elles sont généralement peu élevées, résistent assez bien au vent, et, pour un campement passager, elles sont suffisantes. Elles sont du reste fort légères, et ce n'est pas là leur moindre avantage. Les tentes à mâts mutiples, qu'on ne pourrait évidemment utiliser que dans les camps permanents, aujourd'hui doivent être remplacées par des habitations plus solides et plus commodes encore, par des baraques. Enfin, quant aux tentes sans mât, leur supériorité au point de vue de la capacité, est incontestable ; mais leur installation ne doit être ni rapide ni facile, et il ne semble pas qu'on puisse avoir beaucoup de confiance dans leur solidité.

La capacité et la solidité sont deux qualités inhérentes à la charpente ; il en est une troisième qui n'est pas moins indispensable et qui tient à la toiture, c'est l'imperméabilité. Il faut qu'une tente abrite ses habitants de manière à les soustraire à la pluie, à la rosée, à la neige, aux vents. En Europe, généralement, on emploie pour recouvrir les tentes de la toile de chanvre ou de lin. En Amérique, on préfère le coton. Ce tissu a un double avantage, il est moins cher que la toile, et est plus difficilement perméable que celle-ci.

On peut encore ajouter que, les tissus de coton se rétractant moins que ceux de chanvre, dans les tentes où on les utilise les portières ferment plus hermétiquement.

Le coutil rayé, que l'on emploie en France pour les tentes d'officier, se laisse, il faut le reconnaître, plus facilement traverser par l'eau que les tentes en toile des soldats. La laine et le feutre qui sont encore employés, surtout par les peuples nomades, abritent bien et s'échauffent moins que la toile pendant l'été.

Les étoffes recouvertes de caoutchouc ou de gutta-percha, qui ont surtout été recommandées en Amérique, ne sauraient être généralisées, car si elles sont complétement imperméables, elles ont l'inconvénient de ne pas plus laisser passer l'air que l'eau, et de s'opposer ainsi à son renouvellement dans l'intérieur de la tente.

Au camp de Châlons, en 1857, on a fait l'essai d'une toiture en papier bitumé qui a parfaitement résisté pendant l'hiver.

Il n'est pas jusqu'à la couleur de l'étoffe qui ne doive entrer en ligne de compte et qui n'ait son importance : une étoffe de couleur blanche ou grise est préférable aux autres parce qu'elle émet plus facilement et absorbe moins le calorique que les étoffes d'une autre couleur. Le faîtage bleu des tentes d'officiers devrait être supprimé.

Une armée, aujourd'hui, destinée à s'exercer à l'intérieur dans des camps d'instruction, à faire des siéges, à camper comme corps d'observation, ou à faire la guerre avec une rapidité qui ne comporte pas un lourd matériel de campement, doit être pourvue de deux espèces de tentes. Pour les campements passagers, il lui faut des tentes légères, faciles à installer, assez solides pour résister, au moins quelque temps, aux coups de vent, suffisantes pour soustraire ceux qui les habitent aux intempéries de la saison ; pour les campements plus prolongés, il lui faut des tentes solides, pouvant résister aux plus fortes rafales, abritant bien, et construites de telle façon que le renouvellement de l'air puisse facilement s'y effectuer. Les tentes aujourd'hui adoptées pour l'armée française, la *tente-abri* et *la tente conique à muraille* paraissent remplir ces deux indications.

Quelle que soit la tente que l'on ait à installer, il faut, avant de commencer à la dresser, bien battre le sol sur lequel on veut l'établir, bien l'assécher, et, pour le mettre autant que possible à l'abri de l'humidité, creuser autour de l'espace qu'elle doit occuper une rigole de 8 à 10 pouces qui doit se réunir avec la saignée pratiquée dans chaque ruelle pour assurer le drainage du camp. Si on a du sable fin à sa disposition, on peut en recouvrir le sol de la tente. Souvent, pour augmenter l'espace intérieur de la tente, les soldats creusent un peu le sol ; cette pratique est essentiellement vicieuse et doit être absolument condamnée. Si le sol contient des matières organiques en voie de décomposition, elle ne peut que favoriser le dégagement des miasmes, ou tout au moins entretenir l'humidité, contre laquelle on a déjà tant de peine à se garantir.

DE LA CONSERVATION DES DOIGTS

PLUS OU MOINS COMPLÉTEMENT SÉPARÉS ACCIDENTELLEMENT (1)

Par le Dr Bérenger-Féraud
Médecin principal de la marine impériale.

Obs. XVI. — *Fait du docteur David (Gazette des hôpitaux,* 1867, p. 110).

Enfant de cinq à six ans ; se coupe d'un coup de couperet l'index, le médius, l'annulaire et l'auriculaire. Les doigts divisés presque entièrement ne demeurent adhérents que par un très-faible lambeau palmaire.

Le docteur David se dispose d'abord à l'amputation, puis tente la conservation.

Guérison avec la conservation à peu près intégrale de l'usage de ses doigts.

Obs XVII. — *Fait du docteur David (Gazette des Hôpitaux,* 1867, p. 111).

Enfant de 4 ans ; index gauche coupé à sa partie moyenne ; écrasement de la seconde phalange, le doigt ne tient que par un très-mince lambeau palmaire. Guérison avec ankylose des deux dernières phalanges.

Obs. XVIII. — *Fait du docteur Dubreuil (Gazette des Hôpitaux,* 1867, p. 53).

Section presque complète de la deuxième phalange de l'index gauche. Réunion. Guérison.

Obs. XIX. — *Desgranges*, de Lyon (*Journal de médecine, chirurgie et pharmacie*, t. XCIII, 1793, p. 27).

Claude P... se coupe avec un instrument tranchant l'index droit, vers le milieu de la première phalange ; la continuité n'est entretenue que par une petite lanière de peau de la face palmaire.

Lavage avec de l'eau vineuse tiède; enlèvement des caillots. Pansement au bromure de potassium; attelles. Guérison le vingt-troisième jour.

Obs. XX. — *Flory (Journal de médecine et chirurgie pratiques,* t. II, 1831, p. 28).

Un homme a le pouce de la main droite coupé par une meule près du métacarpe; lambeau de l'épaisseur d'un cheveu. Fractures des phalanges. Le pouce est froid et livide. Réunion, bandelettes, attelles de carton. Guérison en deux heures.

Obs. XXI. — *Flory et Reymonnet (Journal de médecine et chirurgie pratiques*, t. II, 1831, p. 28).

Fait très-analogue au précédent. Réunion. Guérison.

Obs XXII. — *Fantèria (Annali di Acad.*, 1841; *Amer. journ.* n° 7, 1842, 4e vol., p. 184.

Petite fille. Séparation de deux doigts. Réunion par les sutures. Guérison parfaite avec conservation des mouvements. Fait vérifié par les professeurs Vacca et Centosanti.

Obs. XXIII. — *Fleury (Mémoires de médecine et chirurgie militaires,* t. XXIII, p. 357).

M. Fleury a obtenu au Val-de-Grâce un succès aussi heureux que ceux de M. Roger et de M. Bonnecaze, chez un homme dont le doigt presque entièrement abattu, ne tenait plus que par une très-petite quantité de peau.

(Sera continué.)

(1) Suite. — Voir le numéro du 8 septembre 1870.

TRAITEMENT DES SYPHILIDES CIRCONSCRITES ULCÉREUSES

par le pansement au moyen du sparadrap de Vigo.

(Extrait d'un mémoire lu à la Société de thérapeutique.) (1)

M. Constantin Paul lit un mémoire sur le traitement des syphilides circonscrites ulcéreuses par le pansement au moyen du sparadrap de Vigo.

M. Constantin Paul pense que pour obtenir d'une discussion sur le traitement de la syphilis un résultat satisfaisant, il ne faut pas chercher quelle est la préparation qui convient le mieux au traitement de la syphilis en général, mais prendre une à une chacune des manifestations de la syphilis, et chercher le meilleur traitement de chacune d'elles. M. Liégeois est venu annoncer, il y a quelque temps, que les cas où les injections souscutanées de sublimé étaient le plus actives, étaient les syphilides à forme néoplasique.

M. Constantin Paul vient faire connaître aujourd'hui un traitement qui lui a parfaitement réussi dans les syphilides ulcéreuses circonscrites.

Les observations apportées par M. Paul sont au nombre de 13.

Les deux premières ont été recueillies à l'hôpital de la Charité, alors que M. Paul suppléait M. le professeur Bouillaud; elles ont fait l'objet de deux leçons.

Obs. Ire. — N..., fille de 15 ans, éprouvée par des maladies graves successives, angine couenneuse, grossesse, érysipèle suivi de neuf abcès, fièvre typhoïde, pneumonie. Elle entre à la Clinique très-cachectique, atteinte d'une syphilis datant de 3 ans. Elle porte, au moment de son entrée, deux plaques de syphilide tuberculeuse, l'une à la tempe droite, l'autre à l'épaule gauche, plus une tumeur gommeuse à la cuisse gauche, plus deux ulcères gommeux. L'un d'eux siége à la jambe gauche près de la tête du péroné, l'autre au mollet droit, il a la largeur de la paume de la main, il succède également à des gommes.

Pansement au sparadrap de Vigo. Guérison en trois semaines des ulcères. Sous l'influence du traitement les syphilides tuberculeuses ont disparu peu de temps après.

Obs. II. — Femme de 40 ans, scrofuleuse, portant derrière l'épaule gauche une cicatrice de scrofulide profonde. La syphilis date de deux ans, elle est accusée par des douleurs rhumatoïdes, de la roséole et des boutons au visage. Le mari a été traité de son côté à l'hôpital du Midi.

A son entrée à la Clinique, on constate une syphilide tuberculo-ulcéreuse. Trois de ces ulcères sont larges comme la main, ils siégent sur le tronc, il y en a d'autres semblables à la tempe gauche et au cuir chevelu. Pansement à l'emplâtre de Vigo sur deux ulcères seulement, pour ne pas provoquer de salivation. Les grands ulcères sont guéris en trois semaines; pendant ce temps les autres s'améliorent, et quand on les attaque successivement ils guérissent rapidement. La malade a été complétement guérie en deux mois.

Les quatre observations suivantes appartiennent à des malades que M. Paul a traités cette année à l'hôpital Saint-Louis, elles ont été recueillies par M. Demeules, interne du service.

Obs. III. — E..., sculpteur, âgé de 36 ans, a contracté la syphilis il y a six ans; dans la même année, il a eu des plaques muqueuses.

Six semaines avant son entrée à l'hôpital il a été atteint d'une éruption spécifique. A l'entrée à l'hôpital on constate trois tumeurs gommeuses, une à l'avant-bras, une autre à la paupière supérieure droite et la troisième au sourcil, ces deux dernières sont ulcérées. Il existe, en outre, deux bulles de rupia à la jambe droite.

Après quarante jours de traitement par le sparadrap de Vigo, le malade sort guéri, il a pris des forces et de l'embonpoint.

Obs. IV. — Ernestine P..., âgée de 24 ans, est syphilitique depuis 5 ans.

Quatre mois après le début : éruption pustuleuse générale traitée par le protoïodure, guérie au bout de six mois.

Six mois après, ulcération serpigineuse au mollet droit. Traitement par l'iodure de potassium, guérison au bout de quatre mois.

Trois ans après le début, survient une syphilide pustulo-crustacée

(1) Nous avons publié dans le numéro du 3 septembre dernier un court aperçu du travail de M. C. Paul, nous mettons aujourd'hui sous les yeux de nos lecteurs l'exposé sommaire des observations qui font la base de ce travail.

qui recouvre le cuir chevelu, les joues, les oreilles, les paupières, etc.

M. le professeur Hardy la traite par les pilules de Sédillot et l'iodure de potassium. Au bout de six mois de traitement, on renonce au traitement et l'on prend le sirop de Gibert. Au bout d'un an la malade sort du service, la syphilide est à peu près guérie, mais deux autres ulcères semblables au premier se sont montrés aux membres inférieurs, il sont profonds et taillés à plc.

Au mois de janvier 1870, la syphilide de la tête reparait, au bout de trois mois la malade est guérie.

Obs. V. — R..., âgé de 64 ans, est atteint depuis 5 ans d'une syphilis qui a commencé par un chancre du filet.

Depuis six mois, le malade est affecté d'une hydrosadénite syphilitique.

Une vingtaine de petites tumeurs gommeuses, ulcérées et couvertes de croûtes, sont réparties sur la face antérieure du membre et du tronc. Pansement avec le sparadrap de Vigo. Guérison en trois semaines.

Obs. VI. — L..., âgée de 21 ans, atteinte de syphilis depuis l'âge de 18 ans; elle a fait, au début, un séjour d'un an à l'hôpital Saint-Louis. Pendant dix-huit mois, la guérison s'est maintenue, puis une plaque de syphilide pustulo-crustacée s'est développée à la cuisse, puis une autre semblable au sacrum. Au moment de l'entrée à l'hôpital, ces plaques forment des cercles de 5 centimètres de diamètre, guéris au centre.

Trois semaines de pansement suffisent pour obtenir la guérison.

Obs. VII. B..., 34 ans, a contracté la syphilis il y a six ans. L'accident primitif a été un chancre phagédénique du prépuce, traité par M. Puche au moyen du protoïodure de mercure et des ferrugineux.

Ce malade a été atteint deux ans après d'une hémiplégie, pour laquelle il a été traité par M. Féréol; l'année suivante, il est rentré dans le service de M. Bazin pour un rupia syphilitique.

De plus, le malade est manifestement syphilitique.

Il est atteint, au moment de son entrée, d'un rupia syphilitique sur le front, et de tumeurs gommeuses aux environs du pavillon de l'oreille.

On applique le sparadrap de Vigo sur les ulcères, et la guérison s'est faite en quatre semaines. Les syphilides tuberculeuses ont beaucoup diminué, et le malade va beaucoup mieux; ses lésions tuberculeuses elles-mêmes sont très-amendées.

M. Bazin a bien voulu employer le même traitement dans son service et en a obtenu les mêmes résultats favorables.

Obs. VIII. — D..., âgée de 19 ans, a contracté un chancre infectant au mois d'août 1869. Dès le mois de novembre apparaissent des syphilides phagédéniques sur un genou et une paupière. M. Bazin emploie d'abord le vin aromatique, le cérat opiacé, le stéorate de fer, sans résultat, bien que la malade prenne à l'intérieur le protoïodure d'abord, puis le biiodure. Sur l'invitation de M. Paul, M. Bazin emploie le sparadrap de Vigo. La cautérisation est complète au bout d'un mois.

Obs. IX. — C..., âgée de 46 ans, est atteinte d'une hydro-adénite syphilitique ulcérée. La syphilis date de 8 ans. Au bout d'un mois, la malade est guérie.

Obs. X. — B..., âgé de 49 ans, est syphilitique depuis un an; il entre pour une syphilide tuberculo-crustacée. Il est mis au sparadrap de Vigo et au sirop de biiodure ioduré; il sort guéri au bout d'un mois.

Obs. XI. — P..., âgé de 40 ans, est atteint d'une syphilis invétérée arrivée aux lésions viscérales. Il entre pour une syphilide généralisée ulcéreuse, que M. Bazin qualifie d'impetigo cerclé. Le malade est traité d'abord par le sirop de biiodure ioduré; l'amélioration se fait lentement, on emploie alors le pansement de Vigo. Le malade guérit en trois semaines.

Obs. XII. — Cette observation est due à M. Campenon, l'un des élèves de M. Paul et actuellement interne à l'hôpital des Enfants.

X..., âgé de 45 ans, est syphilitique depuis deux ans, lorsqu'il est pris d'une hydro-adénite syphilitique. Certaines ulcères arrivent aux dimensions d'une pièce de 2 francs.

Le malade n'avait pas subi de traitement spécifique. Le sparadrap de Vigo le guérit en trois semaines.

Une seule fois ce traitement a échoué.

Obs. XIII. — Le malade F... est syphilitique depuis trois ans; il est atteint de gommes d'hydro-adénite syphilitique et de paraplégie. Il a subi le traitement de M. Liégeois par les injections sous-cutanées de sublimé, comme le traitement de Saint-Louis, sans résultat. L'emplâtre de Vigo a échoué.

En résumé :

13 malades atteints de syphilide ulcéreuse circonscrite ont été traités par le sparadrap de Vigo.

Sur ces 13 cas nous trouvons :

5 fois l'hydro-adénite syphilitique ou syphilide gommeuse ulcérée,

5 fois la syphilide tuberculo-ulcéreuse,

3 fois la syphilide pustulo-crustacée.

Ces syphilides sont rebelles et résistent en général fort longtemps au traitement interne.

Le sparadrap de Vigo a procuré la guérison :

4 fois en trois semaines,

4 fois en un mois,

1 fois en cinq semaines,

1 fois en six semaines,

1 fois en deux mois,

1 fois en trois mois, chez une malade qui avait résisté au traitement pendant un an,

1 fois il a échoué.

Ce traitement est facile et peu coûteux. Il suffit de renouveler le sparadrap deux fois par jour et de laver la plaie avec le vin aromatique; il répond à une indication spéciale aux syphilides ulcéreuses circonscrites, c'est-à-dire que tout le mercure qui entre dans l'organisme pénètre par les parties malades.

Ce traitement n'est pas une panacée pour toutes les affections syphilitiques, il constitue pour cette série de manifestations un traitement tel que peu d'autres syphilides ont un traitement plus efficace.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 20 mai 1870 (1). — Présidence de M. Simonot.

DISCUSSION.

M. Boinet. Le traitement de l'empyème présente de grandes difficultés. J'ai publié, il y a 20 ans, dans les *Archives générales de médecine*, un mémoire contenant tous les faits connus jusqu'à ce jour, à propos d'une malade que j'avais vue avec Chomel et Trousseau. J'ai discuté la valeur de ces faits qui m'avaient paru mal interprétés.

Dès qu'on a reconnu qu'il existe du pus dans la plèvre, il ne faut pas hésiter, il faut ouvrir largement; plus on attendra, moins le poumon pourra revenir à son volume normal, et il restera une fistule qui épuisera le malade. La ponction et l'injection iodée sont d'excellents moyens, mais il faut les pratiquer d'une certaine façon. Si la ponction est faite trop haut, il séjourne dans le cul-de-sac du pus qui devient de mauvaise nature; la guérison est impossible. Il n'y a pas à se préoccuper de l'entrée de l'air du moment que le pus ne séjourne pas. Il faut que l'ouverture soit large, et faite dans le point le plus déclive. Si on a pénétré trop haut, il faut faire une contre-ouverture à l'aide d'un instrument courbe; puis on fait des injections détersives. Le poumon se développe, mais les côtes sont obligées de faire une partie du trajet, et d'aller au-devant du poumon. Ce ne sont pas des adhérences qui rétrécissent la poitrine. Ainsi chez Mme Poli, je puis la nommer, j'introduisis devant Chomel et Trousseau une sonde qui pénétra jusqu'à la partie supérieure du poumon; il n'y avait pas d'adhérence. M. Duroziez demande à quelle époque on peut retirer le tube en caoutchouc? Je réponds: quand l'écoulement cesse. Il reste une fistule qui disparaîtra au bout d'un temps variable.

M. Blachez. Cette opération de l'empyème mérite toute notre attention. Elle a été pratiquée dernièrement, vous le savez, chez un de nos plus éminents collègues, M. le professeur Dolbeau. M. Dieulafoy avait pratiqué une première ponction avec son trocart explorateur, et, par un singulier hasard, n'avait pas trouvé de liquide. Une seconde ponction fut faite plus tard avec succès. L'épanchement était à gauche. M. Nélaton fit alors une incision avec la prudence que vous lui connaissez, et la prudence plus que jamais ici fut heureuse. Le cœur n'avait pas été refoulé, il adhérait à la paroi costale du côté même de l'épanchement. M. Nélaton disséqua couche par couche et sentit battre le cœur sous son doigt. Un trocart enfoncé brusquement pénétrait droit dans le cœur. Pour moi, c'est un fait unique. On opérait dans le septième espace.

Le traitement n'est pas le même, nous le savons tous, pour les épanchements séreux, séro-sanguins et pour l'empyème. Néanmoins la seringue de Dieulafoy est utile dans les deux cas. Ainsi j'ai pu vider à l'aide de cet instrument une poitrine qui contenait 4 litres de pus; dans un autre cas, à la Salpêtrière, j'ai retiré 2 litres du même liquide.

M. Boinet recommande avec raison de ponctionner la partie la plus déclive; mais cela me paraît très-difficile. Dernièrement, ponctionnant le septième espace on est tombé dans le foie. La contre-ponction seule peut être faite très-bas.

Quand doit-on retirer le drain? On avait fait dans un cas une ponction et une contre-ponction; le pus ne cessait pas de couler, il a coulé pendant six ou huit mois. Mais cela est de médiocre importance : j'ai vu une fistule pleurale durer sept ans.

L'empyème me paraît grave surtout chez l'adulte; je n'en ai pas vu guérir. Les enfants guérissent très-bien au contraire.

M. Boinet. Je comprends très-bien l'utilité du trocart de Dieulafoy pour les épanchements séreux; mais il ne sert plus à rien quand le liquide est purulent; car il existe alors des grumeaux, des parties solides que les seringues ne sont pas aptes à entraîner.

Chez M. Dolbeau, le trocart de Dieulafoy n'a même pas indiqué l'épanchement. Quelques jours plus tard on retirait un litre de pus.

L'opération de l'empyème demande de grandes précautions. On ne doit entrer dans la poitrine qu'avec une sonde cannelée, avec un corps mousse.

M. Gallard. Nous sommes tous d'avis qu'on doit donner issue au pus, largement, promptement, aussi bas que possible, mais comment? J'ai été embarrassé, je l'avoue, il n'y a pas longtemps. Chez M. Dolbeau on a rencontré le cœur. Aran a fait la ponction du péricarde, croyant ponctionner le thorax. Il y a donc des difficultés. Dernièrement je soignais une pleurésie purulente du côté gauche. J'en étais à la troisième ponction. J'avais pensé à passer un drain; mais j'avoue que lorsqu'il s'agit de pratiquer une contre-ouverture je fus arrêté par la pénurie de notre arsenal. En avant nous trouvons le cœur, en arrière, l'omoplate. Si vous voulez sauter deux ou trois côtes, cela me paraît difficile. J'ai renoncé, je me suis contenté de ma ponction. Cette troisième ponction n'a pas été suivie de fistule, et je n'ai pas fait de lavage. J'attends de nouveaux symptômes pour agir.

M. Forget. Je demanderai à M. Blachez ce qu'est devenu le malade à qui on a retiré 5 litres de pus?

M. Blachez. J'ai soigné le fils d'un médecin qui était mourant; à l'aide d'un trocart capillaire de trousse j'ai pu retirer une grande quantité de pus de sa poitrine; on avait dit qu'il n'y avait pas d'épanchement, j'ai retiré 5 litres de liquide. La pleurésie datait de onze ou douze mois. Ce malade a été vu par M. Hérard, par M. Demarquay; il a guéri, mais il était jeune. On l'envoya à la campagne; malheureusement il eut une coxalgie purulente qui le tua six ou huit mois après notre opération.

J'ai vu une femme tuberculeuse et enceinte qui étouffait. J'ai fait trois ou quatres ponctions avec l'aiguille de Pravaz, et j'ai pu retirer deux litres de pus avec la seringue de Dieulafoy.

Chez mon homme de Bicêtre, dont parle M. Forget, je retire tous les dix jours deux litres de pus.

Dernièrement, j'ai retiré avec la seringue de Dieulafoy un litre et demi de sérosité sanguinolente de la poitrine d'un vieillard, qui est guéri aujourd'hui.

Une fois seulement, j'ai eu un insuccès avec le trocart de Dieulafoy; je n'ai pu retirer qu'une cueillerée de pus; mais il y a cet avantage, que les malades supportent la ponction sans s'en occuper, et le procédé convient parfaitement aux épanchements aigus, qui peuvent tous ou à peu près être rapidement guéris.

Je me rappelle cependant une femme prise de point de côté et de toux, sans souffle ni égophonie. Je fis appliquer 15 ventouses scarifiées.

L'égophonie apparut. On appliqua 20 nouvelles ventouses et un vésicatoire.

La maladie marcha en six jours malgré 6 vésicatoires et des drastiques. Malheureusement, la ponction ne retira pas de liquide et la femme ne fut guérie qu'au bout de quatre mois, après avoir essuyé l'application de 12 ou 14 vésicatoires.

Quant au pus, il est attiré encore plus facilement que la sérosité par l'instrument de Dieulafoy.

M. Forget. Je comprends la ponction pour l'orchite, à cause de l'étranglement produit par le liquide; mais je n'en saisis pas l'utilité dans la pleurésie, dont elle n'enlève pas l'acuïté, et dont elle ne peut modifier la marche.

M. Blachez. Ce sont les faits qui répondent. Une jeune fille de 20 ans était au onzième jour d'une pleurésie; l'épanchement avait envahi les trois quarts d'un côté de la poitrine; la ponction la guérit. Je puis produire cinq observations de pleurésie toute récente guérie en quinze jours par la ponction.

M. Forget. J'admets la ponction quand il y a de la dyspnée.

M. Boinet. Il y a une distinction très-importante à faire entre les épanchements séreux et les épanchements purulents. Or, je n'ai parlé que de ceux-ci.

Avec des trocarts capillaires, on ne peut vider la poitrine de la partie solide du pus. Il n'y a qu'un moyen, l'ouvrir largement.

M. Blachez. Le trocart capillaire est sans valeur dans la pleurésie purulente.

M. Gallard. La ponction capillaire n'empêche pas le liquide même séreux de se reproduire; il faut donc attendre que l'élément inflammatoire ait disparu. C'est ainsi que chez cette femme dont M. Blachez nous a parlé, la ponction n'a rien modifié. Rien n'est plus variable du reste que la durée de la pleurésie.

M. Blachez. J'attends pour ponctionner que le liquide gêne le malade.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Pachyméningite. Hémorrhagie méningée. — M. Blachez présente une pièce recueillie dans son service de Bicêtre.

Le malade était un vieux dément de 46 ans, qu'on apporta à l'infirmerie dans un état semi-comateux. Cet état était survenu graduellement, sans attaque caractérisée. Le malade était dans la résolution, sans paralysie localisée, sans contracture notable. Il mourut le lendemain de son entrée.

On trouva chez lui la dure-mère, au niveau de la face convine de l'hémisphère droit, revêtue de fausses membranes disposées en plusieurs couches. Ces couches ou feuillets se détachaient facilement. Elles circonscrivaient un foyer hémorrhagique déjà ancien, pouvant contenir une demi-cuillerée de sang, ayant déjà la coloration rouge jaunâtre. Une dépression existait sur l'hémisphère au niveau de ce foyer.

Les artères de la base du cerveau étaient athéromateuses; mais on ne trouva aucun point de ramollissement. La pie-mère était saine, ainsi que l'arachnoïde.

Il est facile de voir sur cette pièce le véritable mécanisme de l'hémorrhagie méningée. C'est bien évidemment dans l'épaisseur des fausses membranes développées sur la face interne de la dure-mère que l'hémorrhagie a eu lieu. Quand on examine à un faible grossissement des lambeaux de ces fausses membranes, on y constate la présence de nombreux vaisseaux et d'un tissu conjonctif très-abondant.

Des faits analogues ont servi de base au mémoire de MM. Charcot et Vulpian, publié il y a quelques années dans la *Gazette hebdomadaire*. La question de savoir si l'hémorrhagie est intra ou extra-arachnoïdienne ne pourrait plus se poser aujourd'hui, qu'on sait que l'arachnoïde pariétale n'existe pas à proprement parler; le prétendu feuillet pariétal n'est représenté que par quelques cellules épithéliales, incapables de former quelque paroi que ce soit à un foyer hémorrhagique. C'est dans la pachyméningite qu'il faut chercher l'explication des hémorrhagies méningées, au moins dans la grande majorité des cas.

La séance est levée à cinq heures et quart.

Le secrétaire annuel : Dr Duroziez.

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1870.

153. Martinet (Étienne). De l'hystérie.

154. Chapot-Duvert. De quelques applications de l'électricité à la thérapeutique (courants continus, bains électrisés).

155. Laurent (Charles). De l'hyoscyamine et de la saturnine. Étude physiologique. Applications thérapeutiques.

156. Rosiers (Marie). Des paraplégies chez les femmes enceintes et les nouvelles accouchées.

157. Eustratiadès (D. S.). Étude expérimentale sur les propriétés physiologiques de la caféine et du café.

158. Watelle (Alfred). Des tumeurs cancéreuses de l'utérus au point de vue de la fécondation, de la grossesse et de l'accouchement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Voici un trait qui honore notre armée : cinq cents médecins et infirmiers militaires ont pris les armes à la bataille de Sedan. Sur ce nombre, dit *le Siècle*, plus de deux cents sont morts au champ d'honneur.

— *École de médecine de Toulouse.* — La chaire de pharmacie et toxicologie instituée à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse prend le titre de *chaire de chimie appliquée à la médecine et à la pharmacie.*

La chaire de matière médicale et thérapeutique prend le titre de *chaire d'histoire naturelle et matière médicale.*

M. Filhol, professeur de pharmacie et toxicologie, est nommé professeur de chimie appliquée à la médecine et à la pharmacie.

M. Noulet, professeur de matière médicale et thérapeutique, est nommé professeur d'histoire naturelle et matière médicale.

— M. le docteur Yvaren, médecin à Avignon, vient d'être nommé officier de l'instruction publique.

— MM. les docteurs Léger, à Paris; Martel, à Belleville (Rhône); Weber, à Mulhouse; Ballu, à Melun; Besnou, à Cherbourg; d'Eggs, à Strasbourg; Grellois, à Metz; Le Siner, à Saint-Denis-Réunion; Nicklès, à Benfeld; Roucher, à Paris; Simon, à Paris, sont nommés officiers d'académie.

— *École de médecine de Clermont-Ferrand.* — Il est créé à ladite école une chaire de physiologie et une chaire de pharmacie.

La chaire d'anatomie et de physiologie portera désormais le titre de *chaire d'anatomie.*

La chaire de pharmacie et de toxicologie prendra le titre de *chaire de chimie appliquée à la médecine et à la pharmacie.*

La chaire de matière médicale et thérapeutique prendra le titre de *chaire d'histoire naturelle et matière médicale.*

M. Boudant, professeur d'anatomie et physiologie, est nommé professeur d'anatomie.

M. Gagnon, suppléant et chef des travaux anatomiques, est nommé professeur adjoint, chargé de la chaire de physiologie.

M. Imbert Goubeyre, professeur de matière médicale et thérapeutique, est nommé professeur d'histoire naturelle et matière médicale.

M. Bertrand, professeur de pharmacie et toxicologie, est nommé professeur de chimie appliquée à la médecine et à la pharmacie.

M. Lamotte, pharmacien de 1re classe, suppléant pour la chaire de pharmacie et toxicologie, est nommé professeur adjoint, chargé de la chaire de pharmacie.

M. Lamotte est nommé, en outre, chef des travaux chimiques.

M. Tixier, suppléant pour les chaires d'anatomie et physiologie, est nommé suppléant pour les chaires de pathologie et clinique internes, en remplacement de M. Dourif, appelé à d'autres fonctions.

M. Tixier est nommé, en outre, chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Gagnon, appelé à d'autres fonctions.

M. Blatin, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires d'anatomie et physiologie, en remplacement de M. Tixier, appelé à d'autres fonctions.

M. Frédet, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires de pathologie et de cliniques externes, en remplacement de M. Gagnon, appelé à d'autres fonctions.

— Les médecins du 6e arrondissement sont convoqués, demain samedi 10, à deux heures, à l'amphithéâtre de l'École de médecine pour la nomination des chirurgiens-majors et aides-majors des nouveaux bataillons de la garde nationale du 6e arrondissement.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

—

Du rhumatisme cérébro-spinal. Étude des accidents qui, pendant le cours du rhumatisme aigu, peuvent survenir du côté des centres nerveux et de leurs enveloppes, par le docteur Victor Desguins, médecin de bataillon. Ouvrage couronné par l'Académie impériale de médecine de Paris. (Prix de l'Académie, 1864.) — Prix : 3 fr.

Études cliniques sur l'hystérie, nature, lésions anatomiques, par le docteur E. Chairou, médecin en chef de l'Asile impérial du Vésinet. 1870, in-8 de 143 pages. — Prix : 3 fr.

Traité élémentaire de chirurgie, par le docteur Fano, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Tome II (1re partie), 1 vol. in-8 de 500 pages avec figures dans le texte. — Prix : 6 fr. — Prix du tome Ier complet : 13 fr. (L'ouvrage sera complet en 2 vol.).

Traité de la pellagre, d'après les observations recueillies en Italie et en France; suivi d'une enquête dans les asiles d'aliénés, par le docteur A. Billod. (Deuxième tirage avec additions), 1 vol. in-8 de xxx-638 pages. — Prix : 10 fr.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

A NOS LECTEURS.

Paris, le 15 mars 1871.

Après de longs mois d'interruption forcée, la *Gazette des Hôpitaux* reprend sa publicité et vient renouer avec ses lecteurs des relations si douloureusement brisées.

La pensée de l'administration a toujours été de sauvegarder les intérêts de ses souscripteurs. Pour arriver à ce but plusieurs moyens se présentaient; nous avons choisi celui qui pouvait allier les intérêts lésés par la guerre et ceux de la science elle-même.

Pendant les mois de deuil national que nous venons de traverser, la vie scientifique n'a pas été suspendue. Bien plus, on ne saura jamais d'une manière complète ce que les savants ont fait pour le soutien du pays. Parmi eux, les médecins ont tenu un rang élevé, et nul ne sera surpris que nous affirmions que le corps médical a été à la hauteur des circonstances.

Devions-nous laisser perdre pour nos lecteurs les travaux qui ont paru endant le siége? Les matériaux s'accumulaient, et jamais notre publicité tri-hebdomadaire n'aurait suffi à ce besoin du moment.

Nous n'avons donc reculé devant aucun sacrifice.

La *Gazette des Hôpitaux* doublera son mode de publicité ; au lieu de paraître trois fois par semaine, elle paraîtra, jusqu'à nouvel avis, six fois par semaine.

Aujourd'hui même nous continuons la série interrompue. Chaque numéro portera en tête la date de la série ; mais la date du Premier-Paris servira de correctif, en précisant la date réelle de l'impression. Des notes seront soigneusement placées aux tables de 1870 et de 1871, pour expliquer aux *bibliographes* cette disposition exceptionnelle.

Grâce à notre détermination, nous pourrons accueillir tous les travaux inspirés par cette malheureuse guerre; et dans un prochain numéro, nous commencerons, sous le titre : *Documents pour servir à l'histoire du mouvement scientifique pendant le siége de Paris*, une série d'articles où seront réunis tous les travaux et tous les faits d'ordre scientifique de ces derniers mois.

Cette revue rétrospective, — véritable journal du siége, — rappellera aux médecins de Paris ce qu'ils ont vu et lu, et ne manquera pas d'intérêt pour nos confrères de province.

Remettons-nous donc tous à l'œuvre ; plus notre infortune a été grande, plus nous devons travailler à la régénération et à l'amélioration de nos institutions. Profitons des heures actuelles, et que les grandes questions qui préoccupent si justement notre profession soient enfin soumises à une étude grave et sérieuse Et puisque nous pouvons reprendre aujourd'hui la plume, qu'il nous soit enfin permis d'adresser, au nom de tous les médecins français, l'expression denos plus douloureuses sympathies à ceux qui ont toujours été, qui sont et qui seront toujours nos chers confrères d'Alsace et de Lorraine.

Dr E. LE SOURD.

Paris, le 15 mars 1871.

Heureux celui qui après un long et périlleux voyage peut, en regagnant son logis, laisser sur le seuil, avec sa chaussure et son manteau poudreux, le souvenir de ses fatigues et de ses dangers, pour retrouver dans le calme du foyer l'uniformité de ses habitudes et les douceurs de sa vie régulière ! Que ne pouvons-nous, au moment où après une si longue et si violente interruption de relations si chères, nous nous retrouvons en présence de nos bien-aimés lecteurs, comme le voyageur laisser au seuil le lourd bagage de nos souvenirs et la charge plus pesante encore de nos impressions présentes ! En reprenant presque joyeusement le chemin de l'Académie, nous comptions sur une diversion à ces tristes préoccupations ; nous allions enfin entendre autre chose que des bruits de guerre et des cris de malédiction, nous allions retremper notre esprit inquiet et agité aux sources calmes et pures de la science. Quelle était notre illusion ! Partout où a passé notre jaloux et implacable ennemi, il a semé la haine et l'esprit de vengeance. Les asiles de l'étude eux-mêmes n'y ont pas échappé. Combien d'entre nous avaient atteint les limites d'une longue carrière sans connaître ces sentiments et qui en sont abreuvés sur le déclin de leur vie! Haine et vengeance, tels sont les premiers mots que nous avons entendu articuler en pénétrant à l'Académie, alors que nous nous flattions d'aller les y oublier.

Dans la séance précédente, M. Béhier, se faisant l'écho du sentiment général d'indignation provoqué par l'insolente barbarie de nos ennemis, avait proposé à l'Académie de rayer de la liste de ses membres associés ou correspondants étrangers les noms de tous ceux qui appartiennent aux Etats de la Confédération de l'Allemagne du Nord. — Une mesure semblable avait déjà été adoptée par plusieurs corps savants, notamment par la Société d'acclimatation, qui a rayé de la liste de ses membres étrangers tous les souverains et princes de l'Allemagne.

Cette proposition devait rencontrer de l'écho, elle en a rencontré en effet; mais elle devait aussi susciter des réserves et même une certaine résistance, et nous regretterions sincèrement qu'il n'en eût pas été ainsi. Que sous l'impression d'une indignation légitime et trop bien justifiée, des savants français, désireux de rompre tout lien de solidarité avec les membres d'une nation qui s'est montrée à notre égard un ennemi déloyal, se soient spontanément démis de tous les titres et honneurs scientifiques qui leur avaient été conférés en pays d'outre-Rhin, rien de mieux ; on ne peut qu'applaudir à ce sentiment de susceptibilité nationale blessée. Que des exécutions partielles aient lieu parmi ceux d'entre les savants allemands qui, par leurs actes ou leur langage (1), ont directement insulté à la science française, d'accord. Mais qu'un corps savant comme l'Académie, par une détermination prise *ab irato*, rompe violemment et à tout jamais, par une exécution sommaire et générale, tout concours et toute relation scientifique avec tout un groupe de savants dont plusieurs, à coup sûr, animés de cet esprit cosmopolite qui est un des caractères et un des traits communs de la science contemporaine, n'ont pas moins déploré que nous-mêmes cette guerre sacrilége, voilà ce qui devait arrêter des hommes graves et soucieux de la dignité scientifique. Accablez de vos récriminations, de vos haines et de vos mépris ceux à qui incombe l'effroyable responsabilité des affreux malheurs qui ont accablé deux grands pays, ces ambitieux couronnés ou blasonnés qui soufflent à leur gré les tempêtes et déchaînent les peuples les uns contre les autres dans ces luttes impies. Mais respectez, même dans le camp ennemi, le savant qui, alors même qu'il sert son pays, sait mettre encore au-dessus des intérêts nationaux les intérêts plus généraux de la science et de l'humanité. C'est ce qu'une plus mûre réflexion pouvait objecter à l'élan irréfléchi d'un premier sentiment naturel et respectable d'ailleurs.

C'est en effet ainsi qu'en a jugé l'Académie, d'abord en renvoyant l'examen de la proposition de M. Béhier au Bureau, et en second lieu en adoptant, ce qu'elle a fait dans sa dernière séance, les conclusions si sagement motivées et si éloquemment formulées dans le rapport de M. Béclard, dont nous reproduisons à peu près textuellement la teneur dans le compte rendu de la séance.

Ce premier incident vidé, nous sommes loin d'en avoir fini avec les échos et le retentissement de la guerre sur les choses de la médecine et de la science en général : blessures de guerre, épidémies, épizooties, mesures hygiéniques urgentes nécessitées par les suites du siége de Paris et par l'ensemble des événements, voilà de quoi défrayer longtemps encore les séances de nos corps savants.

La séance dernière notamment a été occupée presque tout entière par la lecture d'un travail de M. Reynal sur la peste bovine.

La question de l'infection purulente, depuis si longtemps interrompue, a été remise à l'ordre du jour de la séance prochaine.

Ce ne sont point les sujets qui manqueront à nos études et à nos méditations. Puissent nos forces ne pas rester au-dessous de la tâche que nous reprenons !

Dr BROCHIN.

UNIVERSITÉ DE BERLIN. — M. DU BOIS-REYMOND.

La guerre de 1870.

Quel est le sentiment qui domine aujourd'hui tous les autres dans nos cœurs, sentiment douloureux et sombre ? C'est que ce jour, c'est que cette solennité ressemblent bien peu à ce que nous avions rêvé depuis des mois, à ce que, naguère encore, il y a quelques semaines à peine, nous espérions. Nous comptions avec la Prusse entière, avec la population de cette capitale, célébrer le centième anniversaire de la naissance de Frédéric-Guillaume III, le glorieux fondateur de cette Université. Nous nous complaisions à nous figurer la ville entière joyeusement parée, une foule en fête s'agitant à travers nos rues, et, au milieu de cette foule émue, nous nous voyions nous-mêmes jouissant en toute sérénité d'âme des bienfaits de l'heure présente. Nous nous promettions de nous recueillir pour contempler en repos les destinées florissantes de cet Etat, et l'accomplissement si naturel de nos vœux, de nos aspirations nationales. Nous avions le désir de nous réunir ici pour jeter un regard en arrière, pour parcourir ensemble les étonnantes annales de notre pays, pour retracer à nos yeux les origines de cette Université, qui se rattachent si étroitement à l'histoire politique de la nation.

Nous voulions rappeler à tous comment, au début de ce siècle, le peuple français, après s'être souillé pendant la Révolution de toutes les atrocités, s'était livré en proie à un capitaine venu de la Corse ; comment ce capitaine, en flattant les instincts et les passions de ce peuple, en avait fait l'instrument de ses folles ambitions; comment, grâce à la défaite de l'Autriche, au morcellement de l'Allemagne, ce conquérant avait forcé la Prusse à l'affronter, seule, en une lutte inégale.

La Prusse succomba, et sa chute fut profonde. Mais dans l'affaissement où elle était réduite, de nouveaux germes d'avenir se développèrent en elle, et, semblables à la sève qui survit aux gelées cruelles, ils témoignent que la vie nationale était loin d'être éteinte. Sous la main de fer du conquérant, la Prusse de Frédéric II, organisme roidi et desséché, recouvra comme par enchantement la jeunesse. C'est alors, nous ne nous lassons pas de rappeler ce souvenir, c'est alors que s'éleva cette Université. Elle fut fondée pour être un sanctuaire, une école d'idéalisme, pour être un dernier abri de l'idée contre les envahissements de la force et le triomphe de la violence. Elle a répondu aux espérances qu'on avait assises sur elle. A peine formée, elle a pénétré ses élèves d'un enthousiasme sacré et les a envoyés à la guerre sainte contre l'oppresseur, dont l'heure avait enfin sonné... Le tableau noir au pied duquel je parle garde à jamais les noms de ceux qui sont tombés en ces patriotiques combats. C'est d'ici que partirent ces discours enflammés, ces allocutions à la nation allemande, grâce auxquels l'unité germanique, qui n'existait alors que dans le domaine serein de la littérature, s'accomplit dans le monde de la politique.

Depuis lors, deux générations humaines se sont écoulées ; cinquante-cinq années ont passé depuis le jour où le vieillard héroïque qui incarnait en lui toutes les aspirations de la Prusse écrasa, dans les champs ensanglantés de la Belle-Alliance, les derniers débris, les restes désespérés de la grande armée. Aux luttes meurtrières des champs de bataille succédèrent d'autres combats, et sur ce terrain des luttes de la paix, notre Université a toujours marché à l'avant-garde. Mais qui eût jamais pensé que des régions sublimes de la science et de l'art, de la littérature et de la poésie, que de ces régions où la victoire d'un peuple sur ses voisins est toujours un triomphe pour l'humanité, la lutte pourrait jamais redescendre sur la terre, dans cette arène hideuse, sillonnée de carnages, inondée de sang, toute fumante des incendies, tout empestée des fléaux que les ambulances promènent au loin ? Qui aurait pu croire qu'en ce siècle de chemins de fer, de vapeur, de télégraphie, d'expositions universelles, de traités de commerce et de congrès internationaux, le hideux chevaucheur de l'Apocalypse pourrait de nouveau nous fouler aux pieds et vider sur nous son carquois de fléaux ! Qui aurait pu croire que les engins de guerre, si merveilleusement perfectionnés par la civilisation moderne, au lieu de protéger cette civilisation européenne contre les invasions de la barbarie, se retourneraient contre leur mère et en déchireraient impitoyablement le sein ?

Tel est cependant le spectacle auquel il nous faut assister. Nous voulions voir tomber aux salves du canon, au son des cloches, au milieu d'acclamations joyeuses, le voile qui recouvre encore la statue de bronze du souverain modeste, viril, pacifique, qui a fait tant de grandes choses, presque contre son gré ; nous voulions assister à la joie de son fils, du victorieux roi Guillaume, au moment où il verrait s'accomplir un vœu si cher, depuis si longtemps saintement caressé. Et, en effet, le canon retentit aujourd'hui, mais non pour s'associer à nos cris d'allégresse ! Et, en effet, les cloches sonnent, mais c'est l'alarme qu'elles répandent. Et, en effet, des acclamations se font peut-être entendre à cette heure, mais non pour saluer une œuvre d'art, un nouvel ornement de notre Forum ! Non ! ce sont les cris de

(1) Après avoir lu le discours prononcé à Berlin, par M. du Bois-Reymond, recteur de l'Université — discours que nous reproduisons d'après la *Revue des Cours* — nos lecteurs comprendront mieux l'indignation des savants français. (N. du R.)

fureur de nos guerriers qui montent à l'assaut, cris entrecoupés des gémissements des blessés, des râlements de ceux qui vont mourir.

Les moissons de nos champs attendent le moissonneur, personne n'est là pour cueillir les fruits de nos arbres. Ateliers et fabriques sont déserts, comptoirs et tribunaux sont fermés; les salles de nos cours, nos laboratoires, se sont vidés avant l'heure; nos collèges même envoient leur jeunesse, à peine mûre pour le combat, dans la mêlée sanguinaire. Devant les atrocités qui se préparent, les Muses se sont voilé la face, car qui songerait encore à orner sa demeure lorsque la terre tremble sous nos pas? Ce qui hier encore nous paraissait digne de prix par dessus toutes choses a perdu toute sa valeur à nos yeux. C'est au point que nous nous paraissons presque coupables lorsqu'il nous arrive un moment de distraire nos pensées du spectacle de la patrie menacée pour les ramener aux objets habituels de notre activité. Autour de nous tout est en proie au fléau de la guerre; hier devant chaque maison se dressaient comme les enseignes de la civilisation, comme les insignes de la paix; aujourd'hui chaque devanture nous montre ces emblèmes de détresse, la croix rouge qui se détache implorante sur un fond blanc. La locomotive, qui traverse de son sifflet aigu le silence des nuits, n'éveille plus dans nos esprits l'idée d'une activité infatigable, de relations fraternelles; elle ne nous convie plus à ces voyages joyeux qui, à cette époque, nous reposent d'ordinaire des fatigues de l'année, non! le tableau qui se dresse devant nous lorsque nous entendons le sifflet rapide, c'est la cohue de ces milliers de nos frères qui, emportés par l'ouragan, arrachés à leurs pacifiques travaux, vont s'immoler en braves sur l'autel de la patrie.

Car cette armée qui nous quittait tout à l'heure au milieu de tant de bénédictions, de serrements de mains, de larmes et d'embrassements, n'est pas une bande de prétoriens pervers qui réclament d'un empereur élevé sur un pavois sanglant le prix sanglant des services qu'ils lui ont rendus. Comme à Athènes et à Sparte, comme à Rome aux jours de Cincinnatus et de Camille, nous sommes nous-mêmes notre armée; notre armée c'est la nation. A côté du fils du paysan et de l'ouvrier se place l'héritier des plus antiques familles: l'étudiant allemand, notre orgueil, marche au combat; il porte dans son sac son Homère et son Shakespeare. Ah! si l'armée française était la nation elle-même, peut-être envisagerait-elle la guerre autrement. Ah! vous avez beau jeu à souhaiter la guerre, patriciens amollis, bourgeois efféminés qui, paisiblement installés devant les cafés de vos boulevards, acclamez les manifestations de commande que fabrique sur un signe d'en haut la police impériale, tandis qu'un malheureux remplaçant court à la frontière se faire tuer pour vous!

Mais si nos soldats ne sont pas des prétoriens, nous n'en avons que plus de deuil à porter, nous qui restons! Dans les palais et dans les chaumières, que de places vides! Que de femmes et de mères, de sœurs et de fiancées, de vieillards et d'enfants, qui attendent dans l'angoisse le pas du messager apportant les nouvelles du camp! Votre mari, votre fils, votre frère, votre fiancé, votre seul appui, votre seule joie, celui qui vous faisait vivre, est à jamais enfoui sous la chaux, dans la fosse!

Quel est l'auteur de toutes ces détresses? Comment les avons-nous méritées, nous, le peuple le plus modéré, le plus équitable, le plus patient, le plus pacifique, le plus laborieux que la terre ait jamais porté? Depuis le roi sur son trône jusqu'au dernier manœuvre qui arrose de son front une terre qui n'est point à lui nous pouvons tous lever les bras au ciel et nous écrier: Soyons desséchés si nous avons la moindre part à ces crimes! Nous ne demandions qu'à demeurer en paix, qu'à développer notre agriculture à qui le ciel s'est montré peu clément, qu'à augmenter par notre travail les ressources de notre pays que la nature a faites si chétives; nous ne demandions que le droit de devenir un seul peuple avec nos frères qui parlent notre langue, s'ils veulent bien venir et nous tendre la main. Jamais nous n'avons eu l'audace de convoiter un pouce de sol étranger; que dis-je? lorsque nous songions à cette Alsace que les *Mémoires de Gœthe* ont comme rapprochée de nos cœurs, ce n'était jamais qu'en nous résignant à la voir à jamais perdue par notre faiblesse passée. Est-ce donc un crime de lèse-Europe, que de vouloir l'unité et la puissance que donne l'unité? Était-ce donc faire tort aux nations, que de ne vouloir pas être plus longtemps le jouet des diplomates, le champ de bataille des ambitions étrangères, le butin de la soldatesque européenne?

Quel est l'homme qui nous accuse de violence, de désirs de conquêtes, d'ambition effrénée, qui nous dénonce à l'Europe comme menaçant la paix du monde? Quel est celui qui, pour nous rendre impuissants, nous déclare la guerre au nom de la paix, au nom de la civilisation menacée?

C'est ce Catilina, qui ne trouva pas, hélas! lorsqu'il en était temps encore, de Cicéron pour le démasquer; c'est ce prince des ténèbres qui vola, la nuit, à son peuple, son indépendance et sa liberté; c'est ce menteur, c'est cet homme qui a faussé le suffrage universel, c'est ce parjure et ce froid bourreau, c'est cet aventurier parvenu qui s'est effrontément assis sur le trône des rois de France, tour à tour *carbonaro* lorsqu'il en était encore à conspirer dans les bas-fonds, et jésuite lorsqu'il eut besoin des jésuites pour dompter la France; c'est cet hypocrite qui ne croit à rien qu'à son étoile sanglante, c'est ce Tartuffe sous les baïonnettes duquel fut couvé et mené à terme le dogme de l'infaillibilité; c'est l'intrigant insondable, c'est l'homme qui a osé trois fois la guerre; en un mot, c'est l'héritier déclaré de l'idée napoléonienne. Or, cette idée quelle est-elle? C'est que le monde entier, c'est que la nation française en particulier est une sorte d'apanage de la famille Bonaparte, et que, pour exploiter cet apanage, il n'est point d'action qui soit honteuse, de trahison qui soit criminelle.

La série déjà longue de ses forfaits, cette série qui commence par l'attentat insensé de Strasbourg, cet homme la couronne aujourd'hui en allumant sans pitié la guerre la plus horrible, et pourquoi? Parce qu'il espère, en sa folie, arrêter par la chance des batailles la chute désormais inévitable de sa race. Voilà l'homme qui ose rejeter sur le roi Guillaume, ce chevalier sans peur et sans reproche, toute l'horreur de son crime, et qui, par ce coup d'audace, laisse l'univers entier incertain de ce qui est le plus étonnant: l'ambition de ce cœur de fer ou son mépris de l'humanité!

Lorsque autrefois un Louis XIV, roi à cinq ans, et entouré dès les langes d'une adoration superstitieuse, lorsqu'un mortel né dans la pourpre, qui n'avait jamais vu la réalité qu'à travers des brouillards d'encens, lorsque, dis-je, un homme égaré par cette éducation et par des conseils coupables, déchaînait, le cœur léger, tous les maux de la guerre dont il ne pouvait se faire une idée fidèle, il avait du moins cette excuse qu'il ne savait point ce qu'il faisait. Lorsqu'un génie militaire de premier ordre, comme Napoléon I[er], né pour la guerre, élevé pour la guerre, soldat de la Convention, se frayait, l'épée à la main, un chemin à la gloire à travers les débris sanglants d'une société écroulée, lorsqu'il préférait les combats à la paix la plus glorieuse, il avait une excuse aussi, l'excuse du tigre qui obéit aux instincts cruels de sa nature sanguinaire, et comme un tigre il finit captif en une cage de fer. Quant à Louis-Napoléon, son éducation lui permit de connaître et d'apprécier les fléaux dont il couvre aujourd'hui l'Europe. Il a vécu en bien des pays comme simple particulier; il connaît à fond, et par expérience, toutes les classes de la société. Cet homme qui se prépare une fois encore à faire tant de veuves et tant d'orphelins a publié des traités sur le paupérisme. Cet homme qui veut que des milliers d'ouvriers se rassemblent sans pain devant la porte désormais fermée de leurs fabriques, a prodigué, sur le papier, toutes ses sympathies à cette classe si intéressante de nos sociétés modernes. Cet homme sur l'ordre de qui de paisibles chaumières vont être réduites en cendres, a organisé des cités ouvrières. Cet homme dont la hache meurtrière va frapper impitoyablement l'industrie de deux grandes nations, a eu l'idée de développer les expositions universelles. Cet homme enfin qui est sur le point d'infliger aux sciences et aux arts une blessure qui de longtemps peut-être ne sera point guérie, a la prétention d'être lui-même un écrivain. Il écrit des morceaux d'histoire; à l'occasion même, il s'amuse à s'occuper de galvanisme, il voudrait qu'on le prît pour un homme de science. Et en effet — comme l'a remarqué avec raison M. Kinglake — Louis Napoléon est plutôt une espèce de littérateur bohème qu'un homme d'action; homme de guerre, c'est la chose du monde qu'il est le moins. Ainsi, pour rompre la paix, ce souverain n'a ni l'excuse de Louis XIV, ni celle de son oncle; il sait mieux que Louis XIV ce qu'il fait, et il ne peut pas invoquer, comme son oncle, pour excuser ses actes, les instincts impérieux de la bête de proie. Il est un tigre lui aussi, mais un tigre qui réfléchit et qui délibère. C'est là un trait de sa nature que l'on n'a point assez remarqué, et qui le distingue d'une façon éclatante dans la famille des monstres humains.

Tout nous fait espérer que ce Richard III moderne verra bientôt luire le jour de Bosworth, et ce jour sera précédé de la nuit fatale, hantée de revenants et de visions prophétiques. Cette nuit-là, un rêve atroce déroulera devant ses yeux éteints les boulevards tels qu'ils furent par cette morne journée de décembre où une soldatesque enivrée fut déchaînée contre les Parisiens désarmés. Alors se dresseront des monceaux de cadavres; alors, en un cauchemar impitoyable, l'empereur verra couler le sang qu'il a répandu naguère. Il verra toute une mer de sang; puis, il semblera à son imagination en délire que ce soit là l'Océan lui-même; les flots sanglants mugissent, ils vont se briser contre un rivage sinistre où s'élèvent, en une atmosphère de plomb toute chargée de fièvres et de miasmes, quelques palmiers malingres: c'est Cayenne! Sur ce brouillard qui s'exhale de ce sol maudit, des milliers de figures se détachent, pâles, décharnées: ce sont les victimes de l'empereur; elles s'avancent vers lui, elles l'étreignent de leurs regards douloureux; parmi elles il en est une mélancolique et fière; il reconnait les traits des Habsbourg. — « Désespère et meurs, » crient toutes ces bouches d'une voix stridente; désespère et meurs! jusqu'à ce que, tout tremblant d'une froide sueur, il éclate en ces sanglots: « Un autre cheval, vite! pansez mes blessures; Jésus, aie pitié de moi! Silence! je ne faisais que rêver! O misérable conscience, comme tu me domptes! Oui, ma conscience a des milliers de langues, et de ces langues chacune apporte contre moi quelque témoignage, chacune me traite, pour quelque motif, de scélérat. Le parjure, le parjure dans ce qu'il a de plus audacieux, le meurtre, le meurtre impie dans ce qu'il a de plus horrible, tous les crimes accomplis sans scrupule se précipitent à la barre et crient: « Coupable! il est coupable. » Désespoir, je succombe à ta violence! »

Mais laissons Bonaparte: après tout, ce n'est là qu'une figure qui passe. Nous avons d'autres comptes à demander; Louis-Napoléon a un complice. Je ne parle pas de ses instruments misérables, de ses ducs étranges, de ses gardes des sceaux, qui aujourd'hui se parjurent pour lui, quitte à se parjurer demain en un autre sens. Le complice dont je parle, plus dangereux que Napoléon lui-même parce qu'il n'est pas menacé de déchéance et qu'il est immortel, c'est la nation française tout entière. Cette plainte que je vais porter avec énergie, ce n'est pas sans y avoir mûrement réfléchi que je la porte, et je considère comme un grand honneur de pouvoir la faire entendre en ce moment solennel, du haut de cette chaire, au nom de la première université de l'Allemagne. Cette plainte, je vais la formuler clairement pour que la France apprenne de quelle façon la jugent aujourd'hui, non pas nos journalistes en leurs improvisations légères, non pas nos étudiants en leurs emportements juvéniles, ni nos habitués de brasseries, ni nos traîneurs de sabres, mais des hommes les plus sérieux, les plus érudits, les plus honorables, les plus impartiaux de l'Allemagne, les savants et les maîtres de cette Université. Ce n'est pas sans une douleur profonde que je me résigne à cette tâche, car je suis moi-même presque Français d'origine et d'éducation, et la première patrie de mon esprit fut la France: aussi je n'en éprouve que plus vivement le désir de parler comme je vais le faire; je sens que c'est un devoir pour moi, et que mon caractère de demi-Français prêtera peut-être quelque poids à mes paroles et les fera mieux accueillir des esprits ouverts que compte la France. Une idée fort insignifiante qu'il m'échappa d'exprimer, il y a quelques semaines, a soulevé dans la presse de Paris d'amères récriminations; il m'est donc permis d'espérer que mes paroles d'aujourd'hui arriveront, elles aussi, à leur adresse.

(*Sera continué.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 mars. — Présidence de M. Wurtz.

PRÉSENTATIONS

M. Gubler dépose sur le bureau de l'Académie une série nombreuse de brochures sur des sujets variés, dues à un savant médecin belge, M. Van den Corput, aux connaissances encyclopédiques duquel il saisit l'occasion de rendre hommage. M. Gubler donne une analyse succincte de ces divers travaux.

M. Larrey présente: 1° au nom de M. Belina, médecin-major, une brochure relative à la transfusion du sang défibriné; — 2° au nom de M. Didiot, médecin principal de 1[re] classe, une *Notice biographique* sur M. le docteur Coindet, ancien médecin militaire, si tristement tué, le 22 janvier, dans son domicile, sur la place de l'Hôtel-de-Ville.

RAPPORTS

M. Gobley, au nom de la commission des remèdes secrets, lit une série de rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

PROPOSITION

M. Béclard rappelle à l'Académie que, dans la dernière séance, M. Béhier a développé une proposition dont la gravité n'a échappé à personne. Cette proposition a été renvoyée à une commission composée des membres du bureau auxquels ont été adjoints MM. Béhier et Bouley. Cette commission s'est réunie, a longuement délibéré et a consigné les résultats de ses délibérations dans une résolution sous forme d'ordre du jour motivé. M. Béclard demande la permission à l'Académie de faire précéder la lecture de ces conclusions de quelques mots d'explication.

Tout le monde a lu, dit-il, dans les journaux une lettre de M. le comte Jaubert, député du Cher, l'un de nos botanistes les plus distingués, membre de l'Institut, lettre dans laquelle M. Jaubert se désiste de son titre de membre d'une société allemande dite l'Académie des curieux de la nature.

« La guerre que nous fait l'Allemagne, écrit M. Jaubert, a pris depuis quelque temps un tel caractère, que tout Français soucieux de son honneur se doit à lui-même de cesser toutes relations avec les Allemands. » C'est dans le même sens et dans des termes beaucoup plus énergiques que notre président, M. Barth, a formulé l'intention de faire rayer son nom de la liste d'une société savante allemande dont il fait partie. Certes ce sont là de nobles sentiments des actes personnels, des actes spontanés qui méritent tous nos éloges; mais pour ma part j'applaudirais bien plus encore, si, visant droit au but, et s'adressant aux souverains, aux princes, aux principicules qui sont, après tout, seuls responsables des désastres qui viennent d'être commis, on leur renvoyait dédaigneusement ces insignes honorifiques qu'ont acceptés beaucoup d'entre vous, que quelques-uns même ont peut-être sollicités, et dont ils ne pourraient plus se parer aujourd'hui sans la plus choquante des inconséquences.

La proposition de M. Béhier est chose grave, très-grave; il y a là à prendre une résolution qui non-seulement regarde le présent, mais encore engage l'avenir. Savez-vous bien quels sont les hommes que vous voulez éliminer? Car cette élimination, pour être équitable, ne peut admettre aucune exception. Voilà les hommes que vous voudriez brusquement éliminer de l'Académie: MM. Liebig, Vogel, Stromeyer, Wohler, Arnold, Bischoff, Weber, Lebert, Chelius, Hering, Wutzer, Gheissner, Ehrenberg, Jacobi, Bunsen, Wirchow, Helmholtz.

Pour ma part, reprend M. Béclard, je ne me crois pas le droit moral de procéder à une pareille exécution. Il est à croire, et pour quelques-uns je le sais pertinemment, que presque tous ces savants étaient dès le principe, comme nous, opposés à cette guerre funeste. Cette élimination serait donc un jugement par trop sévère. Condamnons ce qui doit être condamné, protestons contre ce qui est inique; mais sachons modérer nos passions maintenant plus que jamais, et si nous voulons être forts, soyons justes.

Voici la résolution que la commission a votée à l'unanimité, car M. Béhier lui-même s'est rallié à l'avis de ses collègues:

« L'Académie, tout en s'associant aux sentiments de patriotique indignation exprimés par notre confrère M. Béhier, passe à l'ordre du jour sur la motion qu'il avait proposée; mais elle saisit l'occa-

sion qui lui est offerte pour protester au nom de la science, au nom de la civilisation et au nom de l'humanité, contre la guerre sauvage qui nous a été faite, et contre le bombardement de nos établissements scientifiques et de nos hôpitaux. »

M. Béclard donne ensuite lecture de la lettre suivante, écrite à l'Académie par M. Béhier, absent de la séance.

« Monsieur le Président,

« J'ai le regret de ne pouvoir me rendre demain à la séance de l'Académie, comme j'aurais voulu le faire, surtout après la proposition que j'ai eu l'honneur de soumettre à la compagnie mardi dernier.

« Lorsque j'ai formulé cette proposition, je désirais surtout établir la ferme résolution qu'aurait alors exprimée l'Académie de rompre absolument tout rapport avec les savants des pays ennemis. Plusieurs de nos collègues ont trouvé la proposition trop radicale Je respecte asurément leurs scrupules, mais je suis toujours loin de les partager.

« Toutefois, comme il importe, ce me semble, que la démarche de l'Académie (si elle en fait une) soit aussi unanime que possible, je me rallierai volontiers à l'ordre du jour qui exprime le plus vivement l'indignation et la haine.

« Veuillez agréer, etc.

« P. S. Notre collègue, M. Marrotte, m'a envoyé la communication imprimée que je joins ici. Je regretterai, je l'avoue, que l'Académie de médecine ne consente pas à faire ce que l'Académie de Clermont a fait à l'unanimité.

« L'Académie de Clermont vient de prendre à l'unanimité une décision par suite de laquelle aucun Allemand ne peut désormais figurer parmi ses membres.

« En conséquence, le nom du docteur Buch (de Francfort), associé libre, a été rayé du registre de l'Académie. »

M. CHATIN propose un amendement à la conclusion soumise au vote de l'Académie, qui consisterait à rayer quelques noms, sans prendre une mesure générale. Il y a, selon lui, des savants qui sont sortis du sanctuaire de la science, et qui mériteraient peut-être qu'on prît à leur égard une résolution plus sévère.

M. MAGNE croit que beaucoup de savants allemands ont abusé indignement de l'hospitalité qu'ils trouvaient parmi nous, et demande que l'on flétrisse, par des mesures sévères, le honteux espionnage.

M. LE PRÉSIDENT croit être l'interprète des sentiments de l'Académie en abrégeant cette discussion et en proposant de passer au vote de la résolution qui vient d'être soumise à l'Académie par son secrétaire d'une manière si brillante, si sensée et si juste.

Cette résolution, mise aux voix, est adoptée à l'unanimité.

— M. BOULEY demande à rectifier, du haut de la tribune de l'Académie, l'opinion qu'on lui a prêtée dans le compte rendu de la dernière séance de l'Académie des sciences du *Journal officiel*, au sujet des expériences entreprises sous son examen à l'École militaire sur le traitement de la peste bovine, d'une part par des vétérinaires de l'armée, d'autre part avec l'acide phénique et un X... par un docteur de Paris. On lui a fait dire qu'il était facile de prévoir des résultats assez favorables pour qu'on pût avoir les meilleures espérances dans l'avenir ; il a dit, au contraire, qu'il fait encore toutes ses réserves et attend la fin des expériences pour juger la question.

M. REYNAL lit une note sur l'historique de la peste bovine.

— M. LE PRÉSIDENT rappelle que la discussion sur la pyoémie est à l'ordre du jour pour la prochaine séance.

La séance est levée à quatre heures et demie.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 5 septembre. — Présidence de M. LIOUVILLE.

Anatomie végétale. — M. Cave lit un mémoire *sur la zone génératrice des appendices chez les végétaux monocotylédons.*

Il résume dans les termes suivants les conclusions les plus générales qui lui semblent résulter de ses recherches :

I. Dans tous les végétaux phanérogames, les parties nouvelles des appendices sont situées à la face interne ou supérieure de ces organes;

II. Les parties récemment formées dans les appendices sont en continuité parfaite avec les portions nouvelles de la tige.

Une conséquence philosophique me paraît, dès lors, s'imposer à notre esprit : les axes végétaux et les appendices qui en émanent forment un ensemble naturel entre les deux parties duquel il est à peu près impossible de tracer une ligne de démarcation nette et précise.

(Renvoyé à la section de botanique.)

Météorologie. — M. W. de Fonvielle adresse une note sur la *théorie de Mariotte sur les oscillations barométriques.*

« On trouve, dit l'auteur, à la page 161 du premier volume des *Œuvres de Mariotte*, imprimées à Paris en 1740, une théorie très-ingénieuse pour expliquer comment le baromètre monte avec le vent du nord et baisse avec les vents du sud ouest :

« Le nord et le nord-est font ordinairement élever le mercure des baromètres, non-seulement parce qu'ils rendent l'air plus pesant (1), mais aussi parce qu'*en soufflant contre la terre de haut en bas, et en pressant l'air par ce moyen*, ils augmentent son ressort, ce qui fait élever le mercure. Les oscillations barométriques qui accompagnent le sud et le sud-ouest reçoivent une explication analogue.

« Le sud et le sud-ouest, qui viennent de loin, soufflent suivant les tangentes de la terre et *soulèvent l'air supérieur*, et par conséquent diminuent le *ressort de l'inférieur*, d'où il arrive que le baromètre se baisse. »

« Je crois devoir appeler l'attention sur cette remarque oubliée, qui introduit dans la barométrie un élément nouveau, l'action dynamique des courants d'air interposés entre la surface de la terre et le périmètre de notre atmosphère. »

(1) Sans doute à cause de sa contraction par le froid. (W. de F.)

Physique. — M. Zaliwski soumet au jugement de l'Académie une disposition de la *pile à éléments zinc-charbon*, qu'il pense pouvoir donner une intensité maximum pendant douze heures. Cette pile fonctionnerait sans dégagement gazeux et pourrait servir à l'éclairage des forts pendant la nuit. Le zinc, décapé et mis à nu, serait entouré d'une solution de chlorhydrate d'ammoniaque; le vase poreux contiendrait de l'acide azotique, concentré par l'acide sulfurique.

(Renvoi à l'examen de M. H. Sainte-Claire Deville.)

Chirurgie. — M. Ozanam appelle l'attention de l'Académie sur un nouveau procédé de *pansement des plaies et blessures*, par *l'acide carbonique dissous dans l'eau.*

Ce procédé aurait l'avantage : 1° de diminuer la douleur, par l'action anesthésique du gaz carbonique; 2° de réduire les inflammations et de préserver des érysipèles et gangrènes, en isolant les plaies du contact de l'air; 3° d'activer la cicatrisation; 4° de permettre de nettoyer aisément les plaies profondes, au moyen d'un jet liquide produit sous pression, sans l'intervention du linge ou de l'éponge, véhicules fréquents de la contagion.

Physiologie expérimentale. — M. Jousset, par l'intermédiaire de M. Claude Bernard, présente un *Essai sur le venin du scorpion.*

« Le scorpion a excité de tout temps la curiosité des naturalistes. Assez commun dans le midi de l'Europe, où sa piqûre est redoutée à l'égal de la morsure des serpents venimeux, il a été très-souvent étudié. Aristote, Pline et Galien ont rapporté sur lui des fables étranges. Plus tard Fabricius, Redi, Swammerdam, Vallisnieri, Lewoenhock, etc., et surtout Maupertuis, Amoureux, Guyon et Blanchard, ont expérimenté son venin, mais sans parvenir à se rendre un compte exact de son action.

« Des nombreuses espèces de scorpion classées par les zoologistes, trois seulement méritent d'attirer notre attention, parce qu'ils habitent le midi de la France et l'Afrique :

« 1° Le *scorpio europæus*, petite espèce (0m,03) assez commune dans les caves, les décombres et les vieux murs : sa piqûre est insignifiante à cause de la quantité très-petite de son venin;

« 2° Le *scorpio occitanus*, jaune clair et beaucoup plus grand (0m,07) que le premier : on le trouve à la campagne, blotti sous des pierres; il est peu commun, et sa piqûre est souvent suivie d'accidents formidables;

« 3° Le *scorpio afer*, originaire de l'Asie, et assez commun en Afrique, est un insecte qui atteint 0m,12 et 0m,15, et dont la piqûre est certainement mortelle pour l'homme. Je n'ai pu me procurer cette dernière espèce : c'est le *scorpio occitanus* qui forme le sujet de cette étude.

« L'appareil venimeux du scorpion est situé à l'extrémité de l'appendice caudal. Il a la forme d'une ampoule terminée par un aiguillon noirâtre recourbé, très-dur et aigu, percé près de la pointe de deux petites fentes, qui donnent écoulement au venin accumulé dans l'ampoule. L'animal s'en sert pour se défendre, et aussi pour tuer les proies dont il s'empare. N'eût-il affaire qu'à une faible mouche, il commence toujours par la piquer avant de la porter à la bouche. La mort est instantanée. Chez les animaux volumineux, les vertébrés, tels que le chien, le lapin, etc., la mort ne survient qu'après un temps plus ou moins long et subordonné à la quantité de venin inoculée.

« Le venin est un liquide incolore et limpide, franchement acide comme tous les venins, soluble dans l'eau en toutes proportions, peu soluble dans l'alcool, insoluble dans l'éther, d'une densité un peu supérieure à celle de l'eau.

« L'examen microscopique montre un liquide parfaitement transparent, renfermant çà et là quelques cellules épithéliales et de fines granulations, dont la présence n'est pas constante.

« La quantité de venin contenue dans l'ampoule est très-petite; on peut l'évaluer en moyenne à 2 milligrammes pour un scorpion de forte taille. Son activité est très-grande, puisque cette quantité suffit pour donner la mort rapidement à un chien de moyenne grosseur.

« La complication des phénomènes occasionnés chez les organismes élevés par l'introduction de ce venin dans l'économie fait qu'il est difficile de bien suivre la marche de l'empoisonnement chez ces animaux; mais chez les grenouilles, et surtout les rainettes dont la membrane interdigitale est mince, pour peu qu'on ait la précaution de doser convenablement la quantité de venin employée, on parvient à obtenir des effets se développant assez lentement pour qu'on puisse les suivre et les observer avec toute la netteté désirable.

« Les personnes qui voudront reprendre ces expériences auront tout avantage à se servir du *Lilla viridis.*

« Le but que je me suis proposé dans ce mémoire a été de déterminer d'une manière précise sur quel élément histologique ce venin exerce son action, car telle est la tendance de l'école expérimentale actuelle, et nous ne devons pas oublier que la méthode précise à l'aide de laquelle on cherche à pénétrer jusqu'au fond des mystères de l'organisme a été spécialement développée au Collége de France dans les travaux du savant maître qui a illustré la physiologie française.

« Les premières expériences que j'ai faites m'ont montré que les grenouilles succombaient rapidement sous l'influence de doses très-minimes de venin de scorpion. La mort survenait sans convulsions; la peau des rainettes vertes prenait constamment une teinte violacée et se montrait injectée. En outre, le membre piqué devenait le siége d'une rigidité musculaire complète.

« Alors j'ai cherché à suivre, en examinant le cours du sang pendant l'empoisonnement, la marche des phénomènes.

« *Expérience.* — Une rainette verte est préalablement fixée sur un liége et la membrane interdigitale de la patte droite étalée sous le microscope.

« La circulation est très-active.

« Le champ de l'instrument comprend un vaisseau capillaire moyen dans lequel trois ou quatre globules peuvent passer de front, et un autre capillaire bifurqué dans chacune des branches duquel un seul globule peut s'engager à la fois.

« Inoculation dans les muscles de la cuisse droite de l'animal de 0gr,0004 de venin frais.

« *Deux minutes* après l'inoculation, la coloration caractéristique commence à apparaître.

« Le cours du sang se ralentit sensiblement. (Le calibre des capillaires, mesuré exactement, reste le même pendant toute la durée de l'expérience.)

« *Cinq minutes.* Dans le capillaire moyen, au milieu de globules normaux, on voit passer d'autres globules qui ont l'air déformé allongés et constamment escortés de plusieurs autres auxquels semblent adhérer.

« A mesure que le cours de la circulation se ralentit, on distingue mieux les phénomènes. Un de ces globules déformés, escorté de deux autres est arrivé à la bifurcation du capillaire fin dont il obstrue la double entrée. Dans un mouvement de l'animal, un autre globule sain parvient à se glisser et à entrer dans la branche de droite, mais en emportant attaché après lui un filament détaché du globule altéré contre lequel il s'est frotté au passage.

« Dans le capillaire moyen, où les globules sont devenus très-nombreux, on les voit rouler lentement et par agglomération de quatre ou cinq.

« *Dix minutes.* Les globules stationnent dans les capillaires et les encombrent. De temps en temps, un léger mouvement de progression se fait sentir alternativement dans un sens ou dans l'autre. Il n'est que passager et n'aboutit à rien.

« De petits caillots de sang extravasé dans les tissus se voient çà et là dans le voisinage des capillaires fins.

« Je n'ai pu assister à leur formation.

« *Trente minutes.* La rigidité musculaire de la patte est établie. Elle est infiltrée. Tous les vaisseaux capillaires sont remplis de globules rouges tassés les uns contre les autres et immobiles.

« La sensibilité est parfaitement conservée et très-vive.

« Manifestation de douleur vive pendant l'excitation des muscles par un faible courant d'induction. Cette excitation n'amène aucun mouvement dans les masses de globules contenus dans les capillaires. Les muscles rigides se contractent faiblement. Les nerfs moteurs sont excitables.

« La grenouille n'est pas très-prise; les deux pattes seules sont colorées.

« Le cœur bat normalement, la respiration s'est un peu ralentie.

« L'expérience, interrompue à 7 heures du soir, est reprise le lendemain à 10 heures, la quantité de venin étant trop faible pour amener la mort.

« L'animal est revenu à sa couleur ordinaire, il paraît dans son état normal, sauf la patte piquée, qui est toujours dans l'extension, infiltrée, mais moins rigide que la veille. Elle est très-sensible aux excitations, et l'animal commence à la mouvoir au prix de grands efforts.

« A chacune de ces tentatives, les muscles sont le siége de mouvements spasmodiques analogues à ceux que produit un courant électrique intermittent.

« La circulation a reparu dans quelques capillaires. Le plus grand nombre est obstrué par un magma rougeâtre où il est impossible de distinguer la forme des globules.

« *3 heures du soir*, c'est-à-dire environ vingt-quatre heures après l'inoculation, il reste encore dans la patte piquée quelques mouvements spasmodiques et une indécision qui persiste pendant plusieurs jours.

« *Expérience.* — Du sang de grenouille est placé sous le microscope avec un fort grossissement, on introduit sous la lamelle qui le recouvre du venin de scorpion.

« Au bout de dix secondes, les globules en contact avec le venin s'arrondissent; leur contour devient absolument linéaire, et ils ressemblent à de petites masses gélatineuses.

« Leur consistance diminue ensuite peu à peu, car ils s'agrandissent et s'étalent. Leur aspect est alors celui d'une gouttelette huileuse. Le noyau devient de moins en moins visible. En inclinant le microscope on opère un mouvement lent de descente, mais seulement dans les globules normaux; les autres sont presque tous collés au verre. Pendant ce mouvement de descente, les globules sains qui rencontrent les globules altérés y adhèrent, et s'ils s'en séparent, ce n'est que difficilement et en entraînant après eux une portion de ces derniers sous forme d'un long filament visqueux.

« Enfin, si plusieurs globules altérés sont voisins, leur masse en s'étalant finit par se confondre en une seule plaque visqueuse dans laquelle on distingue çà et là des noyaux non encore dissous.

« Des nombreuses expériences relatées dans ce mémoire, il semble que l'on puisse tirer les conclusions suivantes :

« 1° Le venin du *scorpio occitanus* agit directement sur les globules rouges du sang et paraît n'agir que sur eux;

« 2° Son action a pour résultat de faire perdre aux globules la propriété de glisser les uns sur les autres;

« 3° En perdant cette propriété il s'agglutinent les uns aux autres et aux globules sains de manière à former de petites masses qui obstruent l'entrée des capillaires et mettent obstacle à la circulation.

« C'est par ce mécanisme, et en s'opposant à la plus indispensable des fonctions, que ce venin place l'économie animale dans des conditions incompatibles avec la vie.

« Il en résulte encore qu'une quantité déterminée de venin est nécessaire pour que l'animal soit empoisonné. Le venin de scorpion, comme tous les autres venins probablement, n'agit donc que quantitativement et d'une manière purement chimique, ce qui le différencie des virus, dont l'action paraît analogue à celle des ferments. »

La séance est levée à 4 heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 7 février 1871, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : MM. Gerrier et Champouillon, médecins principaux de première classe.

Au grade d'officier : MM. Didiot, médecin principal de 1re classe; Colin, médecin principal de 2e classe; Castex, Azaïs et Béraud, médecins-majors de 1re classe; Darcy, médecin-major de 2e classe; de Montèze, pharmacien-major de 1re classe.

Au grade de chevalier : MM. Mabillat, médecin-major de 2e classe; Mounier, Liénard, Gug, Bachelet, Jacquemet, Bonnefoy, Coze et Erambert, médecins aides-majors de 1re classe; Cottel, médecin-aide-major de 2e classe; Badal, médecin aide-major de 2e classe auxiliaire; Judicis, pharmacien-major de 2e classe; Gillibert, vétérinaire; Blanc, médecin aide-major du 3e bataillon de la Drôme; Pinard, médecin au 1er bataillon du Finistère; Bourdon, médecin; Portefaix, médecin-major aux francs-tireurs de la Presse.

— Par décret en date du 29 janvier 1871, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Casal et Autic, médecins de 1re classe de a marine.

Au grade de chevalier : M. Roux, médecin de 1re classe de la marine.

— Par décret en date du 12 février 1871, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Filhos, médecin principal de la garde nationale de la Seine.

Au grade de chevalier : MM. Gombault, chirurgien-major au 53e bataillon; Piron, chirurgien aide major au 71e bataillon; Poindron, chirurgien-major au 123e bataillon; Caen-Mayer, chirurgien aide-major au 190e bataillon; Desroches, médecin-major au 205e bataillon; Moynier, chirurgien-major.

— Par décret en date du 3 mars 1871, M. le docteur Galler, médecin de la Légion des mobilisés de l'Alsace (colonel Keller), a été nommé chevalier de la Légion d'honneur, pour sa belle conduite au combat de Saint-Valbert, devant Héricourt.

— Le corps de santé militaire comprenait, au 10 septembre 1870 :

7 médecins inspecteurs; — 40 médecins principaux de 1re classe; — 40 médecins principaux de 2e classe; — 260 médecins-majors de 1re classe; — 300 médecins majors de 2e classe; — 225 médecins-aides-majors de 1re classe; — 193 médecins-aides-majors de 2e classe.

1 pharmacien inspecteur; — 5 pharmaciens principaux de 1re classe; — 5 parmaciens de 2e classe; — 36 pharmaciens-majors de 1re classe; — 42 pharmaciens-majors de 2e classe; — 18 pharmaciens aides-majors de 3e classe; — 39 pharmaciens-aides-majors de 2e classe; — 1 pharmacien-sous-aide-major.

— L'intendant militaire de la 1re division invite MM. les officiers de santé militaires présents à Paris à faire connaitre leur position actuelle et à donner leur adresse au sous-intendant chargé du service des hôpitaux, rue Saint-Dominique-Saint-Germain, 94.

— Le 5 février, le train 481, parti de Marseille pour Toulon, avait à l'arrière quatre wagons de munitions de guerre. Entre Bandol et Ollioules, ces wagons ont fait explosion et donné lieu à une horrible catastrophe.

Parmi les nombreuses victimes nous avons le regret de relever le nom d'un confrère, M. Nicaise, médecin à Garéoult (Var).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. Dechambre, avec la collaboration d'un très-grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires et de la marine. Le 2e demi-volume du tome XIe de la 1re série et le 2e demi-volume du tome IIIe de la 2e série viennent de paraître. Ils contiennent les principaux articles suivants : Cachexie, par MM. Blachez et Leroy (de Méricourt); Cadavre, par M. Tourdes; Cœcum, par MM. Marc Sée et Blachez; Café, par M. Fonssagrives; Calcanéum, par M. Polaillon; Nouvelle-Calédonie, par MM. Leroy (de Méricourt) et Rochas; Calorimétrie, par M. Gavarret; Lymphatique, par MM. Robin et Potain; Lypemanie, par M. Calmeil; Machines, par MM. Gariel, Dechambre et Beaugrand; Madagascar, par M. Leroy (de Méricourt); Magnétisme, par M. Gavarret. Divers articles sur les Eaux minérales, par M. Rotureau; de Botanique, par MM. Baillon, De Seynes et Planchon; la Biographie et la Bibliographie, par MM. Beaugrand, Chereau et Montanier. — Prix du demi-volume : 6 fr.

Rapport au conseil de santé des armées sur la situation générale du service médical dans la province de Constantine, et sur le typhus qui a régné épidémiquement dans cette province en 1868. — **Rapport** à S. Exc. M. le ministre de la guerre sur l'inspection médicale de la province de Constantine en 1869, par le docteur A. Vital, médecin divisionnaire. Broch. gr. in-8 de 150 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Clinique hydrothérapique de Plessis-Lalande, par le docteur Louis Fleury (troisième fascicule). In-8 de 244 pages, contenant diverses observations d'albuminurie chronique; un cas d'affection organique du cœur; lettre à M. le docteur Pidoux, sur la révulsion en général et la révulsion hydrothérapique en particulier. — Prix 2 fr. 50.

Tableaux d'analyse chimique qualitative, par le docteur W. Hampe, professeur à l'Académie des mines de Clausthal. Traduits de l'allemand, par Ch. Baye. In-8 cartonné. — Prix : 2 fr. 50.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — Premier Paris. — UNIVERSITÉ DE BERLIN : La guerre de 1870. (M. Du Boys Reymond). — Hygiène militaire. — Chroniques et nouvelles.

Paris, le 17 mars 1871.

Le *Journal officiel* publie la note suivante, sur laquelle nous appelons les méditations de nos confrères :

« L'extension, la persistance et les ravages de certaines maladies épidémiques, notamment de la variole et de la fièvre scarlatine, en Angleterre, ont éveillé l'inquiétude et appelé l'attention publique sur les questions de santé, d'hygiène et de salubrité. Depuis près de deux ans, une commission royale poursuit une enquête sur les effets de la législation actuelle, sur la valeur de l'organisation sanitaire, sur les mesures propres à l'améliorer ou à la compléter et à mettre fin aux conflits de juridictions et de lois qui ont paralysé tous les efforts et rendu vaines toutes les tentatives de réforme.

Voici quelles sont, en substance, les conclusions de la commission, qui voudrait en faire la base d'une législation nouvelle. L'intérêt n'en est pas diminué pour le public français, par la différence des institutions.

Révision complète de toutes les lois concernant la santé publique et refonte, après examen, en un seul statut qui serait appliqué partout. Les matériaux ont été réunis au prix d'un immense travail, et les deux tiers du rapport de la commission en sont remplis.

Unité d'administration, et par suite abolition de toutes les juridictions d'où naissent les conflits. Une seule autorité juge des questions sanitaires en chaque lieu.

Réunion de l'administration de l'assistance des pauvres à celle de la santé publique, en raison de la connexité des services et en vue d'une gestion meilleure et moins coûteuse.

Désignation par l'autorité sanitaire, en chaque lieu, « d'un officier de santé » qui ne serait révocable qu'avec l'approbation de l'administration centrale. Le personnel et le service médical des pauvres pourraient être utilisés pour le service de santé générale.

Création d'un ministère de la santé publique et de l'assistance des pauvres, qui jouerait le rôle de pouvoir central, et auquel se rattacheraient le service médical du conseil privé, le service général d'enregistrement et d'autres qui relèvent maintenant du département de l'intérieur et du conseil de commerce.

Organisation d'un service d'inspection générale pour veiller aux fonctions des autorités sanitaires locales. Y seraient réunis les inspecteurs actuellement attachés aux divers départements. L'administration centrale aurait plein pouvoir de contrôler les autorités locales et d'agir sur elles, au besoin, par tous les moyens légaux.

Création d'un enregistrement des maladies, et réformes dans l'enregistrement des causes de mort. Les enfants morts deux mois avant terme seraient inscrits sur les registres, et des règlements sévères seraient établis en ce qui concerne l'enterrement des enfants nés avant terme qui se fait en certains cas sans certificats de décès. »

UNIVERSITÉ DE BERLIN. — M. DU BOIS-REYMOND (1).

La guerre de 1870.

Nous savons fort bien en Allemagne combien l'humanité a d'obligations à la nation française, à cette nation si spirituelle et si heureusement douée. Nous le savons mieux peut-être que les Français eux-mêmes, parce que nous les surpassons singulièrement en connaissance des langues, en intelligence des civilisations étrangères, parce que dans l'étude que nous faisons des autres peuples nous portons la justice jusqu'à l'injustice envers nous-mêmes. Comme les Gaulois furent soumis par Rome tandis que la Germanie se déroba à ce joug, la France fut singulièrement en avance sur l'Allemagne dans les voies de la civilisation. Cette avance s'accrut encore par suite de l'influence italienne et de la centralisation précoce dont témoigne l'histoire de nos voisins, par suite aussi de la guerre de Trente ans, du morcellement qui en résulta chez nous, et du recul qu'il nous fallut subir. Nos luttes pour conquérir la liberté de conscience, cette base de toutes les autres libertés, enrayèrent chez nous maints autres développements, tandis qu'en France le triomphe du catholicisme, si fatal plus tard au développement intellectuel et politique du pays, fut de bonne heure propice à l'essor de la civilisation. C'est ainsi que la France put exercer à une date précoce, et bien avant les autres peuples, une influence à tout prendre féconde, bien que parfois malheureuse. Il n'est pas un Allemand qui ait jamais méconnu ce fait, malgré l'aveuglement et la réaction qu'entraîne le réveil de l'indépendance et de la culture nationale. Il n'est pas un Allemand qui refuse à Descartes, à Pascal, à Voltaire, le légitime tribut d'hommages qui leur revient. Dans le domaine des sciences naturelles, la France a longtemps marché d'un demi-siècle en avant du reste de l'Europe. Quant aux poëtes français du siècle de Louis XIV, si nous ne les plaçons pas, comme on fait en France, immédiatement au-dessous des anciens, ce n'est pas partialité, car en proclamant que Shakespeare est au-dessus de nos poëtes nous faisons voir que nous ne nous laissons point guider en nos opinions par les préjugés nationaux. Nous reconnaissons encore de bon cœur que, grâce à la netteté lumineuse de leur esprit, que grâce au sentiment exquis de la correction et de la forme, sentiment qui est en France la source de mille qualités et de quelques défauts, les Français ont donné à leur prose un développement merveilleux, qu'en bien des genres littéraires ils sont nos maîtres, et que rien ne saurait rivaliser avec ces incomparables modèles. Leurs grands écrivains figurent dans nos bibliothèques comme ceux de l'Angleterre et de l'Italie. Nous parlons leur langue, nous applaudissons leur théâtre, nous nous extasions devant l'hémicycle de Paul Delaroche. Personne ne s'entend mieux que les Français à appliquer l'art à l'industrie. Leurs modes exercent sur nous un empire de l'étendue duquel ils ne sauraient se douter. Nous leur envions les magnificences splendides de leur capitale, nous apprécions leur administration et leur talent d'organiser. Nous avons la plus haute idée de leur courage, de leurs capacités militaires. Si nous ne jugeons pas leurs mœurs d'une façon très-favorable, la faute en est surtout à leurs romanciers. A les en croire, la vertu serait morte en France, il n'y resterait debout qu'une qualité, le courage physique, qui, à leur dire, tiendrait la place de l'honneur.

Ainsi nous louons, nous aimons sans réserve les traits du caractère français qui nous paraissent dignes d'éloges et d'affection. Nous reconnaissons la richesse de leur pays : la Normandie, la Gascogne et la Provence sont d'heureuses régions auxquelles rien chez nous ne saurait se comparer. Nous admirons leur puissance, leur unité, leur trésor de souvenirs glorieux, glorieux souvent à nos dépens. Nous ne leur demandons rien ; nous ne voudrions qu'une chose : vivre en paix, en bonne harmonie avec eux, comme avec nos autres voisins.

Mais les Français ne sauraient se contenter de ce régime. De tout temps, ils ont considéré comme un droit de déclarer la guerre à l'Allemagne sur un prétexte futile et de la dépouiller sans pitié. Jadis ils ont mis à feu le Palatinat, et puis, lorsque notre héros, lorsque le grand Frédéric les eut congédiés à Rosbach et les eut courbés sous une défaite qui surpasse en honte toutes celles qu'ils nous ont jamais infligées, nous avons eu, nous aussi, le tort, il faut bien le reconnaître, d'intervenir en leurs affaires. Il nous arriva de nous mêler de leurs intérêts, de pénétrer chez eux pour les empêcher de se guillotiner à plaisir. Ce fut là une grande faute, mais elle fut expiée, — non par l'issue malheureuse de cette campagne, ce n'était pas là un châtiment qui suffit, — mais par les désastres de la Prusse au temps de Napoléon. Sept années durant, le fléau terrible de la conquête s'abattit sur nous ; sept années durant, il nous fallut subir toutes les hontes, toutes les humiliations, et nous ne fûmes pas seuls à gémir ; l'Europe entière, à l'exception de l'Angleterre que cuirasse sa muraille de flots, connut les mêmes douleurs et fléchit sous le même joug. Quelles furent les ressources et les causes par lesquelles le génie militaire de Napoléon Ier réussit en cette œuvre d'asservissement ? Ce n'est pas le moment ni le lieu de le dire. Le livre de M. Paul Lanfrey révèle aujourd'hui aux yeux de tous ce que quelques initiés savaient seuls ; il révèle ceci que les premières victoires des armées républicaines furent le résultat d'un magnifique élan national, que ces victoires furent saluées par l'Europe entière avec une cordiale sympathie, mais que de cet essor généreux il ne demeura bientôt plus rien ; qu'un vaste système de pillage et de déprédation y succéda, système de violence, de ruse, d'hypocrisie diabolique, système qui peut se comparer à celui que les Espagnols appliquèrent contre les Aztèques et au Pérou.

Lorsque le jour de la vengeance arriva, la France sortit presque impunie des fautes qu'elle avait commises. S'il y eut un moment chez nous une catégorie d'hommes tout prêts à dévorer les Français, ce sentiment de haine, pardonnable après tant d'outrages subis, fit bientôt place à une admiration tout esthétique, il est vrai, mais sur ce terrain de l'art singulièrement ardente, pour la figure héroïque de l'empereur tombé ; il fit place à une affection presque passionnée pour la nation française. C'est à peine si Béranger a chanté la légende napoléonienne avec plus de verve que le chef de la jeune Allemagne, Henri Heine ; jamais Français n'a encensé ses compatriotes avec plus d'ardeur que Louis Bœne dans sa correspondance parisienne, l'œuvre du gallophile le plus ébloui. En faut-il davantage pour prouver avec quelle facilité nous avions oublié les torts, si graves pourtant, que la France avait envers nous ? en faut-il davantage pour faire voir que jamais l'idée ne nous serait venue de déclarer une nouvelle guerre à la France, pour faire voir combien étaient inutiles, aussi longtemps qu'on nous laisserait en paix, les travaux des fortifications de Paris, à moins qu'ils ne fussent dirigés contre la ville elle-même ?

Tels étaient nos sentiments : voici quels sont ceux de la France. Depuis le premier Empire, ils sont tourmentés d'un désir fiévreux de conquêtes, de conquêtes en Allemagne surtout. Lorsque ce sentiment belliqueux atteint son apogée, on le décore du beau nom de chauvinisme. Par suite de leur instruction scolaire, généralement insuffisante, et des connaissances historiques si flottantes dont se contentent même les classes élevées de la société, les Français ne savent de l'histoire du premier empire que quelques épisodes éclatants : c'est Marengo, c'est Austerlitz, c'est Iéna, c'est la retraite de Russie, ce sont les défaites de Leipzig et Waterloo, où naturellement, à les en croire, ils ne succombèrent qu'au nombre ou à la trahison. Quant aux invasions, quant à la prise de Paris, ils n'y songent qu'avec une haine indicible : écoutez-les, c'est le plus sanglant outrage qu'on eût pu leur infliger. Pour eux, ils s'attribuent le droit de déchaîner à leur guise le fer et le feu sur un territoire étranger ; mais que quelque capitaine étranger s'enhardisse à porter la guerre sur le sol sacré de la France, oh ! alors, c'est un attentat odieux au droit des peuples. Ils ignorent ce que c'est que de reconnaître les droits du voisin, et ils ne peuvent pas se faire à cette idée que la prise de Paris fut la représaille la plus douce, la plus clémente, la réponse la plus modérée à tant d'iniquités indignes. Il est curieux et fort caractéristique que les auteurs antichauvinistes de ces livres populaires, *le Conscrit de* 1813 et *Waterloo*, que ces esprits si ouverts ne réussissent pourtant pas à secouer le fardeau de ce préjugé national, on ne tentent pas du moins de le battre en brèche.

A ces cris qui réclament vengeance, vengeance de Waterloo, vengeance de l'invasion, il s'en mêle un autre en France : c'est celui qui réclame « les frontières naturelles. » Ici ils invoquent deux principes distincts. C'est d'abord ce que j'appellerai le principe esthétique, l'aspiration si essentiellement française à la pureté des contours, à la beauté de la forme ; il faut à nos voisins une frontière qui plaise à l'œil et qui soit harmonieusement dessinée ; au nom du principe du beau, ils réclament la rive gauche du Rhin. Vient maintenant le principe des nationalités. Au nom de ce principe, aussi loin que se parle le français, aussi loin que s'étend la France, *ergo*, la Belgique et la Suisse française doivent être annexées à l'Empire. Grâce à leur ignorance en matière de géographie et d'ethnographie, les Français voyagent peu et en voyage observent mal, ne sachant pas se détacher d'eux-mêmes ; ils ne se font aucune idée de ce qu'est la rive gauche du Rhin, des liens qui l'attachent à l'Allemagne, ou, s'ils s'en font une, elle est absolument fausse. S'ils pouvaient soupçonner ce que nous est cette province, ils abandonneraient ce rêve insensé de nous arracher la cathédrale de Cologne que l'Allemagne entière travaille à mener à fin, ces lieux peuplés de souvenirs, ce villes qui furent le berceau de Beethoven et de Jean de Müller, de nous arracher Worms, la ville des Niebelungen et de Luther, et de nous ravir un pays qu'unissent à l'Allemagne les plus profondes attaches, un pays si cher à tout cœur allemand. Mais non ! il est malaisé de trouver en France un homme, fût-ce dans le parti démocratique modéré, en qui soient complétement éteintes ces velléités étranges d'annexion.

Et encore, ici du moins, ces appétits français convoitent un objet palpable ; on ne les excuse pas, on peut les expliquer. Mais à côté de cette convoitise, il y en a une autre, inexplicable celle-là, parce qu'elle aspire à un but insaisissable et qui se dérobe : je veux dire l'honneur, la dignité, la gloire de la France. Ces seuls mots suffisent pour faire monter au cerveau de tout Français une sorte d'ivresse et de fièvre, ivresse qui, par un effet

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 13 septembre 1870.

naturel, rend la nation capable des actes les plus impies et les plus criminels. Ils voient une sorte de *fata morgana* qui leur montre la France (ils ne connaissent rien au delà) comme l'incarnation de toutes les grandeurs, de toutes les forces ; ils voient se dérouler sous leurs yeux je ne sais quel tableau ; mais ce que je sais bien, c'est que des soldats en pantalon garance, précédés du drapeau tricolore, enveloppés de fumée, escaladant, au milieu d'une grêle de balles, des cadavres dont l'uniforme n'est pas français, y occupent le premier plan et leur paraissent atteindre l'idéal même de la gloire humaine. A l'idée qu'un autre peuple a pu cueillir les mêmes lauriers, et cela avec moins de peine et plus d'éclat, à l'idée que l'ennemi dont hier ils triomphaient est aujourd'hui vaincu par d'autres, ils éprouvent de « patriotiques angoisses, » on les entend crier vengeance. Pourquoi vengeance? Parce que nous avons eu l'audace de battre une nation qu'ils attaquaient naguère! Il est vrai que c'était au nom d'une idée, l'idée de piller à ses dépens! Puis, ce cri de vengeance devient de plus en plus aigu et menaçant, tandis que cet ennemi dont ils ont à ce point pitié nous a depuis longtemps pardonné sa défaite et nous a tendu une main amie.

La France eut le privilége ou l'infortune, si l'on veut, de former de bonne heure un État fortement centralisé. La puissance qu'elle dut à cette unité précoce, et dont elle abusa si souvent, lui semble être un droit inaliénable. L'Italie aspire-t-elle à la liberté, la France commence, il est vrai, par lui prêter son concours, non pas dans l'intérêt de l'Italie, mais contre la maison d'Autriche et pour d'autres raisons enveloppées de mystère ; mais elle réclame et obtient, en retour de l'agrandissement du Piémont, une compensation qui rétablit ce qu'elle appelle l'équilibre. La Prusse est-elle assez forte pour conquérir à elle seule, par ses propres forces, en Allemagne, la situation que le Piémont ne pouvait se créer en Italie qu'avec le secours de la France, qu'arrive-t-il? La France, avec un sans-gêne qu'il n'y a point d'expression parlementaire pour caractériser, tente de nous appliquer, à nous aussi, sa théorie des compensations, et, comme elle n'y réussit point, elle nous déclare la guerre avec l'intention bien arrêtée de ramener l'Allemagne à son antique morcellement : car l'honneur, la dignité, la sécurité de la France exigent, paraît-il, que l'Allemagne soit morcelée, afin que, y semant la discorde, la France n'y rencontre jamais qu'un adversaire inférieur en puissance, afin même que si les choses tournent bien, la France puisse s'allier contre l'Allemagne avec une partie de l'Allemagne même. On se demande ce qu'il y a dans cette conduite, déjà séculaire, de chevaleresque et de magnanime; on se demande où est là cette générosité dont la France se targue sans cesse ; ou, si cette attitude est chevaleresque, qu'on nous dise en quoi la nôtre ne l'était pas lorsque, recourant au système dont nos voisins nous donnent l'exemple, nous les avons accablés en 1813 sous le poids de la force et du nombre.

Depuis les jours de la première République, où les Français se considéraient comme les apôtres des idées révolutionnaires, et où ils nous ont, en effet, guéris de mille abus profondément enracinés chez nous, ils se font cette illusion étrange de se croire toujours les civilisateurs de l'Allemagne; ils se figurent qu'ils ne cessent d'exercer sur nous une féconde influence dans le domaine social et politique, tandis qu'au contraire leur corruption politique empeste l'Europe, tandis que le despotisme de leur administration a étouffé chez eux toute vie civile, tandis que depuis dix-huit ans ils donnent au monde le spectacle de la plus grande ignorance, exploitée d'un commun accord par le césarisme et les jésuites. Quels sont donc les bienfaits dont ils prétendent nous combler? Est-ce l'abêtissement de leurs campagnes ou l'anarchie de leur capitale qu'ils voudraient nous octroyer? Mais à quoi bon discuter? Ils sont assez naïfs pour croire de bonne foi qu'ils remplissent une haute mission, une mission providentielle, en déclarant une guerre impie à un peuple qui les a depuis bien longtemps surpassés en vraie culture, en vraie liberté. Quoi d'étonnant à cela? Leur ignorance de l'Allemagne est telle, qu'excepté deux ou trois points géographiques qui leur sont assez familiers, comme Bade et Hombourg, par exemple, tout le reste est comme enveloppé pour eux d'un brouillard. Ils ne soupçonnent pas que la Poméranie et la Silésie sont des pays plus cultivés que la Serbie et la Bulgarie ; et même aujourd'hui, après les grands événements de 1866, il y a maints Français qui ne sauraient répondre à cette délicate question : Quelle est la langue qui se parle dans tel ou tel État de l'Allemagne? Aussi ne voient-ils pas dans nos annexions la solution, violente sans doute, mais conforme aux lois de la guerre, de grands problèmes nationaux, mais des conquêtes illégales, semblables à ce que serait, par exemple, la conquête de la Roumanie par les Russes.

Il est psychologiquement curieux d'observer comment le Français pur sang, tout en méprisant du fond de son cœur les autres nations, excepté la Pologne, dont il se fait toujours une idée fantastique, éprouve cependant un besoin impérieux d'être considéré comme un être supérieur, enveloppé d'une auréole de gloire par ses parias infimes, à l'estime desquels, s'il était conséquent, il devrait attacher d'autant moins de prix qu'il ne lui en arrive jamais le moindre écho. C'est une erreur de croire, comme on le fait souvent, que les adulations de la jeune Allemagne envers la France aient contribué à développer chez les Français l'adoration qu'ils ont pour eux-mêmes, car les Français, qui ont de leur peuple la plus haute idée et qui le considèrent comme la grande nation, n'ont jamais entendu parler de cette école et de ses extravagances. Et ce n'est pas là la seule inconséquence. Si les soldats allemands ressemblent au portrait que M. About fait d'eux, si ce sont des gens à moitié sauvages, de pauvres diables de tailleurs et de savetiers qu'il faut mener au feu à coups de crosse, où est alors le mérite de les vaincre? où sont-ils ces triomphes glorieux auxquels les Français aspirent? Mais le moyen de demander un jugement logique et sain à une nation qui, depuis vingt ans, par la confusion la plus étrange, supporte l'alliance impure de la démocratie et du bonapartisme, à une nation où aujourd'hui encore, après que l'odieux de cette alliance a éclaté aux yeux de tous, il suffit au bonapartisme d'entonner l'hymne républicain pour enflammer et animer les cœurs? Non, quand on trouve chez un peuple une confusion, un chaos à ce point étrange, on ne peut lui demander de juger avec impartialité les choses, et cependant, à le voir ainsi se tromper, on est pris d'un douloureux étonnement : car n'est-ce pas la clarté, n'est-ce pas la logique que ce peuple place au-dessus des autres qualités de l'esprit? n'est-ce pas à ces qualités qu'il sacrifie toutes les autres? n'est-ce pas par amour pour elles qu'il se plaît sans cesse à nous traiter de rêveurs chimériques et d'utopistes nuageux?

Un trait frappant du caractère des Français, c'est qu'ils se donnent volontiers pour les successeurs des Romains dans l'histoire du monde. En un sens du moins, cette comparaison qu'ils chérissent leur fait tort : ils surpassent singulièrement les Romains en fécondité intellectuelle et en sentiment esthétique; mais, d'autre part, ils se flattent. Est-ce à la Rome impériale qu'ils se comparent? Oh! alors, nous y souscrivons et leur en reconnaissons tous les vices. Est-ce à la Rome républicaine? en ce cas, nous leur en contestons les vertus. Le talent colonisateur leur fait assurément défaut, car, après quarante ans de combats, le meilleur, le seul profit qu'ils aient tiré de la conquête d'Alger est d'avoir su reconnaître et utiliser les aptitudes singulières que possèdent les fils des anciens pirates pour faire la guerre à la française. Jusqu'à présent, on avait considéré en France comme l'apogée de la barbarie les hordes de Cosaques poursuivant les Français de la Bérésina jusqu'à la Seine ; quant à aller chercher au pied de l'Atlas ces hordes de bêtes fauves, ces turcos que M. About appelle « notre belle armée d'Afrique, » quant à les déchaîner sur les bords du Rhin, c'est là sans doute la vraie civilisation ; quant à nous menacer de leurs appétits bestiaux, c'est là sans doute le bon goût. Peut-il y avoir une théorie plus insensée que d'établir un parallèle, comme on le fait au delà du Rhin, entre la royauté de Rome et celle de la France, entre la République et l'Empire tels qu'ils se succédèrent chez les Romains et les Français? Cette fiction fantaisiste date de Napoléon Ier ; il s'en servit pour faire accepter de ses sujets certaines institutions de la Rome impériale, et la fiction qu'il créa, son neveu eut bien soin de l'entretenir religieusement. Son oncle est César; quant aux peuples ingrats qui ne veulent pas que César se charge de faire leur bonheur et qui l'emprisonnent à Sainte-Hélène, ce sont Brutus et Cassius; et lui-même, qu'est-il? Octave! Le succès de cette théorie et de ces phrases eût été moins grand sans le caractère superficiel et pompeux de l'érudition en France. Bien qu'ils aient des hellénistes de premier ordre, les Français, comme nation, ne savent pas le grec, et toute l'antiquité grecque leur est relativement étrangère. Le nom d'Homère n'est, aux oreilles de la plupart des Français, qu'un son vide de sens; ils ne le connaissent que par les travestissements de Mme Dacier et de Bitaubé. De là vient cette comparaison superficielle entre Homère et Virgile, comparaison où le poëte de cour a parfois le dessus, comparaison qui frappe de stupéfaction les Allemands, qui savent boire à la source et goûter la poésie grecque dans la beauté sacrée du texte. Le mot d'antiquité éveille dans un esprit allemand l'image éternellement radieuse de la grâce hellénique; il évoque le souvenir des guerres médiques et du siècle de Périclès. Dans un esprit français, au contraire, le mot d'antiquité entraîne à sa suite l'image d'un empereur romain escorté de ses aigles et de ses légions; c'est un cortége triomphal de captifs, de chars chargés de dépouilles, c'est le Capitole qui se dresse à l'horizon, ou bien encore ce sont les spectacles barbares de l'amphithéâtre, où la foule applaudit, épaisse, à des luttes sanguinaires; ou bien, si vous me jugez trop sévère, ce sont les figures quelque peu théâtrales et surhumaines de la République romaine qui, au nom d'antiquité, se dessinent, superbes et froides, devant l'imagination des Français. Cette admiration excessive de la France pour les Romains, admiration qui y a marqué de son empreinte tous les arts, a singulièrement servi le césarisme moderne; elle a contribué pour une bonne part à former ce Néron contemporain qui, pour satisfaire un caprice impérial, vient de mettre le feu, non pas à Rome seule, il est vrai, mais à l'univers tout entier, et c'est sans doute par un *lapsus* irréfléchi que les augures de ces Romains modernes, les journalistes parisiens, nous prophétisaient naguère les fourches caudines par où il nous faudrait passer. Les fourches caudines! mais, si je ne me trompe, ce sont les Romains qui durent y passer!

En deux choses les Français sont vraiment les successeurs des Romains : comme les Romains, ils se croient appelés et autorisés à dominer le monde ; comme les Romains, sous prétexte d'alliance, ou en inventant quelque accusation calomnieuse, ils réduisent les faibles à l'asservissement. De là vient cette fureur qu'ils éprouvent depuis quatre ans à la vue de notre unité, qui se développe et qui défie désormais toute intervention, toute immixtion d'autrui dans nos affaires; de là vient le transport de rage auquel nous assistons aujourd'hui. Le second point de ressemblance de la France avec les Romains, c'est que, comme eux, elle ne regarde pas la guerre comme une dernière ressource, comme un moyen décisif de trancher les difficultés internationales, mais comme une chasse, comme un exercice salutaire et fécond qu'on trouve toujours quelque prétexte pour tenter lorsqu'il ne se présente pas de raison sérieuse. La littérature se met à l'unisson de ces instincts populaires, et il suffit d'examiner la pente où se laisse aller à la dérive la littérature française d'aujourd'hui pour être largement éclairé sur les penchants et les passions du peuple lui-même. L'une de ces passions et l'une des plus saillantes, c'est l'envie de batailler, le plaisir qu'on trouve aux aventures sanglantes, aux surprises, au duel. Les Français ont peu de goût pour la vie de famille; ils travaillent plutôt par appétit du lucre que par désir du repos et de la retraite; le travail n'est pas pour eux, comme pour les nations germaniques, un plaisir, un besoin, une seconde nature. La vie oisive des camps assaisonnée d'un peu de péril, les expéditions aventureuses, voilà ce qu'il leur faut; non pas qu'ils désirent y prendre part personnellement, non pas que l'armement général de la nation soit quelque chose qui leur paraisse agréable; non! mais ce qui les flatte, c'est qu'il y ait quelque part dans le monde des Français qui se battent.

Un des Français les plus instruits, les plus spirituels, les plus ouverts, un ennemi déclaré du chauvinisme, me disait, il y a quelques années, en un moment de libre épanchement : « On a peut-être eu tort de vouloir faire de la France une nation industrielle ; le Français est de sa nature laboureur et soldat. » — Fort bien! Mais contre qui ce soldat se battra-t-il? Si cette question s'était présentée à temps à l'esprit de mon ami, il n'eût point achevé sa phrase. Mais le chauvin la termine et répond sans scrupule : « Contre les Russes! contre les Autrichiens! contre les Italiens! le jour où ils refuseront de danser aux accords de nos violons! Contre les Anglais, avec quelle joie ce serait, n'était la Manche! Bref, contre qui que ce soit, sur un prétexte quelconque. Est-ce que le gibier se plaint lorsque le chasseur le poursuit? Le gibier, c'est l'Europe : Dieu l'a créée pour satisfaire les appétits de la France! »

Et, comme les Français sont incapables d'observer les mœurs des autres peuples, comme ils ignorent tout ce qui n'est point eux, comme ils ne sauraient entrer dans notre tour d'esprit, ni comprendre tout ce qu'il y a en nous de sentiments pacifiques, comme ils ne peuvent se rendre compte de nos aspirations à fraterniser avec le monde entier, comme ils nous prêtent leur propre égoïsme, leur sécheresse de cœur, leur désir de conquêtes, leur démangeaison belliqueuse, ils se figurent que le jour où notre unité eût été faite, où nous nous serions rendus assez forts, nous nous serions abattus sur eux comme ils fondent aujourd'hui sur nous; que dis-je? ils nous traiteraient de fous si nous n'agissions pas ainsi.

Il y a naturellement un grand nombre de Français qui sont innocents de toutes ces erreurs ; il y a chez nos voisins toute une famille d'esprits éclairés et larges qui gémissent de l'aveuglement de leurs compatriotes, qui en sont affligés et honteux. Il en est plus d'un qui, après avoir pris part pendant des années à ce que j'appellerai les campagnes de l'opinion publique contre la Prusse, sont tout stupéfaits aujourd'hui de voir qu'on les a pris au mot. Mais, s'il y a des nuances dans le chauvinisme, s'il y en a d'excusables et de modérées, il n'en est pas moins vrai que ce sentiment, dans ce qu'il a de plus exclusif et de plus jaloux, est celui de la majorité des Français; car l'homme de France qui connaissait le mieux la nation, Louis-Napoléon, a compris que le dernier effort qu'il pût tenter en faveur de sa dynastie était d'exploiter ce penchant si général.

Et voilà pourquoi la France entière lui a servi de complice.

J'accorde, à la rigueur, que la majorité des Français n'ait point voulu cette guerre; j'accorde qu'ils se sont jugés largement satisfaits par la gloire acquise et les dettes contractées en Crimée, en Italie, au Mexique. N'importe! il n'en est pas moins vrai que l'empereur, cavalier sinistre, afin de dompter son coursier rebelle, a cru qu'il ne lui restait qu'un moyen : le lancer à l'aveugle et lui faire franchir les abîmes en un galop effréné. Pour étourdir la nation et lui faire oublier le despotisme sous lequel elle gémissait impuissante, il fallait la déchaîner, bride abattue, à travers les hasards des combats! Ainsi la nation est coupable, elle aussi, coupable par son ambition puérile, par son ignorance de l'étranger, par son dédain cruel des destinées des autres peuples. Et, à y regarder de près, ce sont ces travers, qui sont dans le sang de la race, auxquels il faut attribuer les misères qui montent aujourd'hui à l'horizon; voilà vraiment pourquoi les portes du temple de Janus s'ouvrent devant nous : spectacle bien fait non pas pour nous terrasser d'effroi, mais pour nous inspirer bien des angoisses, car personne ne peut savoir ce que l'insondable avenir nous réserve de catastrophes!

(Sera continué.)

REVUE D'HYGIÈNE MILITAIRE (1).

Pour s'opposer, dans la limite du possible au moins, aux mauvais résultats de l'habitation sous la tente, il est certaines précautions, certains soins particuliers qu'il est du devoir du médecin de ne pas laisser oublier.

Et, tout d'abord, on ne saurait trop insister sur la nécessité d'un large espacement entre les tentes; les fixations réglementaires sur ce point seront toujours insuffisantes. Si une distance considérable est laissée entre chaque tente, cette disposition aura non-seulement pour avantage de diminuer l'accumulation des hommes, de les disséminer sur un plus grand espace, mais encore de permettre, lorsqu'on craindra l'infection du sol circonscrit par la tente, de l'abattre et de la dresser sur le terrain

(1) Suite. — Voir notre numéro du 10 septembre.

voisin qui n'aura pas encore été occupé. S'il importe d'espacer les tentes le plus possible, il n'est pas moins important de réunir dans chacune d'elles le plus petit nombre d'hommes. 15 soldats accumulés sous une tente conique n'ont même pas 2 mètres cubes d'espace chacun ; si l'on pouvait réduire le nombre d'hommes de moitié sous chaque tente, on n'aurait pas encore satisfait aux lois de l'hygiène la moins sévère. Lorsque le séjour sous la tente doit être tout à fait temporaire, l'espace que l'on alloue à chaque homme peut, sans trop d'inconvénients, être calculé moins largement. Pendant la journée, les portières des tentes coniques devront être relevées constamment, la muraille soulevée aussi en partie, de manière à faciliter le renouvellement de l'air. Si l'espace manque pour changer la tente de place, on pourra au moins l'abattre et secouer la toile en plein air pour la débarrasser des poussières, des matières étrangères diverses qui pourraient s'être fixées dans son tissu. Pendant l'été, pour tempérer les ardeurs du soleil, on pourra arroser le sol à l'entour de la tente, arroser le toit de la tente elle-même, ou bien encore le recouvrir de feuillage. Enfin, pendant la saison froide, on pourra, pour s'opposer au refroidissement, recouvrir les tentes d'une couche épaisse de paille et même installer dans l'intérieur un mode de chauffage aussi simple que possible.

Disposition générale, espacement des tentes. — En termes de *campement*, on appelle *rangées de tentes* celles qui sont disposées parallèlement au front de bandière, et *files de tentes* celles qui sont disposées perpendiculairement à ce même front. Lorsqu'on ne campe que sur une seule ligne, on étend considérablement le front de bandière, ce qui, au point de vue stratégique et au point de vue même du service des corvées dans le camp, n'est pas sans inconvénient ; mais ce désavantage est largement compensé par le bénéfice que l'on retire de l'occupation d'un terrain plus étendu.

En France, on calcule l'espace occupé par les tentes à raison de 1 mètre carré par fantassin et 2 mètres 50 par cavalier. Pour que les conditions de salubrité soient remplies, il faut que les tentes soient séparées entre elles et de chaque file par un espace égal au moins à une fois et demie le diamètre de chaque tente ; ainsi les tentes coniques, qui ont 2 mètres de diamètre, devraient être espacées entre elles de 3 mètres, tandis que, d'après les règlements, elles ne doivent l'être que de 2, et encore les dispositions réglementaires ne sont-elles pas toujours exécutées.

Le gourbi. — Le gourbi est un intermédiaire entre la tente et la baraque. Il nous vient d'Algérie, où il rend de grands services, et a été aussi fort utile pendant la campagne du Mexique. C'est, ainsi que l'a dit M. Cuignet, le logement d'été, la maison de campagne du soldat. Branchages, paille, foin, roseaux, tout est de bon emploi et s'adapte sur une charpente disposée en pavillon ou en maisonnette. Un bon gourbi doit être à trame serrée, imperméable aux rayons solaires, presque insensible aux pluies ordinaires, et transportable à dix ou douze hommes de l'endroit où il a été installé jusqu'à un lieu voisin. Les couvertures de laine étendues sur le sol préservent de l'humidité, et des pieux fourchus servent à suspendre les armes et les effets d'équipement.

On peut se préserver des ardeurs du soleil, en disposant les deux pans de tente-abri, de manière à ce que l'un forme une paroi verticale, et l'autre une paroi supérieure horizontale, se réunissant à angle droit avec le premier, et formant une espèce de toit.

Baraques. — Au point de vue hygiénique, la construction d'une baraque nous offre à considérer quatre points principaux : 1° sa capacité ; 2° les matériaux dont on se sert pour la construire ; 3° l'établissement des ouvertures : portes et fenêtres ; 4° enfin, le chauffage et la ventilation de cette baraque.

1° *Capacité.* — Sous le rapport de la capacité, les baraques laissent toujours à désirer ; celles de Châlons et Sathonay, en particulier, ne sont, à ce point de vue, rien moins que satisfaisantes. D'après l'aide-mémoire des officiers du génie, des baraques pour 20 hommes doivent avoir 7 pas (de 65 centimètres) de largeur sur 10 de longueur ; pour 16 hommes, 7 pas sur 8 ; pour 8 hommes, 4 pas sur 8.

On trouve encore dans ce manuel les dimensions en détail d'une baraque susceptible de loger 12 hommes.

DIMENSIONS DANS ŒUVRE

Profondeur........................	3m,80 (pour les soldats).
—	3m,00 (pour les officiers).
—	6m,00 (avec une cloison pour les colonels).
Largeur........................	4m,60
Hauteur aux pieds droits..........	1m,00
Hauteur sous les arbalétriers au faîte	3m,30

Une semblable baraque occuperait 65m,24 et fournirait par conséquent, si elle était habitée par douze hommes un peu moins de 5 mètres et demi cubes à chacun.

Du reste, qu'il s'agisse de baraques, de chambres de caserne, de salles d'hôpital, le principe est toujours le même : réunir le plus petit nombre d'hommes possible dans le plus grand espace possible.

Les baraques dans lesquelles on veut accumuler quatre-vingts à cent hommes ne présenteront jamais de dimensions suffisantes pour que l'espace cubique alloué à chacun ne laisse rien à désirer. Jamais plus de vingt hommes ne devraient être réunis dans la même baraque et chacune ne devrait pas cuber moins de 600 mètres, de façon à ce que 30 mètres cubes d'espace fussent alloués à chaque homme.

2° *Matériaux.* — Les matériaux que l'on emploie pour la construction des baraques varient suivant les ressources que fournit le pays où l'on veut s'établir et suivant la durée du séjour que l'on se propose de faire. Lorsque le campement doit avoir quelque durée, on l'établit rarement avec des baraques en planches ou en branchages, parce que les unes coûtent cher et que les autres ne procurent pas de bons abris. Les planches, quand on les utilise, devraient avoir été préalablement, soumises aux opérations de conservation indiquée par Boucherie. Généralement on leur préfère les baraques dont les murs sont faits en clayonnage de paille ou de torchis. Pour les camps permanents, on se sert, lorsque les ressources locales le permettent, de briques et de pisé, c'est-à-dire de terre argileuse qui se durcit facilement et devient très-solide. Ces derniers matériaux sont utilisés de préférence dans notre pays, parce qu'ils sont moins coûteux que le bois et donnent de bons résultats. On peut avec beaucoup d'avantage revêtir des deux faces de ces murailles d'une couche de plâtre, ainsi que cela se pratique à Châlons.

La toiture et le revêtement du sol ne sont pas moins importants que les murailles. Pour la toiture, les planches seront encore avantageusement remplacées par la paille ; le chaume, qui est mauvais conducteur du calorique, disposé en couches épaisses, sera une excellente toiture aussi bien l'hiver que l'été. Cette matière a en outre l'avantage d'être peu coûteuse et d'être facilement renouvelable. Les couvertures métalliques, et en particulier les couvertures en zinc, ont l'énorme inconvénient de beaucoup se refroidir en hiver et de s'échauffer considérablement en été ; elles doivent être absolument rejetées.

Il y a quelques années, on a fait l'essai d'un mode de revêtement particulier proposé par un ingénieur, M. D'argout ; il consiste à revêtir toute la paroi de la baraque d'algue marine. L'emploi de cette substance, dont les avantages ne sont pas bien établis, ne paraît pas appelé à se généraliser. On a aussi proposé et employé diverses étoffes recouvertes d'enduits imperméables, qui, n'était leur prix élevé, pourraient être substituées à toutes les substances que nous venons d'énumérer. Enfin, on a encore employé du cuir vernissé.

Aujourd'hui, on a à peu près abandonné toutes ces matières ; le bois ou la paille sont encore ce qu'il y a de préférable ; l'ardoise, si on en avait, serait excellente.

S'il importe d'avoir une toiture qui préserve de la chaleur et de la pluie, il n'est pas moins indispensable de se préserver d'une façon quelconque de l'humidité du sol. Si le bois est abondant, dans un camp permanent, rien ne pourra remplacer un bon plancher ; dans les camps de Sathonay et de Châlons on a bitumé le sol. Cette pratique a donné de bons résultats.

3° *Ouvertures.* — Les portes et les fenêtres doivent être disposées de façon à faciliter le plus possible le renouvellement de l'air. La baraque étant dirigée suivant sa plus grande longueur du nord au sud, les fenêtres doivent s'ouvrir à l'opposite les unes des autres sur les faces latérales, et par conséquent à l'orient et à l'occident.

Il ne faut pas craindre de multiplier les fenêtres et avoir soin qu'elles s'étendent jusqu'à 40 à 50 centimètres du plancher ; l'intervalle qui sépare une fenêtre de la suivante ne doit pas dépasser 1m,50 à 2 mètres.

4° *Ventilation et chauffage.* — En France, dans nos camps d'instruction, la ventilation ne s'effectue qu'accidentellement par les portes et fenêtres ; il n'existe aucun moyen efficace de renouvellement de l'air. Au point de vue de la ventilation, les baraques américaines présentent encore une disposition éminemment favorable, d'une très-grande simplicité, et que nous ne saurions trop recommander.

Elles sont pourvues d'un surtoit analogue à celui que l'on établit en France sur les marchés couverts, et que l'on désigne en Allemagne sous le nom de *Reiterdach*. Le long du faîte de la toiture existe une ouverture longitudinale de plus d'un pied de large, par laquelle l'air vicié et échauffé trouve une issue.

Cette baie, protégée par le surtoit à pentes parallèles au toit principal, est tenue constamment ouverte aussitôt que la température le permet.

L'air frais est introduit par des orifices existant tout autour du bâtiment à hauteur du plancher qui est double : l'air pur arrive aussi entre les lambourdes qui supportent le plancher de l'étage et le plafond du rez-de-chaussée. Pendant la belle saison, ce système fonctionnait nuit et jour.

Pendant l'hiver, le chauffage était assuré par deux poêles en fonte dans chaque baraque, et disposé de façon à se combiner à la ventilation. Chaque poêle était presque en totalité renfermé dans une enveloppe de zinc, qui communiquait avec la prise d'air extérieur. L'air se répandait dans la salle, après s'être échauffé dans ce manchon, et une cheminée d'appel assurait l'évacuation de l'air vicié. Cette cheminée d'appel était formée par quatre planches entourant la partie supérieure du tuyau de poêle et débouchait sur le toit.

Pour assurer le chauffage de la baraque, on a encore installé le foyer à une des extrémités et fait passer sous le plancher le tuyau de fumée qui va déboucher vers un des pignons. Enfin, on peut aussi faire arriver l'air extérieur à la cheminée sous le plancher, et cet air avant de se répandre dans la salle s'échauffe au contact du foyer.

Pour s'opposer à l'humidité du sol des baraques, il est encore fort utile de les entourer d'une rigole comme nous l'avons indiqué pour les tentes.

Espacement des baraques. Leur disposition dans un camp. — Dans le manuel des officiers du génie, on estime que deux files de baraques occupées par une compagnie doivent être séparées par une grande rue dont la largeur ne peut être moindre de 5 pas ou 3m,25. L'intervalle d'une compagnie à une autre doit former une petite rue de 2 pas ou 1m,30 de largeur. Ces fixations sont calculées avec une parcimonie regrettable. Au camp de Châlons heureusement, on n'a pas suivi ces errements, car la grande rue n'a pas moins de 22 mètres et la petite 10 mètres. Généralement, dans l'infanterie les baraques ont leur grand côté dirigé dans le sens de la profondeur du camp, et leurs ouvertures sont sur le petit côté placé vers le front de bandière.

Dans la cavalerie, chaque escadron a deux files de baraques, une par division. Les baraques ont leur grand côté parallèle au front de bandière et leur ouverture sur la rue à gauche de chaque file de baraques.

Les chevaux de chaque division sont placés sur une seule rangée faisant face à l'ouverture des baraques. Ils sont attachés par des cordes à des piquets plantés fortement en terre à une distance de 3 à 6 pas de la file des baraques de la division. Le nombre de chevaux à placer dans une rangée détermine la profondeur du camp de la troupe et la distance entre les rangs de baraques ; les fourrages se placent entre les rangs. L'espace qu'occupe un cheval est d'environ 1m,50.

Une question incidente se présente ici : la tente est-elle ou non supérieure à la baraque comme mode d'habitation dans les camps, sinon permanents, du moins de quelque durée. Dans son rapport sur le camp de Châlons, M. Goffres donne à la tente la supériorité sur la baraque : « La 2e division qui était baraquée, dit-il, a fourni 1 malade sur 30,6, tandis que la 3e division qui était sous tentes n'en a fourni que 1 sur 60 » ; une saine appréciation de ces chiffres exigerait la notion de provenance des garnisons de ces troupes, des influences morbides qui avaient agi sur elles antérieurement, etc. ; aussi, malgré ces résultats de la statistique, il ne semble pas possible d'admettre qu'une baraque, bien installée, ne soit pas préférable au fragile abri que peut fournir une tente, pourvu, bien entendu, qu'il n'y ait pas encombrement.

Du mode de couchage. — Que le soldat soit installé sous la tente ou dans une baraque, on ne saurait trop se préoccuper du couchage que l'on pourra mettre à sa disposition. Si le sol n'est ni planchéié ni bitumé, il devra au moins être battu avec soin, recouvert, s'il est possible, d'une couche de sable ou, encore mieux, d'une couche d'argile bien damée.

La paille a toujours constitué le couchage de campagne par excellence.

Au lieu de paille, on peut utiliser toute autre matière végétale bien sèche et élastique ; c'est ainsi qu'on peut se servir avec avantage d'herbes sèches, de foin, de mousse, etc. En France, d'après les règlements, 5 kilogrammes de paille doivent être alloués à chaque homme et renouvelés tous les quinze jours. En Prusse, chaque sous-officier ou soldat reçoit d'abord 10 livres de paille, puis 5 livres, de cinq jours en cinq jours.

Si l'on veut éviter que la paille ne pourrisse, ne s'infecte, il faut la renouveler souvent, quinze jours doivent être considérés comme un délai maximum ; mieux vaudrait s'en passer complétement que la conserver plus longtemps.

On doit, en outre, avoir chaque jour le soin d'exposer cette paille à l'air et de l'y agiter, pour la débarrasser de la poussière et de toutes les substances étrangères susceptibles de décomposition qui ne manquent pas de s'y accumuler.

La paille, qui a ainsi servi pour le couchage des hommes, ne saurait sans inconvénient, et même parfois sans danger, être employée pour faire de la litière aux animaux ; elle doit être immédiatement mélangée au fumier, ou mieux encore détruite, brûlée. Vaidy affirme que l'épidémie et l'épizootie qui ont ravagé la France en 1814 et 1815, ont été propagées par l'incurie des paysans, qui faisaient la litière à leurs animaux avec la paille sur laquelle les soldats avaient couché. Au lieu de se contenter d'étendre la paille sur le sol, aujourd'hui que chaque soldat est muni d'un sac de campement, il introduit cette paille dans le sac, de manière à former une paillasse sur laquelle il se couche, et, pour compléter son lit, il s'enveloppe dans sa couverture de laine. Pour préserver les hommes de l'humidité du sol, des toiles goudronnées, cirées, ainsi que Pringle et Jourdan le Cointe l'avaient déjà conseillé, des peaux de chameau, de bœuf ou de mouton, des nattes de jonc peuvent rendre les plus grands services.

Dans les tentes coniques, généralement, les hommes couchent la tête étant à la circonférence et les pieds dirigés vers le centre. Cette disposition s'oppose à ce que les hommes ne respirent l'air vicié qu'expire leur voisin, ainsi que cela aurait lieu s'ils couchaient la tête au centre, mais elle a l'inconvénient de les exposer aux courants d'air, aux vents coulis, si la muraille de la tente n'est pas hermétiquement maintenue, et à être mouillés les jours de pluie, la toile laissant tamiser l'eau plus facilement à la partie inférieure qu'à la partie supérieure de la tente.

A Châlons, depuis quelques années, la paille de couchage a été remplacée par des paillasses et des paillassons. Ces derniers, de forme trapézoïde, sont semblables à ceux dont les maraîchers recouvrent leurs châssis ; ils sont formés de petits botillons unis les uns aux autres par trois lignes de forte ficelle, nouant chacun deux ou trois points de sa longueur. On les roule facilement ; pendant la journée, on les expose au vent et au soleil, et on peut alors balayer le sol de la tente. Pendant la journée, après qu'ils ont été battus à l'air, les paillasses et les paillassons sont placés au fond de la tente et cachés sous les couvertures ; ainsi disposés, ils laissent libre un assez grand espace.

De simples claies placées sur la terre, disposées un peu en pente, forment lorsqu'elles sont recouvertes de paille, un lit de camp qui a été beaucoup employé. Lorsque l'on peut séparer le

coucher du sol de la tente par un certain intervalle, on se met encore bien plus sûrement à l'abri de l'humidité; quelques planches, fixées sur des tréteaux, peuvent suffire pour obtenir ce résultat et former ce qu'on est convenu d'appeler, tout particulièrement, *un lit de camp*. On recouvre les planches de paille de couchage; leur développement se calcule à peu près à raison de 0m,75 par homme.

Au camp de Sathonay, le couchage dans les baraques se compose d'un immense lit de camp, disposé de chaque côté le long de la muraille de la baraque. Chaque homme possède une paillasse remplie de paille de seigle, un traversin bourré de la même substance, un sac de campement et une couverture de laine. Au-dessus du lit de camp sont disposées des planches, des tablettes, sur lesquelles les hommes placent leurs armes et leurs effets d'équipement.

On emploie encore souvent dans les camps le *lit de cantines* (1); ce n'est autre chose qu'un brancard formé de pièces de bois d'un seul morceau ou munies d'une charnière à leur partie moyenne, sur lesquelles se fixe une forte toile, et dont les quatre extrémités vont s'enfoncer dans les anneaux ou crochets dont sont revêtues les parois latérales de la cantine. Ce lit, ainsi établi, est élevé de 3 à 4 décimètres au-dessus du sol.

Enfin, il est un dernier mode de couchage qui, à cause de sa légèreté, sa facile installation, semble devoir être le lit des camps par excellence le hamac. Impossible à établir dans les tentes, il serait très-aisément installé daus les baraques.

(*Sera continué.*)

(1) On désigne sous le nom de *cantines* les caisses destinées au transport des bagages en campagne.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — L'ouverture des cours du 2e semestre de la Faculté de médecine, retardée par les événements, aura lieu le lundi 27 mars.

— *Faculté des sciences de Paris.* Les cours du second semestre de la Faculté des sciences de Paris s'ouvriront le jeudi 16 mars, à la Sorbonne.

— *Grades universitaires des Alsaciens et Lorrains.* — Le Conseil municipal de Lyon vient d'émettre le vœu suivant :

« Le Conseil municipal de Lyon,

« Considérant que la séparation de l'Alsace et de la Lorraine ne peut être que provisoire;

« Qu'il est à propos de rattacher nos frères à la France en leur conservant tous leurs droits de Français,

« Porte auprès du pouvoir central le vœu suivant :

« Tous les grades universitaires, toutes les inscriptions d'enseignement supérieur et tous les diplômes acquis par des Alsaciens et Lorrains auprès des Ecoles et des Facultés établies ou à établir en Alsace et en Lorraine, auront en France la même valeur, et leurs titulaires jouiront des mêmes droits que s'ils les avaient acquis en France, sous la seule condition par eux d'avoir à justifier de leur origine française.

« L'équivalent des grades sera déterminé par un règlement spécial. »

— *Société médico-chirurgicale de Liége.* — *Concours de* 1871. — I. La Société médico-chirurgicale de Liége accordera un prix de cinq cents francs et le titre de membre correspondant à l'auteur du meilleur mémoire sur un sujet, librement choisi, de la médecine, de la chirurgie, des accouchements, de la pharmacie ou de la chimie dans ses rapports avec la médecine et la pharmacie.

Le mémoire couronné sera publié dans les *Annales* de la Société.

Il est interdit aux auteurs des mémoires de se faire connaître, soit directement, soit indirectement; le mémoire doit être accompagné d'une devise répétée dans un pli cacheté contenant le nom, les qualités et le domicile de l'auteur.

Les travaux devront être remis avant le 1er août 1871 à M. le docteur O. Ansiaux, secrétaire général de la Société, quai de l'Université, 6, à Liége.

II. La Société médico-chirurgicale de Liége décernera une *médaille* d'or à l'étudiant d'une des universités belges, auteur du meilleur travail sur un sujet, librement choisi, concernant l'anatomie, la physiologie, la médecine, la chirurgie, les accouchements ou la pharmacie.

Les travaux devront être remis avant le 15 octobre 1871 au secrétaire général de la Société.

Conditions ordinaires des concours.

— La *France médicale* nous apprend que par une circulaire confidentielle adressée aux recteurs, le ministre de l'instruction publique recommande dès à présent, comme impérieuse, l'étude de la langue allemande dans tous les lycées de la République. Pour appuyer sa recommandation, le ministre dit en termes exprès :

« Si les générations nouvelles veulent s'opposer à l'envahissement de la race germanique, il faut qu'elles la comprennent, qu'elles l'analysent et qu'elles puissent, à leur tour, pénétrer dans ses terres et s'y faire comprendre. »

— *Lyon médical.* — Nous recevons aujourd'hui les numéros du 19 février et du 5 mars de ce journal. Ce sont les deux premiers numéros qui nous parviennent depuis le blocus de Paris.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traîtes sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

UNIVERSITÉ DE BERLIN. — M. DU BOIS-RAYMOND (1).

La guerre de 1870.

Les chroniques que nous retracent les annales du moyen âge, de cette époque de ténèbres, nous parlent d'épidémies contagieuses qui se seraient abattues parfois sur le monde des esprits, de maladies morales qui se répandaient de peuples en peuples, propageant la folie et laissant derrière elles sur leur passage un sillon de décombres, ravageant l'univers entier comme un torrent de démence. Le chauvinisme — les générations à venir se résigneront-elles à le croire ? — est, en pleine clarté du dix-neuvième siècle, une nouvelle variété de ces affections mentales qui se communiquent à tout un peuple, et c'est le despote venu de la Corse qui en a inoculé à la France le virus contagieux. C'est en vain qu'au dix-huitième siècle, parmi les compatriotes de Voltaire et de l'Encyclopédie, on chercherait les symptômes de cette maladie. Je me trompe : à défaut de la maladie elle-même, on retrouverait dans César et le portrait qu'il trace du caractère gaulois, la disposition maladive qui a permis au venin de s'infiltrer, de se développer à ce point. Semblable au venin d'où sort la rage canine, le venin du chauvinisme a traversé une longue période d'incubation ; aujourd'hui, il est arrivé à maturité : la rage éclate, furieuse, aveugle. Mais le valeureux chien de garde, l'Allemand, ne redoute pas les fureurs maladives du lion des Ardennes.

L'Allemagne, la Suisse, l'Italie, la Belgique, la Hollande, la Scandinavie, l'Amérique, entendent par le mot de civilisation un état de choses où chaque peuple rivalise avec ses voisins dans les arts de la paix ; où chaque peuple, grâce à son travail et au développement de son esprit, aspire à dompter les forces aveugles de la nature ; où chaque peuple, dans son propre intérêt, qui n'est autre que celui de l'humanité tout entière, cherche à atteindre le plus haut degré possible de culture et de bien-être. Supposez donc un pareil état de choses, les aspirations nationales satisfaites, et demandez-vous si la guerre serait encore possible ? En vérité, on ne voit pas comment elle éclaterait encore ; on ne voit qu'une chose : c'est qu'en des conditions semblables, l'humanité ne pourrait marcher que de conquête en conquête dans la voie du bonheur et du progrès.

Dans cette famille de peuples laborieux et vivant en bon accord, la France d'aujourd'hui se trouve mal à l'aise et comme dépaysée. Elle se figure marcher à la tête de la civilisation, mais c'est là une erreur, en dépit de l'éclat de sa capitale, en dépit de sa science, de ses arts, de son industrie, en dépit de son luxe et de son élégance. Elle se trompe, car elle a négligé de faire le pas important qu'ont fait tous les peuples depuis un demi-siècle. La France se surprend parfois encore à rêver furieusement de guerres et de conquêtes : voilà pourquoi, à prendre le mot de civilisation dans son vrai sens, les Français ne sont pas un peuple civilisé. L'antique sauvagerie celtique, qui est en train de mener l'Irlande à sa perte, fermente encore dans leur sang. Il existait naguère en France un grand et noble peuple sur qui l'Europe entière attachait des regards d'admiration et de sympathie ; un peuple qui pouvait, à bien des titres, se nommer le bienfaiteur et le maître de l'humanité. Cette race généreuse, qu'est-elle devenue ? Un corsaire qui vogue sournoisement et dérobe sa marche aux vaisseaux marchands qu'on voit poindre à l'horizon, un volcan toujours en feu au milieu de campagnes ornées des plus riantes moissons, un volcan dont le cratère est toujours prêt à lancer la lave : voilà ce qu'est la France d'aujourd'hui auprès des autres nations de l'Europe. Les services que la France a rendus depuis vingt ans à la civilisation ne sont rien auprès des dommages qu'elle a causés au monde par le chauvinisme dans le même espace de temps, sans parler de la corruption de la morale publique qu'a naturellement produite et propagée au loin un système de gouvernement fondé sur le mensonge et la trahison.

Mais quel que soit le gouvernement qu'ils adoptent, que ce soit l'empire, la république rouge ou modérée, la royauté plus ou moins légitime, il y a une chose qui doit enfin cesser, je veux dire cet état insupportable d'éternelle inquiétude qui pèse sur l'Europe. Nous surtout, nous Allemands, nous voulons enfin une sécurité durable et ne pas trembler sans cesse pour le lendemain. Nous avons chez nous des affaires pressantes à régler, nous avons à cueillir les fruits de notre travail, nous voulons jouir en repos de nos biens, qui chaque jour grandissent, de nos ressources, qui se multiplient, de notre existence, qui s'embellit, de nos sciences, qui chaque jour éclaircissent quelque nouveau mystère. Nous n'avons ni temps, ni argent, ni sang de reste pour des rixes sans cesse renaissantes. Il faut qu'on nous dise enfin si nous ne pouvons pas compter sur un instant de répit, si nous sommes condamnés, comme des malheureux échoués sur une rive sauvage, à nous créer à la force du poignet le droit de vivre. Qu'on nous dise si nous sommes libres de disposer notre demeure à notre gré, ou si le voisin querelleur continuera toujours de nous menacer dans le cas où notre édifice contrarierait les caprice de sa fantaisie.

Et c'est là le résultat auquel aboutira — nous en avons la ferme confiance — cette guerre à laquelle nous voilà condamnés. Il faut que cette guerre s'achève par la ruine du second empire ; le salut de l'Allemagne est à ce prix. Mais ce n'est pas tout : nous espérons encore qu'elle aura un autre effet, celui de corriger à jamais la France de ses prétentions à dominer, de son insolence, de ses instincts rapaces, en un mot de son chauvinisme. La France apprendra par une nouvelle expérience que nous sommes de taille à lui tenir tête, lorsque nous sommes commandés aussi bien qu'elle ; elle reconnaîtra qu'il ne suffit pas d'allonger le bras du côté du Rhin pour s'emparer de ses rives ; après une agression sanglante de ses soldats, elle se résignera à nous considérer comme ses égaux, à respecter nos droits ; elle nous aura de l'obligation, si nous ne nous montrons pas trop implacables en nos légitimes représailles.

Sans doute il eût mieux valu que l'extinction du chauvinisme eût pu être obtenue sans effusion de sang, par les progrès insensibles de la civilisation, par les développements de l'instruction populaire, par l'affranchissement civil et religieux ; mais la fortune en a décidé autrement. Si le chauvinisme est incurable, si les Français se dérobent à la guérison, alors l'Europe entière leur posera un jour la question décisive que pose de l'autre côté de l'Atlantique la race anglo-saxonne aux Peaux-Rouges. « Voulez-vous quitter les voies de la guerre et travailler de concert avec nous à l'édifice européen ? » L'Europe ne peut pas exterminer la France, comme l'Amérique pourrait à la rigueur exterminer les Peaux-Rouges ; mais il pourrait arriver que la France fût garrottée d'une façon plus terrible encore ; il pourrait arriver que, semblable à des malfaiteurs bannis d'une société civilisée, ils tournassent, en leur désespoir, leurs armes les uns contre les autres, et qu'au sortir de ces luttes homicides la famille gallo-romaine, asservie par la ruse de ses prêtres, suivît dans l'abîme où elle s'est effondrée l'Espagne, sa sœur. »

De ces images attristantes et pénibles, laissez-moi, messieurs, ramener vos regards vers le spectacle sublime que l'Allemagne offre aujourd'hui. Cette nation si longtemps morcelée, dont le morcellement a été si soigneusement entretenu par ses ennemis, est, à l'heure qu'il est, parfaitement une. Sous la même bannière se sont réunies, en cette guerre vraiment nationale, plus de peuplades allemandes qu'il ne s'en est jamais groupé autour des étendards de l'empire germanique aux jours de sa splendeur. Les politiques des bords de la Seine s'entendent peut-être à merveille à organiser un plébiscite dans les campagnes et à lui faire produire tous les résultats qu'on en attend ; quant aux choses de l'Allemagne, ils en ignorent jusqu'aux éléments. Ils comptaient sur les désaccords, ils espéraient des dissensions parmi nous ; au lieu de cela, qu'ont-ils vu ? ils ont vu toutes les poitrines éclater en un même cri de guerre depuis les bruyères arrosées par la vague de la presqu'île cimbrique, depuis les confins du Nord-Est où s'élève la citadelle de la force et de la science allemande, jusqu'à la zone où nos montagnes se reflètent dans les ondes du Konigssee, et où les sapins de la Forêt Noire semblent saluer de loin ces provinces transrhénanes qui furent jadis allemandes. Il n'est plus question de la ligne du Mein, que notre amour de la paix avait accepté naguère de reconnaître : semblable à la paille balayée par l'ouragan, elle a disparu. Il n'est pas jusqu'à ces membres de la famille germanique que les traités ont vraiment isolés de nous, et dont la mission est de répandre la civilisation allemande sur les rives du Danube, qui ne témoignent de leur union morale avec leurs frères du Nord, et les sentiments fraternels qu'ils nous montrent, au lendemain d'une guerre qui les a humiliés, nous pénètrent de confusion. Enfin, ceux-là mêmes qui se sont exilés volontairement de leur patrie pour aller chercher au delà de l'Océan une nouvelle carrière à leur activité se rapprochent de nous en ce moment ; le câble qui relie les deux mondes nous apporte à tout instant la preuve de leur sympathie émue, de leur ascendant enthousiaste, de leur dévouement affectueux. C'est en vain que l'ennemi s'efforce, en déclarant qu'il a affaire aux Prussiens, non aux Allemands, d'exploiter la haine que porte la France aux vainqueurs de Waterloo, de se tromper soi-même et l'univers avec soi, par ce stratagème puéril ; il ne réussit point à faire illusion : chacun sait que ceci est une guerre allemande. Le sang versé en commun sur le champ de bataille scellera plus fermement l'unité de l'Allemagne que ne sauraient le faire tous les traités du monde, et les frères d'armes qui reviendront vainqueurs de cette guerre sacrée demeureront à jamais unis. L'étranger ne les verra plus combattre isolés !

Tout cela a été dit et répété mille fois, en mille lieux, depuis quinze jours. On le sait, et l'on commence déjà à se fatiguer de l'entendre redire. Mais non ! ce qui est vrai de la parole de Dieu, qu'une âme croyante y trouve sans cesse un charme nouveau, cela est vrai aussi des idées dont je viens de me faire l'interprète. Heureux les jeunes gens — quel que soit le sort qui leur est réservé — qui partent pour ces combats ! Ils sont heureux, dis-je, bien qu'ils ne puissent apprécier ni sentir la noblesse de leur mission aussi profondément que nous, dont la mémoire, en remontant dans le passé, y rencontre des jours d'humiliation et de honte.

On a demandé pourquoi cette Université n'a pas donné, comme d'autres corporations, quelque signe public de l'intérêt qu'elle prend à la situation actuelle.

Est-ce donc seulement de l'intérêt que nous y portons ? Et quel signe éclatant pouvons-nous donc donner de notre sympathie et de notre ardeur pour la cause dont il s'agit ? Avons-nous besoin de dire bien haut, nous dont la vie entière est dévouée à la vérité, à la liberté, à tout ce qui est éternel, avons-nous besoin de dire que nous exécrons de toute notre âme le mensonge et la tyrannie, et ce sacrilége qui consiste à se jouer de tout ce qui est noble et saint ? Nous qui avons toujours considéré l'Allemagne, dans le monde des idées, comme une grande unité morale, avons-nous besoin de témoigner notre sympathie à l'œuvre d'unification politique qui s'accomplit aujourd'hui ?

Nous, membres d'une école qui a été fondée jadis comme une sorte de forteresse intellectuelle contre les atteintes portées par Napoléon à l'idéalisme allemand, avons-nous besoin d'expliquer que nous nous associons de cœur à la lutte entreprise aujourd'hui contre l'héritier de la politique napoléonienne ? Que nous demande-t-on de plus à nous qui, depuis le jour où la guerre fut irrévocablement décidée, n'avons eu qu'une pensée, la guerre, la guerre jusqu'à la dernière goutte de sang, la guerre jusqu'au dernier écu, la guerre à outrance contre ce mensonge, cette hypocrisie, cette trahison organisée qui s'appelle le second empire, la guerre contre la nation française, contre ce peuple toujours prêt à étrangler la paix du monde ; que nous demande-t-on à nous qui chaque jour envoyons au champ de bataille ou dans les ambulances des milliers d'étudiants ; à nous qui mettons toutes les ressources de notre esprit, de notre parole, de notre activité au service de la grande cause ? Est-ce qu'on demande à un régiment de la garde de témoigner par quelque parole de son dévouement à la patrie ? Oui, dites-vous ? J'y consens. Eh bien ! alors l'université de Berlin, casernée vis-à-vis du palais du souverain, formera, à sa façon, et de par l'acte authentique de sa fondation, un régiment de gardes du corps de la maison de Hohenzollern.

Mais il suffit. C'est le cœur gros de douleur que nous nous séparons, cette fois, les uns des autres. Les vacances où nous entrons seront pleines de deuil sans doute ; à la rentrée prochaine, nous constaterons plus d'un vide dans les rangs de nos chers camarades ; j'ai bien peur que dans quelques semaines, sur ce tableau noir il ne se dresse un pendant lugubre à côté de la liste des victoires de 1813.

Nous triompherons ! Non pas parce que le droit combat dans nos rangs : l'histoire abonde d'exemples lamentables qui nous montrent le droit vaincu par la force. Nous triompherons, parce que si la nation avec laquelle nous sommes aux prises a les apparences de la santé, elle n'en a que le dehors ; elle souffre d'un cancer qui la mine et l'épuise ; l'activité qu'elle paraît déployer en ce moment est maladive, c'est un transport de fièvre, ce transport fera bientôt place à un affaissement profond auquel nous opposerons l'élan juvénile d'une nation enthousiaste, d'une nation énergiquement résolue à tout sacrifier, son sang et sa fortune, pour sauver son indépendance.

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 13 et 15 septembre.

REVUE D'HYGIÈNE MILITAIRE (1).

Latrines. — Dans la plupart des camps, l'installation des latrines est des plus primitives et aussi des plus défectueuses. Les latrines des soldats doivent se trouver à 150 pas en avant du centre de chaque bataillon, et celles des officiers à 100 pas environ de la dernière ligne. A cette distance, on établit une fosse au-dessus de laquelle un madrier, soutenu sur deux fourches, forme le siége des latrines; on masque cette fosse au moyen de murs de gazon, de branchages, etc. Tous les jours on recouvre les excréments d'une couche de terre, et lorsque la fosse est remplie jusqu'à environ 1 mètre de la surface, on la comble, puis on en établit une autre dans le voisinage. Avant de creuser les fosses, il faut, autant que possible, s'assurer que l'eau des puits ou de la rivière ne sera pas contaminée par suite de la filtration des matières fécales à travers le sol. Lorsque ces fosses ont servi seulement quelques jours, il devient impossible d'en approcher, les hommes, craignant que le bord du fossé ne s'affaisse, déposent leurs excréments à une certaine distance et bientôt les fosses deviennent réellement inutiles.

Il est recommandé, pour obvier à cet inconvénient, de garnir le bord antérieur des fosses d'un marchepied; le marchepied est maintenu par des espèces de chevalets. Une traverse horizontale, placée à 0m,60 au-dessus du marchepied, sert à empêcher les chutes.

Darcet a proposé, en 1834, d'apporter à ces fosses une modification qui supprime ces inconvénients : au moyen de deux poteaux, fichés perpendiculairement dans le sol, il fait un siége et un dossier; puis il fait creuser la fosse et contenir les terres, s'il en est besoin, avec quelques planches étresillonnées. Alors, on abat le bord du fossé dans toute sa longueur du côté des deux poteaux, servant de siége, et on pose quelques planches en avant de ce siége pour assurer le sol (*Latrines à l'usage des camps et des réunions temporaires d'un grand nombre d'hommes*, par Darcet, *Annales d'hygiène*, t. XII, 1re série, p. 390).

M. Chevallier a proposé, pour les établissements publics, un système de latrines mobiles qui pourrait aussi être utilisé dans les camps. L'appareil se compose d'un bâti en bois ou en tôle monté sur des roues, qui renferme un nombre variable de compartiments séparés les uns des autres, et munis d'un siége incliné de telle façon que l'homme ne puisse monter dessus, ce qui rend plus facile l'entretien de la propreté. La partie inférieure, qui peut être bitumée, est disposée en pente et percée de trous afin que l'urine n'y séjourne pas. Pour employer cet appareil, on creuse un fossé dont la longueur et la largeur doivent être en rapport avec les dimensions du bâti; la terre extraite est rejetée à la partie postérieure du fossé. La fosse étant creusée, on établit un petit chemin de fer le long de ses bords, et on installe l'appareil sur ces rails. A sa partie postérieure, le bâti présente une partie mobile formant ouverture, qui peut se relever ou qui glisse à volonté dans des coulisses. Cette ouverture est destinée à permettre de jeter chaque jour une couche de terre sur les matières fécales. Lorsque la fosse est remplie, on en creuse une autre, et on déplace facilement le bâti, dont les roues reposent sur les rails qu'on a préalablement installés.

Au lieu de jeter simplement de la terre sur les matières fécales, on pourrait y ajouter quelque substance désinfectante ; les plus simples, les plus répandues, dans ce cas, sont les meilleures, et c'est à ce titre que la suie, le charbon pilé, le sulfate de fer peuvent être recommandés. A Châlons, M. J. Périer a conseillé d'utiliser la craie dans le même but. Depuis quelques années, à ce camp, un chimiste allemand, moyennant un sou par homme et par mois, est chargé d'assurer la désinfection des latrines. Il emploie, à cet effet, un mélange de sulfate de fer, de zinc, de magnésie et de carbure de fer. Il ajoute 1 kilogramme de ce mélange à une tonne d'eau que l'on jette chaque jour dans la fosse.

Dans les camps américains, on s'est encore contenté de fosses creusées dans la terre. On leur donnait 1m,50 de profondeur sur 1 mètre de largeur.

Une barre horizontale, élevée de 0m,70, était placée sur le bord et une haie de feuillage dissimulait cette construction. Plusieurs fois par jour des corvées venaient jeter dans la fosse une partie des terres de déblais, et dès que la fosse était aux deux tiers pleine, on achevait de la combler.

Au camp de Krannoë-Sélo, les latrines consistent aussi en simples fosses creusées dans le sol. Derrière les murs en planches, se trouve, d'un côté pour les officiers, de l'autre pour les soldats, une forte planche posée sur des pieux et creusée de lunettes au-dessus d'une fosse creusée dans la terre.

A Châlons, les fosses pour les soldats et sous-officiers sont recouvertes d'un hangar; les officiers seuls ont des latrines à fosses mobiles; il serait à désirer que ce système pût être généralisé. Dans les camps permanents d'Aldershot, de Colchester, de Shorncliffe, en Angleterre, on a établi des fosses mobiles que l'on vide tous les jours. Dans les camps où le séjour doit être de quelque durée, les simples fosses creusées dans la terre ne sauraient être adoptées aujourd'hui, quelques précautions du reste que l'on prenne. Dans tout camp permanent, le système des fosses mobiles est le seul qui puisse mettre à l'abri de l'infection. Il va sans dire que, dans les cas où la proximité de la mer permettrait d'établir des latrines sur des pontons amarrés au rivage et communiquant avec lui par de larges chalands, on devrait recourir à ce mode d'installation, qui supprimerait radicalement la possibilité de l'infection par les matières fécales.

En France, nos camps sont encore dépourvus d'urinoirs; à Krasnoë-Sélo, on a pensé à en établir. Ils consistent en de simples rigoles qui se rendent à un réservoir commun. Une irrigation continue entretient la propreté de ces rigoles.

M. Chevallier a conseillé d'établir des pissoirs qui conduiraient l'urine dans des réservoirs en zinc dont les parois seraient recouvertes de goudron de gaz (*De l'établissement des latrines mobiles.* In *Annales d'hygiène*; 2e série, t. XXVII, p. 67).

Les urinoirs ne devraient pas se trouver seulement dans le voisinage des latrines; il faudrait aussi en établir un certain nombre plus rapprochés des tentes, afin que, pendant la nuit, les hommes ne soient pas obligés de se rendre aux latrines qui sont forcément éloignées, et qu'ils n'infectent pas le sol aux alentours de leur habitation.

Cuisines. Les cuisines, dont nous avons déjà indiqué l'emplacement, peuvent être construites plus ou moins simplement. Ordinairement, dans les camps, elles consistent dans une simple tranchée sur les bords de laquelle sont établis les fourneaux pour les marmites portatives de la troupe. La difficulté de construire un abri convenable pour ces cuisines et la promptitude avec laquelle leurs fourneaux creusés en terre se dégradent ont fait rechercher une autre espèce de cuisines plus durables et plus commodes pour le service. Un officier du génie, Dautheville, a imaginé un mode de cuisines qui, construites avec les matériaux les plus communs, peuvent aussi servir de chauffoirs. Son système consiste en un massif circulaire dans lequel on ménage, sur 8 rayons se coupant à 45 centimètres, autant de petites tranchées qui servent chacune de foyer pour 4 marmites. Tous ces foyers aboutissent à une cheminée commune établie au centre en forme de tourelle sur laquelle s'appuie un toit conique qui les met à l'abri. On construit la tourelle à l'aide des moellons et des pierres que l'on trouve sur les lieux. Les marmites se placent à la suite les unes des autres, dans des encadrements pratiqués dans deux lits de gazons qui surmontent les merlons des foyers. Le feu s'établit sous la première marmite; la flamme et le courant d'air chaud échauffent suffisamment les trois autres marmites, mais il faut avoir soin de changer ces dernières pendant la cuisson, afin qu'elles participent toutes également à la chaleur du foyer. Il faut une de ces cuisines pour deux compagnies. On peut abriter les cuisines circulaires en les entourant d'un mur en forme de rotonde, qu'on construit au moyen de piquets clayonnés avec des saucissons en paille et recouverts de torchis comme les piquets des baraques. Ce mur circulaire supporte un toit conique qui s'appuie contre la cheminée. En garnissant le pourtour intérieur de la rotonde d'une banquette en gazon ou en pierre, on obtient un chauffoir pour un assez grand nombre d'hommes.

Ambulances et hôpitaux. — Il ne nous reste plus, pour terminer ce qui a rapport aux locaux accessoires d'un camp, qu'à parler de l'*installation des malades.*

D'après les règles du campement, les malades doivent être placés à l'arrière du camp et suivant que la troupe est logée sous la tente ou dans des baraques, les malades eux-mêmes sont installés sous la tente ou dans des baraques.

Les tentes destinées à abriter les malades doivent présenter, au plus haut degré, les qualités que l'on doit exiger de toute habitation devant servir dans un campement de quelque durée; elles doivent être solides, spacieuses et imperméables. En France, nous ne possédons pas de tentes spéciales pour les ambulances; on se sert de la tente conique à muraille qui présente plus d'un inconvénient : la toile qui la recouvre n'est pas suffisamment imperméable et, en outre, à 1 mètre du centre on ne peut plus se tenir debout, ce qui ne manque pas que d'être fort gênant pour les chirurgiens.

La tente de conseil, *tente marquise*, qui est pourvue d'une double toile, où l'on se meut beaucoup plus facilement, présenterait, comme tente d'ambulance, de sérieux avantages sur la tente conique.

La tente prussienne d'ambulance a une forme oblongue ; elle est soutenue par une charpente tubulaire en fer, et est fixée au moyen de cordages. Construite avec de la toile de lin, elle possède un double toit. Les cordages qui roidissent la toile supérieure de la toiture s'étendent fort loin, obligent à espacer beaucoup les tentes, et constituent dans leur intervalle une série d'obstacles qui s'opposent à la circulation; mais il n'y a pas là de réel inconvénient, car, ainsi que l'a fait remarquer M. Legouest, dans les camps de manœuvres, dans les hôpitaux sous tentes, le large espacement, l'interdiction même des allées intermédiaires servant trop souvent de dépôt d'immondices, ne peut qu'être favorable à la santé des troupes. (*Rapport de la commission militaire sur l'Exposition universelle de* 1867, pages 62-63). A chaque extrémité est un rideau qui, lorsqu'il est abattu, forme avec la paroi de la tente, un espace intermédiaire de 1m,30 de largeur. Dans le toit sont pratiquées deux ouvertures circulaires qui assurent la ventilation de la tente. On peut lui reprocher d'être trop grande pour pouvoir être transportée et dressée facilement, en outre elle offre une trop grande surface à l'action du vent. La largeur de cette tente est de 6 mètres sur 10 mètres environ de longueur; elle peut contenir 18 hommes.

La *tente d'ambulance anglaise* est une tente double. La tente intérieure a 8m,50 de longueur, 4m,55 de largeur et 3m,65 de hauteur. Elle cube environ 185 mètres cubes. L'espace qu'elle circonscrit sur le sol est elliptique; à sa partie inférieure, elle présente des parois verticales de 1m50 de hauteur. Cette tente est fixée par des cordages à une poutre de 4m,25 de longueur et divisée en deux sections.

La tente extérieure recouvre entièrement la tente intérieure; elle repose sur la poutre transversale et est maintenue en place par des cordages.

L'espace entre les deux tentes est en moyenne de 60 centimètres. Les parois de chacune de ces deux tentes s'élèvent jusqu'à la toiture sur les côtés comme aux extrémités. Ces tentes sont faites en toile de lin, elles sont imperméables, présentent une forme convenable, peuvent être facilement ventilées, sont solides; mais elles ont le double inconvénient d'être fort lourdes et de revenir à un prix fort élevé.

La *tente-ombrelle* (Umbrella-Tent), de Richardson, exposée à l'Exposition universelle au nom de la commission sanitaire des États-Unis, est une grande tente circulaire de 6 mètres de hauteur et d'un diamètre de 7m85 à sa base, soutenue par une poutre centrale. Cette tente est divisée en deux sections, et des pièces qui rayonnent du centre au moyen d'un appareil spécial la tiennent tendue comme un parapluie ouvert. Les côtés sont soutenus par des cordes courtes, à l'insertion desquelles se trouve un rideau de 0m65 de largeur qui descend perpendiculairement sur le sol. Cette tente est faite avec une étoffe de coton appelée coton-duck et coûte 700 francs. Son dressement est rapide, le renouvellement de l'air s'y fait bien, elle est spacieuse et d'un transport facile ; mais elle n'est pas suffisamment protectrice contre la pluie, son modèle de construction est trop compliqué, plusieurs pièces en sont très-fragiles; toutes choses qui lui enlèvent beaucoup de valeur, comme tente d'ambulance en campagne.

La tente d'ambulance qui a été généralement employée pendant la guerre de la Sécession a les dimensions suivantes : longueur, 4m,25; largeur, 4m,55; et au centre, 3m,95 de hauteur, avec parois latérales de 1m,37 de haut. Elle est destinée à recevoir 8 malades. Sa charpente se compose de deux mâts verticaux et d'une poutre transversale. L'une des extrémités est disposée de telle sorte, qu'on peut y annexer une ou plusieurs tentes, et que toutes n'en forment qu'une seule avec toiture continue. Cette tente est munie d'une aile ou toit supplémentaire, lequel repose sur la poutre transversale et est élevé de plusieurs pouces au-dessus du véritable toit, qu'il recouvre entièrement. Elle est aussi construite en coton-duck et coûte environ 300 fr. Les avantages qu'elle présente sont les suivants : simplicité, bon marché, forme carrée, parois perpendiculaires, imperméabilité presque absolue. Le double toit protége efficacement contre la pluie et contre le soleil.

Cette aile ou toit supplémentaire étant mobile, on peut la ramener en face de la tente quand le temps est beau, et contribuer ainsi à augmenter l'ombre et la fraîcheur. Cette tente est dépourvue de moyen de ventilation par la toiture; l'air ne peut se renouveler que par les extrémités.

Le coton est, nous l'avons dit déjà, moins perméable que la toile; mais l'expérience seule pourra apprendre si cette étoffe est susceptible d'un assez bon usage pour pouvoir être employée sous tous les climats.

Dans les camps baraqués, les camps d'instruction en particulier, les malades sont installés aussi dans des baraques.

A Châlons, outre trois ambulances dites du centre, de droite et de gauche, il existe un hôpital-infirmerie et un hôpital principal, le tout établi dans des baraques. Les ambulances sont installées sur un modèle uniforme : elles se composent d'un grand bâtiment avec deux ailes en retour. Entre celles-ci et encadrant la porte d'entrée, on a placé la pharmacie et les bureaux, ainsi que les magasins et dépendances. Les bâtiments construits en briques n'ont qu'un rez-de-chaussée et peuvent contenir en moyenne 100 lits.

A la droite du camp, on a installé un autre établissement, dit hôpital-infirmerie, de 100 lits; il se compose d'un grand corps de bâtiment, à deux étages élevés sur caves; deux portes sur chaque façade y donnent accès : l'air y pénètre largement par 68 fenêtres. Il contient dans la partie moyenne, au rez-de-chaussée et au premier étage, deux grandes salles avec tambour et ventouses, contenant chacune 35 lits. On a placé de plus à ses extrémités au rez-de-chaussée, une salle de sous-officiers, une salle d'opérations et trois salles de bains; au premier, une chambre de garde, deux chambres d'officiers et une salle de sous-officiers. Aux extrémités de chaque étage, sont installés des lieux à l'anglaise, dont les tuyaux se déversent dans des tonneaux placés dans des caves. En retour de ce bâtiment et perpendiculairement à lui, quatre petits pavillons sont destinés à la cuisine, à la pharmacie, au casernement des infirmiers, au logement du personnel et aux bureaux.

L'hôpital central principal comprend : 1° seize baraques sur des lignes perpendiculaires au front de bandière, affectées aux salles de malades; 2° six baraques perpendiculaires aux premières, réservées à l'exploitation : chapelle, bureaux, pharmacie, dépense, cuisine, magasins et bains; 3° quatre baraques destinées au logement du personnel, et enfin 4° une baraque isolée au milieu des jardins potagers sert d'amphithéâtre. Chacune des baraques destinée à recevoir les malades contient 25 lits; des lieux d'aisance, masqués par une balustrade et à fosses mobiles, sont installés à l'une de leurs extrémités. Ces baraques sont trop étroites, les fenêtres ne sont pas assez largement percées pour permettre le libre accès de l'air et de la lumière; trop chaudes

(1) Suite. — Voir les numéros des 10 et 13 septembre.

en été, les salles en hiver sont trop froides : malgré un chauffage constant, le thermomètre y descend souvent au-dessous de zéro pendant la nuit.

Les locaux actuels, affectés aux services hospitaliers, peuvent recevoir 800 lits. Goffres a conseillé avec raison la création de deux hôpitaux de 300 lits chacun, situés l'un à droite, l'autre à gauche du camp, et qui, réunis aux 200 lits fournis par les ambulances de droite et du centre, formeraient le même total de 800 lits, bien mieux répartis. Aujourd'hui l'hôpital principal, tel qu'il est placé sur le milieu même du front de bandière, en interrompt la continuité et entrave les communications des divisions les unes avec les autres.

A Krasnoë-Sélo, les soldats, selon le genre de maladie dont ils sont atteints, sont traités dans les infirmeries régimentaires, ou à l'hôpital de Krasnoë-Sélo dans le camp lui-même, ou bien à l'hôpital militaire de la ville. Afin d'en éviter la propagation dans le camp, toutes les maladies spécifiques (fièvres éruptives, ophthalmie purulente, etc.) sont traitées à l'hôpital militaire de la ville.

Chaque régiment et chaque bataillon de tirailleurs possède son infirmerie (18 en tout). Ces infirmeries sont des bâtiments de 25 mètres de long, d'environ 8 mètres de large et sept mètres de haut : une galerie en bois les entoure. Le plancher est élevé à un peu moins de 1 mètre au-dessus du sol; les salles présentent une hauteur de $4^m,20$. De chaque côté, le long du mur, sont placés 17 lits; les deux rangées de lits sont séparées par un espace de $2^m,40$; chaque homme a dans la salle un espace cubique de 22 mètres et demi cubes environ.

Les deux murs latéraux sont percés de cinq fenêtres, dont l'extrémité inférieure est au-dessous du niveau des lits des malades; on n'a recours à aucun moyen de ventilation artificielle; lorsqu'il fait beau, on ouvre toutes les fenêtres. Des cheminées existent près de la porte. Les lits sont en bois et peints; le parquet est ciré et les murs recouverts d'une simple couche de chaux ou tapissés. Le lit se compose d'un grand sac bourré de paille, de deux oreillers, d'une couverture de laine et de deux draps de lit. — Un quartier spécial existe pour les hommes faibles et maladifs. Cette disposition a le double avantage de ne pas laisser encombrer les infirmeries et de ne pas non plus laisser circuler dans le champ des hommes inutiles. On a même établi à proximité d'une infirmerie quelques tentes, dans lesquelles sont traitées des maladies peu graves, et qui peuvent encore servir à des convalescents. L'hôpital, situé au centre du village, n'est ouvert qu'en été; il peut contenir 120 malades. Cet hôpital se compose de deux bâtiments à un seul étage, bâtis en bois et blanchis à la chaux. On est encore dans l'habitude de dresser des tentes dans le jardin de l'hôpital pour y mettre des malades atteints de suppurations abondantes fétides, de gangrène, etc. La ventilation dans l'hôpital ne se fait que par les fenêtres et les cheminées.

(*Sera continué.*)

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE

PENDANT LE SIÉGE DE PARIS.

Isolé du monde entier, livré à ses seules ressources, forgeant ses armes, créant de toutes pièces l'outillage qui lui faisait défaut, demandant à tous les éléments des voies nouvelles de communication, et au milieu de tous ces efforts gardant le calme et la dignité, Paris — la ville légère de la veille — a été pour le monde un sujet de profond étonnement. Mais, pour le médecin et le philosophe, que de questions intéressantes ont été soulevées par ce siége mémorable! Quelle étude pour l'hygiéniste que cette ville de deux millions d'habitants soumis à toutes les privations et à toutes les menaces des épidémies! En réunissant le plus grand nombre possible de documents, nous aurons servi le futur historien médical du siége de Paris.

Nous diviserons ces *Documents* en trois parties :

La première comprendra la période écoulée du 10 au 18 septembre 1870, alors que la ville voyait l'ennemi s'approcher.

La deuxième comprendra la période écoulée du 19 septembre 1870 au 28 janvier 1871, c'est-à-dire le siége véritable.

La troisième enfin comprendra les faits qui se sont produits du 29 janvier au 15 mars, jour où il nous a été enfin permis de rentrer en communication avec nos lecteurs.

Aux documents scientifiques, nous entremêlerons quelques pièces d'ordre littéraire ou historique qui ne seront pas inutiles pour se rendre un compte exact de l'*état moral* de Paris, cette grande force de la ville assiégée.

Première partie.

(Du 10 au 18 septembre 1870.)

10 SEPTEMBRE.

I. — **Commission scientifique de la défense nationale.** Décret en date du 9 septembre 1870, par lequel :

« Une somme de quarante mille francs est mise à la disposition du ministre de l'instruction publique pour les besoins de la Commission scientifique de la défense nationale. »

II. — **Ambulances.** La *Comédie Française*, dont les représentations ont cessé, transforme son foyer en ambulance.

III. — **Ambulances.** M. de Pressensé, qui accompagnait, en qualité d'aumônier protestant, la quatrième ambulance de la *Société de secours aux Blessés*, adresse aux *Débats* la lettre suivante :

« Monsieur,

« J'arrive du théâtre de la guerre dans les Ardennes, où j'ai accompagné comme aumônier notre héroïque armée pendant la campagne qui vient de se terminer par la capitulation de Sedan. Je ne viens point faire une fois de plus le récit de ces grandes et terribles journées dont le souvenir sera un affreux cauchemar pour tous ceux qui ont eu la douleur d'y assister. Je reviens rassasié, accablé des horreurs dont j'ai été témoin. Je sais maintenant ce que renferme de sang et de larmes le mot de guerre; ce n'est plus une abstraction pour moi, j'ai vu la réalité même, et tous ceux qui ont appris à la connaître comme moi, ont voué la même haine à ce grand crime de lèse-humanité, sans oublier cependant que la défense du sol et de l'honneur national vaut encore plus que tout ce qu'elle coûte. Oui, j'ai vu la guerre d'abord dans sa préparation, dans une de ces marches accablantes qui désorganisent une armée, l'effondrent dans les chemins boueux, l'épuisent par les privations et l'exaspèrent par l'ignorance ou l'absence d'un plan compréhensible. Je l'ai vue ensuite plus meurtrière que les plus effroyables convulsions de la nature, tournant les ressources de la science, non pas contre les forces brutes du monde physique, mais contre l'humanité, et, grâce à l'artillerie perfectionnée de notre époque, mutilant affreusement la noble forme humaine, quand elle ne parvient pas à la détruire. Je l'ai vue enfin pillarde, insolente, implacable dans la victoire, dévastant la patrie bien-aimée. Nous l'avons maudite de toute notre énergie, et nous avons fait le serment de travailler à la rendre impossible, dès que la France se sera délivrée de ses envahisseurs. Le succès même de notre drapeau n'aurait pas changé mon sentiment. Sans doute je n'aurais pas le cœur déchiré et gonflé d'amertume comme aujourd'hui; mais même avec son masque de gloire, la guerre, telle que je l'ai vue, ne m'en paraîtrait pas moins une monstruosité et une honte pour la société chrétienne. Pardonnez ce cri d'indignation et de douleur que je n'ai pu contenir!

Je ne songe nullement à vous entretenir des événements de ces derniers jours au point de vue militaire; ce serait une tâche bien inutile, après les admirables comptes rendus de vos correspondants. Mon seul but est d'attirer l'attention de vos lecteurs sur le côté le plus consolant de ces tristes événements, sur la noble mission remplie par la Société de secours aux blessés que j'ai vue à l'œuvre aux jours du péril et des grands événements. Son immense utilité a été démontrée avec éclat de manière à confondre ses imprudents détracteurs, qui ne pouvaient supporter une création spontanée de la charité publique à côté de la sacro-sainte administration française. Hélas! ils savent maintenant ce que ce bel alignement budgétaire recouvrait d'impuissance et de désordre. Je me borne à raconter ce que j'ai vu dans l'ambulance à laquelle j'avais l'honneur d'être attaché. Qu'il soit bien entendu que le même dévouement courageux et infatigable dont j'ai été témoin s'est retrouvé égal à lui-même dans toutes les autres ambulances, qui ont fait autant de bien au travers des mêmes dangers et des mêmes difficultés. Je n'écris qu'une page d'une grande et touchante histoire, mais cette page suffit pour faire apprécier l'œuvre générale qui plus que jamais réclame nos sympathies et nos sacrifices.

La quatrième ambulance de la Société de secours aux blessés avait été placée sous l'habile direction de M. le docteur Pamard, chirurgien en chef de l'hôpital d'Avignon. Elle comprenait un personnel de vingt chirurgiens, deux aumôniers catholiques, un aumônier protestant et quatre-vingts infirmiers volontaires. A Paris, avant le départ, qui eut lieu le 17 août, comme aux premières stations du chemin de fer, nous reçûmes les témoignages les plus chaleureux d'approbation. Nous sentions battre en quelque sorte le cœur de notre France, si noble, si aimant quand une grande épreuve nationale en éveille l'écho le plus profond. A Châlons, où nous ne fîmes qu'une courte halte, nous fûmes atterrés par l'aspect du corps du général de Failly, qui, parti de Vitry-le-François, se dirigeait à marches forcées vers le camp. Jamais je n'ai vu troupe plus harassée; les figures et les uniformes disparaissaient sous la poussière blanche qui s'y était comme incrustée. Le lendemain, nous assistions à la levée subite du camp de Châlons. Le maréchal Mac-Mahon voulut bien nous recevoir et nous attacher à son armée. Nous fûmes frappés de sa tristesse; on eût dit qu'il y avait sur ce front héroïque le sceau d'une destinée fatale que le courage le plus admirable ne pouvait conjurer.

Suivant l'armée étape par étape jusque dans les défilés des Ardennes, nous pûmes nous convaincre de sa fatigue extrême; bien qu'elle fût prête à combattre vaillamment et à mourir pour la patrie, elle doutait de l'habileté de ses chefs. Elle était lasse de leurs ordres et contre-ordres. Elle frémissait d'impatience en s'usant à des marches prolongées qui ne la faisaient pas avancer. Il lui semblait qu'elle tournait sur elle-même. Le temps était mauvais, et les distributions de vivres rares et insuffisantes. On devinait le plan poursuivi, qui était la jonction des deux maréchaux Mac-Mahon et Bazaine, mais les tâtonnements du commandement ralentissaient une marche qui, pour réussir, aurait dû être foudroyante. On ne savait jamais, faute d'éclaireurs, si l'ennemi se dérobait ou se rapprochait. Le quartier général passa à Rethel la journée du 25 août, et celle du 27 août au Chêne, dans une visible hésitation. C'est au Chêne que, pour la dernière fois, nous vîmes l'empereur Napoléon; il souriait gracieusement à un journaliste qui a été l'un des plus furibonds conseillers de la guerre actuelle. Sa position à l'armée était affreuse; sa déchéance lui était signifiée à toute heure par le dédain irrité des soldats de tout grade.

C'est le dimanche 28 août que notre ambulance vit l'ennemi. Nous nous trouvâmes tout d'un coup entre les avant-postes des deux armées. Tout se préparait pour l'action décisive. Le lendemain, nous fûmes réveillés par les uhlans dans le petit village de Saumôte. Notre brassard international fut respecté. Sur les cinq heures, le lundi 29 août, nous gagnâmes Beaumont, qui devait être notre centre d'action les jours suivants. A peine arrivés, nous apprenons que l'on se bat au bois des Dames, charmante localité située à quelques kilomètres. On ne peut imaginer de contraste plus saisissant que celui qui existe entre cette nature souriante et les scènes de carnage qui désolent la contrée. Nous suivons une route verdoyante et moussue, un de ces beaux chemins de forêt encadrés de gracieuses collines, pour arriver au champ de bataille, où retentissent les derniers coups de canon. Un certain nombre de blessés ont été déjà recueillis au château de Monval, splendide résidence où tout rappelle la vie élégante. C'est dans un beau salon, où l'on n'a laissé qu'un piano, que nos chirurgiens pratiquent leurs premières opérations. Les médecins militaires avaient dû suivre immédiatement le mouvement de leurs corps. Il est certain que sans l'ambulance internationale, un nombre important de blessés eussent expiré, privés de secours, sur le champ de bataille, sans qu'on pût s'en prendre à personne. Il n'est pas nécessaire de dire avec quel dévouement infatigable et quelle habileté cette tâche était accomplie par nos chirurgiens, recrutés pour la plupart parmi les internes de nos hôpitaux. Tous brûlaient de s'y consacrer, d'autant plus heureux qu'ils rencontraient plus de fatigues et de réels dangers.

Les opérations sont nombreuses et graves. Nos soldats les supportent avec autant de vaillance que les balles. C'est alors qu'on voit reparaître le fond le plus intime du cœur humain; quoi qu'en disent les détracteurs de notre nature morale, elle se révèle grande et divine. Le plus souvent, le soldat grièvement blessé ou mourant songe aux siens avec une tendresse dévouée et pense à Dieu. J'en pourrais fournir des preuves péremptoires. Nous entendions sangloter un jeune soldat qui allait mourir : « Je vous en supplie, nous dit-il, écrivez à mon père de manière à ne pas l'inquiéter. » Un autre s'écriait, au moment d'être amputé : « Je ne pourrai donc plus me servir de mon bras pour travailler pour mon père! »

Nous repartîmes dans la nuit pour Beaumont. Avec la journée du mardi 30 août commença cette lugubre série d'échecs que la France a hâte de réparer. La surprise de Beaumont est connue dans tous ses détails. Elle a révélé un excès d'incurie qui dépasse tout ce qu'on peut imaginer. Le matin même, un paysan m'annonçait tout ce qui allait arriver d'après la position du campement, qui avait été établi au hasard sans être gardé par des sentinelles avancées.

Nos régiments faisaient la soupe au moment où commençait la mitraillade prussienne. L'infortuné général de Failly traitait d'alarmiste le messager qui lui annonçait le commencement de l'action. Je ne puis décrire ce que nous avons éprouvé à la vue de nos soldats réduits à l'impuissance, obligés de fuir après une résistance courageuse, mais désorganisée dès le début. Des pleurs amers jaillissaient de nos yeux en entendant le dur commandement de l'étranger retentir sur notre sol. Notre ambulance était au centre de la bataille. Les balles pleuvaient. Plusieurs de nos chirurgiens n'hésitèrent pas à traverser le feu pour ouvrir une seconde ambulance devenue nécessaire pour le nombre croissant des blessés, qui inondaient de sang nos salles. Les femmes et les vieillards du village accouraient pour chercher un refuge dans l'établissement des Sœurs, que nous occupions. Tout près de nous une maison brûlait; soudain une bombe éclate dans notre ambulance et atteint quelques-uns de nos blessés. Le combat dura ainsi deux heures; elles nous parurent courtes, parce que, obligés de nous occuper des horribles souffrances que nous avions sous les yeux, nous échappions à toute pensée personnelle.

Quand la canonnade se dirigea du côté de Mouzon, nous avions déjà plusieurs centaines de blessés qui imposaient une tâche écrasante à nos chirurgiens. Une autre tâche non moins importante incombait à nous autres aumôniers et aux infirmiers, c'était de se rendre sur le champ de bataille, et d'y recueillir les nombreux blessés qui s'y trouvaient encore. Quel spectacle que celui de ces morts, entassés ou épars au milieu des cadavres de chevaux et des débris de notre artillerie! Tout attestait la surprise que l'on eût pu si facilement éviter. Avec M. le duc de Fitz-James et mes deux dignes confrères, MM. les abbés Nouvelle et Dargaud, Pères de l'Oratoire, nous avons passé de longues heures à parcourir tous les buissons, prêtant l'oreille pour ne pas perdre un gémissement étouffé ou le battement du cœur d'un moribond. Un secours précieux nous survint. MM. Frédéric Monnier et Alfred Monod, qui ont organisé dans le voisinage de Beaumont, à Pouilly, une ambulance, arrivèrent au travers du feu avec de vastes charrettes pour ramasser les blessés. Beaumont en reçut près d'un millier; on les répartit dans les maisons particulières et dans les granges. Il s'agissait pour nos vingt chirurgiens, aidés de quelques majors militaires, de suffire à de graves et multiples opérations, à d'innombrables pansements. Tout ce qui est humainement possible, ils l'ont fait; combien de vies n'ont ils pas sauvées! Quant aux aumôniers, leur tâche était aussi bien belle, et j'ajoute, bien facile. Avec quel empressement toute parole d'affection, de sympathie et de confiance n'était-elle pas accueillie! C'est alors que l'on comprend le prix d'un verre d'eau et d'un mot du cœur apportés au nom du Christ!

Par malheur, l'alimentation de nos chers blessés était très-insuffisante. Le passage d'un corps prussien met absolument à sec la contrée qu'il traverse. Ce n'est pas un pillage désordonné; mais, pour être méthodique, il n'en est pas moins réussi. Tout y passe en son temps. Les choses se font scientifiquement, mais complétement. Je n'oublierai jamais le départ des blessés français que l'on emmenait prisonniers en Allemagne, parce qu'ils étaient capables de tirer la jambe. Ils demandaient presque en larmes qu'on leur donnât un peu de pain; car, après un long jeûne, ils se sentaient incapables de faire la moindre étape. J'avais obtenu de notre ambulance une distribution de bouillon et de pain pour midi, heure désignée de leur départ. On eut la barbarie de les faire partir à onze heures. Impossible de leur donner une miette de ce pain qu'ils demandaient en pleurant. Je dois ajouter que, deux jours plus tard, les Prussiens ont fait, à Beaumont, une part régulière à nos blessés dans leurs distributions. Ils ont en général observé les clauses de la convention de Genève à l'égard de notre Société internationale. Pourtant, dans un moment malheureux, un de leurs officiers s'est permis un acte de brutalité envers un chirurgien qui protestait contre l'enlèvement de l'omnibus de nos malades. Cet acte inqualifiable a été aussitôt désavoué et couvert par les excuses formelles du commandant de la ville. Les officiers prussiens sont souvent polis quand le dîner est bon et qu'on ne décline pas, fût-ce en cas d'impossibilité, leurs demandes de champagne, car ils sont persuadés qu'il coule en France comme l'eau des fleuves. Ils ne tolèrent aucun désordre moral de la part de leurs soldats; mais ils sont implacables pour les malheureux paysans qui se défendent. Ils les fusillent sans pitié. J'entendrai toute ma vie les cris désespérés d'un malheureux qui demandait en vain à être épargné au nom de ses quatre petits enfants. Si l'escalier de l'étranger est dur à monter, il est encore plus dur d'entendre son pas lourd sur les degrés de nos maisons. Cette amertume ne nous a certes pas été épargnée. Nous avons vu défiler sous nos yeux deux armées prussiennes, avec leur immense matériel, leur artillerie formidable, et, par surcroît, le

oi Guillaume et le comte de Bismark en cuirassier. Si quelque chose console notre patriotisme, c'est de constater la force numérique de cette invasion allemande, qui est un déluge de fer et de feu.

La quatrième ambulance, fixée actuellement à Beaumont, a conservé les soldats grièvement blessés; les autres ont été évacués dans les localités voisines pour éviter l'encombrement. Les soins les plus attentifs et les plus habiles continuent à être donnés aux blessés non transportables. Il est incontestable que dans le mouvement rapide de nos armées, l'intendance militaire n'aurait pu suffire à la dixième partie de la tâche taillée par les batailles livrées dans les Ardennes. Aussi la gratitude de l'armée est-elle vive et profonde pour la Société internationale de secours aux blessés. Soldats, sous-officiers, officiers, l'ont exprimé dans les termes les plus chaleureux, en couvrant de bénédictions ceux qui leur avaient tendu une main secourable et fraternelle.

Deux scènes émouvantes ont donné essor aux sentiments patriotiques des blessés de Beaumont. Le curé du village, suivi des aumôniers de l'armée, a rendu les derniers devoirs, avec une grande solennité, à un colonel mort à l'ambulance. Deux jours après, je remplissais le même office pour un commandant protestant; un instant après je prononçais l'adieu suprême sur la tombe d'un capitaine prussien. C'est ainsi que devant la mort et devant le Christ toutes les inimitiés disparaissent. Les honneurs militaires ont été rendus par les soldats prussiens à nos compatriotes comme aux leurs. On comprend ce que nous éprouvions devant ces fosses, alors que la bataille commencée et perdue à Beaumont se continuait pour notre malheur à Sedan. Deux jours après, la perspective du siége de Paris me ramenait à mon poste, après une odyssée assez aventureuse au travers des lignes bavaroises, dont je ne parle pas, parce qu'elle ne concerne que moi.

J'ai tenu à rendre hommage, non pas à l'œuvre d'une ambulance particulière, mais à l'œuvre générale de la Société de secours pour les blessés; car ce qui s'est fait sur un point a été partout accompli avec le même dévouement et le même succès. Pour moi, ce sera l'un des grands et beaux souvenirs de ma vie d'avoir pu marcher avec mon pays dans les jours les plus douloureux qu'il ait traversés et d'avoir eu l'honneur d'être associé à cette généreuse et charitable campagne de la Société internationale. C'est dans de tels moments et dans une association semblable que l'on sent tout ce qu'a d'abominable la tentative de ceux qui voudraient réveiller les dissentiments religieux, et rompre le faisceau patriotique dans des jours où tout ce qui est français n'a qu'un cœur et une âme, un cœur déchiré par les malheurs de la patrie et une âme passionnément désireuse de la sauver par un dévouement à toute épreuve. Catholiques, protestants, hommes de toute tendance, nous n'avons qu'un désir, qu'une volonté : relever, affranchir notre France et, après l'avoir purifiée de la domination étrangère, aussi bien que des hontes corruptrices du pouvoir personnel, panser ses plaies en n'oubliant pas qu'elles sont surtout morales. Rien ne prépare mieux à cette œuvre sainte que la confraternité du dévouement et du sacrifice.

Recevez, monsieur le Directeur, l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

EDMOND DE PRESSENSÉ, *pasteur.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 29 janvier 1871, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. le docteur Poignet.

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Boutin, Cahours, Pondevaux, Roussin, Terrier, Le Maguet, Duplessis, Delaunay, Leménager, Borchard.

— Par arrêté en date du 16 mars 1871 :

Le maire de Paris,

Considérant qu'il est de la plus haute importance, dans les circonstances actuelles, de veiller à l'observation des mesures prises dans l'intérêt de la salubrité de la ville de Paris;

Considérant que les prescriptions de l arrêté du 11 septembre 1870 du Gouvernement de la défense nationale, concernant l'enlèvement des produits et ordures ménagères, ne sont pas suffisamment observées et qu'il y a lieu de rappeler, par une nouvelle publication de cet arrêté, les obligations qui incombent aux habitants de la cité,

ARRÊTE :

Une nouvelle publication de l'arrêté susvisé sera faite dans la forme ordinaire. (Voir les documents pour servir à l'histoire du mouvement scientifique pendant le siége de Paris, date du 11 septembre 1870.)

— La Société médicale d'émulation de Courtrai, dans la séance du 8 de ce mois, a décidé de remettre le concours sur *la Vie et les Œuvres de Palfyn* au 1[er] janvier 1872. En conséquence, elle acceptera tous les mémoires qui seront envoyés avant cette date.

Les auteurs qui ont déjà participé à ce concours ont le droit de faire reprendre leur travail en en faisant constater l'identité par un moyen quelconque, sans toutefois pouvoir se faire connaître.

Une indemnité de 500 francs et une médaille en or de la valeur de 100 francs, sont accordées au mémoire couronné.

Le Secrétaire annuel : D[r] DECRAENE.

— M. le docteur Martin-Damourette commencera son cours de sciences médicales et de thérapeutique le lundi 20 mars, à une heure, rue du Cloître-Saint-Benoît, 3.

Le Directeur : D[r] E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — Premier Paris. — REVUE D'HYGIÈNE MILITAIRE. — Des stations hivernales des Alpes-Maritimes. (M. Gillebert-Dhercourt.) — Documents. — Nouvelles.

Paris, le 20 mars 1871.

En attendant la publication du rapport général du conseil d'hygiène publique et de salubrité, nos lecteurs liront avec intérêt l'aperçu sommaire que ce conseil fait publier dans le *Journal officiel*.

Aperçu des travaux du conseil d'hygiène publique et de salubrité institué près de la préfecture de police pendant le siége.

« Au moment où, dès les premiers jours deseptembre, on put prévoir le prochain investissement de Paris, plusieurs questions d'une haute gravité, relatives à la salubrité publique, appelèrent toute la sollicitude de l'administration de la préfecture de police; dès lors aussi, en vue de la prompte solution de ces importantes questions, les travaux du conseil d'hygiène publique et de salubrité institué près de cette administration depuis plus de soixante-cinq ans, prirent une activité nouvelle. Tous ceux de ses membres demeurés dans le périmètre défendu par les forts et l'enceinte fortifiée se sont livrés sans interruption, et souvent en séances extraordinaires sur convocations spéciales, à l'étude approfondie des mesures urgentes qu'un examen attentif de ses délégués, sur tous les points où la santé des populations semblait compromise, avait pu leur suggérer.

Aucune des fortes spécialités médicales et des diverses sciences appliquées que représente le conseil, toujours recruté par voie de libre élection entre ses pairs ou parmi les ingénieurs de nos grandes écoles arrivés aux premiers grades de leurs corps, n'a manqué un seul instant à l'œuvre de science, de patriotisme et de dévouement qu'ils avaient acceptée.

Le moment est venu où, jetant un regard en arrière et jusque aux derniers jours du danger, il est facile de rendre un compte succinct des avis donnés, des mesures prises et des principaux résultats obtenus.

Un rapport général plus étendu résumera les délibérations inscrites aux procès-verbaux des séances non interrompues du conseil.

— Peu de jours avant le premier désastre qui fit présager le siége de Paris, une commission spéciale, dès longtemps instituée au sein du conseil, faisait connaître le succès remarquable d'un procédé pratique de désinfection de la Morgue: il avait suffi d'une irrigation continue sur les cadavres avec de l'eau phéniquée à 1/4000, pour arrêter les progrès de la fermentation putride et faire cesser les émanations nauséabondes dont se plaignait à juste titre le voisinage de cet établissement mortuaire, indispensable cependant au milieu de l'immense capitale.

A peine l'investissement de Paris était-il commencé, que la préfecture de police, prévoyant les dangers, pour l'hygiène publique, d'une accumulation forcée des fumiers et immondices dans l'enceinte de la ville, chargea plusieurs commissions, prises dans le sein du conseil, d'examiner simultanément tous les emplacements choisis pour effectuer les dépôts des masses énormes de détritus putrescibles que l'on commençait à y accumuler, et d'indiquer les dispositions à prescrire pour conjurer les dangers prévus.

Grâce aux précautions adoptées, aucune des affections endémiques dans les contrées marécageuses ne se développa aux alentours des dépôts convenablement assainis.

Le sang des abattoirs ne pouvant plus désormais être expédié aux usines qui naguère le transformaient en engrais desséché, semblait devoir, en s'accumulant, constituer d'énormes foyers d'émanations putrides, lorsque, sur la proposition d'un de ses membres, le conseil adopta le moyen simple à l'aide duquel le sang fut immédiatement transformé chaque jour en une substance alimentaire, et vint ajouter une utile ressource à nos subsistances. Tous les produits alimentaires nouveaux ont été soumis à l'examen du conseil, afin d'offrir les garanties de la science sur leur salubrité.

Dans le même ordre d'idées, le conseil s'empressa d'accorder son avis favorable au projet de traitement épuratoire rapide des graisses de bœuf et même de mouton; on obtint ainsi, pendant une grande partie de la durée du siége, des succédanés du beurre, qui faisait complétement défaut pour la plupart des préparations culinaires.

Et lorsque plus tard tous les produits comestibles des bœufs et des moutons manquèrent à leur tour, plusieurs communications soumises au conseil, et encouragées par son approbation unanime, mirent en évidence les propriétés alibiles, préférables encore, des matières grasses extraites des chevaux abattus.

Alors aussi l'administration, se basant sur les avis favorables, maintes fois réitérés, du conseil d'hygiène, autorisa, encouragea même le débit de la viande de cheval; le succès fut tel que, sous la pression des circonstances, les produits de cette boucherie nouvelle furent bientôt recherchés à l'égal de ceux de l'ancienne boucherie.

Sous l'influence des mêmes besoins d'une alimentation réparatrice, divers autres animaux entrèrent dans l'alimentation générale; ce fut alors qu'une insertion inconsidérément publiée, mettant en suspicion l'innocuité de ces viandes, l'administration, sur l'avis des membres du conseil qui avait vérifié d'une manière scientifique et expérimentale la bonne qualité de ces produits nutritifs, s'empressa de rassurer la population en démontrant que les trichines n'existaient pas dans ces viandes.

Une des maladies graves, qui d'ordinaire surviennent durant les longs siéges comme pendant les voyages de long cours sur mer, menaçait de décimer la population de Paris.

A l'époque où les dangers du scorbut furent soumis par M. le préfet de police aux délibérations du conseil, la question fut complétement élucidée par les discussions, et un rapport très-circonstancié permit de faire savoir au public que l'usage des légumes frais dans l'alimentation (pommes de terre, carottes, betteraves, céleri, etc.) est le meilleur préservatif contre cette grave affection; de là sans doute la vogue extraordinaire de cette alimentation végétale, qui bientôt enraya la marche du scorbut et le fit enfin disparaître dès que les premiers effets du ravitaillement amenèrent dans Paris des légumes frais, si ardemment désirés.

Par malheur, le cercle des armées ennemies étaient à peine entr'ouvert que des spéculateurs allemands vinrent offrir, parmi les produits qu'ils vendaient à des prix élevés, des bœufs portant en eux le germe de la peste bovine.

Ainsi fut introduite dans Paris cette terrible épizootie qui, depuis l'origine de l'invasion, avait suivi sur tout leur parcours les armées allemandes et infecté nos campagnes.

Et tandis que les nombreux troupeaux de 40,000 bœufs et de 220,000 moutons, encombrant dès l'origine de l'investissement les parcs mal disposés dans l'intérieur de Paris, n'y avaient occasionné aucun développement du typhus contagieux, l'introduction de quelques bœufs atteints de l'affection qui accompagne depuis plusieurs siècles les invasions, a fait éclater dans nos vacheries et parmi les bœufs successivement introduits en vue du ravitaillement le fléau rapidement propagé dans les nouveaux parcs à bestiaux.

Contre cette invasion soudaine de la terrible maladie si rapidement contagieuse, des mesures d'ensemble énergiques et promptes étaient indispensables pour arrêter le mal et ses funestes conséquences.

D'actives réquisitions de toutes les voitures disponibles permirent à la préfecture de faire immédiatement transporter aux clos d'équarrissage, momentanément autorisés dans Paris, les animaux qui succombaient par centaines dans les parcs d'approvisionnement et jusque sur les voies publiques. Dans ces ateliers, les cadavres de ces animaux furent soumis aux procédés d'ébullition qui détruisent la vitalité des germes de toute maladie infectieuse.

La préfecture donna l'ordre de procéder à l'enfouissement de ceux qui ne pouvaient être transportés à temps utile; les corps furent recouverts de chaux, de chlorure désinfectant et d'une épaisse couche de terre afin d'arrêter toute émanation putride en décomposant les gaz infects. Les pailles, fourrages et fumiers furent maintenus sur place, afin de procéder à leur désinfection, ainsi qu'à l'assainissement des étables et de tous les locaux où avaient séjourné les animaux malades.

Ces mesures énergiques ont heureusement enrayé la marche du fléau, et les recommandations les plus pressantes ont été adressées aux propriétaires de vacheries réinstallées dans Paris, afin qu'ils prissent le plus grand soin de prévenir tout contact de leurs animaux, non-seulement avec les bœufs atteints, mais encore avec les personnes qui les auraient soignés ou seulement approchés en marchant sur leurs litières.

Sans attendre la fin de l'investissement, l'administration préfectorale, informée que des inhumations précipitées sur divers points où des combats avaient eu lieu, occasionnaient des émanations inquiétantes, dirigea sur les lieux mêmes une commission spéciale du conseil, chargée de s'entendre avec les armées belligérantes pour prescrire et faire exécuter les mesures sanitaires convenables.

La commission fut informée ultérieurement par M. le préfet que M. Beaulieu, ingénieur en chef des ponts et chaussées, membre du conseil de salubrité, avait reçu mission de faire exécuter les travaux urgents pour prévenir les dangers résultant des inhumations hâtives faites autour de Paris pendant le siége.

Grâce à ces mesures activement prises, aucun des dangers qui avaient ému la population ne s'est réalisé.

Pendant toute la durée des opérations de la défense nationale et même du bombardement de Paris, les membres du conseil d'hygiène publique et de salubrité ont suivi la marche, heureusement décroissante dans ces derniers jours, de l'épidémie variolique qui sévit en ce moment même dans la Grande-Bretagne.

Un des derniers rapports approuvés par le conseil, répondant aux questions adressées par M. le Préfet, a signalé les dangers de l'accumulation des varioleux dans des établissements situés au milieu des populations agglomérées.

Sur les avis du conseil, l'administration a prescrit les mesures de désinfection à prendre au fur et à mesure que les écoles et autres locaux affectés aux ambulances peuvent être évacués et rendus à leur destination primitive.

On voit que, grâce à la sollicitude constante de l'administration et aux travaux incessants du conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine, même pendant toute la durée du siége rigoureux et du bombardement, les mesures les plus promptes et les plus énergiques ont été prises en vue de sauvegarder les intérêts de la santé de la population. «

REVUE D'HYGIÈNE MILITAIRE (1).

Au camp de Lochstadt, en 1865, d'après M. W. Roth, les dispositions suivantes avaient été prises pour assurer le service sanitaire : dans chaque bataillon, une tente avait été disposée pour recevoir les soldats atteints d affections légères; tous les autres malades étaient évacués par le chemin de fer sur leurs garnisons respectives.

Dans ces tentes, les fiévreux ne pouvaient pas rester plus de trois jours. Des hôpitaux de campagne étaient établis à Kellingshausen pour les militaires atteints de maladies graves et qu'on ne pouvait transporter au loin.

L'hôpital était composé de quatre tentes placées à la suite l'une de l'autre, de façon à former un tout continu présentant une longueur de 10m,80 avec 6m,60 de largeur et 4m,80 de hauteur.

L'intérieur était divisé en trois compartiments : l'espace central renfermait 12 lits et aux extrémités existaient deux antichambres, l'une servait de chambre à coucher à l'infirmier de garde; les latrines étaient établies dans l'autre.

Enfin dans les camps baraqués d'Amérique, qui ne sauraient être trop vantés, nous allons trouver pour les malades une installation qui pourrait servir de modèle. Chaque régiment possède une infirmerie, ou hôpital, composée d'une baraque n'ayant qu'un rez-de-chaussée auquel on parvient par deux porches placés à ses extrémités. Sur toute la façade intérieure règne une galerie ouverte qui peut servir de promenoir aux malades. La salle unique destinée aux hommes contient 32 lits, qui ne sont ni superposés, ni juxtaposés, mais au contraire assez largement espacés. Cette chambre est chauffée et ventilée comme les chambres de la troupe.

Aux deux extrémités du pavillon se trouvent quatre cabinets spacieux : deux sont des chambres pour les malades qui doivent être isolés; le troisième sert de pharmacie, et le quatrième comprend les latrines et une salle de bains. La cuisine est dans un bâtiment séparé relié par une galerie à l'hôpital. Une semblable installation satisfait amplement à toutes les exigences et mérite réellement d'être prise pour type.

Abattoirs. Cimetières. — Si les animaux destinés à l'alimentation des troupes sont tués dans l'intérieur du camp, les abattoirs devront être situés le plus loin possible des tentes, au bord d'un cours d'eau s'il en existe, et à la partie inférieure du camp. Tous les débris des animaux devront être enfouis avec soin et à une assez grande profondeur. Le lieu consacré à l'ensevelissement des cadavres devra se trouver aussi éloigné des tentes; 400 à 500 mètres ne seront pas de trop; les cadavres devront être profondément enfouis et, pour s'opposer à toute émanation,

(1) Suite et fin. — Voir notre numéro du 10, 15 et 17 septembre.

recouverts d'une épaisse couche de chaux. Dans un camp permanent, des plantations d'arbustes sur ces terrains auront leur utilité.

De l'alimentation dans les camps. — Nous ne pouvons ici entrer dans de longs détails sur ce point. Qu'il nous suffise de dire qu'en campagne trop souvent le manque de légumes et de viandes fraîches, l'usage prolongé de viandes de porc salé, de biscuit plus ou moins avarié, viennent ajouter leurs fâcheux effets aux causes de maladie déjà si nombreuses qui ne manquent pas de se produire dans les camps.

L'alimentation du soldat dans les camps d'instruction diffère assez peu de ce qu'elle est dans les garnisons.

A Châlons, en particulier, la quantité de viande n'a jamais dépassé 300 grammes; 16 grammes de café et 21 grammes de sucre sont alloués à chaque homme. Les légumes frais y sont abondants et proviennent en grande partie des jardins potagers que les soldats cultivent eux-mêmes.

Dans les camps d'instruction en Italie, la ration de viande n'est que de 200 grammes; on accorde en outre à chaque homme 150 grammes de riz ou de pâte quelconque, 25 centilitres de vin, six fois par semaine et 6 centilitres de rhum ou d'eau-de-vie. En France, ce n'est qu'exceptionnellement que sont faites ces distributions de vin et d'eau-de-vie. En 1865, dans les camps d'instruction en Italie, on essaya de substituer, au moins en partie, le biscuit au pain, mais cette mesure fut suivie de fort mauvais résultats, et on fut bientôt obligé d'y renoncer. A Krasnoë-Sélo, chaque soldat reçoit par jour trois livres de pain; les troupes ne font que deux repas, le dîner à deux heures de l'après-midi, et le souper à sept heures; les jours de manœuvres et de parades, on fait un déjeuner en plus le matin.

Au camp de Lochstädt, les soldats prussiens recevaient, pendant six jours, une demi-livre de viande (bœuf, cochon ou mouton), et le septième jour, une demi-livre de lard. Les légumes entraient également dans le régime journalier, et consistaient en orge, riz, pois, fèves et pommes de terre.

Tous les jours, chaque homme recevait une once de café, et tous les quatre jours, un pain de munition. Les troupes faisaient trois repas : le premier, le matin, avant le départ pour la manœuvre; le second, à midi; le troisième, à sept heures du soir.

Ce régime semble préférable à celui de nos soldats, qui pèche par l'uniformité et par l'insuffisance de viande.

En France, en réalité, le soldat vit presque uniquement de son pain; ce n'est pas dans un faible morceau de viande bouillie qu'il pourra trouver les matériaux nécessaires pour réparer ses forces, surtout lorsqu'on exige de lui, comme dans les camps, qu'il se livre à des exercices et à des manœuvres pénibles et prolongées.

La boisson ordinaire du soldat, aussi bien au camp qu'en garnison, c'est l'eau. Lorsqu'une rivière se trouve à proximité, et qu'on veut utiliser l'eau de cette rivière comme eau potable, il faut avoir soin d'assigner des points spéciaux pour son puisage. Les hommes doivent puiser à la partie supérieure; au-dessous sera l'abreuvoir des chevaux, et tout à fait à la partie inférieure, les lavoirs, de façon à ce que ni les hommes ni les chevaux ne soient exposés à boire de l'eau souillée par la lessive. Lorsque la rivière est ordinairement trouble, ou si elle est rendue telle par les pluies, pour obvier à cet inconvénient il suffira de creuser, à quelque distance de ses bords, des puisards qui fourniront une eau filtrée à travers les terres. Il sera bon, pour que les hommes puissent aisément tirer de l'eau, et sans craindre l'éboulement des bords des puisards, de jeter deux larges madriers sur ces excavations.

Lorsque l'eau de rivière fera défaut, il faudra forer un certain nombre de puits; on ne devra pas craindre de les multiplier, car on évitera ainsi aux hommes des corvées longues et pénibles. Il va sans dire qu'ils devront être plus nombreux dans les campements de la cavalerie que dans ceux de l'infanterie, et on devra en outre en creuser un certain nombre à proximité des cuisines, des abattoirs, etc. Dans les camps permanents, quelle que soit, du reste, la profondeur de l'eau, il sera toujours avantageux d'adapter à chaque puits un corps de pompe; on évitera ainsi beaucoup de fatigue aux hommes, surtout dans la cavalerie.

Au point de vue de l'eau, notre camp de Châlons est assez bien partagé; les puits que le génie a forés dans son sol crayeux n'ont pas plus de 8 à 10 mètres de profondeur, et l'eau qu'ils fournissent en grande abondance, bien que fortement chargée de carbonate calcaire, ne semble pas exercer de fâcheuses influences sur la santé. Le camp de Sathonay est beaucoup moins favorisé sous ce rapport, il ne possède pas de puits, et l'eau y est apportée par des conduits du réservoir de Montessuy, éloigné de 3 kilomètres du camp. Cette eau, qui est celle du Rhône, a l'inconvénient d'arriver, l'été, fort chaude au consommateur.

Dans des circonstances spéciales, lorsque l'eau que l'on possède n'est pas potable, il faut installer des filtres artificiels; en pareil cas, les plus simples, les plus faciles sont les meilleurs: quelques couches de sable, de gravier, de charbon; une ou plusieurs couvertures de laine, supportées par des pieux, peuvent être utilisées avec avantage.

L'emploi de pareils moyens, on le comprend, ne serait pas possible pour une armée nombreuse et dans des campements de quelque durée; un corps de troupes ne saurait prolonger son séjour dans un lieu dépourvu d'eau potable.

Pour empêcher que les hommes ne boivent de l'eau pure, en France, dans les camps, on y ajoute souvent une petite quantité d'eau-de-vie; les Romains employaient autrefois le vinaigre dans le même but, et cette substitution aurait certainement des avantages.

A Krasnoë-Sélo, les soldats ne boivent pas d'eau pure; on met à leur disposition, en quantité illimitée, une boisson spéciale au lys, et celle appelée *kwas* (décoction de malt, à laquelle on ajoute du poivre). C'est une sorte de bière très-peu alcoolique, dont le goût est un peu amer, acidulé et légèrement aromatique. Elle passe, dit O. Heyfelder, pour antiseptique, est mieux supportée par l'estomac que l'eau pure, et apaise mieux la soif. On ne distribue que très-rarement de l'eau-de-vie à la troupe. Les soldats russes usent encore beaucoup du thé; ils se servent, pour le faire, d'un petit fourneau portatif, qu'ils appellent samovar, et que l'on peut installer rapidement. Le café n'est pas en usage, et le vin ne figure guère que sur la table des officiers.

Des vêtements et des soins de propreté. — Pour ce qui est des vêtements, nous n'aurons ici que quelques courtes remarques à faire. Dans les corps où les hommes sont munis de pantalons de treillis, il faut avoir soin que, pendant l'été, ces pantalons soient proscrits pour le soir, alors que la température s'abaisse d'une façon notable, que, pour les gardes de nuit, les hommes endossent leur capote.

En France, l'usage de la ceinture de flanelle a été généralisée c'est là une excellente innovation; mais il importe de veiller à ce que les soldats les portent, et il faut, en outre, en faire allonger les bretelles, de façon à ce qu'elles puissent à volonté entourer la poitrine ou l'abdomen. On ne doit pas non plus oublier que les soldats une fois munis de la ceinture la portent indéfiniment sans la laver, et une surveillance active doit être prescrite dans ce sens.

Les soins de propreté sont malheureusement souvent négligés au camp. Le soldat, en général, se soustrait le plus qu'il peut à toutes les prescriptions hygiéniques; du reste, il ne possède pas de linge pour se laver les mains et le visage; au camp comme à la caserne, les bains font défaut, et si on n'a pas à proximité une rivière pour y conduire les hommes, ils ne se baignent même pas pendant l'été.

A ce point de vue, l'installation de Krasnoë-Sélo est bien supérieure à celle de nos camps. On y a établi, nous l'avons déjà dit, des bains d'étuve, où chaque semaine au moins se rendent les soldats.

Cette pratique non-seulement entretient les fonctions de la peau, mais encore donne une nouvelle vigueur à ces robustes constitutions, et ne contribue pas peu à maintenir parmi les troupes du camp un excellent état sanitaire. Les lacs qui avoisinent le terrain de ce camp offrent, en outre, aux soldats l'occasion de se baigner pendant l'été; on a, du reste, construit dans ce but plusieurs établissements, où on a installé une école de natation, et où l'on exerce les soldats à nager tout armés et tout habillés.

Des ablutions à l'eau froide pourraient rendre les plus grands services, et remplacer l'usage des bains : quelques baquets, avec des éponges et des serviettes, mis à la disposition des hommes dans chaque compagnie, permettraient, sans grands frais, de combler cette lacune aussi bien dans nos camps que dans nos casernes.

DU CLIMAT DES STATIONS HIVERNALES

DES ALPES-MARITIMES

Par M. le docteur GILLEBERT-DHERCOURT.

(Mémoire lu à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 17 juin 1870).

Durant six hivers, j'ai fait à Monaco des observations météorologiques régulières, j'ai eu avec les stations du voisinage de nombreuses relations, je crois donc connaître aussi exactement que possible tout ce qui est relatif au climat des Alpes-Maritimes, et par conséquent je dois être en mesure de répondre au désir de quelques confrères qui demandent à être renseignés sur ce sujet.

Sur le littoral des Alpes-Maritimes, qui est situé entre 43° et 44° de latitude septentrionale par envi ron 5° de longitude orientale, et qui s'étend de l'extrémité occidentale du golfe de la Napoule au pont Saint-Louis, au delà de Menton, on compte plusieurs stations hivernales dont les principales sont, en allant de l'ouest à l'est, Cannes, le Cannet, Nice, Villefranche, Monaco et Menton.

Le territoire sur lequel ces villes sont assises appartient à la ligne isotherme de 15° cent.; il a environ 60 kilomètres de longueur, et à peine quelques kilomètres dans sa plus grande largeur. Du côté du sud-est il est complètement borné par la mer; du côté opposé il est adossé à de hautes montagnes, dont les sommets le protégent plus ou moins efficacement contre les vents septentrionaux, et dont les versants descendent plus ou moins rapidement jusqu'à la mer. Il résulte de là, d'une part, une exposition générale de cette contrée au sud est, et, de l'autre, une déclivité plus ou moins grande du sol. Celui-ci, d'ailleurs, composé de débris calcaires et siliceux amassés sur les pentes, est facilement perméable.

Les plantes qui y croissent appartiennent à la flore méridionale; quelques-unes, transportées des régions intertropicales, y prospèrent très-bien.

A part la Siagne et le Var, on n'y rencontre que des torrents ou de petits ruisseaux, qui sont secs ou à peu près pendant une grande partie de l'année. Un certain nombre de sources, émergeant sur les flancs des montagnes, fournissent des eaux potables de bonne qualité, exemptes de sulfates et ne contenant qu'une très-faible quantité de chlorures et de carbonates calcaires. Mais il faut se défier des eaux qui sourdent plus bas dans les fissures des roches : celles-ci contiennent une notable quantité de magnésie, et elles sont indigestes. Enfin les puits forés dans un voisinage trop rapproché de la mer donnent fréquemment des eaux saumâtres.

En général, les villes et les villages sont construits sur les bords de la mer, ou à une très-grande proximité d'elle, et à une faible altitude.

Pression atmosphérique. — Eu égard au peu d'élévation du sol des villes, qui ne dépasse le plus souvent le niveau de la mer que de quelques mètres, la pression atmosphérique est toujours à peu près à son maximum.

Sa moyenne d'hiver est :

A Monaco de..............	761^{m} »
A Nice de..............	760^{m} »
A Menton de..............	759^{m} 3^{mm}

A Monaco, la différence extrême des moyennes hivernales est seulement de 7 millimètres. La différence moyenne entre les moyennes des mois consécutifs d'hiver est à peine de 3 millimètres. Dans le cours des six hivers, les maxima et les minima ont oscillé entre 775 mètres 1 millimètre et 741 mètres 8 millimètres: soit 33 millimètres pour différence extrême entre le maximum et le minimum absolus.

Les oscillations mensuelles ont varié entre 29 millimètres et 11 millimètres. En général, les plus fortes ont été observées en janvier et les plus faibles en février. La plus grande oscillation observée, en vingt-quatre heures est de 16 millimètres.

La moyenne des oscillations diurnes est :

En décembre..............	10^{m} 4^{mm}
En janvier..............	10^{m} 6^{mm}
En février..............	9^{m} 0^{mm}

C'est le mois de février qui paraît avoir les plus fortes pressions; janvier paraît avoir les plus faibles. En général la pression monte de novembre à décembre; elle baisse de décembre à janvier; elle remonte de janvier à février.

Température. — La température moyenne d'hiver est :

A Cannes..............	8° 7 cent.
A Nice..............	8° 9 cent.
A Menton..............	9° 4 cent.
A Monaco..............	9° 9 cent.

Cependant, si je retranche de mes calculs les observations faites pendant l'hiver 1861-1862 sur le rocher de Monaco, où il fait plus froid que dans la partie rurale de la Principauté, la moyenne de la température hivernale recueillie à l'établissement des bains est de 10° 3 cent. pour les cinq derniers hivers. De ceux-ci, le plus froid a été celui de 1867-1868, dont la moyenne a été de 9° 1 cent.; l'hiver le moins froid a été celui de 1865-1866, dont la moyenne est de 12°.

Les températures moyennes pour les mois consécutifs de novembre à avril sont :

Pour novembre..............	14° 2 cent.
— décembre..............	10° 8 cent.
— janvier..............	9° 8 cent.
— février..............	10° 8 cent.
— mars..............	11° 9 cent.

D'où il suit que le mois de janvier est le plus froid de l'année; qu'après lui vient le mois de décembre, et après celui-ci le mois de février. La température baisse donc de novembre à janvier; elle se relève ensuite en février et en mars. Ces mouvements de hausse et de baisse se font progressivement. En effet, les moyennes des différences entre les températures moyennes des mois consécutifs sont très-faibles; elles donnent à ce point de vue une idée précise de la marche de la température, et de la faiblesse de ses écarts d'un mois à un autre. Ainsi les moyennes de ces différences sont :

De novembre à décembre de....	3° 8 cent.
De décembre à janvier de....	0° 5 cent.
De janvier à février de....	1° 0 cent.
De février à mars de....	1° 1 cent.

L'écart le plus considérable se montre en novembre et décembre. Pour les mois d'hiver, les écarts sont si faibles et si rapprochés les uns des autres, qu'entre le plus faible et le plus fort la différence n'est que de 57 centièmes de degré.

Le maximum absolu est de + 22° cent.; le minimum absolu, relevé à l'établissement des bains, est de + 0° 5 cent.

Entre les moyennes mensuelles des maxima et celles des minima, il existe une différence moyenne de 14° 69 cent. Cette différence est de 14° 60 cent. pour le cours du mois de décembre, de 14° 89 cent. pour celui de janvier et de 14° 60 cent. pour celui de février. Ainsi dans le cours d'un mois il peut y avoir des variations, entre la température du jour et celle de la nuit, représentées en moyenne par 14° 60 cent.

Entre le maximum et le minimum d'une même journée, il n'est pas rare de rencontrer des différences de 12° cent. (5 *décembre* 1867); la moyenne de ces écarts est de 6° 7 cent. pour les mois d'hiver. Pour les mois consécutifs elle est :

En novembre de..............	6° 1 cent.
En décembre de..............	7° 3 cent.
En janvier de..............	5° 8 cent.
En février de..............	7° 2 cent.
En mars de..............	6° 2 cent.

Ces variations, quelquefois fort brusques, se font remarquer le plus souvent le matin et le soir, plus rarement dans le milieu du jour. A ces différences de température, déterminées par un changement subit dans la direction des vents, il faut en ajouter d'autres plus communes, mais plus locales. Ainsi, lorsque le temps est beau, pendant le règne d'un vent septentrional, il fait froid à l'ombre, tandis qu'il fait chaud au soleil. Si, à cause de l'heure à laquelle elles se produisent, on peut facilement éviter les premières en restant chez soi, il devient plus difficile de se soustraire aux autres qu'on est souvent exposé à rencontrer en passant d'un quartier dans un autre.

(Sera continué.)

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE

PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

—

11 SEPTEMBRE 1871.

IV. — **Hygiène publique.** Arrêté en date du 10 septembre :

Le Gouvernement de la défense nationale,

Considérant que, dans les circonstances actuelles, il est urgent de centraliser les différents services d'hygiène et de salubrité :

Arrête :

Une commission de huit membres est constituée à l'Hôtel-de-Ville. Elle prendra le nom de commission centrale d'hygiène et de salubrité.

Les commissions d'hygiène de chaque arrondissement, le conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine, la commission des logements insalubres, correspondront directement avec la commission centrale qui fera rapport au Gouvernement.

Cette commission est composée ainsi qu'il suit :

MM. Sainte-Claire-Deville;
Bouchardat;
Chauveau-Lagarde, président de la commission des logements insalubres;
De Montmahon;
Docteur Sée, professeur à la Faculté de médecine;
Docteur Onimus.

Elle aura pour président M. Jules Ferry, membre du Gouvernement, et pour vice-président M. Brisson, adjoint au maire de Paris.

V. — **Écoles vétérinaires.** Le ministère de l'agriculture et du commerce annonce que, par suite de la guerre, il ne sera pas admis d'élèves nouveaux, au mois d'octobre, dans les écoles vétérinaires.

Ces admissions et la reprise des cours dans les écoles sont ajournées.

VI. — **Hygiène publique.** Arrêté du 11 septembre :

Art. 1er. L'article 11 de l'ordonnance de police du 1er septembre 1853, qui autorise le dépôt sur la voie publique des ordures et résidus de ménage est rapporté.

En conséquence, il est interdit de déverser dans les rues, sur les quais, places, ports, berges de la rivière, et généralement sur aucun point de la voie publique, des résidus quelconques de ménage.

Au premier son de la cloche qui annoncera le passage du tombereau, ces résidus seront versés directement par les habitants dans les voitures de nettoiement; ces résidus pourront être déposés dans des récipients qui seront placés à la porte des maisons, à cinq heures et demie du matin.

Ces récipients seront enlevés et déversés dans les voitures par leurs desservants.

Art. 2. La même interdiction et les mêmes obligations s'étendent aux maisons situées dans les cours, passages, cités, impasses, inaccessibles aux voitures d'enlèvement.

Art. 3. Le présent arrêté, qui sera immédiatement publié dans la forme ordinaire, sera exécutoire à dater du 16 de ce mois.

VII. — **Ambulances volontaires de Lyon.** Le comité international de secours aux blessés a nommé une commission médicale composée de MM. Ollier, président; Rollet, Rambaud et Gayet, vice-présidents, et Laroyenne, secrétaire. Cette commission est chargée de l'organisation d'une première ambulance dite d'*urgence*.

Personnel nombreux de chirurgiens et infirmiers, sans matériel, sans costumes, sans chevaux, sans fourgons. Un képi et un brassard de la convention de Genève; une trousse ou un sac à pansements, voilà tout l'appareil de cette ambulance qui doit se transporter où on l'appellera, puis revenir à Lyon, sans jamais se mettre à la suite de l'armée.

Le *Lyon médical*, qui nous annonçait cette formation, nous dira probablement un jour l'histoire de cette ambulance, et nous en placerons les points les plus intéressants sous les yeux de nos lecteurs.

12 SEPTEMBRE.

VIII. — **Hygiène publique.** M. Daremberg, que nous retrouverons souvent pendant le siége réclamant les mesures d'hygiène avec la plus louable persistance, insère dans les *Débats* un nouvel appel à l'administration :

« Il y a quelques jours, nous appelions l'attention de l'édilité sur la propreté des rues de Paris. Cette note a été reproduite avec empressement et bienveillance par une partie de la presse, mais nous craignons qu'on n'en ait pas encore tenu assez compte dans les régions administratives. Certes nous ne voulons élever aucun blâme, Dieu nous en garde ! Nous savons quels soins diligents l'administration urbaine apporte à toutes nos affaires; mais la question d'hygiène devient de plus en plus pressante; elle doit faire partie essentielle de la défense nationale en vertu de l'adage : *Mens sana in corpore sano.* Si nous laissons envahir la capitale par la maladie, par des épidémies surtout, nous compromettons, nous paralysons, nous perdons une partie notable de nos forces les plus vivaces. A l'œuvre donc! nous ne pouvons pas admettre qu'il soit impossible de trouver des bras et des chevaux pour arroser, au moins le matin et le soir, les rues macadamisées les plus fréquentées; c'est de celles-là, en effet, que s'élèvent des nuages de poussière très-malfaisants par la poussière elle-même, et par tous les détritus végétaux ou animaux qu'elle entraîne. — Nous ne pouvons pas admettre non plus qu'il soit impossible de verser chaque matin dans les ruisseaux une certaine quantité d'eau, d'inviter les riverains, concierges ou boutiquiers à donner un vigoureux coup de balai, et de recommander aux propriétaires ou locataires les soins les plus minutieux pour leurs eaux ménagères, etc.

« Enfin il faut encore signaler un point à la vigilance éclairée de l'édilité parisienne, si soucieuse de la santé publique : nous voulons parler de la nécessité qu'il y aura bientôt peut-être à détruire par le feu ou par des moyens chimiques les *boues* infectes de Paris qu'on enlève chaque matin, mais qu'on ne pourra peut-être transporter dans les campagnes. On peut conseiller d'en former de vastes dépôts aux extrémités de la ville, et de les incendier immédiatement ou d'en neutraliser les miasmes. *Caveant consules!* »

IX. **Académie des sciences.** — L'Académie des sciences tient séance.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 12 septembre 1870. — Présidence de M. LIOUVILLE.

HYGIÈNE PUBLIQUE. — M. FAYE lit une note intitulée : *Quels sont les vrais agents chimiques qu'il faut opposer à l'infection miasmatique.*

Je n'ai pas la prétention, dit-il, de rien apprendre de nouveau sur ce point à l'Académie; il s'agit simplement d'un préjugé longtemps répandu sous l'autorité de la science elle-même; j'ai cru qu'il pourrait être utile d'avertir une bonne fois le public que la science a totalement changé à cet égard.

Depuis la découverte de l'acide muriatique oxygéné, vers la fin du dernier siècle, les moyens préconisés jadis par la vieille médecine pour désinfecter l'air ont été abandonnés pour faire place au chlore, au chlorure de chaux et aux vapeurs nitreuses. On ne manquait pas de faire remarquer à tous propos que les anciennes fumigations se bornaient simplement à masquer la mauvaise odeur des émanations méphitiques, tandis que le chlore décompose ou détruit tous les gaz odorants, tels que les hydrogènes sulfureux, phosphoré, carboné, l'ammoniaque, etc., auxquels on attribuait alors l'infection miasmatique.

Mais on sait aujourd'hui, par les travaux mêmes de notre Académie, que l'infection miasmatique est due à une tout autre cause. La décomposition naturelle des matières organiques donne lieu, en effet, à l'émission de deux genres de matières qu'il importe de ne plus confondre : l'un sensible à l'odorat et parfaitement innocent à petites doses, à savoir les gaz puants ou méphitiques; l'autre inodore, impalpable et invisible, mais doué d'une sorte de vie et d'une incroyable faculté de dissémination : celui-là seul est dangereux. Ce sont ces germes invisibles, et non les gaz odorants, qui développent dans les corps de nature organique sur lesquels ils se déposent les phénomènes de la fermentation ou ceux des affections morbides les plus redoutables. Il n'y a donc pas lieu de s'étonner que le chlore en quantité respirable soit sans action sur ces ferments impalpables mais vivants, tandis qu'il détruit chimiquement les gaz méphitiques. Heureusement la chimie nouvelle nous fournit aujourd'hui toute une série d'agents nouveaux doués d'une action spéciale, agents qui ne décomposent pas les émanations méphitiques comme le chlore, mais qui agissent directement sur les germes suspendus dans l'air. Ce sont les substances du genre de l'acide phénique, du phénol, de la créosote, etc., et il est intéressant de voir que les traces de ces agents véritablement désinfectants se retrouvent dans les substances que la vieille médecine préconisait autrefois, c'est-à-dire la suie, la fumée et le goudron.

Concluons de là que si, dans une salle de malades, on entretenait un dégagement de chlore, en vue d'assainir l'air ambiant, ou si l'on s'efforçait d'en renouveler continuellement l'atmosphère, cela ne dispenserait nullement le médecin de se préoccuper de l'infection miasmatique. De là le mode remarquable de pansement qui a pris tant d'importance dans ces derniers temps et qui consiste dans l'emploi de bandages ou d'appareils combinés de manière à exclure rigoureusement le contact de l'air, et par suite les germes qu'il tient toujours en suspension.

Mais si, au lieu d'employer le chlore, on avait constamment recours aux désinfectants véritables d'origine phénique, appliqués au malade lui-même ou plutôt aux objets de pansement, on supprimerait directement l'infection, tout en laissant au médecin une latitude beaucoup plus grande dans sa manière d'opérer, c'est-à-dire en le délivrant de l'obligation de recourir aux pansements hermétiques.

Je voudrais donc, et c'est uniquement pour cela que j'ai cru devoir prendre la parole sur un sujet si éloigné de mes travaux ordinaires, que l'opinion publique cessât de confondre, sous le nom général de *désinfectants*, les agents chimiques qui se bornent à détruire les mauvaises odeurs (1) et ceux qui attaquent directement ou neutralisent les germes des plus terribles affections morbides. Quant à moi, si j'ose ici citer ma bien faible expérience personnelle, je n'ai jamais vu de plaie, grande ou petite, prendre un mauvais caractère quand elle était pansée tout d'abord avec des linges imbibés d'eau phénolée.

Ce n'est pas à dire qu'on doive renoncer à l'emploi des agents chimiques qui détruisent, comme le chlore, les matières animales, en leur faisant franchir du premier coup toute cette série de fermentations putrides d'où paraissent se dégager les innombrables germes contenus dans l'atmosphère : ces agents rendront plus efficaces les soins généraux de salubrité, mais, je le répète, l'air ambiant, même l'air sans cesse renouvelé, n'en contiendra pas moins des germes préexistants, venus souvent de fort loin; pour les combattre, il faut recourir à des agents bien connus aujourd'hui des médecins, agents dont l'emploi est heureusement à la portée de tout le monde, et dont je viens de rappeler la nature.

M. DUMAS. Notre confrère paraît ignorer qu'on se sert depuis plusieurs années à Paris de l'acide phénique, comme préservatif contre la contagion, dans un grand nombre de cas. L'administration des pompes funèbres, en particulier, a reçu l'ordre, depuis cinq ou six ans, de faire usage, dans tous les cas de maladies épidémiques, choléra, variole, etc., d'un mélange d'acide phénique et de sciure de bois; l'Assistance publique en a fait autant pour les hôpitaux; le ministère de l'intérieur en a recommandé l'application générale dans tous les cas de maladies présumées contagieuses.

On réserve le chlorure de chaux à la désinfection du sol ou de l'air empuantés par les liquides, les gaz ou les vapeurs; mais, concurremment, et pour combattre les miasmes, on fait usage de l'acide phénique. Du reste, la question des procédés de désinfection et d'assainissement fait le sujet, en ce moment, d'études très-attentives, et le Comité d'hygiène examine les procédés anciens ou nouveaux qui lui ont été soumis; il ne m'appartient pas de dire quelles mesures il arrêtera. Ceux de nos confrères qui en font partie y feront prévaloir, certainement, les moyens les plus dignes de confiance.

M. CHEVREUL. Il y a une distinction à faire entre les désinfectants comme le chlore, et les corps qui agissent comme l'acide phénique.

Ces désinfectants sont loin d'agir d'une manière unique :

1° L'acide sulfureux et l'acide sulfhydrique humides, tous les deux odorants, se décomposent réciproquement en deux corps inodores, l'eau et le soufre; ils sont donc mutuellement désinfectants.

2° L'acide chlorhydrique corrosif, irritant, et l'ammoniaque odorante se neutralisent en s'unissant de manière à former un composé inodore, le chlorhydrate d'ammoniaque.

3° Le chlore et l'ammoniaque présentent à la fois une décomposition et une combinaison neutre. Une portion d'ammoniaque est réduite en azote inodore et en acide chlorhydrique, qui neutralise la portion d'ammoniaque non décomposée.

Il existe des désinfectants qui, comme le charbon, agissent non plus en formant, comme les précédents, des composés définis, ou en remettant en liberté un des éléments des corps réagissants, mais en s'unissant par une *affinité* qui fut qualifiée de *capillaire* dès 1821.

Ce genre d'union est très-fréquent; exemples : le charbon, qui absorbe les gaz odorants et les principes colorants d'origine organique; les étoffes, qui se teignent en conservant leur forme; les matières terreuses, qui agissent sur l'eau, l'ammoniaque et les parties tant gazeuses que liquides des engrais.

Ce sont les corps de ce genre que je préconise, lorsqu'il s'agit de la désinfection de l'engrais humain, et non des corps qui le désinfectent en l'altérant plus ou moins profondément, ou en formant des composés plus ou moins stables, incapables de rien donner à la végétation des plantes, ou de céder en temps utile ce que l'engrais non désinfecté lui eût cédé.

Je ne reconnais l'utilité de la désinfection de l'engrais humain par des corps qui l'altèrent profondément en formant des composés plus ou moins stables que comme pratique transitoire pour arriver, sinon à l'emploi de l'engrais en nature, du moins à sa désinfection opérée avec des corps qui n'agissent que par une faible affinité capillaire.

Cette distinction faite, il ne faut pas croire que si l'on a exagéré l'efficacité du chlore et des hypochlorites, cette exagération est un motif pour en rejeter l'emploi dans des cas autres que ceux où leur bon usage est incontestable; car le chlore en présence de l'eau et les hypochlorites agissant à la manière de l'eau oxygénée, c'est-à-dire comme dénaturant, altèrent profondément une foule de matières organiques, parmi lesquelles il peut y avoir des venins, des virus, des miasmes, etc., etc.; on aurait donc tort, dans des cas où son défaut d'action n'est pas démontrée, d'en proscrire l'usage en principe. Ici je rapproche l'action du chlore et des hypochlorites de celle qu'ils exercent dans le blanchiment des étoffes.

Que sait-on *bien* aujourd'hui de l'action de l'acide phénique sur les composés organiques dont la décomposition spontanée, exhalant une mauvaise odeur, justifie l'expression de *foyer d'infection?*

C'est qu'il agit principalement sur la *source de la mauvaise odeur*, et en arrête le cours. Mais comme je l'ai constaté sur plusieurs matières organiques, il n'agit pas sur la mauvaise odeur, comme le chlore agit par exemple sur l'acide sulfhydrique, l'ammoniaque, etc.

Je ne parle pas de l'action qu'il peut exercer sur des composés organisés, appelés *spores, ferments*, etc. Telle est, si je ne me trompe pas, l'opinion de M. Calvert, mon élève, qui prépare aujourd'hui l'acide phénique pour le monde entier.

En résumé, dans ce que j'ai étudié, l'acide phénique agit sur la *source matérielle* de la mauvaise odeur et non sur cette *mauvaise odeur.*

M. DUMAS. Tous les chimistes sont d'accord pour admettre que le chlorure de chaux décompose les gaz hydrogénés répandus dans l'air.

Quant à l'acide phénique, son action est double.

L'acide phénique détermine certainement un temps d'arrêt dan la décomposition des matières organiques albuminoïdes. Il agit à la façon du tannin. C'est opérer une sorte de tannage que d'employer l'acide phénique.

Mais à côté de cette action, je crois qu'il en possède une seconde très-importante, qu'il faut spécifier.

Quand on tanne un muscle mort, on arrête la décomposition; lorsque l'on tanne des sporules vivants, on peut les tuer. De même, quand on fait agir l'acide phénique sur des sporules, sur des germes en suspension dans les liquides fermentescibles, on les tue, absolument comme la créosote versée dans une dissolution sucrée arrête la fermentation alcoolique en tuant les ferments, et comme le tannin prévient la formation visqueuse.

L'acide phénique, à mon sens, non-seulement arrête la décomposition organique, mais tue les germes, les agents vivants, dont le développement engendrerait ou propagerait les maladies épidémiques.

C'est en partant de cette idée qu'il m'a paru toujours nécessaire de conserver les fumigations chlorées pour désinfecter l'air, mais de faire intervenir en outre l'acide phénique, dont les vapeurs vont en quelque sorte rechercher et tuer dans une atmosphère viciée les miasmes et les germes morbides. Les formules que j'ai données à l'autorité publique, et qu'elle a adoptées, sont fondées sur ces principes.

En résumé, désinfecter et assainir font deux. Il convient d'utiliser simultanément et le chlore et l'acide phénique.

M. CHEVREUL. J'ai eu plaisir à entendre M. Dumas parler d'un *tannage* à propos de l'acide phénique. Je ne dirai pas, en commençant, l'Académie *se rappelle*, car ce que je vais ajouter aux observations que je viens de faire remonte à l'année 1809, et je n'ai pas la prétention d'invoquer le souvenir de mes confrères pour une époque si reculée.

Les conclusions principales auxquelles m'avaient conduit des re-

(1) Suite. — Voir notre numéro du 17 septembre.

(1) Il ne peut-être ici question des agents qui serviraient uniquement à masquer ces odeurs par d'autres moins répugnantes : personne ne s'en préoccupe plus.

cherches sur les tannins artificiels, exposées dans trois mémoires lus a l'Académie(1), sont les suivantes :

1° Il est impossible de maintenir l'opinion qui régnait alors, à savoir l'existence d'un principe immédiat unique des végétaux, qu'on appelait *tannin* et qui était caractérisé par la propriété de précipiter la gélatine.

Cette impossibilité était la conséquence de la diversité de composition chimique élémentaire des corps qui possèdent cette propriété.

2° En faisant dépendre la propriété de précipiter la gélatine d'une *forte affinité du corps tannant pour la gélatine*, je retrouvais cette propriété dans des corps de nature la plus différente :

a. D'abord, dans les *tannins artificiels* de M. Hatchett que je venais d'examiner;

b. Dans le *muriate d'iridium*, auquel Vauquelin venait de reconnaître la propriété de précipiter la gélatine et la saveur astringente;

c. Dans le *bichlorure de mercure*, dont Deyeux s'était servi, peu d'années auparavant, pour conserver le cadavre d'un général du premier Empire;

d. Plus tard, je fis la remarque que l'eau de *chlore*, qui précipite tant de liquides d'origine organique, a elle-même une saveur astringente.

3° Je déduisis la conservation des matières organiques unies à une *substance tannante* de leur insolubilité dans l'eau, c'est-à-dire de la stabilité chimique acquise par les matières organiques en vertu de leur combinaison.

4° Je considérai la saveur astringente, lors même qu'elle appartient à des corps qui ne précipitent pas la gélatine, comme concomitante avec leur propriété de s'unir aux matières animales, et ce rapprochement me conduisit à faire les remarques suivantes :

a. Il existe des sels, comme ceux d'alumine, de glucine, etc., qui ont, avec la saveur astringente, une saveur sucrée : dans plusieurs sels de plomb, la saveur sucrée domine sur la saveur astringente;

b. Il existe des corps, doués d'affinité pour les matières organiques, qui ont une saveur plus ou moins amère, avec une saveur astringente ou légèrement astringente.

5° Enfin, j'admis la possibilité que des corps qui coagulent fortement les matières organiques ne sont poisons qu'en formant des composés solides avec les humeurs et les tissus des animaux.

Le temps me manque pour parler des causes d'infection des eaux, du sol des cités populeuses et des terres arables. Je renvoie mes observations au *Compte rendu* prochain.

(*Sera continué.*)

(1) *Annales de chimie*, t. LXXII et LXXIII : 1er mémoire, lu le 17 d'avril 1809; 2e mémoire, lu le 10 juillet 1809; 3e mémoire, lu le 21 d'août 1809.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 22 février 1871, MM. les docteurs Blachez, Legrand du Saulle, Berthier, Prat et Lanoix, médecins traitants à l'ambulance militaire des varioleux de Bicêtre, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur. (Services distingués pendant cinq mois consécutifs, sous le feu de l'ennemi.)

— Le Bulletin hebdomadaire des décès déclarés à l'état civil de Paris, du 11 au 17 mars 1871, peut se décomposer de la manière suivante :

Variole : 98 cas, dont 17 chez des enfants au-dessous de 1 an; 17 chez des enfants de 1 à 15 ans; 35 chez des personnes âgées de 15 à 50 ans et 5 chez des personnes âgées de 50 ans et au-dessus. L'armée apporte l'appoint de 24.

Scarlatine : 3 cas, chez des enfants de 1 à 15 ans.

Rougeole : 20 cas, dont 2 au-dessous de 1 an; 14, de 1 à 15 ans; 1, de 15 à 30 ans; et 3 dans l'armée.

Fièvre typhoïde : 229 cas, dont 34 de 1 à 15 ans; 71 de 15 à 50 ans; 2 de 50 ans et au-dessus; et 122 dans l'armée.

Érysipèle : 8 cas, dont 2 au-dessous de 1 an; 1, de 1 an à 15 ans; 2 de 15 à 50 ans; 1 de 50 ans et au-dessus; et 2 dans l'armée.

Bronchite : 301 cas, dont 42 au-dessous de 1 an; 87, de 1 à 15 ans; 37 de 15 à 50 ans; 94 de 50 ans et au-dessus; et 41 dans l'armée.

Pneumonie : 188 cas, dont 8 au-dessous de 1 an; 30 de 1 à 15 ans; 47 de 15 à 50 ans; 51 de 50 ans et au-dessus, et 52 dans l'armée.

Diarrhée : 104 cas, dont 27 au-dessous de 1 an; 13 de 1 à 15 ans; 10 de 15 à 50 ans; 46 de 50 ans et au-dessus, et 8 dans l'armée.

Dysentérie : 49 cas, dont 5 au-dessous de 1 an; 3 de 1 à 15 ans; 11 de 15 à 50 ans; 20 de 50 ans et au-dessus, et 10 dans l'armée.

Cholérine : 5 cas, dont 3 au-dessous de 1 an; 1 de 1 à 15 ans, et 1 de 15 à 50 ans.

Angine couenneuse : 7 cas, dont 1 au-dessous de 1 an; 4 de 1 à 15 ans; 1 de 15 à 50 ans, et 1 dans l'armée.

Croup : 14 cas, dont 3 au-dessous de 1 an; 10 de 1 à 15 ans, et 1 de 15 à 50 ans.

Affections puerpérales : 3 cas, de 15 à 50 ans.

Affections chroniques et accidents divers : 1,537 cas, dont 260 au-dessous de 1 an; 200 de 1 à 15 ans; 428 de 15 à 50 ans; 513 de 50 ans et au-dessus, et 130 dans l'armée.

Accidents de guerre : 10 cas, dont 9 chez des civils de 15 à 50 ans, et 1 chez un civil de 50 ans et au-dessus.

En résumé, la mortalité du 11 au 17 mars s'est élevée au chiffre de 2,576, sur lequel on compte 399 soldats et 2,177 civils.

Ces 2,177 civils se subdivisent enfin en 370 au-dessous de 1 an; 417 de 1 à 15 ans; 657 de 15 à 50 ans; et 733 de 50 ans et au-dessus.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 110. — JEUDI 22 SEPTEMBRE 1870. 43e ANNÉE JEUDI 22 SEPTEMBRE 1870. — N° 110.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 19 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en pauvent pas [illegible] antier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :

Trois mois..	8 fr. 50 c.	
Six mois. .	16	—
Un an.....	30	—

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SAINTE-ANNE (bureau central d'examen).—M. MAGNAN.

Des relations entre les lésions du cerveau et certaines lésions de la moelle et des nerfs dans la paralysie générale.

(Leçon recueillie par M. LESCURE, interne à l'Asile Sainte-Anne.)

I. — De toutes les maladies dont nous aurons à nous occuper, la paralysie générale est assurément la plus importante à connaître, celle que vous serez le plus souvent appelés à observer. Il n'entrerait point dans le plan que nous nous sommes tracé de donner une description complète de la paralysie générale, mais je m'efforcerai de discuter devant vous quelques points encore en litige et dont le développement nous éclairera sur la nature de cette maladie.

Je me propose aujourd'hui, messieurs, de mettre à profit plusieurs faits qui nous permettront de mieux apprécier les liens intimes qui unissent les lésions du cerveau à certaines lésions de la moelle et des nerfs dans la paralysie générale. Cette étude comparative aura pour résultat de déterminer plus exactement les caractères de la lésion anatomique de cette maladie.

Pendant longtemps on a rattaché aux seules lésions cérébrales tous les symptômes offerts dans le cours de la paralysie générale, et lorsque des accidents paralytiques, moteurs et sensitifs, se montraient à un degré insolite dans les extrémités inférieures, on invoquait encore le cerveau comme cause exclusive de ces phénomènes ; c'étaient disait-on, des paraplégies *cérébrales*. On oubliait ainsi les renseignements précis de la physiologie pathologique qui désignaient la moelle comme responsable de ces accidents. Mais, du reste, ces réflexions pourraient s'appliquer avec autant de justesse à une maladie qui nous est bien plus familière, la méningite tuberculeuse, J'ai eu l'occasion, récemment, à propos d'un cas de ce genre, de faire quelques recherches bibliographiques sur ce sujet, et nulle part je n'ai trouvé la mention de l'existence, dans les méninges rachidiennes, des altérations décrites avec tant de soin dans les enveloppes du cerveau.

Un malade phthisique, âgé de 43 ans, mort dans nos salles, avait éprouvé en outre des symptômes les mieux accusés de méningite tuberculeuse *cérébrale*, d'autres phénomènes qui faisaient penser à la propagation de la lésion vers la moelle ; c'étaient des tremblements, des contractures, des secousses irrégulières, des frémissements dans les muscles des bras et des jambes ; tantôt uniformément distribués à tout le corps, d'autres fois limités ou plus marqués dans un bras ou une jambe. Il y avait aussi de la roideur du cou et du tronc. Ces phénomènes, appréciés sans idée préconçue, devaient se rattacher à une cause médullaire ; l'autopsie, en effet, est venue montrer une méningite tuberculeuse cérébro-spinale. Nous avons communiqué ce fait à la Société de biologie, où M. Hayem en a rapporté également deux cas chez des femmes adultes, et M. Liouville un cas chez l'enfant et un cas chez l'adulte (1). Depuis lors, d'autres observations ont été recueillies; il devait en être ainsi, puisque, parmi les symptômes de la méningite tuberculeuse, figurent des signes qui se rattachent certainement à la moelle.

II. — Mais examinons, pour la paralysie générale, ce que nous fournit l'observation clinique.

Il est des paralytiques chez lesquels une ou plusieurs années, quelquefois dix et même quinze ans avant le développement de la paralysie générale, on voit survenir des troubles de la sensibilité; ce sont des douleurs fulgurantes revenant par accès rapides de quelques secondes, séparés par des intervalles variables, se reproduisant plusieurs fois en quelques minutes, ou bien au contraire cessant d'une façon assez brusque pour ne reparaître qu'au bout de plusieurs jours ou même de plusieurs mois. Ces douleurs, revenant sous forme d'éclairs, d'élancements, n'ont rien de fixe; elles sont erratiques, vagabondes, se montrant aux deux jambes ou sur l'une d'elles, ou bien dans une partie circonscrite, le pied, le genou, une portion de la peau. La pression ne les exaspère pas; elle peut même les faire diminuer. Une fois disparues, on ne trouve, dans les régions qui en ont été le siége, aucun changement appréciable. A ces douleurs viennent s'ajouter peu à peu des troubles du mouvement. La marche devient incertaine, chancelante ; le malade trébuche sur un sol inégal ; il descend avec difficulté un escalier. Un peu plus tard, la marche devient encore plus difficile ; la pointe du pied, projetée en avant, se dirige irrégulièrement, soit à droite, soit à gauche, heurtant la jambe de l'aide ou la malléole du côté opposé; le pied ainsi lancé dépasse le but, revient brusquement sur lui-même, le talon frappant le sol. Dès que l'individu veut se retourner, les jambes s'entrecroisent et la chute devient imminente. L'incoordination des mouvements augmente quand les yeux sont fermés ou quand le malade est privé de lumière. Ce sont là, vous l'avez reconnu, des symptômes d'ataxie. Dans d'autres cas, les phénomènes du début sont en même temps des troubles sensitifs et des troubles moteurs ; le malade éprouve de l'engourdissement, des fourmillements dans les extrémités inférieures, des picotements à la plante des pieds, une sensation imparfaite du sol, des crampes, des modifications dans la sensibilité à la douleur, à la température ; les jambes sont faibles ; il y a de la lassitude au niveau des jointures, un sentiment de pesanteur, une fatigue plus grande ; la marche devient plus difficile, plus lente. Chez d'autres malades, ce qui prédomine, c'est la faiblesse musculaire, tandis que les phénomènes sensitifs font presque défaut.

Dans quelques circonstances enfin, on apprend que les malades ont souffert dans les membres sans que l'on puisse déterminer les caractères des accidents. Ils ont eu, disent les parents, des douleurs rhumatismales, goutteuses, etc., mais sans détails précis. Que ces premiers accidents soient des phénomènes d'ataxie ou bien des troubles simultanés sans caractère spécial de la motilité et de la sensibilité, ou bien encore des troubles plus particulièrement de la motilité, on constate, à une période plus ou moins rapprochée, une paresse de la vessie et du rectum, se traduisant par de la rétention ou par de l'incontinence des urines, par des constipations opiniâtres ou des selles involontaires. Peu à peu, il survient des douleurs en ceinture, une sensation de constriction à la base du thorax, de l'oppression. Plus tard, les mains deviennent inhabiles, les bras sont pris de tremblements, ce qui oblige le malade à suspendre ses occupations si son travail exige une certaine délicatesse. On voit apparaître aussi de l'hésitation de la parole, du tremblement fibrillaire des lèvres, des mouvements vermiculaires à la surface de la langue, de l'inégalité pupillaire. En même temps l'intelligence s'affaiblit, la mémoire est infidèle, l'aptitude au travail diminue. Les erreurs deviennent fréquentes, habituelles. L'imprévoyance préside à la plupart des actes de l'individu. Le caractère change, le malade ne se montre plus le même, il devient irritable, difficile à conduire; ou bien, au contraire, il se montre d'une docilité enfantine et se laisse diriger sans la moindre résistance. Souvent, naissent des idées délirantes, ambitieuses, hypochondriaques, mélancoliques; des idées de persécutions, etc.; mais les formes variées de ces délires n'empêchent pas de reconnaître, dans ces conceptions, l'œuvre du paralytique; elles ont toutes un certain cachet de démence qui leur sert en quelque sorte de marque originelle.

Permettez-moi, messieurs, de vous donner, en quelques mots, l'histoire d'un malade qui va passer sous vos yeux, dont nous ferons ensemble l'examen, et chez qui vous trouverez la plupart des symptômes dont nous venons de parler.

OBSERVATION. — *Troubles de la sensibilité et de la motilité dans les extrémités inférieures (ataxie), suivis de paralysie générale; attaques apoplectiformes; hémiplégie gauche. Perte presque complète de l'odorat.*

M... (Emmanuel), 44 ans, est amené de l'hôpital de la Charité au bureau d'admission, le 2 juin 1868.

Depuis plusieurs années, fourmillements et sensation de piqûres à la plante des pieds, douleurs fulgurantes dans les jambes revenant par accès; rétention ou incontinence passagère d'urines. Plus tard. douleurs en ceinture au thorax et douleurs dans les bras.

En 1867, actes indélicats, abus de confiance, qui entraînent une condamnation et l'emprisonnement (début probable de la paralysie générale).

A son entrée, affaiblissement intellectuel, délire ambitieux s'étendant à tout; céphalalgie, bourdonnements d'oreilles ; hésitation de la parole, tremblement de la langue et des lèvres, inégalité pupillaire; tremblement des mains; incoordination des mouvements; démarche saccadée, chancelante; les pieds heurtent le sol, décrivent des zigzags, frappent quelquefois la malléole du côté opposé; chute imminente quand le malade se retourne brusquement; les yeux étant fermés, la difficulté de la marche est plus grande; douleurs moins intenses et plus rares qu'autrefois. Sensibilité électro-musculaire conservée.

En novembre 1868, M.... Emmanuel qui a passé dans le service de M. Dagonet, à l'asile Sainte-Anne, présente un affaiblissement notable des facultés intellectuelles; il parle de sa fortune, de ses millions, il possède des lions avec des colliers d'or, des diamants, des couvertures tout en or. Il se dit le roi des rois et veut faire le bonheur de tout le monde. Presque aussitôt, il raconte que son frère est cordonnier, qu'il est lui-même employé de magasin. Il chiffonne, remplit ses poches de cailloux et d'ordures; il vole les autres malades. La parole est hésitante, les lèvres tremblantes, les pupilles resserrées; la sensibilité à la douleur paraît conservée. Les phénomènes ataxiques restent les mêmes.

Dans le courant de 1869, on constate un arrêt dans la marche de la maladie; la mémoire semble même un peu plus précise et le malade conserve quelques idées ambitieuses; il y a un peu plus de sûreté dans la marche, mais on retrouve toujours l'incoordination première.

Le 1er décembre 1869, attaque apoplectiforme laissant après elle une faiblesse notable du côté gauche et une aggravation des phénomènes intellectuels.

Mai 1870. Affaiblissement considérable de l'intelligence; délire ambitieux, incohérence. Persistance de l'hémiplégie gauche. Parole empâtée et traînante; tremblement de la lèvre supérieure; commissure gauche abaissée; faiblesse des jambes avec quelques saccades dans la marche. L'exploration des sens fait constater une perte presque complète de l'odorat; le camphre, l'essence de menthe, l'acide acétique rectifié ne semblent pas être perçus. Le goût paraît, au contraire, conservé; le malade reconnaît le sucre, le sel, apprécie l'amertume de l'aloès et l'âcreté du piment qui provoque une grimace très-significative.

Nous avons vu, dans ce premier groupe de faits, une propagation successive des accidents de bas en haut, des extrémités inférieures du corps, vers les parties supérieures. Nous allons maintenant examiner les cas dans lesquels il survient, pendant la paralysie générale, les troubles insolites des jambes, que certains auteurs ont regardés comme des paraplégies cérébrales. Ces phénomènes peuvent se présenter dès la première période de la maladie ; il survient alors tantôt des symptômes qui se rapprochent de l'ataxie, tantôt de la faiblesse des jambes, avec quelques modifications de la sensibilité ; d'autres fois, enfin, une simple diminution du mouvement. Dans tous ces cas, les accidents ne sont pas produits par des lésions secondaires, occupant le système antérieur de la moelle, mais bien, ainsi que nous allons le voir, par la propagation à la moelle de la lésion qui occupe le cerveau.

Le seul fait, du reste, de l'arrêt des phénomènes cérébraux, ou de leur degré peu avancé pendant la marche progressivement croissante des accidents paraplégiques, démontre nettement que ces derniers ne peuvent pas dépendre d'une même cause, la lésion cérébrale ; ils ne sauraient pas davantage être rattachés à une lésion secondaire de la moelle déjà très-accentuée, puisque celle-ci devrait avoir pour origine une lésion cérébrale qui débute et conséquemment peu marquée.

Dans un troisième ordre de faits, les troubles médullaires et cérébraux se développent simultanément; ici encore, le début peut être marqué plus particulièrement par des symptômes ataxiques, ou bien par l'association de phénomènes moteurs et sensitifs, sans caractère particulier, ou bien encore par de la faiblesse musculaire. Dans quelques circonstances, on remarque dans les membres des phénomènes d'un autre ordre : des contractures plus ou moins étendues, des contractions inégales et irrégulières des muscles, suivies de petits mouvements convulsifs des doigts ou des orteils; quelquefois aussi des mouvements choréïformes.

Chez un malade, nous allons trouver réunis des symptômes de paralysie générale, d'ataxie et de sclérose en plaques ; permettez-moi de vous communiquer l'observation avant de nous livrer ensemble à l'examen du malade lui-même.

(Sera continué.)

(1) Méningite tuberculeuse cérébro-spinale, *Comptes rendus de la Société de biologie, in Gazette médicale*, numéros des 9, 16 et 23 avril 1870.

DE LA CONSERVATION DES DOIGTS
PLUS OU MOINS COMPLÉTEMENT SÉPARÉS ACCIDENTELLEMENT (1)

Par le Dr BÉRENGER-FÉRAUD
Médecin principal de la marine impériale.

OBS. XXIV. — *Fait de Garengeot* (*Opérations de chirurgie*, t. III, p. 57; *Aphorismes de Boerhaave*, commentés par Van Swieten, t. I, page 276).

Une personne en fermant une porte s'y prit le doigt index, et e

(1) Suite. — Voir les numéros des 8 et 10 septembre 1870.

blessa de façon que la peau et le pannicule adipeux coupés tout autour étaient renversés sur la dernière articulation avec l'ongle, et que l'os était presque à découvert. Le chirurgien voulant rejoindre les parties séparées, s'aperçut qu'elles étaient en partie détachées de celles de dessous; il ajusta néanmoins si bien ce bout coupé, qu'il ressemblait à un doigt de gant avec le reste, que le troisième jour la réunion était parfaite.

Obs. XXV. — *Fait du docteur Geoffroy* (de la Fère) (*Gazette des Hôpitaux*, 2 mars 1867).

Garçon de sept ans; main sciée au niveau des têtes articulaires des métacarpiens par une scie circulaire. La continuité n'est établie que par un lambeau palmaire. Hémorrhagie abondante. Réunion; irrigations d'eau froide; suture cutanée; planchette.

Guérison en 25 jours. On constate que les doigts se plient bien, mais ne se redressent pas.

Huit mois après, une partie des mouvements est revenue, si bien que l'enfant peut écrire, et qu'il est probable qu'il n'aura pas d'infirmité bien grande.

Obs. XXVI. — *Jobert*, de Lamballe (*Journal de médecine et chirurgie pratiques*, t. XVII, p. 422. 1846).

Homme; pouce détaché presque en entier par une scie mue par la vapeur. Le pédicule est à la face interne et à 1 centimètre environ. Réunion. Guérison en peu de jours.

Obs. XXVII.—*Fait de Jobert*, de Lamballe (*De la réunion en chirurgie* Paris, 1864, p. 74).

B... (Pierre), 48 ans.

Le médius est presque séparé de la main; il ne tient que par un petit lambeau de peau au niveau de l'articulation de la première avec la deuxième phalange. Suture, réunion, suppuration osscusé assez longue.

Fausse articulation. Mouvements incomplets.

Obs. XXVIII. — *Fait de Layraud* (Velpeau, *Médecine opératoire*, t. Ier, p. 610).

Deux doigts divisés d'arrière en avant, et qui ne tenaient plus que par un lambeau large d'une ligne ou deux, furent si bien recollés par M. Layraud, qui me les fit voir, que non-seulement ils continuèrent à vivre, mais encore qu'ils reprirent toutes leurs fonctions.

Obs. XXIX. — *H. Larrey* (*Communication orale*).

Le baron H. Larrey m'a dit qu'à l'époque où il suivait la clinique de Velpeau, il vit un homme dont les extrémités de l'index et du médius avaient été divisées et ne tenaient que par un même pédicule. Velpeau se proposait de faire la section, mais M. Larrey l'engagea à la conservation, et la réunion s'obtint parfaitement.

Obs. XXX. — *H. Larrey* (*Communication orale*).

Le baron Larrey m'a dit aussi avoir tenté avec succès la réunion d'une portion de pulpe du doigt presque entièrement divisée par un instrument tranchant.

Obs. XXXI. — *Fait du docteur Landi* (*Clinique chirurgicale de l'hôpital de Sienne*, 1860-61, page 75). — *Auriculaire presque complétement détaché. Réunion. Guérison.*

Chez le jeune Mario P... de Sienne, la blessure intéressait plus spécialement la face palmaire du petit doigt; les tendons fléchisseurs étaient dénudés; la première phalange fracturée près de l'articulation métacarpo-phalangienne et les tissus mous tellement dilacérés que le doigt pendait froid et insensible sur la face palmaire de la main.

Il semblait que la séparation de ce doigt, qui ne tenait plus que par un mince pédicule, dût être faite de suite, d'autant que la main et l'avant-bras étaient très-blessés aussi; néanmoins le docteur Landi tenta la conservation, et le 30e jour la guérison était complète; les mouvements du doigt étaient cependant presque tous perdus.

Obs. XXXII. — *Deuxième fait du docteur Landi* (*Clinique de l'hôpital de Sienne*, 1862-63). *Pouce et index gauches presque complétement détachés. Conservation. Guérison.*

Le nommé P...., se présente à l'hôpital avec le pouce et l'index gauches désarticulés par un coup de couperet. Le pouce était renversé sur le dos de la main, et tient tout au plus par un petit pédicule cutané large de de 2 centimètres. L'index est un peu moins complétement divisé, cependant l'articulation est ouverte depuis le milieu de la face palmaire jusqu'au milieu de la face dorsale. Il semblait qu'il ne restait plus au chirurgien qu'à régulariser cette amputation à peu près déjà faite. Cependant le docteur Landi tente la conservation. En 26 jours la guérison était complète, et quelques mouvements étaient encore possibles dans ces doigts qui avaient semblé irrévocablement perdus.

Obs. XXXIII. — *Fait de la Peyronie* (*Cours d'opérations de Dionis, annoté par La Faye*, page 739).

En parlant de la tentative heureuse de conservation d'un bras presque entièrement séparé du corps, La Faye dit : « M. de la Peyronie était encouragé dans cette entreprise par l'exemple qu'il avait eu, en 1706, d'un soldat suisse qui eut le doigt index d'une main coupé de façon qu'il ne tenait plus qu'à une petite portion de la peau qui le joint au doigt du milieu, et de ces deux opérations, M. de la Peyronie conclut qu'on doit en toute occasion tenter la réunion des parties; qu'il n'y a point d'inconvénient à l'essayer, et que souvent la nature ne demande qu'à être aidée pour faire des prodiges. »

Obs. XXXIV. — *Fait du docteur Lagarde* (*Recueil des Mémoires de médecine et chirurgie militaires*, t. II, p. 231).

Caporal au 1er régiment d'infanterie, reçoit, le 27 août 1821, un coup de sabre qui lui coupe obliquement le pouce droit, à l'exception d'un faible lambeau de peau; la section comprenait la phalangette. L'idée première du blessé est d'achever la séparation, mais on l'en détourne et on le conduit chez le docteur Lagarde, qui lave les parties, réunit à l'aide de bandelettes agglutinatives de charpie, d'attelles, etc.

Le 5e jour, commencement de la réunion, un peu de suppuration. Le 18e jour, enlèvement des bandelettes. Le 35e, enlèvement des attelles. Les mouvements sont parfaitement conservés.

Obs. XXXV. — *Fait de Lamotte*, *Traité de chirurgie*, t. III, p. 212.

Lamotte parle d'un gros orteil qui était presque entièrement divisé et qu'il acheva de couper. Il dit pour sa justification, qu'il a vu chez un particulier la conservation du gros orteil être suivie d'une ankylose très-gênante pour la marche.

Obs. XXXVI. — *Ledran* (*Consultations*, 1765, p. 140).

J'ai vu pareille plaie (doigt presque entièrement séparé) se réunir en trois jours, par la précaution que j'avais prise de rapprocher et réunir toute la division.

Obs. XXXVII. — *Mora* (*Thèses de Paris*, 1870, no 24, page 28).

Soldat des lanciers de la garde, s'emporte la seconde phalange du médius gauche en fendant du bois avec une hachette. La continuité n'est plus entretenue que par une mince languette de peau de la face palmaire. Pansement. Guérison, avec pseudarthrose fibreuse.

Obs. XXXVIII.— *Fait de M. Mignot* (*Bulletin général de thérapeutique*, t. XXIX, p. 570).

Un scieur de merrain a la troisième phalange du petit doigt gauche divisée par une pièce de bois un peu au-dessus de l'articulation; l'os est complétement divisé. La partie qui ne tient plus que par un petit lambeau de peau est froide et bleuâtre.

Quoique l'accident datât d'une heure et que le malade voulût qu'on achevât l'excision de la portion déjà privée de vie, M. Mignot tente la réunion, malgré une perte de substance à la partie latérale externe; il réchauffe le doigt, applique des bandelettes, arrose deux fois par jour le pansement avec un mélange de *trente* grammes de baume du Pérou liquide et *quatre* grammes d'alcoolat vulnéraire.

Dans la nuit, douleur dans le doigt. On fait des lotions d'eau froide. Huit jours après, réunion. Trois semaines après, guérison. Le doigt a repris sa rectitude et sa longueur normales, l'articulation est libre dans tous ses mouvements. Un ongle de nouvelle formation repousse dans une bonne direction.

Obs. XXXIX. — *Potier* (*Journal de médecine*, 1793, XCIII, page 31).

Claude N... eut quatre doigts de la main coupés, ne tenant qu'un peu à la peau, excepté l'os de l'indicateur, qui était incomplétement divisé; les autres l'étaient.

Pansement au baume vulnéraire, palette. Guérison le 25e jour.

Obs. XL. — *Potier* (*loc. cit.*).

P..., forgeron, même lésion que Claude N.... Même pansement; même résultat.

(*A suivre.*)

DU CLIMAT DES STATIONS HIVERNALES

DES ALPES-MARITIMES (1).

Par M. le docteur Gillebert-d'Hercourt.

(Mémoire lu à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 17 juin 1870).

Humidité relative. — Sur le littoral des Alpes-Maritimes, l'état hygrométrique de l'air est le phénomène météorologique qui présente les variations les plus nombreuses et les plus étendues. Si, à Nice, dit M. Roubaudi, on ne connaît pas les extrêmes du chaud et du froid, on y éprouve ordinairement, en revanche, les extrêmes de sécheresse et d'humidité. Les plus grandes oscillations entre ces deux états affectent ordinairement les mois consécutifs de janvier jusqu'à avril (climat de Nice). La portion rurale de la Principauté de Monaco ne pouvait, malgré sa bonne situation, échapper aux conséquences de l'influence générale qui s'exerce sur ces contrées.

La moyenne hygrométrique, calculée sur les observations des quatre derniers hivers, opérées à l'aide du psychromètre d'Auguste, est :

Pour la tension de la vapeur de....	6mm76
Pour l'humidité relative de........	70 centièmes.

Le maximum d'humidité relative est quelquefois très-élevé. Pendant l'hiver de 1866-1867, il a atteint le chiffre 100 dans chacun des mois d'hiver; pour les autres hivers, ce maximum a oscillé entre 80 et 94 centièmes.

Le minimum s'abaisse assez souvent à un chiffre inférieur; pendant les quatre derniers hivers, on l'a vu osciller entre 25 et 54 centièmes; sur 12 mois, il s'en est trouvé quatre durant lesquels ce minimum a été inférieur à 30 centièmes.

La moyenne du maxima d'hiver est de......	91 centièmes.
Celle du minima est de....................	36 —
Différence..............................	55 centièmes.

Cette différence donne la mesure moyenne des variations hygrométriques dans ces contrées. Elle est encore plus significative quand on rapproche l'une de l'autre les variations extrêmes observées dans le cours d'un même mois ou d'un jour à l'autre. Par exemple pour le premier cas, on a vu entre le maximum et le minimum des différences de 68 centièmes en décembre 1864, et de 66 centièmes en janvier 1868. Pour les mois consécutifs, la différence moyenne entre les maxima et les minima mensuels est, pour décembre, 58 centièmes; pour janvier, 55 centièmes; pour février, 50 centièmes.

Entre deux jours consécutifs, j'ai observé une différence maximum de 53 centièmes; par exemple, l'écart s'est fait entre 31 et 84 centièmes. Dans le cours d'une même journée cette différence peut varier de 20 à 25 centièmes. Quelque considérable qu'elle soit, cette variation peut cependant passer inaperçue ou à peu près, si elle s'opère lentement et progressivement. Mais il arrive dans certaines localités, par exemple à Monaco, que le soleil se cachant brusquement derrière une montagne, avant d'avoir complétement terminé sa course, la température du lieu s'abaisse prématurément et beaucoup plus rapidement que dans les pays où les rayons solaires ne disparaissent, une ou deux heures plus tard, qu'après avoir subi une déclinaison progressive. Là, la décroissance de la température se fait lentement et graduellement. L'état hygrométrique se modifie également alors avec lenteur et insensiblement. Aussi le plus souvent on ne s'y aperçoit pas de ce changement. A Monaco, ainsi que dans les lieux auxquels j'ai fait allusion, les choses se passent autrement. La proportion de vapeur d'eau contenue dans l'air ne peut se réduire aussi promptement qu'a baissé la température ambiante; il s'ensuit que tout à coup l'air contient une telle proportion d'humidité qu'il se trouve plus rapproché de son point de saturation. C'est ce qui fait que tout le monde ressent alors une fraîcheur subite, quoique en somme le refroidissement qui s'est produit ne descende pas au delà de 2° thermométriques. Mais bientôt la condensation de l'excès de vapeur d'eau contenue dans l'air, ayant lieu, l'état hygrométrique de l'atmosphère se met en rapport avec les autres conditions météorologiques. Alors, quoique la température ne se soit pas relevée, l'air paraît moins froid qu'une heure environ auparavant, tandis que c'est souvent le contraire qui a lieu. Ce fait démontre que les variations hygrométriques sont d'autant plus sensibles pour nous qu'elles sont plus soudaines.

Au reste, on sait que des influences locales modifient l'état hygrométrique des différents quartiers d'un même pays, d'une même ville, au point que dans le même moment le degré d'humidité relative peut varier d'un quartier à un autre. C'est ce qui arrive dans les vallées profondes et sinueuses, et dans les villes dont les rues sont étroites et les maisons très-élevées, par exemple, dans les vieux quartiers de Nice et de Menton; la proportion d'humidité y est plus grande que dans les quartiers bien éclairés et bien aérés.

A différentes reprises, j'ai cherché à préciser par des observations simultanées l'étendue de ces différences. Ainsi pour 59 jours d'observations faites simultanément, d'une part, à l'établissement des bains, à 4 mètres au-dessus de la mer, et, d'autre part, sur la place du palais à Monaco, à 66 mètres au-dessus de la mer et où la ventilation ne rencontre pas d'obstacle, j'ai trouvé, pour le premier lieu, une moyenne de 61 centièmes, et pour le second une moyenne de 43 centièmes. Différence 18 centièmes.

Une autre fois, le 20 février 1863, des observations simultanées m'ont donné pour résultats :

1° A l'établissement de bains, à 4 mètres du rivage et à 4 mètres au-dessus des eaux..............	68 centièmes.
2° Sous les oliviers de Saint-Michel, à 800 ou à 900 mètres du rivage, et à environ 60 mètres au-dessus de la mer..............	51 —
3° Sur la terrasse du Casino, espace entièrement découvert, à environ 45 mètres au-dessus de la mer et à 100 mètres du rivage..............	46 —

Enfin, voulant démontrer à une indigène les inconvénients que présente une mauvaise habitude, adoptée dans ces contrées pendant l'hiver, et qui consiste à tenir les maisons closes et à garnir les fenêtres d'épais rideaux, le 3 mars 1863 j'ai pris simultanément le degré d'humidité relative dans la rue du Milieu, à Monaco, et dans un salon au premier étage d'une maison sise dans la même rue, et où l'habitude en question était rigoureusement mise en pratique. Eh bien! tandis que dans la rue je trouvais 46 centièmes d'humidité relative, avec une température de 12°,8-c, je trouvais dans le salon 56 centièmes par une température de 12°-c, à peu près égale par conséquent à la première. L'air de ce salon, dont la température était si voisine de celle de la rue, était donc plus rapproché de son point de saturation que ne l'était celui de la rue; aussi y éprouvait-on une sensation de fraîcheur qui ne se faisait pas sentir au-dehors.

Des données qui précèdent, quel enseignement doit-on tirer relativement au caractère de l'état hygrométrique de l'air des Alpes Maritimes ? Alors que l'opinion générale est que l'air de ces contrées est sec, faut-il soutenir l'opinion contraire avec MM. Wahu, Macario et Lubanski?

« On entend toujours dire et répéter que l'air de Nice est sec et excitant. C'est encore là une erreur, dit M. Macario (*Climat de Nice*, p. 29) ».

C'est à peu près dans les mêmes termes que M. Lubanski s'exprime sur la même croyance, qu'il considère comme un préjugé.

Or, pour soutenir que le climat de Nice, par exemple, n'est pas sec, nos deux honorables confrères s'appuient sur les résultats des observations faites à Nice par Richelmi et Roubaudi, au moyen de l'hygromètre de de Saussure, et dont la moyenne annuelle est de 58°, et ils concluent que l'air de Nice est aussi éloigné d'une sérénité excessive que d'une extrême humidité. « La moyenne à Nice étant de 58°,2, dit M. Lubanski, elle est de 8°,2 plus près de l'extrême sec. » Mais en raisonnant ainsi qu'ils le font, nos honorables confrères ne tiennent pas compte d'un fait très-important, à savoir que les degrés de l'hygromètre de de Saussure ne sont pas proportionnels aux quantités de vapeurs d'eau contenues dans l'air. Ainsi on a constaté que quand l'instrument de de Saussure, marque 80°, l'air ne contient souvent que 60 à 70 p. 100 de la quantité de vapeur d'eau qui serait nécessaire pour le saturer. Cette observation a conduit Gay-Lussac, Milloni et Augurt (de Berlin), à faire de nombreux calculs pour établir à combien de centièmes d'humidité relative correspondent les divers degrés de l'hygromètre de de Saussure; et ils ont tracé des tableaux destinés à faciliter cette recherche. Eh bien! d'après les tables de Gay-Lussac, par exemple, 58 degrés

(1) Suite. — Voir le numéro du 20 septembre.

de l'instrument de de Saussure représentaient seulement 35 centièmes d'humidité relative. Il s'ensuivrait donc que, loin d'être plus rapprochée de l'extrême humide que de l'extrême sec, la moyenne actuelle de l'état hygrométrique de l'air à Nice serait de 65 centièmes au-dessous du point de saturation. Ce résultat s'éloigne beaucoup de celui sur lequel s'appuyaient MM. Macario et Lubanski.

Cependant, l'instrument de de Saussure est infidèle; il ne faut pas prendre à la lettre les résultats fournis par lui. Ainsi, l'inexactitude de la moyenne trouvée par Richelmi, a été démontrée victorieusement par les observations faites à l'hôpital militaire de Nice, sous la direction de mon honorable ami, le docteur Cabrol, qui a obtenu, à l'aide du psychromètre d'Augurt, une moyenne annuelle de 71 centièmes.

Toutefois, ces calculs ne fournissent que des termes de comparaison, et ne conduisent pas à une médication absolue; ils ne nous donnent pas la solution de la question que j'ai posée. Pour trouver cette solution, voici l'expérience que j'ai faite : j'ai abandonné pendant plusieurs mois d'hiver des allumettes chimiques sur une tablette de marbre dans une chambre carrelée dépourvue de tapis, où l'on ne faisait que peu de feu et qui était située sur le bord de la mer. Ces allumettes n'ayant éprouvé aucune altération, et s'étant montrées aussi bonnes au dernier jour qu'au premier, j'en ai conclu que l'air du pays est sec.

(*A suivre.*)

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

M. SÉDILLOT adresse à M. le Président une lettre intitulée :

Haguenau (Ambulances volontaires), 2 septembre 1870.

Observations relatives aux indications chirurgicales et aux conséquences des amputations, à la suite des blessures par les armes de guerre. — Le salut de milliers de blessés appelle le concours et les efforts de tous les chirurgiens pour arriver aux meilleures méthodes et aux plus sûrs procédés des opérations nécessitées par les armes de guerre : à ce titre, je soumets à l'appréciation de l'Académie, et à celle de mes confrères militaires et civils, quelques remarques inspirées par une longue expérience et par l'observation récente de plus de quinze cents blessés et de plus de deux cents amputations, parmi lesquelles j'ai dû en pratiquer une quarantaine, et jusqu'à quinze dans une seule journée.

La règle la plus importante et la moins contestée est d'opérer avant le développement de la période inflammatoire, dès les deux premiers jours de la blessure. Ces amputations, dites *immédiates* ou *primitives*, sont parfois encore possibles le troisième et le quatrième jour sur les hommes à réaction tardive, mais ce sont des cas exceptionnels.

Pendant la période inflammatoire, les opérations sont suivies d'une effrayante mortalité; mais elles l'emportent grandement sur l'expectation, au moins dans les conditions d'encombrement inévitable où l'on se trouve.

L'influence des localités, des saisons, des soins, des eaux, des approvisionnements, de la nourriture, de la nationalité, exige de nouvelles investigations.

A Haguenau, à Bischwiller, à Reichshoffen, à Walbourg, à Durrenbach, à Pfaffenhoffen et dans quelques autres localités que nous avons visitées, il nous a semblé que l'expectation n'avait pas sauvé un blessé sur vingt. La gangrène, les hémorrhagies et, plus tard, les infections purulentes et putrides étaient rapidement mortelles, partout où de nombreux malades étaient réunis. Peut-être a-t-on été plus heureux dans les maisons particulières renfermant seulement un ou deux blessés; mais la mortalité y a été encore très-considérable et excessive.

Les amputations secondaires ou pratiquées pendant la période inflammatoire ont généralement donné des résultats immédiats excellents. Les blessés accusaient tous une amélioration remarquable; leur figure exprimait le contentement. Ils s'applaudissaient de ne plus souffrir et d'avoir recouvré de l'appétit, du sommeil, de la confiance; mais quelques-uns ont succombé à la gangrène, un plus grand nombre à des hémorrhagies répétées; enfin, du huitième au seizième jour, et au delà, ont apparu de fréquentes infections, avec abcès métastatiques, dont la guérison a offert fort peu d'exemples. L'état pultacé des plaies, sorte de pourriture d'hôpital, des abcès, des infiltrations sanieuses, des hémorrhagies consécutives ont fait de tristes ravages parmi les opérés, et en font encore.

Quant aux amputations tardives, le moment en est à peine arrivé, et il restera peu de malades susceptibles d'en profiter.

On obtiendrait, croyons-nous, des résultats moins affligeants :

1° En introduisant dans les ambulances le principe de la division du travail, si féconde en toutes choses : un seul opérateur, bien secondé, pourrait pratiquer cent amputationss au moins par jour, et si l'on admet la nécessité d'une amputation sur dix blesssés, proportion probablement trop élevée, l'on comprendra quel rôle important doit être attribué à la rapidité opératoire;

2° En renonçant à tous les procédés compliqués, à tous ceux qui rendent les guérisons longues et difficiles, comme les résections, par exemple, en adoptant, à l'imitation d'un grand maître, le baron Larrey, les procédés les plus simples et les plus prompts.

Les projectiles actuels produisent de si graves désordres et exposent à des suppurations si étendues, qu'on doit s'imposer comme règle :

A. De réduire les plaies des moignons au plus petit diamètre;

B. De favoriser, avant tout, le libre écoulement du pus, doctrine que nous défendons depuis plus de vingt années;

C. D'adopter, en outre, une réforme radicale des méthodes d'amputation : sans crainte de heurter et de contredire l'opinion de tous les chirurgiens du siècle dernier et du nôtre, nous soutenons qu'au lieu de renfermer les extrémités osseuses au milieu des chairs, dans les amputations de continuité, il faut les en faire sortir, et en voici les raisons.

Nous prendrons pour exemple l'amputation de la cuisse, particulièrement choisie comme sujet d'étude de toutes les méthodes et de procédés opératoires.

Avec un moignon creux, l'os tend à blesser, ulcérer et mortifier les parties en contact, nuit au transport des blessés, exige des pansements répétés, empêche le dégorgement des plaies tenues fermées et l'écoulement du pus, et rend très-pénible la recherche des vaisseaux atteints d'hémorrhagie.

En laissant l'os au dehors de la plaie, le moignon est plein, naturellement soutenu, insensible aux mouvements du malade et par conséquent à son transport. Les procédés circulaires, dans lesquels les vaisseaux sont coupés plus perpendiculairement que par aucun autre, sont applicables. La plaie, très-petite, peut être réunie immédiatement dans la plus grande partie de son étendue, offre une surface très-bien disposée pour la recherche du siége des hémorrhagies, et permet au pus de s'écouler librement et au dégorgement de s'effectuer lorsque la réunion n'a pas eu lieu.

La plus forte objection à adresser à cette méthode est l'obstacle qu'apporte à la guérison définitive un os isolé et saillant, mais on en fera la résection au moment où la plaie sera presque entièrement cicatrisée, et, avec la précaution de détacher et de renverser le périoste, cette opération présentera peu de danger.

J'ai visité un grand nombre d'ambulances et entre autres celle de M. Icessel, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Strasbourg, où j'ai trouvé plus de vingt-cinq amputés de la cuisse : partout les blessés amputés avec des moignons creux ou avec de vastes lambeaux antérieurs ou autres, avaient offert plus d'accidents et avaient succombé en plus grand nombre que ceux dont les moignons étaient coniques et l'os saillant.

L'expérience semble donc ici confirmer les raisons théoriques que nous venons d'exposer.

J'ajouterai qu'une amputation dans laquelle on veut laisser l'os saillir au delà des chairs ne diffère pas autant qu'on pourrait le supposer d'une amputation ordinaire. C'est au reste un sujet à étudier plus longuement, mais voici des procédés que nous avons pratiqués. On divise circulairement la peau; on la fait relever par simple pression si elle est souple et saine, en manchette si elle est adhérente ou infiltrée, et l'on coupe les chairs jusqu'à l'os en un ou deux temps, selon leur épaisseur et leur résistance. On dénude légèrement l'extrémité osseuse et on la scie à un centimètre environ des muscles. Le moignon ainsi formé est conique. On en retranche, s'il y a lieu, les masses musculaires proéminentes et les nerfs qui dépassent la plaie, et, après avoir lié les vaisseaux avec section à ras des ligatures, on panse à plat, on rabat la peau sur le moignon, tout autour de l'os laissé au dehors, si l'on essaye la réunion immédiate partielle. Quelques points de suture réunissent les téguments, que l'on comprime légèrement avec un linge trempé dans du digestif et de la charpie contre la plaie pour en assurer l'immobilité et l'adhésion uniforme, et l'on complète le pansement par une compresse, une bande ou une cravate Mayor. On examine le lendemain si le moignon n'est pas trop serré. Les téguments repoussés en arrière, et entraînés dans ce sens par la rétractilité et la contraction des muscles, se réunissent plus ou moins bien à la plaie et diminuent, par leur adhésion, l'étendue des surfaces de suppuration. Si le moignon s'enflamme et s'engorge, il devient convexe, repousse encore la peau plus haut et plus en arrière, et l'os, toujours saillant, ne blesse pas les parties qu'il dépasse, et le moignon ne retient pas le pus. A la jambe, le procédé ovalaire, que nous avons autrefois décrit, avec section médiane de la peau (Larrey) au devant du tibia et petits lambeaux latéraux, avec peu de muscles, donne de très-beaux résultats. Pour la désarticulation de l'épaule, la règle est de couper très-bas la peau de l'aisselle, pour éviter la rétention du pus ou la production d'abcès le long des parois thoraciques. On enlève avec soin les masses musculaires du deltoïde, des pectoraux et du grand dorsal, et l'on assure l'écoulement des liquides, malgré la réunion immédiate, par une mèche ou drain placée à la partie déclive de la plaie. Toutes ces questions ont une importance pratique trop grande pour que nous ne nous réservions pas d'y revenir plus tard.

Voici les cas d'amputation que nous admettons, en répétant qu'il ne s'agit pas de faire exceptionnellement une opération brillante qui réussit une fois sur cent, mais de sauver la vie au plus grand nombre possible des opérés :

A. Toute blessure pénétrante du genou par un projectile exige impérieusement, sans hésitation et sans retard, l'amputation de la cuisse.

B. Toute plaie de l'articulation scapulo-humérale avec fracture de la tête osseuse réclame la désarticulation du bras. Nous proscrivons la résection, à moins de circonstances favorables exceptionnelles. Nous avons tenté cette opération quatre fois dans le mois dernier. Un de nos malades est mort de gangrène; deux autres, l'un à Walbourg, l'autre à l'hôpital d'Haguenau, ont succombé à des accidents infectieux, avec frissons et abcès métastatiques, sans parler de la variole qui s'était déclarée chez l'un de ces blessés. Le quatrième, arrivé au seizième jour de sa résection, faite pour une fracture en éclat de la tête humérale, a été pris d'hémorrhagie, et, comme dernière ressource de salut, nous lui avons désarticulé l'épaule. Le bras était dur, très-volumineux, et rempli, depuis l'extrémité osseuse qui touchait la cavité glénoïdale jusqu'au coude, d'une collection de pus sanieux. L'opération date de trois jours, et le malade va bien; mais, comme toutes nos plaies, dans les salles de l'hôpital, sont couenneuses et phagédéniques, nous avons peu d'espoir de le sauver.

X. **Ambulances.** — L'institution nationale des sourds-muets après avoir envoyé à Bordeaux tous ses élèves, a transformé en ambulance militaire ses bâtiments. Le docteur Ladreitt de la Charrière se trouve alors à la tête d'un service de 250 lits. Les professeurs restés à Paris se dévouent comme infirmiers.

XI. **Ambulances.** — Le comité des ambulances de la Presse a offert gratuitement au ministre de la guerre les cinq établissement où nos blessés seront soignés par des chirurgiens et des médecins des hôpitaux; de plus, pour venir en aide à l'armée active et à la garde nationale, il va être créé cinq grandes *ambulances mobiles*, dont le but est de venir en aide aux chirurgiens de la garde nationale et aux ambulances de l'armée qui combattra sous Paris :

Ces *ambulances mobiles* sont :

1° L'ambulance des Arts et Métiers;

2° Celle de l'École des Ponts et Chaussées;

3° Celle de la rue de Monceaux;

4° Celle du Jardin des Plantes;

5° Celle de l'avenue d'Iéna.

Chacune de ces « ambulances mobiles » correspond à une de nos ambulances fixes. Le personnel est formé par un grand nombre de médecins pris dans les arrondissements environnants.

Si le groupement, indiqué plus bas, de ces arrondissements de Paris paraît un peu arbitraire, cela tient à ce qu'il y a un certain nombre d'arrondissements dans lesquels les médecins ont fait défaut. Nous avons dû agir de manière à avoir un personnel médical suffisant pour atteindre notre but.

Les médecins et les élèves qui veulent bien nous prêter leur concours trouveront, dans nos ambulances fixes indiquées plus haut et dans d'autres endroits que nous leur désignerons ultérieurement :

1° Des caisses d'ambulances contenant : compresses, charpies, bandes, amadou et tout ce qui, en un mot, est nécessaire à un premier pansement;

2° Des appareils de compression pour arrêter les hémorrhagies;

3° Des appareils à fracture nécessaires à la contention des membres;

4° Des brancards très-simples, faciles à manier pour emporter les blessés;

5° Des voitures seront mises à la disposition des médecins de l'ambulance, afin de pouvoir faire emporter dans nos ambulances fixes ou ailleurs les victimes de la guerre.

Le Comité va réunir promptement le personnel de chacune de ces grandes ambulances, afin qu'il s'organise en escouades qui feront le service à tour de rôle, et afin que, jour et nuit, il soit possible de porter secours aux blessés.

Des enseignes vont être posées sur nos ambulances fixes pour que le public sache où il pourra trouver du secours.

Par mesure d'ordre, l'administration de la guerre ayant limité le concours du Comité des Ambulances de la Presse à l'établissement des grandes ambulances ou *ambulances centrales sédentaires* et des *ambulances mobiles*, pour les soins à donner aux blessés militaires, le Comité a déclaré qu'il ferait appel aux médecins civils de Paris, dans le but de compléter, avec leur participation, l'organisation des ambulances sédentaires d'arrondissements et de quartiers.

La défense de Paris appellera tous les habitants de la grande cité sur ses remparts. Il était donc indispensable que les blessés civils trouvassent des soins dans leur propre quartier, et, autant que possible, par leurs propres médecins.

Dans ce but, le Comité des Ambulances de la Presse a l'honneur de proposer aux médecins de chaque arrondissement, et en particulier aux médecins de chaque bureau de bienfaisance, de créer, à l'instar de ce qu'ont fait les médecins du deuxième arrondissement, des ambulances de quartier exclusivement réservées aux blessés civils.

Si, comme il est permis de l'espérer, les médecins de chaque arrondissement veulent prendre cette initiative, le Comité des Ambulances de la Presse se fera un devoir de participer, dans la mesure de ses ressources, soit en matériel, soit en argent, à l'établissement et à l'entretien de chaque ambulance.

Le président du Comité : Dr Ricord.

Les membres du Comité : Mgr Bauer, Dr Demarquay, Dr Jules Guérin, M. Edmond Tarbé.

Le secrétaire du Comité : Armand Gouzien.

— Après avoir visité, avec M. Michel Lévy, inspecteur médical, quatre de nos ambulances fixes, M. l'intendant général Bosq nous informe qu'il les accepte au nom du ministre de la guerre.

Voici quelle sera la composition du personnel des ambulances mobiles :

L'ambulance mobile dépendant de l'ambulance fixe de la rue des Saints-Pères (École des Ponts et chaussées) sera composé des médecins et élèves des 1er, 2e et 6e arrondissements.

Celle de l'ambulance des Arts et métiers, de ceux des 3e, 4e, 10e, 11e, 19e et 20e arrondissements.

Celle de l'ambulance de la rue Monceaux, de ceux des 9, 17e, et 18e arrondissements.

Celle du Jardin des Plantes, de ceux des 5e, 12e, 13e et 14e arrondissements.

Celle de l'avenue d'Iéna, de ceux des 7e, 8e, 15e et 16e arrondissements.

Une convocation prochaine sera adressée tour à tour à chaque groupe de médecins et d'élèves.

— La composition du personnel de l'ambulance de l'avenue Iéna, que l'administration a obligeamment mis à notre disposition, a été définitivement adoptée par le Comité et nous est communiquée par notre chirurgien en chef, le docteur Ricord. La voici :

Chirurgien en chef du service : Le docteur Périer, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Médecins consultants : Docteurs Horteloup père, médecin des hôpitaux; Fauvel, médecin des hôpitaux, de l'Académie de médecine, et Danyau, de l'Académie.

Docteurs faisant fonctions d'internes : Legroux, chef de clinique de la Faculté; Genouville, ancien interne des hôpitaux; Dufour, id.; Fisher, etc.

Docteurs faisant fonctions d'externes : Saint-Laurent, ancien externe des hôpitaux, et Garnier.

Pharmacien en chef : M. Arnaud.

Aides-pharmaciens : MM. Vaucheret et Déperney.

Aumônier en chef : Mgr Bauer.

Pour le Comité :

A. Gouzien.

— M. Lebeault, un des plus honorables pharmaciens de Paris, adresse au général Trochu une lettre pour lui annoncer que ne pouvant servir *physiquement* la République, il verse une somme de

(1) Voir le dernier numéro.

10,000 francs pour la défense nationale. On sait que M. Lebeault est retenu dans son fauteuil par ses infirmités.

13 SEPTEMBRE.

XI. **Toul.** — Au nom de la France,

Le Gouvernement de la défense nationale décrète :

Article unique : La ville de Toul a bien mérité de la patrie.

Fait à l'Hôtel-de-Ville, le 12 septembre 1870.

(*Suivent les signatures.*)

XII. **Garde nationale.** — Par décret en date du 11 septembre, sont nommés dans l'état-major :

Au grade de chirurgien principal : MM. Filhos, Huguier, Conneau.

Au grade de chirurgien major : MM. Philippeaux, Tenain, Moilin, Moynier.

XIII. **Hygiène.** — Par décret en date du 12 septembre, M. Bouley, membre de l'Académie des sciences, a été nommé membre de la commission supérieure d'hygiène et de salubrité publique instituée à l'Hôtel-de-Ville.

XIV. **Cimetières.** — Par suite du siége probable de Paris, l'autorité municipale décide que tous les cimetières fermés situés dans l'enceinte de la capitale seront immédiatement rouverts, de manière à pouvoir faire face à toutes les éventualités de l'avenir.

XV. **Santé publique.** — *La France* donne les renseignements suivants sur l'état de la santé publique à Paris du 4 au 11 septembre :

« La mortalité générale a considérablement diminué cette semaine : du chiffre de 1,159 elle est descendue à celui de 981.

« La variole, qui a beaucoup de peine à nous quitter, a moins de cas de mort que la semaine dernière. La fièvre typhoïde reste stationnaire. La diarrhée donne une diminution de plus des deux tiers. Il n'y a pas un seul cas de choléra.

« La pneumonie accuse une légère augmentation qui s'explique par les variations brusques de température que nous subissons en ce moment. Par la même raison, les médecins observent en ville un assez grand nombre de bronchites, qui n'ont d'ailleurs aucune gravité.

« Un fait qui nous paraît mériter en ce moment une sérieuse attention au point de vue de l'hygiène publique, c'est la concentration à Paris d'une grande quantité de bêtes à cornes destinées à l'alimentation de la capitale.

« Nous appelons sur ce point a vigilance de l'administration pour prévenir tout développement du typhus contagieux, si quelques cas de cette maladie venaient à se produire parmi ces animaux. A ce propos, je lisais l'autre jour dans la *Revue vétérinaire* les lignes suivantes :

« L'armée allemande étant sur notre sol, c'est le moment de rappeler que le typhus contagieux des bêtes à cornes a ravagé la France à la suite de l'invasion de 1814. Rappelons dès aujourd'hui aux vétérinaires et aux autorités que l'armée ennemie est une menace permanente de typhus.

« Tenons-nous donc sur nos gardes pour ne pas nous laisser surprendre par cet autre redoutable ennemi et pour le combattre victorieusement s'il tentait d'envahir la France. »

« Voici les chiffres des décès causés par les principales maladies régnantes d'après les déclarations à l'état civil, du 4 au 10 septembre :

« Variole, 116 ; scarlatine, 6 ; rougeole, 8 ; fièvre typhoïde, 39 ; érysipèle, 2 ; bronchite, 45 ; diarrhée, 25 ; dysenterie, 8 ; angine couenneuse, 3 ; croup, 5 ; affection puerpérale, 1. »

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Parmi les actes inqualifiables commis par les Prussiens pendant cette guerre, signalons, dit la *Gazette médicale*, le fait suivant dont nous garantissons l'exactitude :

A la bataille de Froeschwiller, un médecin aide-major de première classe de régiment avait laissée sa trousse déployée à ses côtés pendant qu'il pansait un blessé ; des médecins prussiens, venant à passer sur ces entrefaites, s'emparèrent de la trousse comme d'un butin de guerre, et ne voulurent jamais la rendre à notre confrère, malgré ses protestations les plus énergiques.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Les bains de mer (guide-hygiène), par le docteur V. Boullay, médecin de l'établissement de bains de mer de Trouville (Calvados). 1 vol. in-12. — Prix : 2 fr. 50.

Aix-les-Bains, Marlioz et leurs environs. Nouveau guide médical et pittoresque contenant : Tous les renseignements nécessaires aux baigneurs et aux touristes, avec les tarifs de l'établissement Thermal et du Casino, des bateaux, voitures, etc. ; accompagné d'une carte détaillée du bassin d'Aix. 1 vol. in-18. — Prix : 1 fr.

De l'épilepsie et de sa guérison, par le docteur Agabeg (traduit de l'anglais). In-12 de 40 pages. — Prix : 1 fr.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 22 mars 1871.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie a repris hier la discussion sur l'infection purulente, ouverte au mois de juin 1869, à l'occasion d'une communication de M. Alph. Guérin, interrompue par plusieurs discussions intercurrentes, remise à plusieurs reprises à l'ordre du jour et toujours ajournée par des motifs divers. Cependant les terribles événements qui se sont accomplis depuis, loin d'en affaiblir l'intérêt, n'ont fait que l'accroître, au contraire, en multipliant les tristes exemples de l'intoxication purulente.

Avant de suivre cette nouvelle phase de la discussion, nous croyons utile de rappeler à quels termes elle en était restée.

On n'a point oublié son point de départ, la communication d'un cas particulier d'infection purulente guérie par l'emploi du sulfate de quinine à hautes doses. Le fait, dont personne d'ailleurs n'a contesté la valeur, ni comme exemple d'infection purulente, ni comme exemple de guérison, s'est trouvé bientôt dominé en intérêt et effacé par la question plus générale, depuis si longtemps posée et jamais résolue jusqu'ici, des causes et du mécanisme physiologique de l'infection purulente.

Mis en demeure de se prononcer sur ce qu'était à ses yeux l'infection purulente, M. A. Guérin exposa alors devant l'Académie l'opinion qu'il soutient depuis longtemps sur ce sujet, en opposition avec les anciennes doctrines de la résorption purulente ou de la phlébite, savoir : que l'infection purulente est le fait d'une intoxication miasmatique, soit que le miasme spécial qui la constitue se produise spontanément et sur place dans la plaie, ou qu'il émane tout formé d'un sujet qui en est déjà atteint, intoxication miasmatique qui serait ainsi parfaitement assimilable à celle qui constitue la fièvre paludéenne, la fièvre typhoïde, la fièvre jaune ou le typhus; d'où le nom de typhus chirurgical, que M. A. Guérin a cru devoir donner à cette affection ; d'où l'indication, naturelle à ses yeux, de la médication quinique à laquelle il a eu recours et qui a été justifiée par le succès dans ce cas.

M. Verneuil, qui, comme tout le monde le sait, est surtout pathologiste et physiologiste en chirurgie, et qui apporte toujours dans l'examen des questions chirurgicales le tribut de ses connaissances très-étendues en physiologie pathologique, a saisi cette occasion de développer sur ce sujet une théorie qui lui est propre en partie. Répudiant comme son collègue toutes les anciennes doctrines et les idées reçues sur l'infection purulente, que l'on a eu tort, suivant lui, de considérer jusqu'ici comme une maladie spéciale, M. Verneuil n'a voulu y voir qu'un des modes de terminaison des accidents variés consécutifs aux plaies, mais un mode spécial, une véritable septicémie traumatique résultant de la pénétration dans l'économie, par le torrent circulatoire, d'une substance toxique, septique engendrée spontanément à la surface de la plaie et qu'il appelle virus traumatique.

De ces deux théories, la théorie du miasme ou du typhus chirurgical et celle du virus traumatique, il est resté peu de chose debout après l'examen qu'en ont fait successivement MM. Bouillaud, Legouest et Chassaignac. M. Bouillaud n'a pas eu beaucoup de peine à montrer que la première était renouvelée des Grecs, — ce qui, par parenthèse, ne veut peut-être pas dire qu'elle en soit plus mauvaise pour cela. M. Legouest n'a paru se soucier beaucoup ni de l'une ni de l'autre, leur trouvant d'ailleurs, non sans raison, de très-grandes affinités entre elles et avec des théories déjà connues, la première notamment, sans remonter aussi haut que l'a fait M. Bouillaud, avec celles de Copland, de Darcet et de M. Sédillot ; la seconde avec celle des anatomo-pathologistes allemands. Et tout en leur rendant cette justice qu'elles présentaient toutes deux quelque chose de séduisant à l'esprit, il ne s'en est pas moins cru obligé de les combattre, mais sans nulle prétention de leur en opposer une de son crû. L'une des principales objections qu'il a opposées aux deux théories de ses collègues se résume en ceci : comment expliquer l'apparition de la pyohémie chez des sujets portant des foyers purulents sans communication avec l'air extérieur, alors que celui-ci est le véhicule du miasme chirurgical et préside à la formation du virus traumatique?

Pour M. Chassaignac, la théorie de M. Verneuil est exactement la même que celle de M. Guérin, avec un nom différent et une entité de plus. Il n'admet pas plus l'une que l'autre.

M. Chassaignac a tout d'abord tenu à bien distinguer deux ordres de phénomènes tout à fait distincts, bien que prenant naissance tous deux dans une condition commune, l'état suppuratif local, l'infection purulente et l'infection putride, que ses collègues auraient eu, suivant lui, le tort de confondre. Circonscrivant en conséquence son argumentation dans le fait spécial et unique de l'infection purulente, M. Chassaignac a contesté la légitimité de la théorie du miasme par cette raison qu'il manque à sa démonstration deux choses essentielles : le foyer ou le milieu miasmatique dans les cas où l'infection purulente se manifeste sur un blessé isolé, et dans tous les cas la porte d'introduction de ce miasme, le mode d'envahissement du sang par le prétendu miasme ou virus ; — car, sauf la légère nuance qu'impliquent ces deux termes, les deux théories du miasme et du virus n'en font qu'une à ses yeux.

Pour M. Chassaignac, tout l'intérêt de la discussion est dans le côté pratique, et son programme à lui serait de diriger tous ses efforts vers ce but : améliorer le traumatisme chirurgical, en adoptant de meilleurs modes de pansement des plaies et en dirigeant avec intelligence la marche de la suppuration.

Voilà où en était restée la discussion le 23 juin 1869.

M. H. Bouley, en cherchant aujourd'hui à en renouer le fil brisé à travers un si long espace et au milieu de si graves préoccupations (ce qui par parenthèse lui a fourni l'occasion d'un patriotique et excellent hors-d'œuvre), l'a portée sur un terrain nouveau, celui de la pathologie comparée, qui peut donner et qui donnera certainement entre ses mains de très-utiles éléments.

Considérant la question de l'infection purulente au point de vue des espèces domestiques; dans les espèces, au point de vue des races et des individus; dans les individus, au point de vue des régions, siége du traumatisme accidentel ou chirurgical, M. Bouley est arrivé à cette conclusion, savoir : que les espèces domestiques présentent sous ces divers rapports entre elles des différences considérables proportionnelles à leur degré différent de force plastique; que la tendance à la suppuration à laquelle l'infection purulente est proportionnelle, varie suivant les races et dans les races suivant les individus.

Voilà une première série de faits importants qui peuvent éclairer la question pour ce qui concerne les différences d'aptitude qui peuvent dépendre des conditions organiques individuelles. Mais un point sur lequel M. Bouley a jeté des lumières plus vives encore, c'est celui qui est relatif aux conditions de l'infection, aux divers modes du traumatisme, et surtout aux conditions des milieux et de l'hygiène générale où se trouvent placés les individus. M. Bouley a pu, en s'appuyant sur ces deux ordres de données, formuler quelques propositions relatives aux moyens préventifs et curatifs, et aux indications thérapeutiques.

Tout cela est trop important pour que nous devions nous borner à ce simple résumé analytique. Nous reviendrons sur ce point de vue important de la question, dont nous suivrons, du reste, toutes les phases.

— Avant la reprise de cette discussion, M. le docteur Leven a fait une communication très-intéressante sur le scorbut, sujet dont nous nous occuperons prochainement.

Dr BROCHIN.

SAINTE-ANNE (bureau central d'examen).— M. MAGNAN.

Des relations entre les lésions du cerveau et certaines lésions de la moelle et des nerfs dans la paralysie générale (1).

(Leçon recueillie par M. LESCURE, interne à l'Asile Sainte-Anne.)

OBSERVATION. — *Existence simultanée chez le même sujet de symptômes de paralysie générale, d'ataxie et de sclérose en plaques.*

L... (Léopold), 36 ans, vigneron, entre au bureau d'examen le 13 avril 1869.

Nous n'avons pu obtenir de renseignements précis sur les antécédents; il paraît, toutefois, que L... (Léopold) est malade depuis trois ou quatre ans et que, de bonne heure, le tremblement est venu l'empêcher de travailler; il aurait eu aussi une paralysie passagère du bras gauche.

État du malade au moment de l'entrée : affaiblissement intellectuel, diminution de la mémoire, contentement nullement en rapport avec sa situation : « Je me porte très-bien; j'ai une bonne mémoire; nous sommes en 64; vous voyez bien que je ne me trompe pas, etc. ». Sourire de satisfaction. Parole hésitante, par moments saccadée et s'accompagnant alors de contractions inégales et irrégulières des muscles. Traits de la face un peu tirés du côté gauche; commissure droite légèrement abaissée. Pupilles mobiles, la droite plus large.

Quand le malade, étendu sur le lit, cherche à se redresser pour se mettre sur son séant, les bras, les jambes et le tronc sont pris de mouvements brusques, saccadés, irréguliers, qui ne lui permettent de s'asseoir qu'avec peine. Une fois assis, tout s'arrête, il reste immobile, il peut parler, tourner la tête aisément, sans production de mouvements anormaux. S'il veut se servir d'un bras, prendre un objet, toucher la main, effectuer en un mot un déplacement volontaire déterminé, le membre est pris de mouvements saccadés, brusques, irréguliers, qui se généralisent rapidement. Il ne peut porter à la bouche un verre sans répandre le liquide, malgré de minutieuses précautions; il saisit le verre à deux mains, le serre fortement, mais non sans lui imprimer de vives oscillations, l'appuie sur le devant de la poitrine, le soulève peu à peu en le faisant glisser sur les vêtements, baisse doucement le menton jusqu'à ce que les lèvres arrivent en tâtonnant jusqu'aux bords du verre, puis il soulève le fond, mais il heurte la bouche et le nez et éclabousse les parties voisines. Pour saisir une prise de tabac et la porter aux narines, la difficulté est encore plus grande, les troubles de la motilité apparaissent dans leur développement le plus complet. La force musculaire est presque normale dans les deux bras, la pression est vigoureuse avec les deux mains. Quand il cherche à maintenir sa tête dans une position déterminée, comme, par exemple, dans le mouvement nécessaire pour approcher les narines d'un objet que l'on veut sentir, des contractions irrégulières se montrent dans les muscles du cou, et la tête présente quelques oscillations inégales. Dans cet état, L.... ne peut manger seul, on est obligé de porter chaque bouchée jusqu'aux lèvres.

Dans le décubitus dorsal, la flexion et l'extension des jambes se font avec assez d'énergie; la jambe repousse vivement l'obstacle qui s'oppose au déplacement. Avec la conservation d'une grande partie de la force musculaire, existe un défaut absolu de coordination des mouvements. Si l'on place un objet au-dessus du pied, le malade fait de nombreux efforts pour le toucher; il soulève brusquement la jambe, qui oscille follement en tout sens, ne parvenant au but qu'après avoir rapidement passé plusieurs fois à côté sans pouvoir l'atteindre. Le contact du pied et de l'objet est instantané et ne peut être prolongé; les oscillations continuent dans tout le membre, le déplaçant sans cesse. Les divers modes de sensibilité au toucher, à la douleur, à la température, paraissent normaux.

Debout, le malade ne peut se tenir sans le secours d'un aide; dès qu'il cherche à faire un pas, le pied détaché du sol est projeté brusquement et par saccades à droite ou à gauche, heurtant la jambe opposée ou celle de l'aide, puis il retombe le talon le premier sur le sol. Le mouvement de rotation est empêché par l'entrecroisement des jambes.

Étant soutenu par-dessous les épaules, L.... parvient à rester immobile quelques instants; mais s'il ferme les yeux ou si on les lui cache, il est pris aussitôt de mouvements irréguliers, de secousses qui deviennent d'autant plus fortes qu'il cherche à les réprimer.

La santé générale est bonne; le malade mange avec appétit et même avec un peu de gloutonnerie; il passe à Sainte-Anne dans le service de M. Dagonet, où son état reste stationnaire depuis quelques mois, sauf pourtant une faiblesse plus marquée des membres inférieurs qui commence à masquer les troubles ataxiques du début.

La paralysie générale se trouve ici suffisamment démontrée par l'affaiblissement des facultés intellectuelles avec idées de satisfaction, et par l'hésitation caractéristique de la parole avec l'inégalité pupillaire. L'ataxie était un peu plus marquée à l'entrée de L... au bureau d'admission; aujourd'hui, les phénomènes paralytiques tendent à masquer l'incoordination des jambes. La sclérose en plaques a pour elle les troubles moteurs des bras, les saccades passagères de la parole et des muscles de la face, les secousses inégales, irrégulières de tout le corps dès que le malade veut effectuer un mouvement volontaire.

On a signalé des cas de sclérose en plaques avec phénomènes ataxiques (1) ; nous connaissons, aussi de nombreux cas de paralysie générale avec ataxie L... (Léopold). nous offre aujourd'hui la synthèse de ces différents faits. Ces diverses formes pathologiques si fréquemment associées ensemble, indiquent déjà par elles-même; autre chose qu'une simple coïncidence, mais leurs relations deviennent encore plus évidentes lorsque étudiant la nature des lésions qui les déterminent, on se trouve toujours, ainsi que nous le verrons plus tard, en présence d'une irritation chronique ayant pour résultat l'hyperplasie conjonctive dans les diverses parties du système nerveux.

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

(1) Charcot, *Sclérose en plaques, in Gazette des Hôpitaux*, 1868, 1869. — Bourneville et L. Guérard. *De la sclérose en plaques*, Paris, 1869.

III. — Il me reste à vous signaler un groupe de faits dans lesquels apparaissent des phénomènes dépendant des lésions des nerfs. Il est des malades, en effet, chez lesquels, une ou plusieurs années avant le développement de la paralysie, se montre un affaiblissement de la vue avec des céphalalgies plus ou moins violentes; l'amblyopie fait ensuite des progrès et aboutit finalement à la perte complète de la vision. Dans les cas où l'ophthalmoscope vient éclairer le diagnostic, on reconnaît une atrophie de la papille, ce qui permet dès lors de conclure à la sclérose des nerfs optiques. D'autres fois, l'attention est attirée par une paralysie de la paupière supérieure, par du strabisme, de la diplopie, ou bien par l'anesthésie de la peau des joues ou de la muqueuse buccale; d'autres fois encore c'est l'ouïe, l'odorat, plus rarement le goût, qui se modifient et se perdent. Plus souvent ces phénomènes apparaissent dans le cours de la paralysie générale et surtout vers la fin de la maladie. Ces troubles fonctionnels ne sont pas rares, plusieurs nerfs peuvent être atteints en même temps.

Chez un paralytique à la première période, nous avions trouvé, au moment de son entrée au bureau d'admission, du strabisme, avec un commencement d'atrophie de la papille; plus tard, ayant été envoyé dans la division de M. Dagonet à Sainte-Anne, M. Lescure, interne du service, avait pu suivre chez ce malade la diminution progressive et l'abolition complète de l'odorat, de la vue et de l'ouïe, paralysies dont l'autopsie est venue rendre parfaitement compte (sclérose des 1re, 2e et 8e paires et aussi de la 6e paire de nerfs crâniens).

Il nous suffira d'ajouter qu'il n'est pas rare de voir simultanément chez le même paralytique des accidents médullaires, associés aux troubles sensoriels dont nous venons de parler et plus particulièrement aux troubles de la vue.

IV. — L'observation directe du malade vient de vous fournir, messieurs, des renseignements précieux au point de vue du siége du mal; nous savons maintenant où nous devons chercher les lésions; l'anatomie pathologique, à son tour, va nous indiquer la nature de ces lésions. Ouvrons le canal rachidien et le crâne chez les sujets appartenant au premier groupe (troubles du côté des extrémités inférieures, suivis des symptômes cérébraux); les méninges se montrent à nous avec des traces manifestes d'irritation chronique, avec de l'épaississement, de l'infiltration séreuse, séro-purulente, des plaques laiteuses, quelquefois des néo-membranes sur la face interne de la dure-mère, aussi bien dans le canal rachidien que dans la cavité crânienne.

Les méninges enlevées, nous voyons dans la moelle une sclérose des cordons postérieurs, beaucoup plus étendue vers la fin de la région dorsale où elle gagne les cordons antéro-latéraux, tantôt en longeant le bord externe des cornes postérieures, tantôt en occupant, au contraire, la périphérie de l'organe. A mesure que l'examen porte sur les parties supérieures, on voit la lésion diminuer, en affectant en dedans des cordons postérieurs la forme triangulaire que vous avez déjà vue dans les lésions de l'ataxie. Vous pouvez vous faire une idée de cette disposition d'après ces dessins, et ces préparations conservées dans le baume de Canada après le durcissement dans l'acide chromique et la coloration par le carmin.

Sur les coupes de moelles des malades dont les troubles moteurs et sensitifs des jambes n'ont point offert des signes prédominants, vous verrez la sclérose s'établir d'une manière diffuse dans toute l'épaisseur de l'organe; vous en avez un bel exemple dans ces préparations provenant d'une paralytique morte à la Salpêtrière, et qui présentait les symptômes indiqués chez les malades du deuxième groupe (accidents médullaires et cérébraux simultanément). Enfin, dans quelques cas, c'est le système antérieur qui est plus particulièrement atteint, comme vous pouvez vous en assurer par ces dessins et ces préparations, fournis par un paralytique dont le mouvement était complétement aboli dans les jambes.

Quand les nerfs sont affectés, ainsi que l'indiquent les phénomènes particuliers dont nous avons parlé, la lésion est encore une sclérose distribuée dans toute l'épaisseur des nerfs, mais pouvant aussi, comme à la moelle, présenter des localisations plus accentuées sur certains points.

Dans tous ces cas, le cerveau est le siége d'une sclérose interstitielle diffuse, n'atteignant jamais dans cet organe le degré si considérable acquis habituellement dans la moelle et les nerfs. Ces préparations de cerveau de paralytique, rapprochées des précédentes, permettront de vous assurer que c'est toujours le même travail morbide, aboutissant d'une part à l'hyperplasie ou développement exagéré du tissu interstitiel, et d'autre part à une dégénérescence régressive des éléments nerveux. Nous aurons d'ailleurs l'occasion de revenir sur les caractères de ces lésions, sur leur mode de développement, leurs différences avec les dégénérations secondaires; mais, dès à présent, cette étude générale est suffisante pour montrer dans ses combinaisons multiples la sclérose interstitielle diffuse des centres nerveux.

V. — En présence de ces faits, on invoquerait vainement une simple coïncidence dans l'apparition simultanée de foyers de sclérose sur les diverses parties du système nerveux. Le mode d'apparition de la lésion, sa propagation successive, ses caractères généraux, toujours les mêmes, démontrent qu'un lien commun unit ces différentes manifestations morbides.

L'apparition spontanée d'une sclérose des nerfs optiques ou des autres nerfs signifie que le système nerveux possède les conditions pathogéniques nécessaires à la production de la sclérose, que cette irritation chronique menace le système nerveux dans son entier; qu'en frappant une partie, même très-limitée, elle affirme son action puissante et doit être regardée comme un ennemi dangereux contre lequel il faut désormais lutter.

Le rapprochement de tous ces faits servira à élucider plusieurs questions jusqu'ici restées obscures. Lorsqu'on sera bien pénétré de la lenteur du développement de cette irritation chronique, quand on songera à la durée des premiers accidents médullaires dans les cas de myélite interstitielle diffuse, aux arrêts nombreux que présente la première phase de la maladie, on sera moins surpris des cas de paralysie générale à longue échéance, dans lesquels les premières manifestations sont suivies d'une intermittence plus ou moins prolongée. D'autre part, il n'est pas rare de voir des scléroses médullaires qui, grâce aux troubles sensitifs passagers de la première période, font croire à une maladie bénigne et plongent dans une fausse sécurité, dont le moindre danger est de laisser passer le moment le plus favorable à un traitement salutaire; heureux encore si des médications intempestives ne viennent pas aggraver la maladie. Dans les moments d'arrêt, pendant les intermittences, on croit à une guérison jusqu'au jour où les fourmillements, l'engourdissement des membres, les douleurs erratiques, les troubles de la marche, etc., viennent de nouveau attirer l'attention et apprendre que ces phénomènes, mal dessinés d'abord, attribués jusque-là au rhumatisme, à la goutte, sont sous la dépendance d'une lésion profonde de la moelle épinière.

De ces relations intimes entre les lésions *nerveuses*, *médullaires* et *cérébrales* dans la paralysie générale, on peut conclure que le fait capital dans le développement de la maladie est la disposition générale de tout le système nerveux à un mode particulier d'irritation présidant aux déterminations locales multiples qui se produisent.

DU CLIMAT DES STATIONS HIVERNALES

DES ALPES-MARITIMES

Par M. le docteur Gillebert-Dhercourt (1).

Évaporation. — Mes relevés d'observation donnent, pour les mois consécutifs, de novembre à mars inclusivement, une moyenne mensuelle de 1^{mm},12, et pour les mois d'hiver (décembre, janvier et février), une moyenne diurne de 0^{mm},96.

Le maximum moyen de la somme d'évaporation diurne est pour décembre, janvier et févricr, 2^{mm},6, et pour les mois consécutifs, 3^{mm},9; le maximum moyen pour les mois d'hiver est 0^{mm},33, et pour les mois consécutifs, 0^{mm},30.

Le tableau suivant met ces différences en regard les unes des autres:

Novembre.	4° »	0° 0
Décembre.	2° »	0° 0
Janvier.	3° »	0° 5
Février.	3° »	0° 5
Mars.	6° »	0° 5
Avril.	5° 6	1° »

A priori, on sera sans doute surpris de voir que le minimum de l'évaporation s'abaisse si souvent à zéro dans un pays où ce phénomène s'exerce aussi largement; cela tient, non pas à un défaut d'évaporation, mais à une compensation de ce phénomène par la rosée.

C'est en décembre que l'évaporation est le moins considérable; en effet, la moyenne de ce mois, 0^{mm},70, est moins élevée que celle des autres; il en est de même du maximum et du minimum absolus de décembre. D'un autre côté, le mois de mars est celui qui offre les chiffres les plus élevés comme moyenne et comme maximum absolu. Cela est du reste très-simple à expliquer. Le mois de mars est celui qui éprouve les vents les plus fréquents et les plus violents. C'est le contraire pour le mois de décembre: il n'est donc pas étonnant que le produit de l'évaporation soit plus fort dans le premier mois que dans l'autre.

Mais en général, comme le démontrent les résumés ci-dessus, l'évaporation est considérable dans ces contrées: son importance est d'ailleurs proportionnelle à la sécheresse de l'air et à l'active ventilation qu'on y observe.

État du ciel. — Sur le littoral des Alpes-Maritimes on compte, sur 100 jours, 34 jours sereins, 23 jours peu nuageux, 9 jours nuageux, 6 jours nuageux aux trois quarts de l'étendue du ciel, et 26 jours complétement couverts, soit pendant tout le jour, soit pendant une partie du jour.

Dans ce nombre de 100 jours, il pleut 17 fois plus ou moins. Si l'on réunit au nombre des jours sereins ceux dont le ciel a été nuageux-clair, on compte alors, sur 100 jours, 74 beaux jours, et seulement 26 jours couverts.

Les mois les plus riches en beaux jours sont ceux de décembre; il compte 80 beaux jours pour 100; de février, 74 beaux jours pour 100; et de novembre, 72 beaux jours pour 100. C'est également pendant ces mois que l'on observe le plus petit nombre de jours pluvieux.

L'hiver le plus sec est celui de 1867-68; après lui vient celui de 1865-66.

Les hivers les plus pluvieux sont ceux de 1866-67, et de 1862-63. Au reste, voici les quantités extrêmement variables de pluie que j'ai recueillies pendant quatre hivers.

Hiver de 1862-63. . .	234^{mm}.	d'eau	en 23 fois.
— de 1865-66. . .	24^{mm}.	—	en 14 fois.
— de 1866-67. . .	251^{mm}.	—	en 24 fois.
— de 1867-68. . .	13^{mm}.	—	en 11 fois.

Si l'on répartit entre les jours pluvieux les quantités d'eau tombées pendant chacun des hivers susdits, on trouve pour chaque jour pluvieux qu'il est tombé:

En 1866-67.	10^{mm},4	d'eau.
En 1862-63.	10^{mm},1	—
En 1865-66.	1^{mm},7	—
En 1867-67.	1^{mm},1	—

Si l'on fait la même opération à propos des mois consécutifs, on constate qu'il tombe plus d'eau en janvier qu'en mars, en mars qu'en février, en février qu'en décembre, et en décembre qu'en novembre. En effet, on trouve que janvier ayant 29 jours pluvieux pour 100, donne 10 millimètres d'eau par jour pluvieux; que mars avec 28 jours pluvieux pour 100, donne 9^{mm},8 d'eau par jour pluvieux; que février avec 14 jours pluvieux pour 100 donne 5^{mm},8 d'eau par jour pluvieux; que décembre avec 17 jours pluvieux pour 100 donne 3^{mm},7 d'eau par jour pluvieux; et enfin que novembre avec 14 jours pluvieux pour 100 donne 2^{mm},2 d'eau par jour pluvieux.

Il semble également résulter de mes observations qu'il tombe proportionnellement d'autant plus d'eau en mars et en avril que l'hiver précédent a été plus sec.

Souvent la quantité d'eau qui tombe dans une journée est si faible qu'elle ne peut être recueillie.

Le brouillard est excessivement rare sur le littoral des Alpes-Maritimes. Je n'en ai pas observé à Monaco pendant les six hivers que j'y ai passés. J'ai vu souvent, il est vrai, les montagnes et même la route del Corniche enveloppées dans le brouillard; mais alors celui-ci planait à 3 ou 400 mètres au-dessus de la mer et des cités riveraines.

La rosée, au contraire, est fréquente, mais elle est rarement très-abondante.

L'atmosphère, comme l'a dit un observateur anglais, est habituellement inondée de lumière.

(*Sera continué.*)

(1) Voir le dernier numéro.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 mars 1871. — Présidence de M. Wurtz.

PRÉSENTATIONS

M. Gosselin présente, au nom de M. le docteur Duplay, les 3e et 4e fascicules du *Traité de pathologie externe*.

RAPPORTS

M. Gobley lit une série de rapports sur les remèdes secrets dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

COMMUNICATION

M. Leven fait à l'Académie une communication sur le scorbut à propos d'une centaine de cas qu'il a eu occasion d'observer dans ces derniers temps.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Vulpian, Verneuil, Fauvel et Sée.

Reprise de la discussion sur l'infection purulente.

M. Bouley rappelle à l'Académie que la discussion sur l'infection purulente, interrompue en juin 1869, devait être reprise en août 1870. Mais à cette époque les esprits étaient mal disposés, peut-être trouvera-t-on que les temps sont encore peu favorables aujourd'hui, cependant il faut reprendre cette discussion.

Il faut, dit M. Bouley, nous faire l'âme à la douleur. Ne vient-il pas de nous être donné de comprendre, en effet, pour l'avoir éprouvée par nous-mêmes, *l'infandum dolorem* de ceux dont la patrie est meurtrie, égorgée, pillée, saccagée, volée par l'étranger?

Ne venons-nous pas d'être les témoins de désastres qui dépassent par leur grandeur tous ceux que notre pays a subis dans son passé?

Nous aussi nous pourrons raconter, la douleur dans l'âme, comme le héros troyen:

Trojanas ut opes et lamentabile regnum
Eruerunt Danai,

Car il suffit de faire quelques pas hors des murs de notre Pergame pour contempler les horribles destructions auxquelles se sont livrées, sous les incitations d'une rage inexplicable, les hordes aujourd'hui repues de la Prusse, déshonorée et déjà répudiée par ses savants et par ses philosophes.

Nos malheurs sont grands, ils sont immenses; mais nous ne devons pas fléchir sous eux et nous laisser écraser. Egalons, au contraire, notre énergie à l'œuvre qu'il nous faut tous entreprendre de la réparation de nos désastres et restons inébranlés dans notre confiance en notre pays dont le passé est trop grand pour que nous n'ayons plus le droit d'espérer en son avenir. Nous devons tous nous vouer à la tâche de le préparer meilleur et d'effacer ces mauvais jours qui viennent de passer; mais c'est aux jeunes surtout que le devoir incombe; c'est à eux à prouver aux savants de la profonde Germanie que si leurs compatriotes ont pu s'emparer de notre *non-moi* avec une avidité frénétique, notre moi reste au-dessus de leurs atteintes et qu'il est un bien dont la France ne peut jamais être dépouillée: c'est l'intelligence, c'est le génie de ses enfants.

Infection purulente.

L'infection purulente survient à la suite du traumatisme accidentel ou chirurgical. Toutes les espèces ne sont pas aptes à contracter cette maladie dans les mêmes mesures. L'orateur part de ce point pour considérer l'infection purulente:

1° Au point de vue des espèces domestiques;

2° Dans ces espèces, au point de vue des races et des individus;

3° Dans les individus, au point de vue des régions, siége du traumatisme accidentel ou chirurgical;

4° Au point de vue des conditions favorables à sa manifestation;

5° Au point de vue des moyens préventifs et curatifs.

Au point de vue des espèces, l'espèce chevaline, selon lui, est le plus apte à contracter l'infection purulente; elle a de grandes prédispositions à cette affection. L'organisme du cheval est peu favorable à la cicatrisation primitive. Cet animal présente une grande tendance à la suppuration; les plaies les plus simples, la saignée elle-même ne se cicatrisent qu'après suppuration; de là cette grande prédisposition à l'infection purulente.

M. Bouley fait cependant exception pour les grandes lésions sous-cutanées; mais, selon lui, la dominante du cheval est la pyogénie; deux de ses maladies en témoignent; la gourme et la morve. L'infection purulente est donc chez le cheval relativement fréquente. M. Bouley, en rapprochant cette disposition de la lenteur avec laquelle le sang se coagule dans les vaisseaux chez le cheval voit là quelques rapports à établir.

Le bœuf présente, paraît-il, des dispositions tout inverses. Il a une grande tendance à la plasticité. Son organisme, contrairement à celui du cheval, est réfractaire à la suppuration. On en trouve un exemple dans l'application du séton chez cet animal. Il faut, pour obtenir la suppuration, introduire avec le séton un sachet contenant du sublimé corrosif. Chez le bœuf, les plaies se cicatrisent par ce qu'on peut appeler l'encroûtement. La suppuration est donc chez lui un fait rare. Le pus que l'on rencontre est essentiellement crémeux, et enfin, contrairement à ce qui se passe chez le cheval, la coagulation de sang se fait très-rapidement. L'infection purulente n'existe donc pas chez le bœuf.

Le mouton présente une constitution toute différente : étant très-impressionnable, il supporte difficilement le traumatisme. Il a une faible plasticité. Il a une certaine tendance aux accidents septiques. L'infection purulente ne serait pas rare chez lui s'il subissait plus fréquemment les opérations chirurgicales. Les expériences des physiologistes en témoignent.

Le chien présente au contraire une grande force plastique. Les accidents d'infection purulente sont très-rares chez lui, et cependant les opérations et les expériences pathologiques sont pratiquées sur lui très-fréquemment.

Le porc est un animal très-plastique aussi; l'obésité complique ses plaies; d'où il présente parfois quelques accidents septiques, mais pas d'infection purulente.

C'est chez les oiseaux que la force plastique se trouve développée au plus haut degré. L'oiseau est un animal sain par excellence. On peut établir en thèse générale qu'il ne présente jamais de suppuration. Quand on éventre un poulet pour en faire un chapon, la cicatrisation se fait par première intention. On ne constate donc pas d'infection purulente chez les oiseaux.

Quant au lapin, c'est un animal calomnié par les expérimentateurs, et puis, il y a lapin et lapin; le lapin de garenne ne se comporte pas comme le lapin de choux. Toutefois le lapin est un animal facilement prédisposable aux accidents septiques et infectieux. En résumé donc, les espèces domestiques, à les considérer au point de vue du traumatisme et de ses complications possibles de de septicité et d'infection purulente, présentent entre elles des différences considérables proportionnelles à ce que l'on peut appeler leur force plastique; à ce point de vue, on peut les ranger dans l'ordre suivant : oiseau, bœuf, chien, porc, mouton, lapin, cheval; c'est chez ce dernier que les accidents sont le plus fréquents par prédisposition organique.

Considérons maintenant l'infection purulente selon les races et les individus.

La tendance à la suppuration à laquelle l'infection purulente est proportionnelle varie singulièrement suivant les races, et dans les races, suivant les individus. Dans l'espèce chevaline surtout, quelle différence ne remarque-t-on pas entre le cheval de sang et le cheval commun?

Si, par exemple, l'on pratique l'opération de la castration sur l'un ou sur l'autre, étant donné le même opérateur, les mêmes soins consécutifs, les mêmes conditions de milieu, etc., etc., chez l'un se produira un engorgement énorme, se fera un travail de suppuration abondante, tandis que chez le cheval de sang se remarqueront des phénomènes tout différents.

Mais que faut-il entendre par le sang? C'est, suivant M. Bouley, l'hérédité des qualités dans certaines races, cultivées ou non. Il y a à considérer dans la culture de la race le choix des reproducteurs, les soins à prodiguer aux produits, la nourriture, l'entraînement, etc. Il y a là un ensemble de conditions telles, que si on les observe scrupuleusement, on arrive à faire ce qu'on est convenu d'appeler de la bonne chair de cheval. On obtient alors un mode de réaction tout particulier dans le traumatisme. Il y a une grande tendance à la cicatrisation rapide. On a un terrain qui n'est pas propice aux germes qui donnent lieu à des phénomènes de fermentation.

L'agrégat organique a, si l'on peut dire, plus de cohésion : cela milite en faveur de la doctrine populaire des bonnes et mauvaises chairs de l'espèce humaine.

Voilà pour l'espèce chevaline; dans l'espèce bovine, au contraire, il y a une grande identité de races dans l'espèce, à ce point de vue. Chez l'individu misérable on constate des phénomènes de suppuration, mais pas d'infection purulente.

Pour les moutons on remarque une grande différence entre les races et les individus, suivant les conditions hygiéniques dans lesquelles ils se trouvent. L'organisme du mouton présente une grande impressionnabilité aux milieux. L'art la met à profit pour le modifier en sens inverse des causes morbides. Au point de vue du traumatisme, les conditions organiques actuelles jouent un rôle principal.

Le lapin est un animal très-différent de lui-même suivant les conditions hygiéniques auxquelles il est soumis. On fait à volonté de la bonne chair de lapin. Il y a en outre une grande différence entre le lapin de garenne et le lapin de choux; les expérimentateurs doivent se tenir en garde et savoir distinguer le terrain où l'on sème. Telle opération réussit sur l'un qui sur l'autre échoue. Pour les oiseaux il n'y a pas de différence entre eux quand ils se portent bien.

Si l'on considère maintenant l'infection purulente au point de vue des régions siége des opérations, on peut établir en règle générale que les chances de l'infection purulente sont d'autant plus grandes que la région qui est le siége du traumatisme a une organisation veineuse plus parfaite. Chez le cheval, la plupart des infections purulentes que l'on observe procèdent de plaies du pied ou de la phlébite de la jugulaire. Ici M. Bouley rappelle en quelques mots l'organisation du pied du cheval au point de vue de la vascularité, et explique les métastases purulentes consécutives que l'on observe si souvent dans cette région, ainsi que le mécanisme de l'infection purulente par la jugulaire. Les plaies de la vessie sont fort souvent aussi, paraît-il, passibles de l'infection. Une autre condition de l'infection purulente non moins importante est le milieu où vivent les animaux. Ici M. Bouley rapporte un travail fort intéressant de M. Renault, travail fait dans des conditions qui n'existent plus aujourd'hui. Il s'agit, dans ce travail, des hôpitaux de l'école d'Alfort qui, à une certaine époque, étaient installés de telle façon que les plus habiles opérateurs n'osaient se risquer à faire la moindre opération sur des animaux, même bien portants. L'infection purulente causait à cette époque de tels ravages que le récit de Renault paraît aujourd'hui une fantasmagorie.

Ce n'était pourtant pas un roman; rien n'était plus vrai. Les animaux mouraient parce qu'ils se trouvaient dans un milieu infecté. Des changements sont survenus dans la disposition de l'école, de telle sorte que ces faits cessèrent de se montrer au moins d'une façon aussi complète. Les animaux malades furent mis dans des *box* à part, et depuis ce temps, la mortalité n'est pas comparable à ce qu'elle était à l'époque dont parle Renault. Il faut donc tenir le plus grand compte du milieu dans lequel se trouvent les animaux; les observations de Renault sont à cet égard des plus concluantes.

Le mode de traumatisme exerce aussi une grande influence sur les manifestations d'accidents putrides. Plus les plaies sont compliquées, plus nombreuses sont les chances de phénomènes d'infection purulente. Les plaies d'écrasement du pied, les fistules putrides de la jugulaire sont le plus souvent suivies d'infection purulente. L'altération septique des liquides de la plaie, que cette altération résulte d'une condition locale ou d'une influence du milieu paraît être à M. Bouley la condition de l'infection purulente.

M. Bouley établit qu'il résulte de cet exposé :

1° Que les accidents sont rares chez les animaux à grande force plastique, fréquents au contraire chez ceux qui sont prédisposés à la suppuration;

2° Que les accidents sont communs dans les milieux infectés de miasmes et qu'ils deviennent d'autant plus rares que ces milieux sont mieux assainis;

3° Que ces accidents sont d'autant plus rares que les blessures sont plus simples et moins exposées; d'autant plus fréquents qu'elles sont plus compliquées et plus susceptibles de phénomènes de putridité.

Voici maintenant les indications thérapeutiques qui découlent de ces faits :

1° Modifier l'organisme par la réfection alimentaire. Pendant et après l'opération, nourrir les opérés toujours et le plus possible, avant et après; donner à l'homme une constitution qui se rapproche de celle du bœuf. Il faut, dit M. Bouley, suivre les instincts des bêtes, et ne pas les mettre à la diète. L'animal n'a pas d'appétits en dehors de ce que ses besoins impliquent. La médecine vétérinaire est toujours à peu près la médecine de l'homme, aussi bien dans ses erreurs que dans ses progrès. Quand est arrivée la doctrine de Broussais, et quand on saignait à blanc les malades, les vétérinaires ne manquaient pas alors d'enrichir la clientèle des équarrisseurs. Donnez donc à l'animal de la force.

Outre cette réfection, il serait bon d'essayer les véritables toniques et les boissons généreuses. M. Bouley préconise l'usage comme préventif de certains agents, tels que le tannin et le quinquina. Il rappelle à cette occasion les expériences de M. Gohier, professeur vétérinaire, desquelles il résulte que le tannin a une influence incontestable sur l'imputrescibilité de la fibre organique. Le quinquina doit, selon M. Bouley, produire des effets semblables.

La deuxième conclusion que tire M. Bouley des considérations qui précèdent, c'est qu'il faut mettre l'opéré dans les meilleures conditions de milieu possibles. Rien n'est dangereux pour l'opéré comme l'homme, même sain. M. Bouley invoque aussi l'influence des végétaux, et l'idéal, pour lui, des hôpitaux qui seraient véritablement humains, seraient ceux qui se composeraient de cases isolées au milieu d'un parc, sur des pelouses. Malheureusement ce rêve a été loin d'être réalisé sous l'influence de l'haussmanisation de Paris; et à ce sujet, M. Bouley espère bien que l'Hôtel-Dieu sera consacré à toute autre chose qu'à recevoir des malades. Il proposerait volontiers d'y transporter toutes les sociétés savantes, afin de l'utiliser pour la science et non pour la mort.

En troisième et dernier lieu, M. Bouley recommande de simplifier le plus possible les plaies. Il a encore ici son idéal, ce serait la chirurgie sous-cutanée. Si l'on pouvait, dit-il, couper un membre sans la peau, on serait plus souvent à l'abri de l'infection putride. Il recommande aussi d'employer les pansements détersifs, l'eau phéniquée, l'alcool, l'aloès, le camphre et le quinquina.

Comme traitement curatif, M. Bouley n'a pas grand'chose à dire. Il faut, selon lui, s'en tenir à l'ordre des moyens préventifs : chlorure de chaux, acide phénique, tannin.

M. Boulay se montre réfractaire à l'idée émise par M. Verneuil sur un virus spécial qu'il appelle le virus traumatique. A part ce point de la qualification de virus donnée par M. Verneuil à ce qu'il regarde comme le produit d'une fermentation sur places, M. Bouley se montre sur le reste entièrement d'accord avec M. Verneuil.

La séance est levée à cinq heures.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

(*Par une erreur de mise en pages, la fin de l'Académie des sciences du 12 septembre 1870 n'a pas été publiée. Il faut donc, dans notre dernier numéro, page 439, avant l'article* Ambulances, *rétablir le texte ci-joint* :)

C. Quant aux fractures de la cuisse, du bras, des deux os de la jambe, de l'avant-bras, des articulations du poignet et du cou-de-pied, avec fracas osseux, nous croyons encore l'amputation indiquée.

D. L'expectation peut être tentée dans les fractures partielles de la main et du pied, celles d'un seul os de la jambe et de l'avant-bras, et du col et de la tête du fémur. Dans ces deux derniers cas, nous aurions recours à la résection et à la désarticulation, à une époque ultérieure, si la vitalité des malades avait été assez puissante pour les soustraire aux dangers des premiers accidents.

On sera disposé peut-être à traiter notre chirurgie de barbare, et l'on nous accusera de multiplier des mutilations, que l'on pourrait éviter ou remplacer par des résections ou par des consolidations lentement et difficilement obtenues : nous répondrons que c'est la véritable chirurgie conservatrice, parce qu'en sacrifiant les membres elle sauve la vie.

Nous terminerons en disant, avec tous les chirurgiens de nos jours, que la dissémination des blessés est une mesure indispensable, qui décide de la vie ou de la mort de milliers d'hommes, et que le transport des convalescents et de tous ceux qui sont capables de supporter les fatigues d'un déplacement dans des lieux bien aérés, salubres et éloignés du théâtre de la guerre, est le meilleur moyen d'assurer leur guérison.

Météorologie. — M. CH. SAINTE-CLAIRE DEVILLE a le regret d'annoncer à l'Académie que la plus grande partie des observations et des publications faites par l'Observatoire météorologique central de Montsouris a dû être arrêtée depuis plusieurs jours, l'autorité militaire ayant fait une réquisition auprès de M. le ministre de l'instruction publique, à l'effet d'utiliser le bâtiment pour la défense de Paris.

Ce regret est, d'ailleurs, diminué par la pensée qu'il eût été impossible de conserver en sécurité des instruments fragiles et délicats dans une construction en partie composée de bois, recouverte par une vitrine et située à 100 mètres des fortifications.

Grâce à la courtoise obligeance de M. l'amiral Méquet, chargé du commandement dans cette zone des fortifications de Paris, les mesures les meilleures ont pu être prises pour mettre en sûreté les instruments et les papiers importants de l'Observatoire, jusqu'au moment où les travaux pourront y être repris.

M. Ch. Sainte-Claire Deville saisit cette occasion de remercier l'Académie de l'intérêt qu'elle n'a cessé de témoigner à l'œuvre qu'il a été chargé d'organiser, et des encouragements qu'elle a bien voulu lui accorder.

Physiologie. — M. RABUTEAU présente par l'intermédiaire de M. Claude Bernard, une note intitulée : *Sur un moyen propre à annuler les effets de l'alimentation insuffisante.* En 1850, M. de Gasparin communiquait à l'Académie des sciences des observations d'un haut intérêt relativement aux effets du café. Ce savant faisait voir que les mineurs de Charleroi pouvaient conserver la santé et une grande vigueur de forces musculaires en faisant usage d'une nourriture moitié moindre que celle qu'indiquent la théorie et l'observation journalière. A l'aide d'aliments renfermant moins d'azote et de carbone que la ration quotidienne des trappistes dont le teint est pâle et qui travaillent cinq fois moins qu'un ouvrier ordinaire, les mineurs belges formaient des ouvriers plus énergiques que les mineurs français d'Anzin, qui se nourissaient bien plus largement. Mais les mineurs belges faisaient chaque jour usage de 2 litres d'une infusion préparée avec 30gr,59 de café. Cette infusion venait annuler les effets fâcheux d'une alimentation insuffisante.

Les observations de M. de Gasparin furent d'abord accueillies avec une certaine incrédulité; mais il fallut bientôt en reconnaître l'exactitude.

En 1860, M. Jousand rapporta, dans sa thèse inaugurale présentée à la Faculté de médecine de Paris, des faits qui venaient confirmer les précédents. Cet observateur à l'aide de 120 grammes de café en poudre et 3 litres d'infusion faite avec 200 grammes de divers cafés, soit en moyenne 46 grammes par jour, put supporter un jeûne absolu de sept jours entiers et consécutifs, sans rien retrancher de ses occupations habituelles. Il put même se livrer à un exercice musculaire plus actif et plus prolongé que celui qu'il prenait ordinairement et sans éprouver d'autres troubles organiques qu'un peu de fatigue et un amaigrissement assez faible.

Ces observations justifient complétement les opinions de M. Payen, de M. Bouchardat et de M. Sée sur le café. Pour M. Payen, cette substance empêcherait de se *dénourrir* ou diminuerait la déperdition. M. Sée la range parmi les médicaments d'épargne.

On avait déjà dit que le café diminuait l'urée, mais aucune expérience scientifique quelque peu suivie, si ce ne sont celles de Bocker, n'avait été faite à ce sujet. Cette lacune a été comblée à l'aide de recherches faites, à mon instigation, par mon ami M. Eustratiade, de Smyrne, qui a étudié sur lui-même les effets de la caféine et du café dans des expériences qui ont duré quarante-neuf jours, pendant lesquels il s'est astreint à un régime identique et a recueilli ses urines chaque jour. 30 centigrammes de caféine diminuèrent l'urée de plus de 28 pour 100, et une infusion de 60 grammes de café torréfié la diminua de plus de 20 pour 100. Je puis affirmer l'exactitude de ces résultats, car j'ai fait moi-même les dosages de l'urée. Entre autres faits observés, je citerai un ralentissement notable du pouls, ralentissement qui avait été déjà signalé nettement par d'autres auteurs, malgré des opinions contraires reposant sur des faits mal observés (Eustratiade, Thèse de Paris, 1870).

La caféine et le café torréfié diminuent donc les oxydations et tempèrent le mouvement de dénutrition.

J'ai fait à peu près à la même époque, sur moi-même, des expériences avec le café vert et, de plus, avec le thé. Les premiers résultats de ces expériences, que je continuerai, ont été annoncés cette année à la Société de Biologie.

Je m'étais proposé d'étudier la théobromine et le cacao; les circonstances ne m'ont pas permis encore de mettre mon projet à exécution. Mais je fais en ce moment même l'expérience suivante, à

(1) Voir le dernier numéro.

laquelle les circonstances actuelles peuvent donner une grande importance.

A un chien de taille ordinaire je ne donne chaque jour que 20 grammes de cacao en poudre, une infusion de 20 grammes de bon café torréfié, le tout additionné de 10 grammes de sucre. J'ajoute du sucre afin que cet animal puisse prendre ce mélange sans répugnance, car une chienne que j'essaye de soumettre à ce même régime refuse absolument parfois d'y goûter.

A un autre chien, de même taille que le premier, je ne donne également chaque jour que 20 grammes de pain, 10 grammes de beurre ordinaire, pour remplacer le beurre contenu dans le cacao, et 10 grammes de sucre.

Depuis huit jours que dure l'expérience, le premier chien nourri au cacao et au café se porte très-bien, il n'a pas maigri pour ainsi dire et il a conservé ses allures habituelles. Le dernier au contraire, est considérablement amaigri et exténué; cependant les quantités de carbone et d'azote contenues dans son alimentation insuffisante équivalent largement aux quantités des mêmes principes contenus dans la ration de l'animal soumis au régime du café et du cacao.

Tels sont les premiers résultats d'une expérience dont la fin n'est pas douteuse. Le premier chien conservera la santé et la force pendant longtemps, le dernier mourra bientôt.

Si je publie cet essai, c'est qu'il forme avec les données précédentes un ensemble de faits dont les conséquences n'échapperont à personne relativement à l'alimentation insuffisante. J'ai la conviction qu'un homme pourrait vivre plusieurs mois, et conserver de la force, en faisant usage chaque jour uniquement de 150 grammes du mélange suivant :

Cacao en poudre............	1000	grammes
Café infusé....................	500	»
Thé infusé.....................	200	»
Sucre..............................	500	»

En évaporant les infusions de café et de thé on n'obtiendrait qu'un faible poids de résidu sec, de sorte que le mélange précédent ne pèserait pas plus de 1,600 grammes et pourrait suffire à l'entretien de dix jours. Rien n'est d'ailleurs plus agréable que cette préparation précédente lorsqu'on l'a délayée dans de l'eau bouillante. Pour ma part, moi qui aime les expériences, je ne manquerais pas de m'y soumettre si je venais dans les circonstances actuelles à manquer de vivres.

Je voudrais donc voir le Gouvernement de la défense nationale faire pénétrer dans les villes assiégées ce mélange alimentaire appelé à rendre les plus grands services. Rien ne serait plus apte pour la réussite qu'une approbation de l'Académie des sciences.

M. LE MASURIER prie l'Académie de vouloir bien prendre connaissance du contenu d'un pli cacheté dont elle avait accepté le dépôt.

Ce pli, ouvert en séance par M. le Secrétaire perpétuel, contient l'indication d'une application spéciale de la lumière électrique. L'Académie prie M. Dumas de l'examiner, pour en faire immédiatement l'usage qu'il jugera convenable, en se conformant aux intentions de l'auteur.

M. P. GUYOT adresse une note relative au développement d'organismes particuliers dans le pain fait avec la farine de seigle.

La séance est levée à 4 heures et demie.

NÉCROLOGIE

La nécrologie médicale est bien chargée en ce moment, et que de pertes nous ignorons! Aujourd'hui, nous avons à enregistrer la mort :

1° De M. E. Daviers, directeur de l'Ecole de médecine d'Angers, professeur de clinique chirurgicale, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, médecin expert devant les tribunaux, président de l'Association médicale du département de Maine-et-Loire, membre du conseil d'hygiène, membre de la commission des logements insalubres, membre du conseil municipal élu, etc. Doué d'une remarquable intelligence, d'une ardeur infatigable au travail et d'un profond sentiment du devoir, il apportait dans l'exercice de ses fonctions diverses la même aptitude et le même scrupule. Il laisse un grand vide dans l'enseignement et dans la profession. M. Mirault, son ancien maître et son collègue lui a payé dans le *Journal de Maine-et-Loire* un tribut d'éloges auxquels s'associeront certainement tous ceux qui l'ont connu ;

2° De M. le docteur Deguise père, ancien chirurgien en chef de la maison d'aliénés de Charenton. On raconte, mais ce n'est encore qu'un bruit, que de mauvais traitements infligés par les Prussiens auraient occasionné ou hâté sa mort. M. Deguise était un chirurgien des plus distingués, et l'aménité de son caractère lui avait conquis une sympathie générale, qui ne lui a pas fait défaut dans une circonstance pénible de sa vie;

3° Du docteur Destouches, de Paris, qui avait, dit-on, pris un service médical dans l'armée de la Loire et a succombé aux suites de la fatigue et des privations. (*Gazette Hebd.*).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 22 février 1871, M. le docteur Triboulet, médecin-major de 1re classe, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— Par décret en date du 22 février, M. le docteur Aimé Martin, médecin en chef de l'hôpital militaire d'Ivry, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — Emploi du chloral dans le traitement des algies de nature vénérienne (2e partie) (M. Mauriac). — Du climat des stations hivernales des Alpes-Maritimes (M. Gillebert d'Hercourt). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Documents pour servir à l'histoire du mouvement scientifique pendant le siége de Paris. — Bibliographies.

Paris, le 23 mars 1871.

EMPLOI DU CHLORAL

DANS LE TRAITEMENT DES ALGIES DE NATURE VÉNÉRIENNE

Par CHARLES MAURIAC,
Médecin de l'hôpital du Midi.

DEUXIÈME PARTIE (1)

CONCLUSIONS

J'en ai fini avec l'exposition des faits. Il me reste maintenant à en tirer des conséquences. Mais avant d'aller plus loin, je tiens à faire remarquer que je n'écris pas une histoire générale et didactique du chloral. En parlant de son action sur l'organisme, en décrivant ses effets toxiques et curatifs, en fixant ses doses et son mode d'administration, je ne me préoccuperai point des résultats qui ont été obtenus par d'autres expérimentateurs; je resterai enfermé dans le champ spécial de mes investigations. Il est évident d'après cela que les conclusions que je vais donner ne s'appliqueront qu'à un ordre très-limité de faits. Si on voulait leur donner une portée plus étendue, on pourrait les trouver fausses, exagérées ou incomplètes. Qu'on n'oublie pas qu'au point de vue pratique et théorique, un fait brut n'a qu'une signification médiocre par lui-même, si on ne tient pas compte de toutes ses circonstances accessoires et si on ne détermine pas rigoureusement les conditions dans lesquelles il a eu lieu.

I

La plupart des individus à qui j'ai donné du chloral, étaient des hommes dans la force de l'âge et dont toutes les grandes fonctions s'accomplissaient régulièrement; de telle sorte que leur santé générale ne se trouvait pas gravement compromise, comme ceux dont la vie est mise en péril par une maladie aiguë grave ou minée d'une manière irrémédiable par une affection chronique. Leur organisme était dans un état d'équilibre stable, qui le rendait inaccessible à ces brusques perturbations, à ce désarroi fonctionnel dont on voit quelquefois de déplorables exemples, alors même qu'on ne donne les médicaments qu'à des doses très-modérées et habituellement inoffensives. C'est là sans doute ce qui explique en grande partie pourquoi j'ai pu presque toujours faire prendre sans aucun inconvénient une quantité considérable de chloral, et la porter parfois jusqu'à *neuf* ou *dix* grammes sans causer aucun accident sérieux. Et ce qui me prouve bien qu'il en est ainsi, c'est que l'action du médicament a été très-vive et tout à fait disproportionnée à sa dose, chaque fois qu'il s'est agi d'un individu faible et d'une constitution épuisée par la maladie ou une diète prolongée. (Ire partie, XI.)

Mais il n'est pas toujours facile de prévoir le degré de susceptibilité de tel ou tel organisme à l'action d'un agent thérapeutique quelconque. On peut donc poser comme une règle pratique dont il serait dangereux de se départir, l'opportunité de ne l'administrer qu'à doses fractionnées, qu'on éloignera ou qu'on rapprochera suivant l'intensité respective de ses effets toxiques ou curatifs. Les doses massives ne trouvent leur justification que dans les cas exceptionnels où il serait imprudent de temporiser avec l'urgence.

Ces réflexions me paraissent s'appliquer au chloral bien mieux qu'à tout autre médicament, parce que son action sur le système nerveux est décisive et ne se fait pas attendre longtemps. Par la rapidité de son processus d'absorption et de pénétration, il se rapproche beaucoup des agents diffusibles. Il n'y a pas à craindre avec lui ces accidents toxiques tardifs qui éclatent tout à coup et résultent de l'accumulation des doses.

Quand on veut administrer le chloral à doses petites et fractionnées, les capsules de M. Limousin sont d'une grande commodité. Elles peuvent se donner dans toutes les conditions morbides et à tous les âges, parce que la quantité de chloral qu'elles contiennent (*trente-deux* centigrammes) est absolument faible, et par conséquent ne doit inspirer aucune inquiétude. L'hydrate de chloral enfermé dans ces capsules est à l'état solide. Or, comme il possède des propriétés un peu caustiques, il était à craindre que son contact avec la muqueuse de l'estomac ne causât de la douleur ou des troubles gastriques. Je n'ai pas observé qu'il en fût ainsi, même dans les cas où je donnais les capsules coup sur coup. J'en ai pris quatre en moins d'un quart d'heure, et je n'ai éprouvé aucune sensation désagréable à l'estomac. Ce médicament, que je n'essayais du reste que par pure curiosité, n'a produit chez moi, à la dose de *cent vingt-huit* centigrammes, aucun effet hypnotique ou autre. Une excellente préparation, bien dosée et agréable à prendre, c'est le sirop de M. Follet, qui contient *un* gramme de chloral par cueillerée à bouche. Dans presque toutes mes expériences, j'employais un julep simple de *deux cent cinquante* grammes, dans lequel je faisais dissoudre, *quatre*, *cinq*, *six*, et jusqu'à *dix* grammes de chloral. Les malades le prenaient sans difficulté, sans dégoût; aucun d'eux ne s'est plaint en l'avalant d'avoir éprouvé une sensation gustative désagréable. Cependant le chloral à l'état de solution concentrée a un goût âcre et amer; aussi faut-il le délayer suffisamment et aromatiser la potion. L'eau distillée de laurier cerise et le sirop d'écorces d'oranges remplissent très-bien ce dernier but.

Ainsi, chez des hommes vigoureux et dans la force de l'âge, la dose du chloral, si l'indication l'exige, peut être très-élevée et osciller entre *deux* et *dix* grammes. En restant dans ces limites, on ne fera courir aucun danger sérieux, surtout si l'on a soin de multiplier les prises, et l'on obtiendra un ensemble de phénomènes que je vais décrire.

II

Parlons d'abord de l'action du chloral sur le tube digestif. Que trouvons-nous sous ce rapport dans nos observations? Des résultats à peu près négatifs, c'est-à-dire dans la majorité des cas une tolérance parfaite de l'estomac et des intestins. Les seuls troubles fonctionnels que j'aie notés se réduisent presque toujours à une sensation de chaleur, de pesanteur épigastrique, avec quelques coliques sèches; à des tiraillements d'estomac, à un sentiment de chaleur incommode, à de la sécheresse de la bouche et du gosier, etc. Mais d'autres fois, la révolte de l'estomac contre le chloral a été plus loin, et s'est élevée jusqu'à la nausée, non suivie en général de vomissements. L'état nauséeux est survenu presque immédiatement après l'administration du remède; de courte durée, il ne s'est pas reproduit plus tard à une époque plus ou moins éloignée de l'ingestion des premières doses. Il est donc certain qu'il a été provoqué par une action toute topique du chloral sur la membrane muqueuse de l'estomac.

Ce fait est intéressant, et voici pourquoi : le chloral ne peut pas subsister, dit-on, dans une dissolution alcaline; ajoutez à sa solution aqueuse, la plus minime quantité d'alcali, et du chloroforme prend immédiatement naissance. Cette transformation se traduit par la formule suivante : $C^2CL^3OH + NaHO = CCLH + CHOONa$; en l'exprimant en chiffres, on arrive à ce résultat que 147.5 parties en poids de chloral traitées par 40 parties de soude hydratée fournissent 119.5 de chloroforme et 68 de formiate de soude. (Voyez le mémoire d'Oscar Liebreich (1).) Or comme le sang est un liquide alcalin, on a supposé, avec quelque apparence de raison, que le dédoublement ci-dessus indiqué s'y produisait dans une certaine mesure, et que le chloral après avoir pénétré dans les voies circulatoires, fournissait du chloroforme qui allait exercer son action sur les grands centres nerveux et les divers foyers ganglionnaires.

Je ne veux point attaquer cette théorie en me plaçant sur le terrain de la chimie pathologique. Formulée pour la première fois par M. Liebreich, elle a été admise par beaucoup d'expérimentateurs, par M. Richardson, en Angleterre; par MM. Demarquay, Follet, Dieulafoy, Worms, etc., en France. Malgré la confiance que doivent inspirer de pareilles adhésions, je crois qu'il serait prématuré de conclure que le chloral n'agit qu'en dégageant du chloroforme, par suite de combinaisons qui s'effectueraient au milieu du liquide sanguin. Il faut toujours se tenir en garde contre les analogies, quelque séduisantes qu'elles soient. J'établirai plus tard la différence qui existe entre les effets du chloral et ceux du chloroforme.

Pour le moment, je me contenterai de faire remarquer que l'état nauséeux provoqué quelquefois par l'action du chloral sur l'estomac peut fournir un argument contre la théorie de M. Liebreich. Cette action est essentiellement topique. Mais si le chloral, après avoir pénétré dans les voies circulatoires, fournissait du chloroforme, n'y aurait-il pas des nausées et des vomissements, non plus par action directe, mais par action réflexe? N'est-ce pas un des inconvénients du chloroforme de produire un état nauséeux très-pénible par son impression sur les sources de l'innervation gastrique? Et remarquez que cet état nauséeux persiste longtemps après l'administration du chloroforme. Je l'ai vu durer plus de dix jours chez une femme. Je connais des personnes, et je suis du nombre, qui après quelques inhalations chloroformiques, sont prises d'un malaise d'estomac avec nausées, qui dure 24, 36 heures et plus. Eh bien, si le chloral se transformait en chloroforme dans le sang, sur les 21 malades à qui je l'ai donné à des doses souvent exagérées, n'y en aurait-il pas eu quelques-uns dont les centres d'innervation gastrique auraient été impressionnés, comme ils le sont par ce dernier agent, même longtemps après que les inhalations ont cessé. Je n'ai pas cependant constaté cet effet, excepté peut-être chez un malade (XVI, Ire partie), qui eut, quatre ou cinq heures après la dernière dose du médicament, une sorte de vomiturition pendant son sommeil.

L'action topique du chloral sur l'estomac une fois épuisée, et elle s'épuise vite, les fonctions de cet organe récupèrent leur intégrité. A peine ai-je constaté dans quelques cas un peu de pesanteur et des tiraillements épigastriques. Jamais mes malades n'ont éprouvé l'état nauséeux persistant de l'intoxication chloroformique. C'est là une des raisons qui me mettent en défiance contre la théorie chimico-physiologique du chloral, généralement adoptée jusqu'à présent.

Les fonctions intestinales ne sont nullement troublées par le chloral; les évacuations alvines s'exécutent régulièrement; il ne se produit point de météorisme. Quelques malades ont éprouvé des coliques légères, mais je ne suis pas bien convaincu qu'elles eussent leur siége dans l'intestin; je serais plutôt tenté de les rattacher aux phénomènes douloureux qui se manifestent parfois du côté de l'estomac peu d'instants après l'ingestion du chloral. Chez un de mes malades (1re partie. IV) il existait de la diarrhée depuis huit ou dix jours, quand j'ai donné le chloral; elle a persisté sans augmentation ni diminution; le médicament n'a eu absolument aucune influence sur elle.

III

Je n'ai observé aucun phénomène saillant du côté du poumon et du cœur, même chez les individus à qui j'avais donné des doses très-élevées de chloral. Aucun d'eux ne s'est plaint d'avoir éprouvé de la dyspnée, de la toux, des suffocations, de l'angoisse précordiale, des douleurs post-sternales, des palpitations de cœur, des sensations lypothimiques, etc., etc., en un mot ce phénomènes subjectifs qui annoncent un trouble fonctionne plus ou moins profond des organes thoraciques. Chez ceux qu ont eu l'ivresse chloralique, il est probable que l'excitation du système nerveux, l'agitation physique, ont entraîné un léger mouvement fébrile. Toujours est-il que 12 ou 16 heures après l'administration du médicament, alors que persistaient encore quelques-uns de ses effets sur les centres nerveux, j'ai toujours trouvé la peau fraîche, le pouls calme et régulier, la respiration normale.

Je n'ai pas poussé plus loin mes recherches. Il faudrait recourir à l'emploi du sphygmographe pour mesurer exactement l'influence du chloral sur le cœur; il faudrait faire l'analyse de l'air expiré pour apprécier les modifications que subit l'échange des gaz dans le poumon, etc., etc. On obtiendrait sans doute ainsi des résultats pleins d'intérêt au point de vue de la théorie du médicament et de son action chimico-physiologique.

De ce que j'ai observé, je ne puis tirer qu'une conclusion clinique, c'est que chez des sujets vigoureux et qui n'ont du côté du cœur et du poumon aucune lésion organique grave, on peut donner le chloral à de fortes doses sans provoquer un trouble notable dans les fonctions de la respiration et de la circulation centrale. N'est-ce pas là une nouvelle preuve que l'action du chloral diffère de celle du chloroforme?

La circulation capillaire et périphérique s'exécute aussi comme à l'état normal; la peau ne présente pas de changement de coloration, ni ces hyperémies partielles, ni ces rougeurs, ni ces éruptions fugaces, ni ces sueurs abondantes que font naître assez facilement certains narcotiques, l'opium et la belladone par exemple. Les muqueuses ne deviennent le siége d'aucune con-

(1) Suite. — Voir les numéros des 12, 14, 16, 23, 30 juillet; 11, 13, 18, 20, 23 août, 1er et 3 septembre 1870.

(1) *L'hydrate de chloral*, par le docteur Oscar Liebreich; traduit de l'allemand sur la 2e édition par Is. Levaillant. Germ. Baillère. Paris, 1870.

gestion bien évidente, sauf la conjonctive, qui m'a semblé quelquefois un peu injectée; mais c'était peut-être l'effet d'un sommeil prolongé. La circulation de l'air se fait librement dans les narines; il n'y a ni enchifrènement, ni éternuement, ni catarrhe nasal, en un mot aucun signe d'hyperémie de la muqueuse de Schneider; et pourtant, chez trois malades qui n'avaient pas l'habitude de saigner du nez, j'ai noté des épistaxis. Elles ont été peu abondantes; l'une d'elles a coïncidé d'une façon assez frappante avec la cessation brusque de l'ivresse chloralique pour qu'il soit permis de supposer qu'elle a peut-être contribué à cet événement inattendu.

Je n'ai pas trouvé que l'haleine des malades eût une odeur bien prononcée de chloral, et encore moins de chloroforme. Il est vrai que mes investigations dans ce sens n'ont pas été poussées très-loin. Plusieurs des individus à qui j'avais donné la veille de fortes doses de chloral sont restés quelquefois, le lendemain, près d'une heure dans une petite chambre qui me sert de cabinet de travail, sans communiquer aucune odeur chloroformique à l'atmosphère. Ils n'ont accusé aucune sensation olfactive ou gustative particulière.

(A suivre.)

DU CLIMAT DES STATIONS HIVERNALES DES ALPES-MARITIMES (1).

Par M. le docteur GILLEBERT-D'HERCOURT.

(Mémoire lu à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 17 juin 1870).

Ventilation. — C'est surtout dans les Alpes-Maritimes que se confirme l'exactitude du proverbe relatif à l'inconstance des vents. Voici ce qu'en dit un indigène, M. Roubaudi, dans son livre intitulé : *Nice et ses environs* :

« L'inconstance des vents y est extrême : souvent ils changent plusieurs fois par jour; souvent aussi plusieurs vents règnent ensemble avec violence; une tempête aérienne s'ensuit, et alors ce beau climat passe du chaud au froid, et réciproquement. »

« Ces changements imprévus, ajoute le même auteur, donnent quelquefois, au printemps surtout, des retours de froid si inopinés, que, si à Nice il n'y a pas d'hiver, on peut dire, en revanche, qu'on n'y trouve pas de printemps. »

Pendant l'hiver, dans ces parages, c'est le vent d'est qui souffle le plus souvent; après lui viennent par ordre de fréquence relative, l'ouest, le nord-ouest, le nord et le nord-est. Mais ces derniers, arrêtés par les montagnes et n'ayant que peu ou pas d'accès sur le littoral, ne sont indiqués que par la marche des nuages, de sorte que quand le ciel est serein, on n'a pas de moyen de constater leur existence. Il se pourrait donc que leur fréquence fut plus grande en réalité; mais leur action ne se faisant pas sentir sur l'indigène, pour lui c'est absolument comme si ces vents ne soufflaient pas.

Voici l'ordre de fréquence des vents que j'ai constaté à Monaco : sur 100 jours venteux, l'est souffle 28 fois; le nord-ouest 18 fois; l'ouest 14 fois; le nord 11 fois; le nord-est 11 fois; le sud-ouest 5 fois; le sud 2 fois; l'est-nord-est 1 fois; le sud-est 1 fois.

Sur 100 jours venteux, la ventilation est forte 21 fois; elle est faible 79 fois.

Sur trois jours d'hiver, il vente deux fois plus ou moins.

Les vents de la demi-rose nord-est-sud-ouest sont ceux qui ont le plus d'accès sur le pays; en général, les autres n'y parviennent pas, ou ils n'y arrivent qu'après avoir subi une déviation et un affaiblissement notables.

Les brises. — Par leur alternance, la brise de jour et la brise de nuit constituent une espèce de marée aérienne, dont le flux et le reflux croissent et décroissent deux fois en vingt-quatre heures. Elles sont la conséquence de la condensation et de la dilatation alternatives de l'air, déterminées par l'échauffement et par le refroidissement alternatifs de la côte.

La brise de jour, qui va de la mer à la terre, se lève tous les jours entre neuf et dix heures du matin; sa force augmente jusqu'au moment où la température atteint son maximum; ensuite elle se modère et s'apaise pour cesser après le coucher du soleil. Sa direction, déterminée par l'exposition de la côte, peut varier suivant les lieux et les heures du jour, entre l'est et le sud-ouest.

La brise de nuit ou de terre, qui succède à la première et qui dure jusqu'au lever du soleil, ne se fait sentir que dans les parties du littoral où aboutissent des vallées, ou bien où il existe une certaine étendue de terrain plat; ailleurs, comme à Monaco, ou au quartier de Goravan, à Menton, la brusque déclivité des montagnes et l'absence de plaine fait que cette brise passe au-dessus du territoire habité, et qu'elle n'atteint l'horizon qu'à une certaine distance du rivage, à 1,000 ou 1,500 mètres en mer, où son passage fait rider la surface de l'eau.

Quoi qu'il en soit, ce double mouvement exerce une action bienfaisante sur la contrée, en renouvelant et purifiant l'air deux fois en 24 heures.

En somme, les vents qui soufflent pendant l'hiver sur le littoral des Alpes-Maritimes sont presque tous des vents secs. Les vents du nord et du nord-ouest sont ceux qui donnent au ciel le plus de sérénité, et qui ramènent les beaux jours; ils sont d'autant mieux accueillis et plus désirés sur la Ligurie franco-italienne, qu'on n'y sent pas leur violence.

Le nord-nord-est, au contraire, produit les ciels gris et couvre les montagnes de neige.

Pureté de l'air. — Incessamment renouvelé par les brises, l'air du littoral est d'autant plus pur que la végétation y est très-abondante et toujours active, et qu'il n'existe pas dans le voisinage des usines qui, par la nature de leurs exhalaisons et par leur nombre, soient capables d'altérer la composition de l'atmosphère.

Cependant certaines particules, étrangères à la composition normale de l'air, se mêlent à lui; mais ce mélange, opéré dans des proportions très-faibles, ne lui apporte aucune propriété malfaisante. Ce sont, d'une part, les émanations résineuses et odorantes qui se dégagent des arbres et des plantes qui croissent dans ce pays, et, d'autre part, des particules salines empruntées aux eaux de la mer et transportées par l'atmosphère à une certaine distance du rivage. Des recherches auxquelles je me suis livré avec persévérance, m'ont démontré qu'il était possible de constater la présence du sel marin dans l'air à 70 mètres au-dessus de la mer et à 400 mètres environ du rivage.

(A suivre.)

(1) Voir le dernier numéro.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 3 août 1870. — Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine : Les *Archives générales de médecine*, numéro d'août; — *la Gazette médicale de Strasbourg*; — *le Bulletin général de thérapeutique*; — *le Marseille médical*; — *le Sud médical*; — Une note de M. Thomas (de Tours), avec observation à l'appui, sur les *fractures transversales des os maxillaires supérieurs*.

— M. Verneuil dépose sur le bureau deux thèses, au nom de leurs auteurs; l'une, intitulée : *De la grossesse dans ses rapports avec le traumatisme*, est de M. le docteur Eugène Petit.

Les conclusions de ce travail sont :

1° Le traumatisme sans hémorrhagie, en dehors de la sphère génitale, ne donne pas lieu à l'avortement;

2° Les contusions dans la sphère génitale produisent, surtout s'il y a hémorrhagie, l'avortement;

3° La consolidation des fractures est fréquemment entravée par la grossesse;

4° L'anesthésie ne sera employée chez la femme enceinte qu'avec une extrême réserve.

La seconde thèse est relative à l'emploi du *chloral dans le tétanos*. L'auteur, M. Subise, conclut comme il suit :

Sur 17 cas de tétanos traités par le chloral, il y a eu 8 morts et 9 guérisons.

M. Verneuil trouve cette proportion d'autant plus significative que divers cas de mort pourraient être attribués, à la rigueur, à d'autres causes intercurrentes. Viendrait-on à objecter que la plupart des cas de guérison appartiennent au tétanos à marche chronique, que la proportion de 9 guérisons sur 17 cas n'en serait pas moins belle pour cela.

RAPPORT

M. FORGET, au nom d'une commission composée de MM. Tillaux, Labbé et Forget, lit le rapport suivant :

De la coexistence de la grenouillette sub-linguale et d'un kyste sus-hyoïdien. — Difficulté du diagnostic. — Traitement.

Messieurs, le dernier mot a-t il été dit sur la tumeur sub-linguale, improprement appelée *grenouillette ?* A voir les travaux nombreux dont cette maladie a été l'objet, et les vives controverses auxquelles ils ont donné lieu, on serait porté à répondre à cette question par l'affirmative. Plus qu'aucun autre, ayant fait du sujet dont il s'agit une étude spéciale dont j'ai soumis les résultats au jugement de la Société de chirurgie, je me crois fondé à dire que les points essentiels qui ont trait à l'origine, à la nature et au siége de cette tumeur, sont bien connus et sont aujourd'hui fixés d'une manière définitive. Aussi me garderai-je de les aborder de nouveau, voulant me renfermer exclusivement dans les limites qui me sont nettement tracées par les deux faits dont j'ai à vous rendre compte.

Dans la discussion qui suivit la lecture du rapport que je vous ai présenté le 10 novembre 1869, sur un cas de grenouillette instantanée et diffuse, communiqué par M. Bouchard, interne de l'hôpital Necker, M. Giraldès, considérant les deux variétés de grenouillette, l'une appartenant à la glande sub-linguale et l'autre à la glande sous-maxillaire, prétendit que la première prédomine du côté de la cavité buccale, et que la seconde fait saillie du côté du cou, vers la racine duquel le kyste descend s'il prend un grand volume. Ce qui revient à dire, si l'opinion de notre collègue était fondée, que les kystes salivaires sous-maxillaires et cervicaux sont la conséquence obligée de toute lésion de canalisation compromettant l'agissement fonctionnel de la glande sous-maxillaire; or il faut reconnaître que l'observation clinique n'a rien démontré de semblable; qu'il existe sous le bord de la mâchoire inférieure et dans un rayon assez peu étendu sur la portion voisine de la région cervicale une tuméfaction plus ou moins prononcée lors de l'existence d'une grenouillette sous-maxillaire, la dilatation ampullaire du conduit de Warthon se propageant jusqu'à la portion de ce conduit voisine de la glande, et qui se trouve au-dessous du muscle mylo-hyoïdien. Cela, à coup sûr, n'est pas contestable, et M. Giraldès a fait preuve d'une saine observation en signalant cette disposition, qui constitue un élément séméiotique de cette variété de grenouillette. Aller au delà et prétendre à l'ampliation considérable de celle-ci au point de déterminer un kyste cervical volumineux et fluctuant sans aucune participation du conduit de la glande au fait morbide, sans la préexistence dans la région sub-linguale d'une tumeur salivaire due à la dilatation de ce canal, c'est ce que les faits cliniques ne me semblent pas avoir établi, ceux du moins qui sont venus à ma connaissance.

Aussi, lors de la discussion à laquelle je fais allusion, j'ai demandé s'il n'était pas plus rationnel d'admettre, en pareil cas, une coïncidence entre la présence d'un kyste sub-lingual et d'un kyste cervico-maxillaire au contact l'un de l'autre et adossés par l'une de leurs parois; deux lésions de nature et d'origine différentes pouvant fort bien coexister dans des régions limitrophes?

A cette question que, *à priori*, on eût pu résoudre par l'affirmative, la clinique n'a pas tardé à faire une réponse péremptoire. On la doit à M. Charles Périer, qui est venu nous lire une observation ayant pour titre : *Existence simultanée d'un kyste sus-hyoïdien et d'une grenouillette sub-linguale. — Injection du kyste. — Disparition successive des deux tumeurs.* — Voici l'analyse de ce fait intéressant.

OBSERVATION I. — Le nommé M... entra le 16 septembre 1869 à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Vierge, n° 2, dans le service de M. Gosselin, dont M. Périer était alors suppléant.

Cet homme, âgé de 29 ans, porte au-dessous du menton une tumeur au niveau de laquelle la mollesse et la fluctuation sont tellement accusées qu'il est impossible de méconnaître l'existence d'une cavité renfermant un liquide trop abondant pour se distendre complétement, d'où il résulte que sa percussion produit des mouvements ondulatoires comme cela a lieu dans les épanchements traumatiques de sérosité.

En rassemblant le liquide par une compression concentrique, on s'assure que ses limites précises sont très-exactement celles de la région sus-hyoïdienne, c'est-à-dire qu'elle s'étend de l'os hyoïde à la symphyse du menton et d'un angle de la mâchoire à l'autre. En déprimant la paroi superficielle pour explorer l'état des parties profondes, on reconnaît aisément derrière la symphyse, sur la ligne médiane, l'existence d'une tumeur arrondie du volume d'une petite noix adhérente au plan musculaire et faisant saillie dans la cavité même du kyste sus-hyoïdien. Sa consistance est pâteuse, la pression en réduit sensiblement le volume. Lorsque cette réduction s'effectue, le malade accuse un sentiment de gêne dans la bouche, phénomène qu'explique l'examen de la cavité buccale. En effet, la muqueuse du plancher est soulevée par une tumeur arrondie qui reporte la langue en haut et en arrière, et qui, latéralement, s'étend jusqu'à la dernière molaire de chaque côté. Cette tumeur est élastique, résistante; elle cède un peu sous la pression, mais alors la petite tumeur que l'on a vue exister et faire saillie dans le kyste sus-hyoïdien, au-dessous du plan musculaire et derrière la symphyse, reprend son volume primitif; son relief s'accentue, et sa surface se tend et durcit. Chaque fois que l'on renouvelle l'expérience, l'une des tumeurs diminue ainsi aux dépens de l'autre.

L'auteur a soin d'ajouter que la muqueuse buccale soulevée est transparente, bleuâtre, que le trajet des conduits de Warthon est bien indiqué à la surface de la tumeur, que les orifices de ces conduits sont intacts.

En présence de cette symptomatologie exposée par M. Périer avec une rigoureuse précision, il conclut (à bon droit, suivant nous,) qu'il s'agit manifestement d'une grenouillette sub-linguale envoyant un diverticule entre les muscles qui s'insèrent aux apophyses géni; que cette grenouillette et son diverticule forment une cavité indépendante de la collection sous-cutanée, leur consistance étant très-différente, et en aucun cas la fluctuation ne se transmettant de l'une à l'autre.

Un autre motif de repousser toute idée de solidarité, d'origine et de nature entre ces deux kystes se fonde sur l'historique de la collection liquide sous-cutanée qui est bien un kyste ancien et récidivé.

Déjà il existait en 1866, époque où il fut ponctionné par M. Velpeau; il occupait exactement la même place; il était plus volumineux qu'aujourd'hui; il était isolé, ne s'accompagnait d'aucune grosseur dans la bouche, et le malade assure se bien rappeler que Velpeau, aussitôt la ponction faite, dit : « Voilà un beau kyste... » Aucune injection ne fut faite dans la cavité, et le chirurgien renvoya le malade après l'avoir prévenu que sa tumeur se reproduirait, ce qui eut lieu rapidement. Toutefois, un mois après, elle avait disparu complétement; et au dire du malade, qui n'a jamais varié sur ce détail, ce n'est qu'au mois de juillet 1867 que le kyste cervico-maxillaire s'est reproduit progressivement.

Quant à l'apparition de la grenouillette, elle est récente. Après avoir, pendant une semaine environ, souffert dans l'intérieur de la bouche, au commencement de septembre 1869, c'est-à-dire quatorze jours avant son entrée à l'hôpital, le malade dit qu'il s'en est aperçu. Elle se serait ainsi accrue assez rapidement, ce qui est la marche ordinaire des kystes salivaires.

Quelle devait être la conduite du chirurgien devant cette dualité pathologique confinant l'une à l'autre, mais dont l'étude attentive excluait tout lien de solidarité originelle, soit primitif, soit consécutif entre les deux éléments morbides qui la constituent? M. Périer se décida d'abord à tenter le traitement du kyste sus-hyoïdien, et bien lui en prit; mais cela lui permit, après l'évacuation du liquide par une ponction, de s'assurer de l'entière persistance de la tumeur sub-linguale, devenue alors plus accessible et plus apparente, puisque, en outre, il fut assez heureux pour voir disparaître sous l'impulsion du même agent curatif, la teinture d'iode au tiers en injection dans le kyste hyoïdien, d'une part celui-ci et d'autre part la grenouillette elle-même ainsi que son diverticule.

La guérison simultanée des deux tumeurs par l'injection de la teinture d'iode dans la cavité de l'une d'elles seulement, est un fait digne d'attention et qu'explique la continuité anatomique des deux kystes. N'est-il pas rationnel de penser qu'il s'est passé ici un phénomène d'endosmose singulièrement favorisé par la disposition des parois membraneuses de ces kystes liées entre elles et accolées l'une à l'autre d'une façon très-intime. Je crois avec l'auteur que c'est là un fait analogue à celui qui s'observe dans les cas d'hydrocèle double, où l'injection pratiquée d'un seul côté amène la guérison des deux tumeurs. Entendons-nous toutefois sur ce mot *guérison*. Dans l'espèce, est-il bien le mot propre et le plus juste? En l'absence d'une injection liquide ou de toute autre manœuvre chirurgicale agissant directement à l'intérieur d'une cavité pathologique et pouvant ainsi en modifier la vitalité et en changer les conditions physiologiques, est-on fondé à admettre que l'on puisse obtenir une cure radicale, et n'est-il pas probable que le traitement dans lequel cettte indication fondamentale n'a pas été remplie ne peut avoir qu'un effet incomplet temporaire, et qu'il sera prochainement suivi de récidive?

Cette supposition est justifiée par l'observation de M. Périer. Il a revu son malade le 16 septembre, 2 mois après l'opération, et s'il a constaté que l'induration qui a remplacé le kyste sus-hyoïdien diminuait progressivement, par contre, il a noté, sous la muqueuse buccale, un peu à droite de la ligne médiane, la persistance d'une petite tumeur fluctuante du volume d'une grosse amande, et qui ne peut être, suivant moi, que la grenouillette disparue momentanément, et déjà en voie de reproduction.

Nonobstant cette divergence purement clinique entre l'auteur et moi, le fait anatomique important qui constitue le côté original de son observation, à savoir la coexistence d'un kyste salivaire et d'un kyste séreux sus-hyoïdien juxtaposés, mais distincts l'un de l'autre, pouvant *à priori* simuler une grenouillette cervico-maxillaire, ce fait demeure désormais acquis à la science, et lui fournit un élément précieux qui complète l'étude de la grenouillette considérée dans son nouvel aspect.

J'en dirai autant de la seconde observation que j'ai indiquée dès les premières lignes de mon rapport, et qui m'a été adressée par mon honorable collègue M. Le Fort, à la suite de la communication faite par M. Périer à la Société de chirurgie. Voici l'analyse de cette observation :

(*A suivre.*)

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

XVI. — L'Académie de médecine tient séance.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 septembre 1870. — Présidence de M. Denonvilliers.

Correspondance officielle.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Une caisse d'échantillons de produits chimiques, présentée par M. Saint-Cyr-Cousinié, pharmacien à Saint-Alban (Tarn);

2° Une lettre du docteur Ellis (de Londres), sur le traitement des ulcères et des cancers.

3° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Haute-Savoie, pendant l'année 1869.

Correspondance non officielle.

La correspondance non officielle comprend :

Une lettre de M. le docteur Krotki, de Laubasitde, d'Armagnac, sur le traitement des plaies par l'occlusion au moyen du collodion élastique.

La séance est levée.

14 SEPTEMBRE

XVII. **Hygiène publique.** — Arrêté en date du 11 septembre :

Le Gouvernement de la défense nationale,

Considérant que les circonstances actuelles exigent des modifications dans le service de l'enlèvement des produits et ordures ménagères pour assurer la propreté de la voie publique et la salubrité de la cité,

ARRÊTE : —

Art. 1er. L'article 11 de l'ordonnance de police du 1er septembre 1853, qui autorise le dépôt sur la voie publique des ordures et résidus de ménage, est rapporté.

En conséquence, il est interdit de déverser dans les rues, sur les quais, places, ports, berges de la rivière, et généralement sur aucun point de la voie publique, des résidus quelconques de ménage.

Au premier son de la cloche qui annoncera le passage du tombereau, ces résidus seront versés directement par les habitants dans les voitures de nettoiement; ces résidus pourront être déposés dans des récipients qui seront placés à la porte à 5 heures 1/2 du matin. Ces récipients seront enlevés et déversés dans les voitures par leurs desservants.

Art. 2. — La même interdiction et les mêmes obligations s'étendent aux maisons situées dans les cours, passages, cités, impasses inaccessibles aux voitures d'enlèvement.

Art. 3. Le présent arrêté, qui sera immédiatement publié dans la forme ordinaire, sera exécutoire à dater du 16 de ce mois.

XVIII. **Hygiène publique.** —La Commission centrale d'hygiène de l'Hôtel-de-Ville publie la note suivante :

Les habitants de Paris doivent être rassurés en ce qui concerne le service des eaux pendant le siége.

Quand même la population serait privée de l'eau des aqueducs extérieurs, l'administration aura encore à sa disposition, tous les jours, soixante à soixante-quinze millions de litres d'eau potable, sans compter celle des puits particuliers.

D'après le rapport des ingénieurs du service, rapport fait et communiqué à la commission centrale d'hygiène, l'arrosage seul des rues pourrait souffrir.

Ainsi, la suspension, depuis samedi dernier, de l'arrosage dans certains quartiers, tient à la suppression d'un canal, encombré par les travaux de défense.

Chaque modification de service pendant le siége sera annoncé d'avance dans les mairies de Paris.

En ce qui concerne l'éclairage, les rapports des ingénieurs spéciaux donnent également toute sécurité. Il n'y aura que quelques modifications dans le mode d'éclairage.

XIX. **Hygiène publique.** — La commission centrale d'hygiène et de salubrité publique, qui se réunit tous les jours à l'Hôtel-de-Ville, sous la présidence de M. Jules Ferry, comprend tout l'intérêt que le public doit attacher aux importantes et multiples questions qu'elle traite et traitera. Elle a, en conséquence, résolu d'entrer en communication avec la presse, en lui fournissant tous les renseignements de nature à éclairer utilement sur la marche de ses travaux.

Les renseignements seront désormais adressés à chaque journal chaque fois qu'il y aura lieu.

Des plaintes nombreuses se sont produites relativement au retard apporté depuis quelques jours à l'enlèvement des immondices sur la voie publique.

Ce service était fait précédemment par des maraîchers qui, empêchés par les circonstances, ont dû être remplacés à l'improviste.

Des mesures sont prises pour que tous les jours ce service soit dorénavant terminé à midi au plus tard.

La commission s'est préoccupée également de la question de l'arrosement. La suspension actuelle est tout à fait momentanée et motivée par des travaux exceptionnels de défense. Des locomobiles vont, d'ailleurs, être installées sur le bord de la Seine, et l'arrosage au tonneau suppléera, autant que faire se pourra, à l'arrosage à la lance, s'il venait à se trouver interrompu de nouveau.

Des ambulances privées devant être établies sur divers points, le public est instamment prié de vouloir bien, désormais, adresser directement aux maires tous les dons en linges, médicaments, etc.

Des approvisionnements immenses de substances désinfectantes viennent d'être introduits dans Paris. On est ainsi en mesure de prévenir énergiquement toute émanation dangereuse pour la salubrité publique.

XX. **Ambulances.** — Deux nouvelles ambulances fonctionnent, l'une au Tuileries, l'autre au Corps législatif. Toutes deux sont des annexes de l'ambulance du Palais de l'Industrie.

15 SEPTEMBRE

XXI. **Hygiène publique.** — Par décret du 14 septembre, MM. Gavarret, professeur de physique à la Faculté de médecine, O. Dumesnil, médecin de l'hospice de Vincennes, Reynal membre de l'Académie de médecine, professeur à l'école d'Alfort, sont nommés membres de la commission centrale d'hygiène et de salubrité publique instituée à l'Hôtel-de-Ville.

Le même décret réunit à la commission centrale la commission médicale du ministère de l'instruction publique; en conséquence, MM. Béhier, Gosselin, Gubler, Verneuil, Labbé, professeurs à la Faculté de médecine, et Wurtz, doyen de la Faculté, font partie de la commission centrale.

XXII. **Ambulances.** — Il a été formé, par les soins de M. le préfet de police, une commission chargée de la répartition, entre les diverses ambulances et sociétés de secours aux blessés, des vins et des denrées alimentaires trouvés dans les palais nationaux.

Cette commission est composée comme suit :

MM. le comte de Flavigny, *président.*
Husson, directeur de l'Assistance publique.
De Madre, notaire, membre de la Société de secours aux blessés.
Lacroze, médecin de la maison d'aliénés de Picpus.
Le docteur Chéron.
Wallut, secrétaire de la commission du jardin d'acclimatation.
Pochet, ingénieur des ponts et chaussées.
Fougeroux, ingénieur civil.

Cette commission a tenu hier sa première séance.

XXIII. **Ecoles secondaires de médecine.** — Par décision en date du 14 septembre 1870, le ministre de l'instruction publique a autorisé, vu les circonstances actuelles, et par dérogation aux règlements des 22 août et 23 décembre 1854, les écoles dénommées ci-après à procéder, pour cette année seulement, aux examens d'officier de santé et à ceux de sage-femme, pharmacien et herboriste de seconde classe, sans être présidées par des professeurs des Facultés de médecine et des écoles supérieures de pharmacie de Paris et de Strasbourg :

Ecoles d'Amiens, Arras, Angers, Besançon, Caen, Dijon, Lille, Limoges, Lyon, Nancy, Nantes, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen et Tours.

XXIV. **Hygiène publique.** — D'après les statistiques officielles qui sont dès à présent mises chaque jour à la disposition de la commission centrale d'hygiène et de salubrité publique, la situation sanitaire de Paris est de plus en plus satisfaisante. La variole continue à suivre sa marche décroissante. Quant aux autres maladies, elles n'offrent absolument rien que de normal et restent même pour la plupart au-dessous des chiffres donnés par les moyennes des années précédentes.

La commission fait exécuter en ce moment le relevé complet de de tous les locaux qui peuvent, dans l'intérieur de l'enceinte fortifiée, servir à l'établissement de vastes ambulances.

Les indications déjà recueillies démontrent que l'on aura de quoi pourvoir à tous les besoins de cet important service.

L'une des questions les plus intéressantes a été étudiée avec le soin le plus minutieux par la commission centrale d'hygiène et de salubrité publique : nous voulons parler des conditions hygiéniques dans lesquelle se trouve le bétail introduit à Paris : ces conditions ont été reconnues bonnes.

Toutefois, pour aller au-devant de toute complication fâcheuse amenée par la saison, on est résolu à abattre successivement et à préparer sous forme de conserves ou de salaisons une partie des bestiaux. L'industrie privée, avec un louable empressement, a, dans ce but, mis ses usines à la disposition de l'administration.

XXV. **Ambulances.** — La Société de secours aux blessés va organiser dans Paris des ambulances mobiles et des ambulances fixes, pour que tous les blessés soient secourus sans retard et avec le moindre déplacement possible.

Les médecins de chaque quartier sont invités à faire connaître le temps que chacun d'eux peut consacrer chaque jour à visiter et à soigner les blessés.

Les ambulances fixes et les maisons particulières où les blessés pourront être transportés, et où conséquemment les visites des médecins se trouveront nécessaires, seront indiquées d'une manière visible par le drapeau de la Société, timbré conformément à la convention internationale de Genève.

Les ambulances volantes seront spécialement confiées aux soins des médecins de la Société.

Tout blessé sera transporté à bras d'hommes sur un brancard dans les ambulances volantes, et de là il sera évacué avec toute la sollicitude possible dans les ambulances fixes à l'aide des voitures de la Société, de celles des Messageries, que cette administration a bien voulu mettre à la disposition de la Société, et de toutes autres qui seraient offertes et reconnues commodes pour ce service.

Les hommes de bonne volonté qui voudraient concourir à l'enlèvement et au transport des blessés sont invités à se faire connaître au siége de la Société (Champs-Elysées, Palais de l'Industrie, porte n° IV).

Quatre ambulances seront spécialement attachées au service des quatre divisions de la garde mobile existant à Paris. Ces ambulances seront pourvues de médecins et d'infirmiers pour suivre ces divisions, et d'autres ambulances seront affectées aux besoins de l'armée.

Quant aux ambulances nombreuses que la Société a envoyées dans toute la France, elles resteront hors de Paris avec tout leur personnel, afin que les blessés existants ne soient abandonnés à aucun prix avant leur rétablissement ou leur évacuation régulière sur des hôpitaux et sur des maisons particulières, ou avant leur renvoi dans leurs familles.

Paris, le 12 septembre 1870.

Le président de la Société,
Comte DE FLAVIGNY.

XXVI. — Nous allons, d'après le *Journal des Débats*, reproduire deux lettres qui resteront un monument de l'esprit humain dans ces jours de deuil et de bouleversement.

M. David-Frédéric Strauss, l'auteur célèbre de la *Vie de Jésus*, adresse à M. Ernest. Renan une lettre publiée par la *Gazette d'Augsbourg* et qui a fait beaucoup d'impression en Allemagne. Il va sans dire que la lettre du docteur Strauss est écrite surtout au point de vue des intérêts allemands. Toutefois nous croyons devoir en publier la traduction en la faisant suivre de la réponse de M. Renan. Nous pensons que nos lecteurs nous sauront gré de leur faire connaître, sur les rapports actuels de la France et de l'Allemagne, les opinions de deux des plus grands esprits de notre temps.

« *A Ernest Renan.*

« Très-honoré Monsieur,

« Le bienveillant accueil que mon ouvrage sur Voltaire a trouvé auprès de vous, comme le prouve votre lettre du 30 juillet, m'a tranquillisé au sujet de mon entreprise. Ce livre avait été reçu favorablement en Allemagne, pendant le peu de semaines qui se sont écoulées entre son apparition et le commencement de la guerre; mais je ne m'étais jamais dissimulé combien il est difficile pour un étranger d'être tout à fait juste envers l'écrivain d'une autre nation, surtout quand cet écrivain en est l'image vivante. Aussi n'était-ce pas sans inquiétude que j'attendais le jugement qui serait porté dans le pays de Voltaire par les critiques autorisés. Aujourd'hui je suis rassuré. Mon travail a obtenu votre approbation : l'éloge que vous lui donnez, celui d'être vrai, est le seul que j'aie ambitionné.

« Mais qui peut goûter à loisir un travail littéraire, et surtout un travail fondé sur l'idée d'un commerce pacifique, au moment où les deux nations qu'il devait contribuer à rapprocher sont en armes l'une contre l'autre? Certes, vous avez raison quand vous dites que la guerre actuelle doit causer la peine la plus vive à tous ceux qui s'efforcent de multiplier les relations intellectuelles entre la France et l'Allemagne,— quand vous déplorez qu'au lieu de l'entente entre les deux peuples, si nécessaire à l'œuvre de la civilisation, la haine, l'injustice et les appréciations passionnées soient pour longtemps à l'ordre du jour; vous avez raison encore quand vous déclarez que tous les amis de la vérité et de la justice doivent, sans oublier ce que leur imposent les devoirs patriotiques, se préserver de ce patriotisme partial qui rétrécit le cœur et qui fausse le jugement.

« Vous aviez espéré, dites-vous, que la guerre pourrait être conjurée encore. Ç'a été là aussi notre espérance, à nous autres Allemands, toutes les fois qu'elle a paru devoir éclater depuis 1866; mais, au fond, nous n'en tenions pas moins une guerre avec la France pour inévitable. Ce sentiment était si vif, qu'il suscitait parfois chez nous cette question adressée comme un blâme à la Prusse : Pourquoi la Prusse n'a-t-elle pas réglé ses comptes plus tôt et accepté la guerre, à l'occasion de l'affaire du Luxembourg, par exemple? Non pas que nous désirions la guerre; mais nous connaissions assez les Français pour savoir qu'ils la voudraient. C'est ainsi que la guerre de Sept ans a été la conséquence des deux guerres de Silésie du grand Frédéric. Il n'a pas voulu cette guerre, mais il savait que Marie-Thérèse la voudrait et n'aurait pas de repos jusqu'à ce qu'elle eût trouvé des alliés pour la faire. Un souverain, un peuple, ne renoncent pas sans peine à une suprématie traditionnelle; ils ne cesseront leurs tentatives pour la conserver qu'au moment où elle leur sera décidément enlevée. Ainsi fit alors l'Autriche, ainsi fait aujourd'hui la France, toutes deux vis-à-vis de la Prusse, aux côtés de laquelle, instruits par l'expérience, combattent aujourd'hui tous les Allemands, à l'exception des Autrichiens.

La France a été accoutumée, dès l'époque de Richelieu et de Louis XIV, à jouer le premier rôle parmi les nations européennes, et elle a été confirmée dans cette prétention par Napoléon Ier. Cette suprématie se fondait sur une forte organisation politique et militaire, et plus encore sur la littérature classique que la France avait produite au dix-septième et au dix-huitième siècle, et qui avait assuré à sa langue et à sa culture la prépondérance en Europe. Il faut ajouter que la première condition de cette hégémonie de la France était la faiblesse de l'Allemagne, divisée, désunie, difficile à mettre en mouvement, vis-à-vis de la France une, centralisée et prompte à l'action. Mais il y a un temps pour chaque peuple, et pour les peuples vigoureux il y en a plus d'un. Le peuple allemand avait eu déjà son heure au seizième siècle, à l'époque de la Réformation; plus tard, il avait payé bien cher ce progrès : il l'avait payé par les désastres de la guerre de Trente ans qui le fit tomber à la fois dans l'impuissance politique et dans une vraie décadence intellectuelle. Mais son rôle n'était pas encore fini. L'Allemagne se recueillit et se mit à l'œuvre en silence. Elle commença par ce qui avait créé, non pas la puissance française, mais le droit de la France à la suprématie européenne. Elle produisit une littérature, et on vit paraître une élite de poëtes et de penseurs qui n'ont certes pas à craindre la comparaison avec les classiques français du dix-septième et du dix-huitième siècle. Si en certaines qualités de goût, de dé-

(1) Suite. — Voir le numéro du 20 septembre.

licatesse et de culture sociale, en clarté et en élégance de la forme, nos classiques n'ont pas toujours égalé les Français, ils leur sont supérieurs par la profondeur de la pensée, par la sincérité du sentiment : l'idée de l'*humanité*, du développement harmonique de la nature humaine dans la vie individuelle comme dans la vie générale, a été mise en lumière par la littérature allemande dans le dernier quart du dix-huitième siècle et dans le premier quart du dix-neuvième.

L'Allemagne avait aussi obtenu la suprématie intellectuelle en Europe, tandis que la France continuait d'exercer la prépondérance politique, que l'Angleterre toutefois lui disputait vivement. Mais la floraison littéraire de l'Allemagne ne pouvait rester stérile : à l'essor intellectuel devait succéder l'action politique. Sous Napoléon Ier, c'était l'Allemagne qui avait eu le plus à souffrir de la prépotence française. Le joug fut secoué dans les guerres de l'indépendance, en 1813 et 1814 ; cependant la cause première de notre impuissance, le manque d'unité politique n'avait pas disparu. L'empire d'Allemagne n'était depuis longtemps qu'une ombre : cette ombre elle-même s'était évanouie. L'Allemagne ne formait plus qu'un agrégat d'Etats grands et petits, indépendants les uns des autres. Cette indépendance, beaucoup plus apparente que réelle, était assez réelle cependant pour rendre impossible toute action vigoureuse de l'ensemble. La Diète, qui devait représenter notre unité, ne révélait guère son existence que par les obstacles qu'elle opposait au mouvement libéral dans les divers Etats. Que si la France éprouvait de nouveau la tentation de s'agrandir à nos dépens, ce n'était pas nous, c'étaient la Russie et l'Angleterre qui pouvaient s'y opposer. On le sentait bien en Allemagne ; ils le sentaient bien les survivants des guerres de l'indépendance, qui voyaient, dans les tristes années de la réaction, se lever de tout autres épis que ceux qu'ils avaient voulu semer ; ils le sentaient bien, les jeunes gens qui avaient grandi au milieu des idées et des chants nationaux inspirés par ces guerres. Les efforts unitaires de cette époque eurent eux-mêmes quelque chose de bien juvénile, quelque chose de prématuré et de romantique. L'idée allemande ne vivait plus qu'à l'état de fantôme : elle errait comme l'ombre du vieil empereur. Et l'inquiétude bien exagérée que causaient aux puissants d'alors les sociétés d'étudiants, et « ces stériles agitations démocratiques, » — cette inquiétude prouve seulement le malaise de leur conscience.

L'orage de notre Révolution de Juillet ne fut pas sans purifier aussi chez nous l'atmosphère ; toutefois, il ne fut suivi chez nous d'aucun progrès essentiel. On se préoccupa beaucoup trop de l'étranger. Chaque peuple, au contraire, doit regarder avant tout en lui-même, considérer son propre tempérament et sa propre histoire. Dans les Chambres de nos petits Etats, il y eut quelque mouvement, et plus d'un talent politique se manifesta ; mais l'étroitesse du théâtre rétrécissait aussi la perspective. Comme la Prusse et l'Autriche restaient fermées au régime constitutionnel et se donnaient la main pour l'étouffer, autant que possible, dans les petits Etats, on en vint naturellement à voir un acte de patriotisme dans toute résistance à la Diète, qui était pourtant le seul et pauvre reste de l'unité allemande. Mais à la longue on ne pouvait se dissimuler que les meilleurs discours dans les Chambres des petits Etats n'aboutiraient à rien, aussi longtemps que les gouvernements de ces Etats pourraient s'appuyer sur la Diète, c'est-à-dire sur la Prusse et l'Autriche absolutistes. La pensée d'une représentation du peuple à la Diète se faisait jour ; un progrès important, quoique incomplet, s'était accompli en Prusse par la convocation du Parlement uni, lorsqu'un nouveau choc, parti de la France, la révolution de Février, vint agir sur le développement de l'Allemagne. Ces contre-coups des agitations françaises n'avaient de dangers pour nous qu'aussi longtemps que nous étions faibles. A mesure que nos forces croissaient, ils nous devinrent de plus en plus profitables : le dernier, — celui de juillet 1870, — qui devait, dans l'intention de votre gouvernement, nous être si fatal, promet aujourd'hui d'avoir pour nous des suites plus heureuses que tous les précédents. Le contre-coup de votre Révolution de Février atteignit l'Allemagne à un moment où l'on était arrivé dans les divers Etats à comprendre la stérilité de toutes les tentatives isolées pour fonder la liberté et la prospérité de la nation ; il fit prévaloir soudainement l'idée unitaire. Pour la première fois cette idée eut un organe politique, le Parlement allemand, issu des élections générales de 1848 et revêtu d'une autorité morale assez grande pour reléguer dans l'ombre pendant quelque temps les gouvernements réguliers. Tandis que, de 1820 à 1830, l'idée de l'unité avait surtout vécu chez les étudiants, un plaisant aurait pu dire qu'en 1848 elle avait passé aux professeurs, — si du moins il y a, comme on l'a prétendu, quelque chose d'un professeur dans tout Allemand cultivé. Bref, la question théorique fut très-consciencieusement étudiée, mais en fait on n'exécuta rien : on perdit un temps précieux à constater le droit abstrait, à discuter des paragraphes de Constitution, — jusqu'à ce que peu à peu les puissances réelles fussent redevenues capables d'agir et que l'édifice idéal de l'Allemagne nouvelle fût dissipé comme un dôme de nuages.

(*A suivre.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Étude sur le traitement chirurgical des étranglements internes, par le docteur LARGUIER DES BANCELS. Brochure in-8, avec figures dans le texte. — Prix : 3 fr.

Des hémorrhagies rétiniennes, par le docteur LARRIEU, ancien chef de clinique ophthalmologique du docteur SICHEL. In-8 de 120 pages et figures dans le texte. — Prix : 2 fr. 50.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois... 8 fr. 50 c. Six mois... 16 — Un an..... 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 24 mars 1871.

EMPLOI DU CHLORAL

DANS LE TRAITEMENT DES ALGIES DE NATURE VÉNÉRIENNE (1)

Par Charles Mauriac,
Médecin de l'hôpital du Midi.

IV

Le chloral agit avec une grande rapidité sur les centres nerveux. Au bout d'un intervalle de temps très-variable, mais qui n'excède pas quelquefois cinq, dix, vingt minutes, le patient éprouve un besoin invincible de dormir. L'effet hypnotique est parfois précédé d'une lourdeur de tête, sans obtusion des sens, de quelques étourdissements et d'une vague sensation vertigineuse. Ces phénomènes sont en général légers et de courte durée; ils ne tardent pas à s'absorber comme la douleur dans ce sommeil calme et profond qui est le phénomène dominant de l'action du chloral sur l'organisme.

Les caractères du sommeil offrent de très-grandes différences, suivant les individus dans l'état de santé ou dans l'état de maladie. Il est donc difficile de généraliser quelques particularités qui se sont présentées sous l'influence du médicament dans un nombre limité de faits. Je me contenterai de les signaler, sans leur accorder une importance qu'elles n'ont peut-être pas.

Dans l'*hypnotisme chloralique*, je n'ai pas habituellement observé cet état intermédiaire entre la veille et le sommeil, cette espèce d'assoupissement pendant lequel les sensations perçues ou les images créées par l'esprit se transforment, s'agrandissent, s'atténuent, se dévient et subissent les mille modifications brusques ou lentes qui les font passer de la réalité consciente dans le domaine de l'illusion et du rêve. Le sommeil, au bout d'un temps très-court, est dans toute sa plénitude, comme après de grandes fatigues physiques ou des veillées prolongées. Contrairement à ce qu'on observe lorsque les principaux foyers de l'innervation se trouvent sous l'influence des agents narcotiques ou autres, qui concentrent sur eux leur action, ce sommeil se rapproche autant que possible de celui de l'état naturel. Il est profond, tranquille, il submerge tous les sens, il éteint les foyers où s'élaborent les opérations inconscientes de l'entendement qui constituent le rêve. Les malades ne rêvent pas ou rêvent peu, et quand ils rêvent, les objets restent vagues, confus et n'atteignent pas, par la netteté des contours et des reliefs, par le mouvement et la couleur, cette apparence de vie factice qui jette l'esprit dans un état voisin de l'hallucination. Aussi, au moment du réveil, les facultés intellectuelles et les sens rentrent vite en possession d'eux-mêmes, et les malades ne présentent pas ordinairement cette sorte d'hébétude, de torpeur intellectuelle, si fréquente après le sommeil de l'opium et de l'alcool. Mais ils se rendorment facilement, et ces alternatives de sommeil et de veille momentanée, se reproduisent plusieurs fois dans les 24 heures, quand les effets hypnotiques du chloral ont été très-prononcés.

La durée du sommeil est généralement en raison directe de sa profondeur, et d'autant plus longue que la dose du médicament a été plus considérable. Il n'en est pas tout à fait ainsi cependant lorsque le chloral fait naître, avant le sommeil, ces phénomènes d'excitation cérébrale qui constituent une véritable ivresse.

L'*ivresse*, qu'elle qu'en soit la cause, présente une physionomie variable, suivant le mode de réaction du système nerveux propre à chaque individu; de telle sorte que dans l'appréciation de ses symptômes, il faut tenir compte non-seulement de la substance et de sa dose, mais aussi beaucoup de l'idiosyncrasie du patient. N'est-ce pas ce que l'on observe pour l'ivresse des boissons alcooliques? Quelques individus l'ont toujours gaie, facétieuse et bruyante; chez d'autres, elle est sombre, taciturne et tournerait aisément au tragique, etc., etc. Il y a là une variété infinie de nuances dont on ne peut trouver la cause ni dans la nature, ni dans la quantité de la boisson, mais seulement dans les dispositions individuelles qui n'expliquent rien, puisque nous ne connaissons pas leur raison d'être. C'est ce qui fait dire que certains individus ont le vin gai, d'autres triste, d'autres violent, etc.

Eh bien, ce qui est vrai pour le vin et pour toutes les substances qui constituent la classe des boissons alcooliques, l'est aussi pour les agents thérapeutiques qui provoquent l'ivresse. Parmi ces agents, il faut placer le chloral. Les réflexions qui précèdent s'appliquent-elles à lui?

Chez ceux de mes malades qui ont eu l'ivresse chloralique, elle a été, dans toutes ses phases, remarquable par sa douceur et par la teinte de gaieté, tant soit peu folâtre, qu'elle donnait aux idées. Devons-nous en conclure qu'au point de vue psychique, le chloral provoque toujours, dans les centres nerveux de l'entendement, une modalité fonctionnelle spéciale des cellules nerveuses, qui ne leur fait élaborer que des pensées ou des sentiments de cette nature? Je n'oserais l'affirmer, précisément à cause de cette idiosyncrasie dont je parlais tout à l'heure, et qui me semble, dans la tournure que prennent les diverses ivresses, jouer un rôle presque aussi considérable que les substances ébriégènes. Quoi qu'il en soit, je n'ai pas observé jusqu'ici d'ivresse chloralique triste, taciturne ou violente, et je puis dire, avec les réserves sus-indiquées, que la tendance à la gaieté constitue son caractère dominant.

Il y a plusieurs degrés dans cette ivresse : quand elle est légère, les malades ont conscience de leurs paroles et de leurs actes; ils parlent à tort et à travers, avec volubilité; ils crient, ils chantent, etc. Ils ont, en un mot, une sorte de demi-délire. Quand elle est forte, ils perdent rapidement connaissance, et lorsqu'il reviennent à eux, ils ont entièrement perdu le souvenir de tout ce qu'ils ont dit ou fait. Le chloral paraît agir un peu plus sur les foyers de l'entendement que sur ceux du mouvement. Quoique l'excitation psychique soit vive, les malades vont et viennent et sont assez longtemps solides sur leurs jambes; mais ils titubent, et quelquefois les sensations vertigineuses rendent leur chute imminente et les forcent à prendre la position horizontale.

Ce n'est que par le fait de l'ivresse que la mobilité est compromise. Le chloral, en effet, ne produit ni paralysie, ni contractions, ni convulsions, ni crampes dans les muscles de la vie animale ou de la vie végétative, du moins aux doses et dans les conditions où je l'ai donné.

La durée de l'ivresse chloralique est quelquefois assez longue, et elle peut tenir le malade en éveil pendant plusieurs heures consécutives; mais, habituellement, elle est entrecoupée d'accès de somnolence qui finissent par aboutir au sommeil profond et continu qui absorbe tous les autres phénomènes. J'ai vu, dans un seul cas, persister l'ivresse le lendemain de l'administration du médicament, après toute une nuit de sommeil, mais elle était extrêmement légère.

L'*hypnotisme* et *l'ivresse chloraliques* consécutifs à une seule administration du médicament, par prises fractionnées ou à des doses massives, persistent un temps variable suivant les individus. En général, au bout de vingt-quatre ou trente-six heures, tous les phénomènes ont disparu ou sont en voie de décroissance. Quelquefois ils se prolongent jusqu'au surlendemain, mais en diminuant beaucoup d'intensité à partir de la première nuit. L'effet hypnotique est toujours plus prononcé et plus durable que l'excitation cérébrale qui semble le contrarier et le retarder. C'est l'effet caractéristique et prédominant du chloral. C'est à lui, je n'en doute pas, que ce médicament devra surtout la place importante qu'il est appelé à occuper dans la matière médicale.

V

J'arrive maintenant à la partie la plus obscure et la plus controversée de l'histoire du chloral, je veux parler de *son action sur la sensibilité*. Les opinions des expérimentateurs sur ce sujet présentent des divergences tellement considérables qu'il est impossible de ne pas croire que les faits ont été incomplétement observés ou jugés avec trop de précipitation. Peut-être aussi n'a-t-on pas suffisamment tenu compte de toutes les données du problème, et en particulier des nombreuses conditions intrinsèques ou extrinsèques qui font varier, dans de si larges limites, les résultats de l'expérimentation? Les propositions sur les propriétés anesthésiques du chloral ne manquent pas; mais elles sont tellement contradictoires qu'on ne sait en définitive à quoi s'en tenir. Ainsi, tandis que, pour quelques-uns, le chloral n'est pas un anesthésique, pour d'autres il peut arriver à diminuer graduellement la sensibilité jusqu'à produire une anesthésie complète. Je ne veux point me livrer ici à un travail de critique sur les recherches auxquelles je fais allusion, je me contenterai de résumer les faits que j'ai observés.

Mais avant de dire ce qu'ils m'ont donné au point de vue des propriétés anesthésiques du chloral, il est bon de s'entendre sur la valeur et la compréhension de ce mot *anesthésique*. Le sommeil est un anesthésique physiologique. Ses bienfaits ont été invoqués et chantés dans toutes les langues; il est le calmant par excellence de toutes les souffrances physiques et morales. Aussi toute substance médicamenteuse qui produira le sommeil sera nécessairement anesthésique; mais elle le sera d'une certaine façon et comme indirectement, si elle n'arrive à diminuer ou à paralyser la sensibilité que par l'intermédiaire de cette torpeur dans laquelle le sommeil naturel ou provoqué plonge tous les actes du système nerveux. L'agent hypnotique ou narcotique possédera le *minimum* du pouvoir anesthésique, si ses propriétés calmantes ne dépassent pas la durée du sommeil qu'il provoque. Il posséderait au contraire le *maximum* du pouvoir anesthésique si l'apaisement des phénomènes de la sensibilité morbidement excitée survivait au sommeil. Cela est tellement vrai que l'anesthésique idéal serait celui qui n'atteindrait exactement que la circonscription du système nerveux affectée aux actes de la sensibilité, et qui ne concentrerait son action que sur l'élément douleur, sans troubler en rien les autres fonctions du système.

Malheureusement nous ne possédons pas cet anesthésique idéal. L'action de tous les médicaments de cette nature est complexe, du moins quand ils agissent sur les centres nerveux, car je ne parle pas ici des anesthésies locales ou périphériques, mais seulement des anesthésies à origine centrale. Ils sont tous hypnotiques, de même que tous les hypnotiques sont anesthésiques. Quoique ces deux propriétés se combinent intimement dans ces agents, et qu'elles soient presque toujours en raison directe l'une de l'autre, cependant il y a parfois prédominance, soit de l'effet hypnotique, soit de l'effet anesthésique, et c'est ce qui permet de classer ces médicaments en deux catégories. Ainsi le chloroforme, le plus puissant anesthésique que nous connaissions, est certainement hypnotique. Mais combien sa vertu anesthésique l'emporte sur sa vertu hypnotique! Il perturbe profondément toutes les fonctions nerveuses; mais celles qu'il atteint le plus vite et le plus profondément, ce sont celles de la sensibilité. Ne voit-on pas quelquefois le sommeil chloroformique cesser et l'insensibilité persister, si bien que le patient, avec une pleine connaissance de lui-même, assiste à l'opération qu'on lui pratique comme s'il y était étranger.

Mesurez la distance qui sépare, sous ce rapport, le chloral du chloroforme. En le donnant à de très-fortes doses pour arriver à produire l'anesthésie chirurgicale, je n'ai jamais pu obtenir que le sommeil. La sensibilité n'a même pas été émoussée, et le bénéfice de son administration a été nul. Aussi, je me demande avec étonnement sur quels faits ont pu se fonder les expérimentateurs qui, le comparant au chloroforme, nous ont fait concevoir un instant l'espérance qu'il pourrait le remplacer avantageusement dans la pratique chirurgicale. Je n'ai observé qu'une ou deux fois un très-faible degré d'analgésie pouvant se rattacher à l'action du chloral. A supposer que cette analgésie augmentât dans la proportion des doses, ce n'est pas 10 grammes qu'il faudrait donner, afin d'obtenir celle qui est requise pour les opérations; c'est *vingt*, *trente*, *cinquante* grammes, que sais-je! Et à cette dose, que deviendrait le malade?

Ainsi, au point de vue de l'anesthésie, le chloral ne peut pas être comparé au chloroforme; mais il a sur lui bien d'autres avantages : d'abord, son effet hypnotique est rapide, sûr et puissant; il provoque un sommeil sans agitation, qui se rapproche autant que possible du sommeil naturel. Et puis on peut l'administrer à des doses qui mettent en jeu toutes ses propriétés, sans porter aucune atteinte aux grandes fonctions de la respiration et de la circulation. Quand je vois toutes ces différences entre le mode d'action du chloroforme et du chloral, je repousse de plus en plus la théorie chimico-physiologique de Liebreich. Qu'importent du reste les explications, les expériences et les manipulations du laboratoire? Comment réagit l'organisme humain lorsqu'on lui administre tel ou tel médicament dans des conditions physiologiques déterminées? Voilà ce qui intéresse le médecin, et ce qu'il doit chercher à savoir à l'aide de l'expérimentation clinique.

De ce que je viens de dire, faut-il conclure que le chloral possède le *minimum* du pouvoir anesthésique, c'est-à-dire qu'il ne calme la douleur que par le sommeil? Dans plusieurs cas, et particulièrement dans les Obs. XV et XVI, on a pu voir que certaines douleurs très-vives ont été dissipées pour plusieurs jours par une seule administration du médicament. La sédation de l'élément douloureux a persisté après le réveil; c'est là, selon

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

moi, une preuve que le chloral n'est pas seulement un hypnotique, mais aussi un anesthésique. Toutefois, l'effet anesthésique ne se produit jamais d'emblée; il est toujours précédé de l'effet hypnotique, et s'il se continue pendant l'état de veille, il faut remarquer qu'il cesse en général quand l'hypnotisme choralique a cessé. Or, l'hypnotisme chloralique n'implique pas nécessairement un sommeil continu, l'absence de tout état de veille. Nous avons vu qu'une seule dose de chloral procurait plusieurs nuits consécutives d'excellent sommeil, tout en laissant le système nerveux en pleine possession de ses facultés pendant la journée.

N'est-ce pas là une des grandes supériorités du chloral sur les autres narcotiques? Mais il y en a une plus considérable et qu'on n'a pas assez remarquée : je veux parler de son inertie relativement aux actes que tient sous sa dépendance le système nerveux de la vie végétative. Ainsi les sécrétions ne sont ni augmentées ni diminuées. Les circulations capillaires centrales ou périphériques ne sont pas perturbées, et il ne se produit du côté des grandes fonctions nutritives aucun de ces troubles fonctionnels brusques ou lents, fugaces ou persistants, qu'on observe si fréquemment avec les autres substances hypnotiques et narcotiques.

En résumant les faits et les réflexions contenus dans ce mémoire, je puis formuler les conclusions suivantes :

1° Chez les malades atteints d'algies d'origine vénérienne, le chloral est d'une grande utilité, d'abord à cause de ses propriétés, et puis parce que les malades, étant en général dans un état de santé relativement satisfaisant, peuvent supporter sans inconvénient des doses considérables du médicament, qui lui permettent de développer tous ses effets thérapeutiques.

2° La spécificité des algies vénériennes, qu'elles soient blennorrhagiques ou syphilitiques, ne s'oppose pas à l'action du chloral.

3° Les céphalalgies nocturnes, les insomnies, les douleurs névralgiques et ostéocopes, les arthralgies, en un mot tous les accidents douloureux qui se rattachent à la syphilis, sont, non pas guéris, mais rapidement calmés par le chloral.

4° En atténuant ou faisant disparaître les algies syphilitiques, le chloral, dont on peut renouveler fréquemment l'administration sans inconvénient, seconde l'effet sédatif des spécifiques (hydrargyre et iodure de potassium), qui s'attaquent à la cause de ces algies et la détruisent. Il leur donne la promptitude d'action qui leur manque.

5° Expérimenté dans ces conditions, le chloral peut être administré jusqu'à la dose de *dix* grammes, sans qu'il en résulte aucun accident toxique sérieux.

6° Le chloral possède des propriétés hypnotiques supérieures à celles de tous les autres agents connus jusqu'à ce jour.

7° L'*hypnotisme chloralique* se rapproche plus du sommeil physiologique que l'hypnotisme produit par tous les autres narcotiques.

8° Il survient d'emblée, ou il est précédé par une période d'excitation qui le retarde et l'empêche d'atteindre promptement la plénitude de son effet.

9° Cette excitation chloralique constitue une *ivresse* qui a beaucoup de rapports avec d'autres ivresses provoquées par divers agents toxiques et médicamenteux, mais qui s'en distingue par la tournure gaie des idées, le caractère superficiel et fugace des phénomènes.

10° Le chloral, comme tous les hypnotiques, possède des *propriétés anesthésiques.* Il calme les douleurs, mais jamais d'emblée, et seulement après avoir produit son effet hypnotique.

11° La sédation des phénomènes douloureux se prolonge pendant l'état de veille; elle peut même durer plusieurs jours. Elle cesse du moment que le sommeil ne se ressent plus de l'influence du chloral.

12° Les propriétés anesthésiques du chloral sont très-inférieures à sa vertu hypnotique. Il est rare, même à des doses élevées, que les différentes sensibilités de la peau et des muqueuses soient émoussées.

13° La sensibilité à la douleur est presque toujours intacte. L'analgésie du sommeil chloralique ne dépasse pas le degré de l'analgésie d'un sommeil physiologique profond; elle ne persiste pas en général après le réveil.

14° Le degré d'insensibilité produit par le chloral est tout à fait insuffisant pour la pratique chirurgicale, du moins quand on ne dépasse pas la dose de *dix* grammes.

15° Il y a une immense distance entre le chloral et le chloroforme au point de vue des propriétés anesthésiques. La supériorité du chloroforme comme anesthésique, et une multitude d'autres phénomènes distincts appartenant à l'un et à l'autre médicament, ne permettent pas de supposer que le chloral n'agit sur l'organisme qu'en dégageant du chloroforme dans le milieu alcalin du sang.

16° Le chloral limite son action aux phénomènes nerveux de la vie de relation, et en particulier à ceux que les centres affectés à la sensibilité tiennent sous leur dépendance.

17° Il ne trouble pas d'une manière notable les grandes fonctions de la vie végétative, telles que la respiration, la circulation, les sécrétions, etc.

18° Un de ses grands avantages sur les autres narcotiques, et en particulier sur l'opium, c'est qu'il n'apporte aucun trouble sérieux dans l'accomplissement des fonctions digestives.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

—

(*Suite de la lettre à Ernest Renan.*)

De cette hauteur éthérée on avait offert la couronne impériale à un prince qui, tout habitant des nuages qu'il était lui-même, montra pourtant du bon sens en reconnaissant que son front n'était pas fait pour cette couronne, et que d'ailleurs cette couronne, telle qu'on la lui offrait, était illusoire. Les essais qu'il fit ensuite de son chef pour s'approprier une partie de ce qui lui avait été offert échouèrent plus misérablement encore que n'avait échoué l'essai du peuple allemand pour se reconstituer lui-même. Pendant ces luttes on avait pu reconnaître toujours mieux que la rivalité de la Prusse et de l'Autriche était la cause principale du mal dont souffrait la politique allemande. Au temps où régnait l'influence de Metternich, la Prusse s'était traînée à la remorque de l'Autriche et on avait vu dans cet état de choses la garantie de l'ordre et de la sécurité; les efforts toujours plus sérieux que faisait la Prusse pour avoir une politique à elle, ces efforts étaient aussi désagréables que nouveaux pour l'Autriche. Aussi, tout ce que la Prusse voulut dès lors créer ou développer en Allemagne — à commencer par le Zollverein — fut combattu secrètement et ouvertement par l'Autriche : l'Allemagne fut désormais dans la situation d'une voiture à laquelle seraient attelés devant et derrière deux chevaux d'égale force, et qui, pour cette raison, resterait immobile. Mais toutes les époques produisent leurs hommes, — celles du moins où se rencontrent des caractères de forte trempe, placés dans une situation favorable M. de Bismark était un de ces hommes-là, et la Diète de Francfort, où il représentait la Prusse, était l'endroit du monde où l'on pouvait le mieux pénétrer dans tout le détail des misères allemandes. Ce fut à l'origine sa fierté de Prussien qui jura vengeance à l'Autriche pour les humiliations qu'elle avait infligées à son pays; mais M. de Bismark sentait bien qu'en relevant la Prusse il relèverait aussi l'Allemagne. A l'occasion des affaires du Sleswig-Holstein, on réussit un instant à atteler les deux chevaux l'un à côté de l'autre; mais à peine le but était-il atteint, que les deux coursiers se séparèrent. Maintenant il s'agissait de briser résolûment les traits qui retenaient au char le cheval de derrière : cela fait, le cheval de devant n'aurait plus aucune peine à avancer. C'était aussi simple que l'œuf de Colomb; il semblait que l'idée dût en venir à tout le monde, et pourtant, si d'autres l'ont eue, il n'y a eu qu'un seul homme qui ait su découvrir les vrais moyens de la mettre à exécution.

Il y a dans la vie des peuples, comme dans celle des individus, des moments où le résultat que nous avions depuis longtemps désiré est recherché et obtenu, mais sous une forme si inattendue, que nous ne le reconnaissons pas, que nous nous en détournons même avec mécontentement et avec colère. C'est ce qu'on vit à propos de la guerre austro-prussienne de 1866 et de ses suites : elle nous apportait, à nous autres Allemands, le résultat que nous désirions depuis longtemps, mais elle ne l'apportait pas *comme* nous l'avions voulu, et c'est pour cela qu'une grande partie du peuple allemand refusa de l'accepter. Nous avions voulu inaugurer l'unité allemande au nom de l'*idée*, du vœu de la nation, de la pensée de ses plus grands hommes : et voilà que la force lui frayait un chemin par le fer et le sang. Nous avions voulu, — car rien ne gêne l'essor de l'idée pure, — nous avions voulu réunir tous les membres de la famille allemande dans un seul empire; et voilà que, pour nous accommoder aux conditions de la réalité, nous devions voir, non-seulement les Allemands de l'Autriche, mais encore les Etats du Sud, rester en dehors de l'Allemagne nouvelle. Il a fallu du temps pour que l'idéalisme allemand, et, disons-le, pour que la ténacité allemande se réconciliât avec les faits; mais la puissance de ces faits, la raison supérieure dont ils étaient l'expression, ont été irrésistibles, et en très-peu de temps l'intelligence de nos vrais intérêts s'est propagée de la façon la plus heureuse.

Ce qui n'a pas peu contribué à ouvrir les yeux les plus rebelles à l'évidence, c'est l'attitude hostile prise par la France à la suite de ces événements. Elle avait laissé faire, dans l'espérance de tirer parti pour sa prépondérance des divisions intérieures de l'Allemagne; lorsqu'elle se vit trompée dans son calcul, elle ne put cacher son dépit. Dès lors, nous pûmes, nous autres Allemands, juger très-exactement notre situation politique à la lumière des appréciations françaises. A voir la mine renfrognée que faisait la France à la Prusse et à la Confédération du Nord, à voir ses agaceries à l'adresse des Etats du Sud, nous comprîmes bientôt que la cause de la Prusse était celle de l'Allemagne, et que le *Sonderbund* sudiste nous exposait à de plus grands dangers. Tout mouvement que faisait la Prusse, non pas pour forcer les Etats du Sud à entrer dans la Confédération nouvelle, mais pour tenir la porte ouverte, était suspecté par la France : même à propos des sujets étrangers à la politique, comme la subvention pour le chemin de fer du Saint-Gothard, le coq gaulois entonnait son chant de bataille. Depuis la chute de Napoléon Ier, la France a changé trois fois sa constitution; l'Allemagne n'a jamais pensé à lui faire d'objections à ce propos; elle a toujours reconnu le droit du voisin de transformer sa maison à l'intérieur selon ses besoins et ses convenances, et même selon ses caprices. Ce que nous, Allemands, nous avons fait en 1866 et depuis, est-ce donc autre chose? Les réparations que nous faisions à un logis notoirement inhabitable, — les parois que nous élevions, les poutres que nous placions, les murs que nous construisions, — tout cela ébranlait-il la maison du voisin? Cela menaçait-il de lui ôter l'air et la lumière, de l'exposer à un incendie? Nullement; mais notre maison semblait devenir trop belle; il voulait posséder la maison la mieux bâtie et la plus haute de toute la rue, et surtout il ne fallait pas que la nôtre devînt trop solide, il ne devait pas nous être permis de la fermer : le voisin devait garder indéfiniment le privilége d'en prendre, à l'occasion et selon sa fantaisie, quelques chambres pour son usage, et de les réunir à sa propre maison, comme il l'avait déjà fait à plusieurs reprises. Et cependant nous n'avions pas songé, dans notre projet de restauration, à réclamer les parties de notre édifice dont ce violent voisin s'était emparé à une autre époque; nous les lui avions laissées, considérant l'affaire comme prescrite; maintenant, je l'avoue, après qu'il en a appelé au glaive, ces anciennes aspirations se réveillent.

La France ne veut pas renoncer à sa suprématie sur l'Europe, car ce n'est que si elle a un droit à cette suprématie qu'elle a aussi le droit d'intervenir dans nos affaires intérieures. Mais sur quoi donc se fonde ce prétendu droit? Pour la culture générale, l'Allemagne est depuis longtemps au moins à la hauteur de la France; les représentants les plus autorisés de la littérature française reconnaissent que notre littérature ne le cède en rien à la leur; et quant à cette instruction également répandue qui fait pénétrer la culture et la moralité dans toutes les classes de la population, elle nous est enviée par les meilleurs citoyens de la France. En repoussant le protestantisme, la France a sans doute augmenté sa puissance politique, mais elle a porté à ses intérêts spirituels et moraux la plus grave atteinte. Enfin, pour ce qui est de la capacité politique, après être longtemps restés en arrière, nous sommes aujourd'hui pour le moins égaux aux Français. La révolution de 1789 avait paru leur donner l'avance sur nous, et nous lui devons nous-mêmes la rupture de maintes chaînes qui, sans elle, nous auraient entravés longtemps encore; mais ce qu'on a pu voir depuis lors en France n'est pas fait pour nous inspirer de la jalousie. Des gouvernements tempérés semblent n'exister dans ce pays que pour être minés et renversés, pour se dissoudre dans l'anarchie, comme celle-ci dans le despotisme. La monarchie constitutionnelle, dans laquelle vous voyez comme moi la seule forme de gouvernement acceptable pour l'Europe (quelques cas exceptionnels mis de côté) pourra-t-elle jamais prendre racine en France? C'est là ce dont vous doutez vous-même dans votre excellent écrit sur ce sujet, c'est là du moins ce que vous désirez plus que vous ne l'espérez.

Ai-je besoin de vous dire, très-honoré Monsieur, que je ne méconnais aucunement les nombreuses qualités de la nation française, que je vois en elle un membre essentiel et indispensable de la famille européenne, — un ferment bienfaisant dans la masse? Non certes, pas plus que vous n'avez à m'assurer vous-même de votre bienveillante impartialité à l'égard de la nation allemande. Mais les nations, comme les individus, ont les défauts de leurs qualités, et depuis des siècles nos deux nations ont reçu une éducation bien différente ou plutôt tout à fait opposée. Nous, à la dure école du malheur et de la honte, où d'ordinaire vos compatriotes ont été nos maîtres et pédagogues peu indulgents, nous avons appris à reconnaître nos défauts capitaux et héréditaires, nos rêveries, notre lenteur et, avant tout, notre manque d'unité; — nous avons appris à les reconnaître pour ce qu'ils sont, pour les obstacles à toute prospérité nationale; nous nous sommes recueillis, nous avons lutté contre nos défauts et nous avons tâché de nous en délivrer toujours de plus en plus. Au contraire les défauts nationaux de la France ont été entretenus par une suite de souverains français; ils ont été favorisés par le succès, et le malheur ne les a pas fait disparaître. La recherche de l'éclat et de la gloire, le désir de briller non par le travail tranquille à l'intérieur, mais par d'aventureuses entreprises au dehors, la prétention arrogante d'être à la tête de la civilisation, le penchant à prendre les autres nations en tutelle et à les exploiter, — ces travers qui sont dans la nature française comme les précédents dans la nature germanique, ont été nourris avec tant de soin par Louis XIV, par le premier Napoléon et par celui qui aura été, je l'espère, le dernier, que le caractère de la nation en a été atteint de la manière la plus grave. La gloire, en particulier, que récemment encore un de vos ministres appelait le premier mot de la langue française, en est au contraire le plus mauvais et le plus pernicieux, et la nation ferait bien de le rayer pour un temps de son dictionnaire : n'est-ce pas en effet le veau d'or devant lequel elle a dansé depuis des siècles, — le Moloch auquel elle a sacrifié et sacrifie encore aujourd'hui tant de milliers de ses fils et des fils des nations voisines, — le feu follet qui a toujours su l'attirer loin des champs prospères du travail pour la conduire dans le désert et souvent jusqu'au bord de l'abîme? Et tandis que les précédents souverains, Napoléon Ier en particulier, possédés eux-mêmes de ce démon national, étaient jusqu'à un certain point *naïfs* dans leurs guerres injustes, ce qui pousse le Napoléon actuel à surexciter sans cesse la passion nationale pour l'éclat, la gloire et les conquêtes, c'est un dessein conscient et raffiné d'égarer la nation au profit des calculs d'un froid égoïsme et de détourner son attention de la décadence morale et politique à l'intérieur. Ce manége lui a réussi contre la Russie en Crimée, contre l'Autriche en Italie : au Mexique, il a eu un échec significatif; vis-à-vis de la Prusse, il a laissé passer le bon moment. Au commencement de cette année, on put croire qu'il pensait sérieusement à changer de voie et à se tourner vers les réformes intérieures dans le sens d'une liberté raisonnable, — on put le croire jusqu'à ce que le recours au plébisciste apprît au monde entier que Napoléon III était resté le même. Dès lors tout était à craindre pour l'Allemagne, — tout à craindre, ou, pour mieux dire, tout à espérer.

L'unité qu'il voulait empêcher, nous l'avons maintenant; le défi arrogant adressé par lui au roi de Prusse a été sur-le-champ compris et relevé par le moindre paysan de la Marche de Brandebourg comme par les rois et les ducs au sud du Mein. L'esprit de 1813 et 1814 a couru sur toute l'Allemagne comme un vent de tempête, et nos premières victoires nous ont déjà donné un gage du succès assuré à une nation puissante qui combat pour son droit. Le but que nous voulons atteindre est uniquement l'égalité des peuples européens et cette sécurité qui est impossible pour notre nation tant qu'un voisin inquiet peut, selon son caprice, venir nous troubler dans nos travaux paisibles et nous enlever les fruits de notre labeur. Mais pour cela nous voulons des garanties, et ce n'est que lorsqu'elles nous auront été données qu'il pourra être question d'une entente amicale, d'une action commune des deux peuples dans tous les travaux de la haute culture et de la vraie civilisation. C'est aussi alors, — quand les chemins périlleux auront été fermés au peuple français, — c'est seulement alors qu'il pourra vraiment prêter l'oreille à des voix comme la vôtre qui lui ont indiqué de tout temps le bon chemin, le chemin du sérieux travail sur soi-même.

(1) Voir le dernier numéro

J'ai été plus long que je ne voulais d'abord, et qu'il n'était peut-être convenable; mais notre situation politique allemande apparaît volontiers aux étrangers comme voilée d'un brouillard; pour y porter la lumière, il faut absolument reprendre les choses de haut. Vous trouverez peut-être étrange aussi que ces lignes ne vous parviennent que par l'intermédiaire d'un journal. Certes, dans des temps moins agités, je me serais assuré tout d'abord de votre agrément; mais, dans les circonstances actuelles, avant que ma demande fût parvenue dans vos mains, et votre réponse dans les miennes, le vrai moment aurait passé. Et j'estime d'ailleurs qu'il peut y avoir quelque utilité à ce que, dans cette crise, deux hommes appartenant aux deux nations rivales, indépendants l'un et l'autre et étrangers à tout esprit de parti, échangent leurs vues sans passion, mais en toute franchise, sur les causes et sur la portée de la lutte actuelle; car les pages que je viens d'écrire n'auront complétement atteint leur but que si elles vous déterminent à un semblable exposé de sentiments, fait à votre point de vue.

Et là-dessus, très-honoré Monsieur, agréez l'assurance de mes respectueux sentiments, et conservez, au milieu du tumulte de la guerre, votre amicale sympathie à votre tout dévoué.

D.-F. Strauss.

Rorschach, aux bords du lac de Constance, le 12 août 1870.

XXVII. **Réponse de M. Renan.** — Voici la réponse de M. Renan à la lettre de M. Strauss :

Monsieur et savant maître,

Vos hautes philosophiques paroles nous sont arrivées à travers ce déchaînement de l'enfer, comme un message de paix; elles nous ont été d'une grande consolation, à moi surtout qui dois à l'Allemagne ce à quoi je tiens le plus, ma philosophie, je dirai presque ma religion. J'étais au séminaire Saint-Sulpice vers 1843, quand je commençai à connaître l'Allemagne par Gœthe et Herder. Je crus entrer dans un temple, et, à partir de ce moment, tout ce que j'avais tenu jusque-là pour une pompe digne de la divinité me fit l'effet de fleurs de papier jaunies et fanées. Aussi, comme je vous l'ai écrit au premier moment des hostilités, cette guerre m'a rempli de douleur, d'abord à cause des épouvantables calamités qu'elle ne pouvait manquer d'entraîner, ensuite à cause des haines, des jugements erronés qu'elle répandra et du tort qu'elle fera aux progrès de la vérité. Le grand malheur du monde est que la France ne comprend pas l'Allemagne et que l'Allemagne ne comprend pas la France : ce malentendu ne fera que s'aggraver. On ne combat le fanatisme que par un fanatisme opposé; après la guerre, nous nous trouverons en présence d'esprits rétrécis par la passion, qui admettront difficilement notre libre et large sérénité.

Vos idées sur l'histoire du développement de l'unité allemande sont d'une parfaite justesse. Au moment où j'ai reçu le numéro de la *Gazette d'Augsbourg* qui contenait votre belle lettre, j'étais justement occupé à écrire pour la *Revue des Deux Mondes* un article qui paraîtra ces jours-ci, et où j'exposais des vues identiques aux vôtres. Il est clair que, dès que l'on a rejeté le principe de la légitimité dynastique, il n'y a plus, pour donner une base aux délimitations territoriales des Etats, que le droit des nationalités, c'est-à-dire des groupes naturels déterminés par la race, l'histoire et la volonté des populations. Or, s'il y a une nationalité qui ait un droit évident d'exister en toute son indépendance, c'est assurément la nation allemande. L'Allemagne a le meilleur titre national, je veux dire un rôle historique de première importance, une âme, une littérature, des hommes de génie, une conception particulière des choses divines et humaines. L'Allemagne a fait la plus importante révolution des temps modernes, la Réforme; en outre, depuis un siècle, l'Allemagne a produit un des plus beaux développements intellectuels qu'il y ait jamais eu, un développement qui a, si j'ose le dire, ajouté un degré de plus à l'esprit humain en profondeur et en étendue, si bien que ceux qui n'ont pas participé à cette culture nouvelle sont à ceux qui l'ont traversée comme celui qui ne connaît que les mathématiques élémentaires est à celui qui connaît le calcul différentiel.

Qu'une si grande force intellectuelle, jointe à tant de moralité et de sérieux, dût produire un mouvement politique correspondant, que la nation allemande fût appelée à prendre dans l'ordre extérieur, matériel et pratique, une importance proportionnée à celle qu'elle avait dans l'ordre de l'esprit, c'est ce qui était évident pour toute personne instruite, non aveuglée par la routine et les partis pris superficiels. Ce qui ajoutait à la légitimité des vœux de l'Allemagne, c'est que le besoin d'unité était chez elle une mesure de précaution justifiée par les déplorables folies du premier empire, folies que les Français éclairés réprouvent autant que les Allemands, mais contre le retour desquelles il était bon de se prémunir, certaines personnes relevant encore ces souvenirs avec beaucoup d'étourderie.

C'est vous dire qu'en 1866 (je parle ici au nom d'un petit groupe de vrais libéraux) nous accueillîmes avec une grande joie l'augure de la constitution d'une Allemagne à l'état de premier ordre. Ce n'est pas qu'il nous agréât plus qu'à vous de voir ce grand et heureux événement réalisé par l'armée prussienne. Vous avez montré mieux que personne combien il s'en faut que la Prusse soit l'Allemagne. Mais n'importe; nous avions à cet égard une pensée que, je pense, vous partagez; c'est que l'unité allemande, après avoir été faite par la Prusse, absorberait la Prusse, conformément à cette loi générale que le levain disparaît dans la pâte qu'il a fait lever. A ce pédantisme rogue et jaloux qui nous déplaît parfois dans la Prusse, nous voyions ainsi se substituer peu à peu et succéder en définitive l'esprit allemand, avec sa merveilleuse largeur, ses poétiques et philosophiques aspirations. Ce qu'il y avait de peu sympathique à nos instincts libéraux dans un pays féodal, très-médiocrement parlementaire, dominé par une petite noblesse entichée d'une orthodoxie étroite et pleine de préjugés, nous l'oubliions comme vous l'oubliez vous-même, pour ne voir dans un avenir ultérieur que l'Allemagne, c'est-à-dire une grande nation libérale, destinée à faire faire un pas décisif aux questions politiques, religieuses et sociales, et peut-être à réaliser ce que nous avons voulu faire en France jusqu'ici sans y réussir : une organisation scientifique et rationnelle de l'État.

Comment ces rêves ont-ils été déçus? Comment ont-ils fait place à la plus amère réalité? J'ai expliqué mes idées sur ce point dans la *Revue*; les voici en deux mots : On peut faire aussi grande que l'on voudra la part des fautes du gouvernement français, mais il serait injuste d'oublier ce qu'a eu de répréhensible, à beaucoup d'égards, la conduite du gouvernement prussien. Vous savez que les plans de M. de Bismark furent communiqués en 1865 à l'empereur Napoléon III, lequel, en somme, y adhéra. Si cette adhésion vient de la conviction que l'unité de l'Allemagne était une nécessité historique, et qu'il était désirable que cette unité se fît avec la pleine amitié de la France, l'empereur Napoléon III eut mille fois raison. Il est à ma connaissance personnelle qu'un mois à peu près avant le commencement des hostilités de 1866, l'empereur Napoléon III croyait au succès de la Prusse, et même qu'il le désirait. Malheureusement, l'hésitation, le goût des actes successivement contradictoires, perdirent l'empereur en cette occasion comme en plusieurs autres. La victoire de Sadowa éclata sans que rien fût convenu. Versatilité inconcevable! Égaré par les rodomontades du parti militaire, troublé par les reproches de l'opposition, l'empereur se laissa entraîner à regarder comme une défaite le résultat qui aurait dû être pour lui une victoire, et qu'en tout cas il avait voulu et amené.

Si le succès justifie tout, le gouvernement prussien est complétement absous; mais nous sommes philosophes, monsieur; nous avons la naïveté de croire que celui qui a réussi peut avoir eu des torts. Le gouvernement prussien avait sollicité, accepté l'alliance secrète de l'empereur Napoléon III et de la France. Quoique rien n'eût été stipulé, il devait à l'empereur et à la France des marques de gratitude et de sympathie. Un de vos compatriotes qui montre en ce moment contre la France plus de passion que je n'aime à en voir chez un galant homme, me disait, à l'époque dont il s'agit, que l'Allemagne devait à la France une grande reconnaissance pour la part réelle, quoique négative, que cette dernière avait prise à sa fondation. Conduit par un principe d'orgueil qui aura dans l'avenir de fâcheuses conséquences, le cabinet de Berlin ne l'entendit pas ainsi. Certes les agrandissements territoriaux, quand il s'agit d'une nation forte déjà de 30 ou 40 millions d'hommes, ont peu d'importance; l'acquisition de la Savoie et de Nice a été pour la France plus fâcheuse qu'utile. On peut regretter cependant que le gouvernement prussien n'ait pas fait céder la rigueur de ses prétentions dans l'affaire du Luxembourg. Le Luxembourg cédé à la France, la France n'eût pas été plus grande ni l'Allemagne plus petite; mais cette concession insignifiante eût suffi pour satisfaire l'opinion superficielle, qui en un pays de suffrage universel doit être ménagée, et eût permis au gouvernement français de masquer sa retraite. Dans le plus grand château des croisés qui existe encore en Syrie, le *Kalaat-el-hosn*, se voit, en beaux caractères du douzième siècle, sur une pierre au milieu de ruines, l'inscription suivante, que la maison de Hohenzollern devrait faire graver sur l'écusson de tous ses châteaux :

Sit tibi copia,
Sit sapientia,
Formaque detur;

Inquinat omnia
Sola superbia
Si comitetur.

Dans les causes éloignées de la guerre, un esprit impartial peut donc faire presque égale la part de reproches que méritent d'un côté le gouvernement de la France et d'un autre côté celui de la Prusse. Quant à la cause prochaine, à ce pitoyable incident diplomatique ou plutôt ce jeu cruel de vanités blessées, qui, pour venger de chétives querelles de diplomates a déchaîné tous les fléaux sur l'espèce humaine, vous savez ce que j'en pense. J'étais à Tromsoë, où le plus splendide paysage de neige des mers polaires me faisait rêver aux îles des Morts de nos ancêtres celtes et germains, quand j'appris cette horrible nouvelle. Je n'ai jamais maudit comme ce jour-là le sort fatal qui semble condamner notre malheureux pays à n'être jamais conduit que par l'ignorance, la présomption et l'ineptie.

Cette guerre, quoi qu'on en dise, n'était nullement inévitable. La France ne voulait en aucune façon la guerre. Il ne faut pas juger de ces choses par des déclamations de journaux et des criailleries de boulevard. La France est profondément pacifique; ses préoccupations sont tournées vers l'exploitation des énormes sources de richesses qu'elle possède et vers les questions démocratiques et sociales. Le roi Louis-Philippe avait vu le vrai sur ce point avec beaucoup de bon sens. Il sentait que la France, avec son éternelle blessure, toujours prête à se rouvrir (le manque d'une dynastie ou d'une constitution universellement acceptée), ne pouvait pas faire la grande guerre. Une nation qui a rempli son programme et atteint l'égalité ne saurait lutter avec des peuples jeunes, pleins d'illusions et dans tout le feu de leur développement. Croyez-moi, les uniques causes de la guerre sont la faiblesse de nos institutions constitutionnelles et les funestes conseils que des militaires présomptueux et bornés, des diplomates vaniteux ou ignorants ont donnés à l'empereur. Le plébiscite n'y est pour rien; au contraire, cette étrange manifestation, qui montra que la dynastie napoléonienne avait poussé ses racines jusqu'aux entrailles mêmes du pays, devait faire croire que l'empereur s'éloignerait ensuite de plus en plus des allures d'un joueur désespéré. Un homme qui possède de grands biens territoriaux nous paraît devoir être moins porté à tenter le sort sur un coup de dé que celui dont la richesse est douteuse. En réalité, pour écarter les dangers de conflagration, il suffisait d'attendre. Que de questions, dans les affaires de cette pauvre espèce humaine, il faut résoudre en ne les résolvant pas! Au bout de quelques années on est tout surpris que la question n'existe plus. Y eut-il jamais une haine nationale comme celle qui pendant six siècles a divisé la France et l'Angleterre? Il y a vingt-cinq ans, sous Louis-Philippe, cette haine était encore assez forte; presque tout le monde déclarait qu'elle ne pouvait finir que par la guerre; elle a disparu comme par enchantement.

Naturellement, cher monsieur, les libéraux éclairés n'ont eu ici qu'un seul vœu depuis l'heure fatale, voir finir ce qui n'aurait pas dû commencer. La France a eu mille fois tort de paraître vouloir s'opposer aux évolutions intérieures de l'Allemagne; mais l'Allemagne commettrait une faute non moins grave en voulant porter atteinte à l'intégrité de la France. Si l'on a pour but de détruire la France, rien de mieux conçu qu'un tel plan; mutilée, la France entrerait en convulsions, et périrait. Ceux qui pensent, comme quelques-uns de vos compatriotes, que la France doit être supprimée du nombre des peuples, sont conséquents en demandant son amoindrissement; ils voient très-bien que cet amoindrissement serait sa fin; mais ceux qui croient comme vous que la France est nécessaire à l'harmonie du monde doivent peser les conséquences qu'entraînerait un démembrement. Je puis parler ici avec une sorte d'impartialité. Je me suis étudié toute ma vie à être bon patriote, ainsi qu'un honnête homme doit l'être, mais en même temps à me garder du patriotisme exagéré comme d'une cause d'erreur. Ma philosophie, d'ailleurs, est l'idéalisme; où je vois le bien, le beau, le vrai, là est ma patrie. C'est au nom des vrais intérêts éternels de l'idéal, que je serais désolé que la France n'existât plus. La France est nécessaire comme protestation contre le pédantisme, le dogmatisme, le rigorisme étroit. Vous qui avez si bien compris Voltaire, devez comprendre cela. Cette légèreté qu'on nous reproche est au fond sérieuse et honnête. Prenez garde que si notre tour d'esprit, avec ses qualités et ses défauts, disparaissait, la conscience humaine serait sûrement amoindrie. La variété est nécessaire, et le premier devoir de l'homme qui cherche d'un cœur vraiment pieux à entrer dans les desseins de la Divinité est de supporter, de respecter même les organes providentiels de la vie spirituelle de l'humanité qui lui sont le moins congénères et le moins sympathiques. Votre illustre Mommsen, dans une lettre qui nous a un peu attristés, comparait, il y a quelques jours, notre littérature aux eaux bourbeuses de la Seine, et cherchait à en préserver le monde comme d'un poison. Quoi! cet austère savant connaît donc nos journaux burlesques et notre niais petit théâtre bouffon! Soyez assuré qu'il y a encore, derrière la littérature charlatanesque et misérable qui a chez nous comme partout les succès de la foule, une France fort distinguée, différente de la France du dix-septième et du dix-huitième siècle, de même race cependant, d'abord un groupe d'hommes de la plus haute valeur et du sérieux le plus accompli, puis une société exquise, charmante et sérieuse à la fois, fine, tolérante, aimable, sachant tout sans avoir rien appris, devinant d'instinct le dernier résultat de toute philosophie. Prenez garde de froisser cela. La France, pays très-mixte, offre cette particularité que certaines plantes germaniques y poussent souvent mieux que dans leur sol natal; on pourrait montrer cela par des exemples de notre histoire littéraire du douzième siècle, par les chansons de geste, la philosophie scolastique, l'architecture gothique. Vous semblez croire que la diffusion des saines idées germaniques serait facilitée par certaines mesures radicales, détrompez-vous; cette propagande serait alors arrêtée net; le pays s'enfoncerait avec rage dans ses routines nationales et ses défauts particuliers. — « Tant pis pour lui! » diront vos exaltés. — « Tant pis pour l'humanité! » ajouterai-je. La suppression ou l'atrophie d'un membre fait pâtir tout le corps.

L'heure est solennelle. Il y a en France deux courants d'opinion. Les uns raisonnent ainsi : « Finissons cette odieuse partie au plus vite; cédons tout, l'Alsace, la Lorraine; signons la paix; puis, haine à mort, préparatifs sans trêve, alliance avec n'importe qui, complaisances sans bornes pour toutes les ambitions russes; un seul but, un seul mobile à la guerre, guerre d'extermination contre la race germanique. » D'autres disent : « Sauvons l'intégrité de la France, développons les institutions constitutionnelles, réparons nos fautes non en rêvant de prendre notre revanche d'une guerre où nous avons été injustes agresseurs, mais en contractant avec l'Allemagne et l'Angleterre une alliance dont l'effet sera de conduire le monde dans les voies de la civilisation libérale. » L'Allemagne décidera laquelle des deux politiques suivra la France, et du même coup elle décidera de l'avenir de la civilisation.

Vos germanistes fougueux allèguent que l'Alsace est une terre germanique, injustement détachée de l'empire allemand. Remarquez que les nationalités sont toutes des « cotes mal taillées »; si l'on se met à raisonner ainsi sur l'ethnographie de chaque canton, on ouvre la porte à des guerres sans fin. De belles provinces de langue française ne font pas partie de la France; et cela est très-avantageux, même pour la France. Des pays slaves appartiennent à la Prusse. Ces anomalies servent beaucoup à la civilisation. La réunion de l'Alsace à la France, par exemple, est un des faits qui ont le plus contribué à la propagande du germanisme; c'est par l'Alsace que les idées, les méthodes, les livres de l'Allemagne passent d'ordinaire pour arriver jusqu'à nous. Il est incontestable que, si on soumettait la question au peuple alsacien, une immense majorité se prononcerait pour rester unie à la France. Est-il digne de l'Allemagne de s'attacher de force une province rebelle, irritée, devenue irréconciliable, surtout depuis la destruction de Strasbourg? L'esprit est vraiment parfois confondu de l'audace de vos hommes d'Etat. Le roi de Prusse paraît en train de s'imposer la lourde tâche de résoudre la question française, de donner et par conséquent de garantir un gouvernement à la France. Peut-on, de gaîté de cœur, rechercher un pareil fardeau? Comment ne voit-on pas que la conséquence de cette politique serait d'occuper la France à perpétuité avec 3 ou 400,000 hommes? L'Allemagne veut donc rivaliser avec l'Espagne du seizième siècle? Et sa grande et haute culture intellectuelle, que deviendrait elle à ce jeu-là? Qu'elle prenne garde qu'un jour, quand on voudra désigner les années les plus glorieuses de la race germanique, on ne préfère à la période de sa domination militaire, marquée peut-être par un abaissement intellectuel et moral, les premières années de notre siècle, où, vaincue, humiliée extérieurement, elle créait pour le monde la plus haute révélation de la raison que l'humanité eût connue jusque-là!

On s'étonne que quelques-uns de vos meilleurs esprits ne voient pas cela, et surtout qu'ils se montrent contraires à une intervention de l'Europe en ces questions. La paix ne peut, à ce qu'il semble, être conclue directement entre la France et l'Allemagne; elle ne peut être l'ouvrage que de l'Europe, qui a blâmé la guerre et qui ne doit vouloir qu'aucun des membres de la famille européenne ne soit trop affaibli. Vous parlez à bon droit de garanties contre le retour de rêves malsains; mais quelle garantie vaudrait celle de l'Europe, consacrant de nouveau les frontières actuelles et interdisant

à qui que ce soit de songer à déplacer les bornes fixées par les anciens traités? Toute autre solution laissera la porte ouverte à des vengeances sans fin. Que l'Europe fasse cela, et elle aura posé pour l'avenir le germe de la plus féconde institution, je veux dire d'une autorité centrale, sorte de congrès des États-Unis d'Europe, jugeant les nations, s'imposant à elles, et corrigeant le principe des nationalités par le principe de fédération. Jusqu'à nos jours, cette force centrale de la communauté européenne ne s'est guère montrée en exercice que dans des coalitions passagères contre le peuple qui aspirait à une domination universelle; il serait bon qu'une sorte de coalition permanente et préventive se formât pour le maintien des grands intérêts communs, qui sont après tout ceux de la raison et de la civilisation.

Le principe de la fédération européenne peut ainsi offrir une base de médiation semblable à celle que l'Eglise offrait au moyen âge. On est parfois tenté de prêter un rôle analogue aux tendances démocratiques et à l'importance que prennent de nos jours les problèmes sociaux. Le mouvement de l'histoire contemporaine est une sorte de balancement entre les questions patriotiques, d'une part, les questions démocratiques et sociales, de l'autre. Ces derniers problèmes ont un côté de légitimité, et seront peut-être en un sens la grande pacification de l'avenir. Il est certain que le parti démocratique, malgré ses aberrations, agite des problèmes supérieurs à la patrie; les sectaires de ce parti se donnent la main par-dessus toutes les divisions de nationalité, et professent une grande indifférence pour les questions de point d'honneur, qui touchent surtout la noblesse et les militaires. Les milliers de pauvres gens qui en ce moment s'entretuent pour une cause qu'ils ne comprennent qu'à demi ne se haïssent pas; ils ont des besoins, des intérêts communs. Qu'un jour ils arrivent à s'entendre et à se donner la main malgré leurs chefs, c'est là un rêve sans doute; on peut cependant entrevoir plus d'un biais par où la politique à outrance de la Prusse pourra servir à l'avénement d'idées qu'elle ne soupçonne pas. Il paraît difficile que cette fureur d'une poignée d'hommes, restes des vieilles aristocraties, mène longtemps à l'égorgement des masses de populations douces, arrivées à une conscience démocratique assez avancée et plus ou moins imbues d'idées économiques (pour eux saintes) dont le propre est justement de ne pas tenir compte des rivalités nationales.

Ah! cher maître, que Jésus a bien fait de fonder le royaume de Dieu, un monde supérieur à la haine, à la jalousie, à l'orgueil, où le plus estimé n'est pas, comme dans les tristes temps que nous traversons, celui qui fait le plus de mal, celui qui frappe, tue, insulte, celui qui est le plus menteur, le plus déloyal, le plus mal élevé, le plus défiant, le plus perfide, le plus fécond en mauvais procédés, en idées diaboliques, le plus fermé à la pitié, au pardon, celui qui n'a nulle politesse, qui surprend son adversaire, lui joue les plus mauvais tours; mais celui qui est le plus doux, le plus modeste, le plus éloigné de toute assurance, jactance et dureté, celui qui cède le pas à tout le monde, celui qui se regarde comme le dernier! La guerre est un tissu de péchés, un état contre nature où l'on recommande de faire comme belle action ce qu'en tout autre temps on commande d'éviter comme vice ou défaut, où c'est un devoir de se réjouir du malheur d'autrui, où celui qui rendrait le bien pour le mal, qui pratiquerait les préceptes évangéliques de pardon des injures, de goût pour l'humiliation, serait absurde et même blâmable. Ce qui fait entrer dans le Walhalla est ce qui exclut du royaume de Dieu. Avez-vous remarqué que ni dans les huit béatitudes, ni dans le sermon sur la montagne, ni dans l'Evangile, ni dans toute la littérature chrétienne primitive, il n'y a pas un mot qui mette les vertus militaires parmi celles qui gagnent le royaume du ciel?

Insistons sur ces grands enseignements de paix, qui échappent aux hommes dupes de leur orgueil, entraînés par leur éternel et si peu philosophique oubli de la mort. Personne n'a le droit de se désintéresser des désastres de son pays; mais le philosophe, comme le chrétien a toujours des motifs de vivre. Le royaume de Dieu ne connaît ni vainqueurs ni vaincus; il consiste dans les joies du cœur, de l'esprit et de l'imagination, que le vaincu goûte plus que le vainqueur, s'il est plus élevé moralement et s'il a plus d'esprit. Votre grand Gœthe, votre admirable Fitchte ne nous ont-ils pas appris comment on peut mener une vie noble et par conséquent heureuse au milieu de l'abaissement extérieur de sa patrie? Un motif, du reste, m'inspire un grand repos d'esprit : l'an dernier, lors des élections pour le Corps législatif, je m'offris aux suffrages des électeurs; je ne fus pas choisi; mes affiches se voient encore sur les murs des villages de Seine-et-Marne; on y peut lire : « Pas de révolution, pas de guerre. Une guerre serait aussi funeste qu'une révolution. » Pour avoir la conscience tranquille dans des temps comme les nôtres, il faut pouvoir se dire qu'on n'a pas fui systématiquement la vie publique, pas plus qu'on ne l'a recherchée.

Conservez-moi toujours votre amitié, et croyez à mes sentiments les plus élevés.

Ernest Renan.

Paris, 13 septembre 1870.

AVIS

Avec le n° 113 (29 septembre 1870) se termine la collection de ceux de nos souscripteurs dont l'abonnement expirait le 30 septembre dernier.

Nous prions très-instamment nos confrères de vouloir bien nous adresser le montant de leur renouvellement en un mandat sur la poste à l'ordre du Directeur de la *Gazette des Hôpitaux*.

Ce mode de payement est le plus *sûr* et le plus *économique*.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire; 13.

N° 114. — SAMEDI 1er OCTOBRE 1870. 43e ANNÉE SAMEDI 1er OCTOBRE 1870. — N° 114.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois.. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 25 mars 1871.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Maladies régnantes. — État sanitaire de Paris pendant le siége. — Épidémie de variole.

Il n'est pas de problème clinique, de question de diagnostic, de fait particulier de thérapeutique ou de médecine pratique qui ne le cède en intérêt, en ce moment, à ce grand fait des maladies collectives créées par les conditions pathogéniques multiples et tout à fait exceptionnelles qui, pendant cinq grands mois, ont exercé leur influence pernicieuse sur une population agglomérée de plus de deux millions d'individus. Avant de chercher à analyser l'action de ces diverses influences et de faire ressortir, au milieu des expressions morbides multipliées et variées qui les ont traduites, les divers groupes de caractères propres à chacune d'elles, nous allons essayer de donner à grands traits une idée du mouvement pathologique par le mouvement de la mortalité.

Et d'abord, pour avoir un point de repère qui permette de juger à quel point s'est élevée la mortalité de Paris pendant cette période et d'apprécier la part qui revient dans cette mortalité excessive à l'ensemble de toutes les conditions du siége, nous rappellerons quelle a été la mortalité des périodes mensuelles correspondantes des années précédentes.

En compulsant les Bulletins statistiques mensuels publiés par l'administration de la ville de Paris, nous trouvons :

Pour l'année 1867, une mortalité moyenne de 119 par jour.

En 1868, la moyenne quotidienne est de 127.

En 1869 elle est de 122.

Si nous prenons comme terme plus précis de comparaison le dernier trimestre de 1868, le premier et le dernier trimestre de 1869, voici les chiffres que nous relevons :

En octobre 1868.	110 par jour
novembre.	116
décembre.	117
En janvier 1869.	134
février.	139
mars.	145
En octobre 1869.	112
novembre.	125
décembre.	134

Voici maintenant, depuis le dernier Bulletin hebdomadaire que nous avons publié au mois de septembre, au moment de l'interruption forcée des communications, quel a été le mouvement de la mortalité.

Du 4 septembre au 3 mars, c'est-à-dire dans l'espace des six mois qui comprennent le siége et la durée de l'armistice, la mortalité s'est élevée au chiffre de 69,698, chiffre qui représente une moyenne de 11,616 décès par mois, ou de 2,904 par semaine, ou de 415 par jour, ce qui fait, comme on le voit, près de quatre fois la moyenne des années précédentes.

Mais, comme on le pense bien, cette mortalité ne s'est pas répartie avec une constante régularité pendant la durée de ces six mois, bien qu'à toutes les époques elle ait été plus élevée qu'aux époques correspondantes des années précédentes. Ainsi les chiffres les moins élevés se trouvent dans le mois de septembre, qui donne (à quatre jours près) un total de 4,960 décès, soit une moyenne par semaine de 1,250 environ, ou par jour de 177. Mais un accroissement rapide a lieu ; en octobre, la mortalité atteint près de 7,000; elle dépasse 9,000 en novembre, 11,000 en décembre, et arrive en janvier au chiffre énorme de 20,000 (21,174 y compris les trois premiers jours de février). En février, elle est d'environ 16,000.

Les chiffres hebdomadaires les plus élevés sont ceux des semaines comprises entre le 14 janvier et le 17 février : du 14 au 20 janvier, 4,465; du 21 au 27 janvier, 4,376; du 28 janvier au 4 février, 4,471; du 11 au 17 février, 4,103.

A dater de cette époque, les chiffres décroissent, tout en restant encore très-supérieurs aux moyennes habituelles et à ceux des mois de septembre et d'octobre. Du 18 au 24 février, il n'est plus que de 8,941; du 15 février au 3 mars, 3,500.

Bien qu'il y ait à tenir compte dans cette mortalité si élevée des mois de novembre, décembre, janvier et février, des décès résultant directement des faits de guerre, et dont nous n'avons pu avoir encore les chiffres exacts; défalcation faite de ces chiffres, quelque élevés qu'on les suppose, il n'en reste pas moins une proportion considérable pour la mortalité causée par les maladies. On en jugera d'ailleurs par quelques-uns des chiffres que nous allons produire tout à l'heure.

Au premier rang des maladies qui ont causé la plus grande mortalité durant cette période, il faut placer la variole. Puis viennent par ordre de fréquence et de léthalité les affections pulmonaires, pneumonies, broncho-pneumonies et bronchites, la fièvre typhoïde, la dysentérie et les diarrhées, la scarlatine et la rougeole qui se sont montrées un moment comme satellites de l'épidémie variolique, pendant les premiers mois du siége, pour disparaître presque complétement en dernier lieu. Puis viennent enfin quelques-unes des affections communes n'ayant aucun lien direct ou indirect avec les maladies régnantes proprement dites et qui ont donné leur appoint à la mortalité, mais sans contribuer d'une manière notable à son accroissement, telles que les érysipèles, l'angine couenneuse, le croup, les affections puerpérales, etc.

Les chiffres suivants donneront une idée de la fréquence et de la léthalité de quelques-unes des maladies qui ont occupé le premier rang dans l'ensemble des maladies régnantes.

La variole a donné, du 4 septembre au 3 mars, 7,985 décès. La fièvre typhoïde a donné, pour la même période, 4,134 décès; la pneumonie, 5,168, et la bronchite, 6,002 (soit 11,170 pour l'ensemble des affections pulmonaires aiguës). Nous nous expliquerons en temps opportun sur cette proportion en apparence excessive des décès par bronchite.

Après ces trois groupes, viennent par ordre de fréquence la dysentérie et les diarrhées, la scarlatine et la rougeole, qui se rattachent aussi, comme nous l'avons déjà dit, aux maladies régnantes de cette période.

Il faudra ajouter, quand nous voudrons reconstituer l'ensemble des caractères de la constitution médicale du siége de Paris, le scorbut, dont le nom ne figure pas dans les Bulletins officiels de l'état civil, bien qu'il joue un rôle important dans la pathologie des deux derniers mois du siége, notamment.

Il est, enfin, un état morbide dont le nom n'a été prononcé encore nulle part et que nous inscrivons ici sous toute réserve, d'une part, parce qu'il ne s'est montré en réalité que d'une manière exceptionnelle, et d'autre part, parce que sa détermination précise laisse encore des doutes dans beaucoup d'esprits, nous voulons parler du typhus.

Toutes réserves faites sur ces deux derniers points, que nous aurons à examiner plus tard, reprenons en sous-œuvre quelques circonstances de l'histoire de l'épidémie de variole, qui a joué le plus grand rôle dans tout le cours de cette période.

LA VARIOLE

L'épidémie de variole qui s'était déjà abattue sur la presque totalité de notre territoire, et qui depuis bientôt deux ans notamment sévissait avec une intensité toujours croissante sur la population de Paris, y a pris, pendant toute la durée du siége et surtout pendant les mois d'octobre, novembre et décembre, comme on a pu le voir par le tableau général de la mortalité, des proportions considérables et une gravité tout à fait inconnue dans ce siècle.

On aura déjà une idée de sa marche par l'accroissement rapide des chiffres de la mortalité qui lui sont imputables à dater de l'époque de l'investissement. Pour ne prendre comme point de départ que les deux mois précédents, juillet et août, nous trouvons pour juillet, le chiffre de 983, le plus élevé de l'année. En août ce chiffre s'abaisse à 697. En septembre il s'élève un peu, mais sans atteindre encore le chiffre du mois de juillet, il et de 741. Mais en octobre il s'élève tout à coup à 1,387 ; en novembre (du 30 octobre au 3 novembre) à 1,828 ; en décembre (du 4 au 31) à 1,621; en janvier (du 1er janvier au 3 février) à 1,633. En février (du 4 au 3 mars) il redescend à 680. Pour la première quinzaine de mars (du 4 au 17), il n'est plus que de 183.

Mais l'idée qu'on se ferait de la marche générale et de l'intensité réelle de l'épidémie ne serait que très-imparfaite, si l'on ne tenait compte des deux circonstances tout à fait exceptionnelles qui ont dû singulièrement les modifier et donner à la maladie une impulsion nouvelle et tout à fait hors de proportion avec son allure précédente, nous voulons parler de l'accroissement momentané de la population de Paris par l'entrée simultanée dans ses murs des quatre-vingts mille mobiles de la province, et de plus de cent mille habitants de la banlieue et des départements voisins.

L'un des traits les plus saillants de l'épidémie variolique pendant la période en question, a été la prédominance des formes hémorrhagiques presque constamment mortelles, et des phénomènes ataxiques et typhiques. Dans un grand nombre de cas la mort est survenue brusquement. Nous aurons à faire plus tard, d'ailleurs, la même observation pour d'autres maladies, même bénignes en apparence, telles que de simples bronchites avec courbature, et dans le cours desquelles nous avons vu la mort survenir d'une manière aussi brusque qu'inattendue.

Voici d'après un relevé fait par M. le docteur Hervieux sur la mortalité des varioleux dans les hôpitaux civils de Paris, pour une période de dix mois, du 1er janvier au 31 octobre 1870, quelle a été la proportion des décès.

Du 1er janv. au 31 mars.	2,032 cas	271 décès.	Soit	14 0/0
— avril.	1,060 —	134	—	17
— mai.	1,461 —	260	—	17,11
— juin.	1,715 —	288	—	16,7
— juillet. . .	1,463 —	388	—	23,3
— août.	1,093 —	228	—	20,8
— septembre. . .	953 —	202	—	21,1
— octobre. . . .	1,870 —	382	—	20,4

Nous n'avons pas la proportion des décès dans les hôpitaux civils pour les périodes ultérieures au mois d'octobre. Cette proportion est absolument impossible à connaître pour la mortalité à domicile. Quant aux varioleux militaires, qui pendant presque toute la durée du siége ont été réunis et concentrés à la maison de Bicêtre, devenue momentanément hôpital militaire, d'après un renseignement qui nous a été donné, mais dont on ne nous a pas garanti la rigoureuse exactitude, elle aurait été, du 13 octobre, époque de l'ouverture de l'hôpital au 22 mars époque de sa fermeture, de 1,275 décès sur 8,200, c'est-à-dire d'un peu plus d'un huitième ; proportion qui serait, comme on le voit, très-inférieure à celle des mois précédents pour les hôpitaux civils. Il est vrai que le chiffre ne donne pas tout à fait la proportion vraie, un certain nombre des cas compris dans ce total portant non sur des varioles mais sur des rougeoles et des scarlatines.

Nous ne pourrions mieux faire, du reste, pour donner une idée de l'histoire de cette phase de l'épidémie variolique, dont la maison de Bicêtre a été un des principaux théâtres, que de nous servir ici des notes qu'a bien voulu nous confier notre savant confrère et collaborateur M. Legrand du Saulle chargé pendant toute la durée du siége de l'un des grands services de Bicêtre.

La variole à l'hôpital militaire de Bicêtre. — L'hôpital militaire de Bicêtre, ouvert, disions-nous, le 13 octobre 1870 et fermé le 22 mars 1871, a reçu dans cet intervalle environ 8,209 malades qui ont donné lieu à 1,273 décès. Dans ce chiffre de 8,200 se trouvent compris environ 400 cas de rougeole (1).

Les complications de la variole ont presque invariablement consisté dans des bronchites, des pneumonies, quelques épanchements pleurétiques, et, de loin en loin, quelques cas de rhumatisme articulaire aigu.

Les complications de la convalescence ont consisté dans des furoncles innombrables, des otorrhées, de vastes phlegmons des membres, des phthisies galopantes et quelques cas de diarrhée rebelle.

La variole hémorrhagique s'est montrée fréquente en décembre et janvier ; 80 cas environ ont été observés : 74 décès très-rapides. Les malades arrivaient avec de l'épistaxis, hémoptysie, hématémèse, hématurie, flux dysentérique, teinte ardoisée générale, ecchymoses conjonctivales (signe caractéristique de la variole noire) et larmes sanglantes (larmes roses). La température du corps était très-abaissée à la périphérie; le thermomètre, dans le rectum, accusait 41 degrés et jusqu'à 41 degrés 5/10.

Le plus grand nombre des varioleux hémorragiques ont présenté, à leur entrée, une fétidité de l'haleine tout à fait spé-

(1) A l'entrée de l'hôpital existait une salle dite *d'expectation.* Tous les cas douteux ou non encore déclarés de fièvres exanthématiques y étaient reçus pendant un, deux ou trois jours, dès que l'éruption était confirmée, les malades étaient dirigés suivant la nature de l'éruption dans les services spéciaux. Il y avait, en outre, un service de convalescence.

ciale qui persistait jusqu'à la fin. Les malades auxquels la rachialgie arrachait des cris, succombaient avec la plus parfaite intégrité de leurs facultés intellectuelles.

Le traitement consistait dans des applications froides sur l'abdomen, les flancs et les reins : — révulsion sinapisée *brutale* aux poignets et aux mollets ; — lavement au sulfate de soude ; — thé très-alcoolisé et à hautes doses ; — potion avec extrait de ratanhia.

Les varioleux hémorrhagiques étaient en général des hommes d'une taille très-élevée, d'une force herculéenne, d'une santé ordinaire extrêmement robuste.

Chez eux, la période d'incubation manquait presque. On les apportait à l'hôpital alors qu'ils avaient monté la garde la veille ou qu'ils s'étaient battus l'avant-veille. Ces hommes paraissaient réellement succomber à une intoxication en quelque sorte foudroyante. Ceux qui ont eu le rare bonheur de guérir ont eu des convalescences très-longues, très-pénibles. M. Legrand du Saulle nous a signalé notamment un malade qui se trouvait encore dans ces derniers jours, dans son service, en état de pleine convalescence depuis longtemps, mais qui était entré le 22 décembre dernier. Cet homme a eu depuis deux mois un nombre absolument incalculable de furoncles et d'abcès. Il mangeait trois portions et allait être renvoyé dans ses foyers.

Les mobiles Bretons (varioleux ou rubéoleux), qui ne parlaient pas français, ont été nostalgiques. Chez quelques-uns, la nostalgie a amené le marasme et la mort. Il fallait alors mettre un Breton à droite et à gauche du nostalgique et exiger que ces trois militaires parlassent sans cesse ensemble et dans leur dialecte natal.

Cette circonstance relative aux mobiles bretons, que signale notre confrère, a été remarquée d'une manière générale dans tous les services d'hôpitaux et d'ambulances militaires, pour quelque maladie d'ailleurs qu'ils y aient été admis ; et nous avons eu, pour notre part, tous mes collègues et moi, l'occasion de constater le même fait dans les services dont nous avons été chargés dans l'ambulance du Luxembourg.

A propos de l'extrême gravité qu'ont présentée en général les varioleux et les rubéoleux (nous reviendrons plus tard sur ce qui concerne ces derniers), M. Legrand du Saulle, dans les notes qu'il nous a communiquées, et que nous résumons ici, nous a signalé en quelques traits expressifs quelques-unes des circonstances qui ont le plus directement concouru à cette aggravation de la maladie et qui ont fait de l'épidémie de variole de Bicêtre l'un des incidents cliniques les plus dramatiques du siége de Paris.

« Les malades, dit-il, arrivaient en cacolets par un froid très-rigoureux ; ils étaient souvent restés dans les tranchées jusqu'à l'apparition de l'exanthème, et l'hôpital de Bicêtre n'a pas pu être chauffé du 20 décembre au 10 mars, le charbon de terre, qui pouvait seul alimenter les appareils de chauffage de l'établissement, ayant totalement fait défaut. La température des salles était donc très-basse ; la tisane y gelait ! La sollicitude des médecins venait se briser contre les circonstances les plus extraordinairement douloureuses. Les malades, le plus souvent, étaient privés de sommeil à cause du bruit du canon qui était *incessant* pendant le bombardement, le fort de Bicêtre, la redoute de Villejuif, les Hautes-Bruyères et le Moulin-Saquet, voisines de l'hôpital, tirant sans cesse avec leur artillerie formidable sur Bagneux et Châtillon. »

Dr Brochin.

DU CLIMAT DES STATIONS HIVERNALES

DES ALPES-MARITIMES

Par M. le docteur Gillebert-D'Hercourt (1).

Ozone. — Enfin l'air est constamment ozonisé sur le littoral des Alpes-Maritimes : le degré d'ozonisation y est toujours élevé. A Monaco, par exemple, j'ai constaté que la moyenne hivernale de ce degré dépasse presque constamment la moitié de l'échelle chromatique de Bérigny, et que son maximum absolu atteint souvent le chiffre le plus élevé de cette échelle (21).

Voici le résumé de ces observations :

	Moyenne	Maxim. moyen	Minim. moyen
Hiver de 1861-63.	11°,4	19°,6	3°,6
— 1864-65.	11°,1	16°,6	4°2
— 1866-67.	10°,4	20°,0	5°,0
— 1867-68.	12°,7	19°,6	5°,6
Moyenne générale.	11°,4	18°,9	4°,6

Ces résultats sont conformes à ceux des observations ozonométrique faites à Nice et rapportées par M. Macario.

Les détails qui précèdent sont empruntés à mes propres études, faites à Monaco pendant six hivers, et à d'autres observations exécutées à Nice, à Cannes et à Menton. Les résumer, c'est donc tracer sommairement les caractères généraux du climat de ces stations, d'ailleurs fort rapprochées les unes des autres, et présentant à peu de chose près la même exposition et les mêmes conditions topographiques et géologiques.

Dans ces stations, on observe donc en hiver :

1° Une pression atmosphérique au maximum ;

2° Une température douce, dont la moyenne flotte entre 8°,9 c. et 9°,9 c. (Ex. : Cannes, 8°,7 c.; Nice, 8°,9 ; Menton, 9°,4 c. ; Monaco, 9°,9 c.). Quoique cette température subisse beaucoup de variations diurnes, les hivers sont très-modérés sous le rapport du froid ;

3° Un état hygrométrique en moyenne peu élevé, mais extrêmement variable ;

4° Une ventilation modérée, mais également variable et le plus souvent exercée par la série des vents secs ;

5° Une atmosphère lumineuse, rarement chargée de nuages ;

6° Un air pur et vif, renfermant en suspension des particules salines et des émanations résineuses et odorantes, et étant en général fortement ozonisé.

De ces caractères généraux, il est facile, ce me semble, de déduire la nature de l'influence que le climat de ces contrées doit pendant l'hiver exercer sur la marche de certaines maladies.

En général, cette influence me paraît être plutôt excitante que tonique ; en aucune façon, je ne la crois sédative.

En effet, ce n'est pas dans une contrée où les hivers sont si modérés que l'influence tonique peut être ou exclusive ou seulement prédominante. Si la haute pression atmosphérique, qui est habituelle ici, tend à développer l'élément globuleux du sang, cette influence y est contre-balancée par les autres conditions météorologiques qui, par les excitations nombreuses et incessantes qu'elles exercent sur le système nerveux, accélèrent plutôt qu'elles ne fortifient l'action de nos organes, et tendent à développer les tempéraments nerveux plutôt que les tempéraments sanguins, et les constitutions sèches plutôt que les constitutions molles.

D'une part :

En provoquant l'oxigénation rapide des produits hydro-carbonés et en diminuant ainsi les proportions du tissu adipeux ;

D'autre part :

En faisant subir à l'économie des pertes plus considérables, comme le démontrent les expériences de W.-F. Edward sur les effets de l'air sec et de l'air humide.

Les indigènes, en effet, offrent en général le type du tempérament nerveux, soit pur, soit croisé, d'une faible nuance du tempérament sanguin, ou plus souvent du tempérament lymphatique ; ils sont secs et peu musculeux ; leur caractère est indolent, quoique sujet à l'emportement. Leur physionomie est très-mobile ; ils sont inconstants et manquent de persévérance. Les femmes sont en général réglées de très-bonne heure.

Cet ensemble de dispositions physiques et morales est bien l'apanage du tempérament nerveux.

Cependant on rencontre dans ces contrées quelques types assez prononcés du tempérament lymphatique. M. Ed. Carrière en a fait la remarque. Mais ces cas sont le résultat de la mauvaise nourriture et de l'habitation dans des masures sombres et humides, telles que celles qu'on voit dans les villages ou dans les anciennes rues des hauts quartiers de Nice, de Menton et de Villefranche. Dans toutes ces localités, les constructeurs de maisons se sont appliqués à préserver les habitants des ardeurs du soleil ; ils ont exécuté leurs constructions en conséquence, et leur ont fait des ouvertures très petites et en nombre insuffisant. Il s'ensuit que ces indigènes, destinés à vivre toujours au milieu d'une atmosphère lumineuse, chaude et sèche, passent les deux tiers de leur vie au moins dans des conditions diamétralement opposées à celles que la nature leur avait préparées. De là le nombre relativement grand pour ces contrées des tempéraments lymphatiques. Telle est la véritable cause de ces exceptions à la règle générale.

Toutefois, dans l'appréciation des causes du développement des tempéraments lymphatiques dans ces contrées, il faut tenir compte de l'influence de l'été, dont les chaleurs élevées surexcitent les fonctions cutanées et dépriment l'action organique des muqueuses ; d'où résultent la langueur des fonctions digestives et respiratoires : un chyle mal élaboré et un sang moins artérialisé que dans les pays froids.

Aussi les indigènes du littoral ont-ils le teint mat des méridionaux. Quoique l'on puisse citer parmi eux quelques exemples de longévité, ils n'en perdent pas moins de bonne heure, les femmes surtout, les attributs de la jeunesse pour prendre prématurément ceux de la vieillesse.

Ainsi, constitution sèche et peu énergique, vieillesse anticipée : telles sont les conditions générales que présentent les habitants du littoral des Alpes-Maritimes, et qui prouvent, suivant moi, l'influence excitante plutôt que tonique du climat dans lequel ils vivent. Cette influence se révèle encore par l'agitation et l'insomnie qu'elle provoque chez les étrangers non acclimatés et pendant les premiers temps de leur séjour dans l'une ou dans l'autre station. Toutefois, cette agitation est plus sensible à Nice et sur le bord de la mer que partout ailleurs.

La nature des maladies que l'on observe le plus souvent dans ces contrées confirme ce que je viens de dire sur l'influence du climat. Les plus communes sont, d'une part : la pleurésie, la pneumonie, la bronchite, l'angine, la conjonctivite, le rhumatisme aigu, les névralgies et les fièvres continues ; celles-ci s'observent pendant l'hiver et plus particulièrement aux époques où les vents de l'est et du nord-est sont le plus fréquents. D'autre part, ce sont l'anémie, la chlorose et la scrofule. Ces dernières se remarquent en tout temps. Cela pourrait paraître extraordinaire, vu le caractère du climat, si, comme je l'ai dit plus haut, ces dernières maladies n'étaient engendrées plus spécialement par la mauvaise nourriture et par les habitations malsaines auxquelles j'ajouterai la malpropreté, qui est excessive dans ce pays.

Enfin les praticiens de ces contrées, entre autres M. Bottini, de Menton, déclarent que les saignées répétées ont une mauvaise influence sur la marche des maladies ; que dans les affections inflammatoires de la poitrine, par exemple, elles produisent des états chroniques et des épanchements séreux. (*Carrière*, 509.)

Ce tableau n'offre-t-il pas également la confirmation de ce que j'ai avancé sur l'influence de ce climat ? N'y voit-on pas celui-ci, fatiguant et épuisant, par des excitations trop fréquentes et trop vives, des constitutions d'autant moins résistantes d'ailleurs qu'elles ne sont pas soutenues par une alimentation assez substantielle ?

Une autre observation importante est celle qui a été faite par les médecins du pays relativement à la phthisie. Tous s'accordent à dire que cette maladie est fort rare chez les indigènes du littoral des Alpes-Maritimes ; mais aussi tous reconnaissent que lorsqu'elle existe, elle y prend presque toujours la forme aiguë ou galopante.

Ainsi, tous les faits que j'ai exposés concourent, avec les observations météorologiques, à confirmer l'influence purement *excitante* du climat des Alpes-Maritimes.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir les numéros des 22 et 24 septembre.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 3 août 1870. — Présidence de M. Alph. Guérin (1).

Observation IIe communiquée par M. Le Fort. — Il s'agit d'un jeune homme de 24 ans, entré en juin 1868 à l'hôpital Cochin, pour une tumeur siégeant sous la mâchoire inférieure, du côté droit.

Dans la région occupée par la glande sous-maxillaire, s'étendant depuis l'angle de la mâchoire, jusque près de la symphyse, je trouve, dit M. Le Fort, une tumeur assez fortement saillante, se prolongeant en bas à trois travers de doigt au-dessous du maxillaire, fluctuante, sans changement de couleur à la peau, laquelle est mobile à la surface de la tumeur. Il est impossible vu la situation de rechercher utilement la transparence.

En examinant si la tumeur fait saillie du côté de la bouche, je trouve le plancher buccal soulevé sur les parties latérales de la langue et avec lui la glande sublinguale. Il existe en ce point une grenouillette avec tous ses caractères.

M. Le Fort, après des recherches minutieuses, afin de déterminer s'il existe un rapport entre la tumeur sublinguale et la tumeur sous-maxillaire, et si le prolongement buccal qu'il suppose être une émanation de cette dernière, ne proviendrait pas de la dilatation du conduit de Warthon ou du moins de la partie voisine de la glande sous-maxillaire qui se trouve au-dessous du muscle mylo-hyoïdien, après ces recherches M. Le Fort reste dans le doute sur une communication réelle de l'une à l'autre. La pression exercée sur la tumeur sublinguale, tend la tumeur sous-maxillaire et *vice versa* ; mais cette tension peut se produire par l'intermédiaire du plancher buccal auquel se communique la pression exercée sur l'une et l'autre tumeur.

M. Le Fort fait observer que la grenouillette avait déjà existé et qu'une première fois déjà elle avait été opérée par Velpeau par ponction et injection iodée, et que la récidive s'était produite promptement.

Se fondant sur la préexistence d'une grenouillette ancienne et récidivée, M. Le Fort avoue sa tendance à croire à la connexité directe des tumeurs et à la nature salivaire de l'une et de l'autre. Espérant dès lors vider la poche sous-maxillaire en opérant la grenouillette sublinguale, il attaqua celle-ci par dissection et excision de ses parois, évacuation du liquide et introduction de quelques gouttes de teinture d'iode dans ce qui restait de la cavité kystique. Le liquide qui s'en écoula après son ouverture était jaunâtre, filant comme l'albumine de l'œuf.

Toutes les pressions possibles exercées sur la tumeur sous-maxillaire ne purent diminuer son volume et la vider même en partie. Évidemment il n'y avait aucune communication entre elle et le kyste intra-buccal.

Quinze jours s'étaient à peine écoulés que l'opéré, chanteur dans un théâtre, avait repris sa profession ; la guérison de sa grenouillette était complète et définitive.

Restait la tumeur sous-maxillaire, qui ne fut nullement modifiée par l'opération précédente.

Une ponction avec le trocart donna issue à un liquide clair tout à fait comme de l'eau, sauf une très-légère teinte citrine. Une injection iodée suivit l'évacuation du liquide pathologique. Elle produisit une légère sub-inflammation, qui se termina par une guérison sans récidive de la maladie.

Cette deuxième observation, comme la première, témoigne de la coexistence d'une grenouillette et d'un kyste sous maxillaire indépendant d'elle, dans des conditions de développement et de rapports réciproques qui rendent le diagnostic de cette dualité morbide obscur et difficile. Il peut même l'être à tel point que ce n'est, comme dans le cas de M. Le Fort, qu'après l'évacuation du liquide contenu dans l'un des kystes, qu'il devient possible de l'établir avec certitude.

On ne saurait donc mettre trop de réserve à se prononcer en pareille circonstance sur la composition originelle des tumeurs juxtaposées, et à admettre sur le seul fait de la présence d'une grenouillette que le kyste sus-hyoïdien coexistant en soit un prolongement nécessaire. Les deux observations qui précèdent démontrent le contraire ; aussi, sans prétendre nier la possibilité de l'unité morbide due à l'extension du kyste salivaire à travers le plancher buccal, il m'a semblé juste, avant de l'admettre autrement qu'à titre de disposition exceptionnelle, d'attendre que l'observation clinique l'ait mise en évidence.

En terminant mon rapport, je vous propose, au nom de la commission : 1° D'adresser des remercîments à M. Périer pour son intéressante communication, qui a eu l'heureuse influence de faire connaître un fait analogue de M. Le Fort, et de fournir ainsi à votre rapporteur la matière d'un travail d'analyse, qui ajoute une page nouvelle à l'histoire de la grenouillette, qui, à ce point de vue, était encore incomplète.

2° D'inscrire honorablement son nom sur la liste des candidats pour la place de membre titulaire.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

M. Giraldès. Le rapport de M. Forget cherche à établir un fait que personne n'a nié, à savoir, la coexistence possible de deux kystes, l'un séreux, l'autre salivaire, avec ou sans communication entre eux. Dans un travail de Gurlt, on en trouve plusieurs cas de ce genre.

M. Forget traite d'hypothétique l'opinion que j'ai émise antérieurement sur le siége, pour ainsi dire forcé, de la tumeur salivaire sous-maxillaire dans le *triangle hyo-digastrique*. A cela je répondrai que non-seulement ce fait est en rapport avec les données anatomiques, mais qu'il m'a été donné de le vérifier cliniquement dans un cas où l'injection poussée par le cou, sortait par le canal de Warton.

Dans le livre de Boyer, il est question d'un kyste sous-maxillaire

(1) Suite et fin. — Voir notre numéro du 27 septembre.

faisant saillie dans la bouche, et qui descendait très-bas, sur la partie latérale du cou.

On pourrait objecter qu'il ne s'agissait pas là d'un kyste véritablement salivaire; ce à quoi je répondrai, que l'observation de M. Forget manque à son tour de preuves suffisantes.

Contrairement aux kystes de la sous-maxillaire, ceux des glandes sub-lingale et de Nunn font constamment saillie dans la bouche.

A l'explication du mélange des deux liquides, salivaire et séreux, par endosmose, que propose M. Forget, M. Giraldès préfère admettre la communication directe, par érosion et amincissement de la cloison intermédiaire aux deux kystes juxtaposés.

M. FORGET n'a pas eu la prétention, dit-il, de combattre l'opinion de M. Giraldès. Il a voulu seulement y apporter une restriction, en disant qu'il n'est pas démontré que de larges kystes occupant la région du cou puissent être purement glandulaires, et que peut-être, comme dans le fait de M. Périer, il s'agit plutôt là de deux kystes juxtaposés, l'un séreux et l'autre salivaire.

M. GIRALDÈS. Ce qui distingue la grenouillette sous-maxillaire, outre qu'elle ne fait pas de saillie dans la bouche, c'est d'être dès le début sous-aponévrotique, et jamais sous-musculaire.

M. FORGET reconnaît que le fait clinique observé par M. Giraldès est très démonstratif; seulement n'en connaissant pas tous les détails, il ne pouvait pas le citer dans son rapport.

LECTURE

M. DUBRUEIL lit, à l'appui de sa candidature, un travail concernant *l'opération du varicocèle par enroulement et cautérisation électrique combinés*. Pour cela faire, l'auteur se sert de deux fils, l'un en argent et l'autre en platine.

Renvoyé à la commission déjà nommée.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. DEMARQUAY présente un enfant auquel il a pratiqué une résection de l'extrémité inférieure du péroné droit, de l'étendue de 9 centimètres. Cet enfant est âgé de 12 ans. Il est entré à la maison de santé dans les premiers jours de janvier. Il est né d'une mère phthisique, et sa constitution est lymphatique. La tuméfaction formée par la malléole externe est assez volumineuse.

Le début du mal remonte à six mois; depuis quelque temps, elle est devenue le siége de douleurs lancinantes; de plus, dans un point limité, lorsque l'on exerce une certaine pression, on détermine une crépitation due au refoulement et à la fracture d'une lamelle osseuse. M. Demarquay, craignant d'avoir affaire à une affection carcinomateuse de la malléole externe, se mit en mesure de pratiquer la résection de l'extrémité inférieure du péroné droit dans l'étendue de 9 centimètres. Mais avant, pour assurer le succès de l'opération, il fit construire par MM. Robert et Colin une gouttière bien rembourrée et moulée en quelque sorte sur la forme du membre, dans laquelle ce dernier fut parfaitement immobilisé. Une grande valve faite à la partie externe de la gouttière, permettait au chirurgien de faire les pansements sans imprimer le moindre déplacement au membre opéré.

L'opération a été pratiquée dans les premiers jours de janvier, et aucun accident grave n'est venu entraver la guérison. Bien que l'articulation tibio-tarsienne fût largement ouverte, il n'est survenu aucun accident sérieux de ce côté, point de douleurs vives, ce que M. Demarquay attribue à l'immobilité complète dans laquelle le membre a été fixé immédiatement après l'opération. Aussi, toutes les fois que ce chirurgien pratique une résection articulaire, il considère comme un devoir important d'immobiliser l'articulation malade, afin que les pansements se fassent sans aucun mouvement imprimé à l'articulation ouverte. Le résultat de l'opération est très-satisfaisant. L'enfant marche bien, le pied ouvert, rien qu'une petite tendance à se renverser en dedans; mais on va corriger cette disposition, en faisant porter à l'enfant un appareil prothétique. L'examen histologique fait de la tumeur prouve qu'elle est formée par une ostéite avec dépôt de matière tuberculeuse. Le périoste a été enlevé, aussi la malléole ne s'est point reproduite.

M. DESPRÈS. L'état de ce membre est défectueux, aussi l'enfant boite, et il boitera toujours, à cause de l'ankylose fibreuse de l'articulation tarsienne causée par l'opération.

M. DEMARQUAY proteste qu'il y ait ankylose, mais seulement une simple roideur, qui ira en diminuant avec l'exercice du membre.

M. BOINET pense que la portion reséquée du péroné s'est reproduite en partie.

M. DUPLAY, sans vouloir critiquer l'opération couronnée de succès, aurait voulu que l'on se bornât ici à une résection avec conservation de la malléole péronéale, qui paraît saine sur la pièce. C'est ce qu'il fit dans un cas où il a dû enlever 15 centimètres de la longueur du péroné, tout en respectant l'extrémité articulaire de cet os.

M. GIRALDÈS, vu l'état d'ostéoporose de l'os, approuve l'opération telle qu'elle a été pratiquée par M. Demarquay. Toutes les fois qu'il s'est borné à des resections par trop limitées, il n'a eu qu'à s'en repentir.

M. Giraldès croit, comme M. Boinet, qu'il y a ici reproduction partielle de l'os, due, sans aucun doute, à la conservation d'une portion du périoste épaissi.

Il ne conteste pas un certain degré de roideur; seulement, cela vaut infiniment mieux que l'amputation de la jambe.

Comme moyen immobilisateur après l'opération, la gouttière employée par M. Demarquay remplit parfaitement le but. Seulement, c'est un appareil qui revient cher, aussi bien que les attelles élastiques des Anglais, consistant en un tissu en molleton doublé de peau de chamois d'un côté, et recouvert de l'autre d'un vernis spécial, dont on ignore la composition.

Dans les hôpitaux, nous ne pouvons donc nous servir que de la gutta-percha ou du plâtre, qui immobilisent tout autant et coûtent moins cher.

M. TILLAUX. Si avant l'opération M. Demarquay avait su qu'il s'agissait d'une ostéite et non d'un ostéo-sarcome, aurait-il consenti à conserver la portion articulaire du péroné? C'est là une question que je lui adresse avec le désir d'être éclairé.

Quant aux moyens d'immobilisation, les attelles plâtrées remplissent parfaitement le but et ne coûtent presque rien.

M. DEMARQUAY. Avec le diagnostic d'ostéite tuberculeuse, j'aurais agi de même.

Étant sûr d'avoir tout enlevé, os et périoste, je ne puis admettre ici une reproduction périostale de l'os. Les stalactites osseuses qu'on y sent, doivent être attribuées à la gaîne des péroniers, conservée presque intacte, et au ligament interosseux.

J'ai appliqué une fois l'évidement de l'os pour une lésion limitée de la malléole, et je n'ai pas eu à m'en applaudir. Il y eut à la suite arthrite suppurée, qui nécessita l'amputation de la jambe.

M. DUPLAY dit avoir tenté l'évidement de l'os dans le cas précédemment mentionné par lui, et c'est pour avoir échoué qu'il prati qua plus tard la resection partielle du péroné.

M. PANAS, contrairement à ce qui a été dit, compte plusieurs succès par l'évidement, dont deux pour des caries profondes de la malléole interne et de la malléole péronéale.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

16 SEPTEMBRE

XXVIII. **Hygiène publique.** — Des renseignements excellents ont été fournis à la commission d'hygiène et de salubrité publique sur l'état des approvisionnements en bestiaux aménagés dans l'intérieur de Paris. On est en mesure de faire face à tous les besoins de la consommation, sans même parler de la viande de cheval qui fournirait un appoint considérable.

La commission d'hygiène et de salubrité vient de prendre des mesures efficaces pour l'installation et l'organisation de nombreuses ambulances dites de rempart où, le cas échéant, des secours d'urgence seront immédiatement donnés aux blessés.

La promptitude de ces secours a une importance capitale et contribue à assurer les chances de guérison finale.

17 SEPTEMBRE.

XXIX. — **Garde nationale**. Par décret en date du 7 septembre M. Horteloup (Paul) a été nommé chirurgien-major à l'état-major des gardes nationales de la Seine, en remplacement de M. Conneau, destitué.

XXX. — **Ambulances.** Par arrêté en date du 15 septembre :

Le Président du Gouvernement de la défense nationale, gouverneur de Paris, commandant l'état de siége :

Considérant qu'il importe d'organiser le service des ambulances destinées à donner les premiers soins aux blessés des forts et de l'enceinte;

Charge la commission centrale d'hygiène d'organiser le service des ambulances dans tous les arrondissements de la périphérie; à cet effet, lui donne pouvoir de requérir tous officiers municipaux, tous agents de la force publique, tous médecins et pharmaciens de tous locaux publics et privés nécessaires à l'établissement desdites ambulances, de requérir enfin tout le matériel et tous les médicaments propres à leur service.

GÉNÉRAL TROCHU.

—

M. Henri Brisson, adjoint au maire de Paris, et MM. Béhier, Verneuil, Labbé, Onimus, membres de la commission centrale d'hygiène, agissant en vertu de la délégation spéciale qui leur a été donnée ce matin par le Gouvernement, ont suivi aujourd'hui l'enceinte continue depuis la porte d'Aubervilliers jusqu'à la porte de la Gare (19e, 20e, 12e et 13e arrondissements); ensemble, 33 bastions.

M. Moring, directeur de l'administration préfectorale, accompagnait les délégués.

Vingt-six ambulances de rempart, destinées à donner les premiers soins aux blessés, ont été désignées sur ce périmètre, qui paraît aujourd'hui le plus directement menacé par l'ennemi.

Demain, le même travail sera fait dans les 14e, 15e, 16e, 17e et 18e arrondissements.

La commission tient à constater que les pouvoirs de réquisition dont elle était armée lui ont été inutiles; les locaux privés ont été mis à sa disposition avec un empressement au-dessus de tout éloge.

La commission a aussi admiré, durant cette visite, qui n'a pas duré moins de onze heures, l'esprit d'ordre, de vigilance et de discipline dont les gardes nationaux défenseurs des bastions font preuve sur tous les points.

Au moment où la commission passait devant le bastion no 4, entre la porte de Reuilly et la porte de Charenton, trois détonations, paraissant venir du fort ont retenti. La garde nationale a immédiatement pris les armes, toute prête au combat. L'adjoint et les délégués, ayant mis pied à terre, ont pu se rendre compte de la résolution virile qui animait tous les visages et de l'enthousiasme patriotique qui faisait battre tous les cœurs.

XXXI. — **La statue de Strasbourg**, par Théophile Gautier.

Quand on traverse la place de la Concorde qu'animent les évolutions et le passage des troupes, l'œil est attiré par un groupe qui se renouvelle sans cesse aux pieds de la statue représentant la ville de Strasbourg. Majestueusement, du haut de son socle, comme du haut d'un hôtel, elle domine la foule prosternée; une nouvelle dévotion s'est fondée et celle-là n'aura pas de dissident; la sainte statue est parée comme une Madone, et jamais la ferveur catholique n'a couvert de plus d'ornements une image sacrée. Ce ne sont pas, il est vrai, des robes ramagées de perles, des auréoles constellées de diamants, des manteaux de brocart d'or brodés de rubis et de saphirs comme en porte la vierge de Tolède, mais des drapeaux tricolores lui composent une sorte de tunique guerrière qui semble rayée par les filets d'un sang pur.

Sur sa couronne de créneaux, on a posé des couronnes de fleurs. Elle disparaît presque sous l'entassement des bouquets et des *ex-voto* patriotiques. Le soir, pareilles aux petits cierges que les âmes pieuses font brûler dans les églises devant la Mère divine, des lanternes vénitiennes s'allument et jettent leurs reflets sur la statue impassible et sereine. Ses traits, d'une beauté fière, ne trahissent par aucune contraction qu'elle a, enfoncés dans la poitrine, les sept glaives de douleurs. On dirait presque qu'elle sourit quand la lueur rose flotte sur ses lèvres pâles. Des banderoles où sont tracées des inscriptions enthousiastes voltigent autour d'elle.

Sur le piédestal se lisent des cris d'amour et d'admiration : des pièces de vers, des stances sont écrites au crayon, et si l'art manque à ces poésies, le sentiment s'y trouve toujours. Devant le socle est un large registre ouvert, et les noms s'y ajoutent aux noms. Le peuple français s'écrit chez la ville de Strasbourg; le volume, relié magnifiquement et blasonné aux armes de la glorieuse cité, sera offert à la grande martyre qui se dévoue pour l'honneur et le salut de la France. Jamais ville n'aura eu dans ses archives un plus glorieux livre d'or.

Par un de ces mouvements d'exquise délicatesse qui parfois remuent les foules d'un frisson électrique, le peuple semble, en adoptant cette statue comme une image sacrée, comme une sorte de palladium, et en lui rendant un culte perpétuel, vouloir dédommager la ville malheureuse, lui prouver son ardente sympathie et la soutenir, autant qu'il est en lui dans son héroïque résistance.

Que de fois, pendant ces courtes vacances que l'été fait au feuilletonniste, nous avons traversé Strasbourg en allant à Bade, à Wiesbade, à Heildeberg, à Munich, à Stuttgard. Nous y faisions toujours un temps d'arrêt et nous allions rendre une visite à notre vieil ami le Munster. A chaque voyage nous le retrouvions élançant vers le ciel, avec la foi des anciens jours, sa flèche vertigineuse. Sur ses murs de granit rouge, la rouille du temps verdissait par places, comme sur une armure de cuivre. Les saints montaient la garde dans la niche et sous le porche, les vierges sages et les vierges folles continuaient leur procession symbolique. Les douze apôtres venaient ponctuellement à l'heure de midi tourner autour de Jésus-Christ. Sur l'horloge astronomique de M. Schwilgué, qui remplace celle de Conrad-Dasypodius.

Du coin de la place, la statue d'Erwin de Steinbach, l'architecte de la cathédrale, nous lançait un sourire d'intelligence comme pour nous dire qu'il nous reconnaissait bien. Les cigognes s'envolaient, les pattes tendues en arrière, comme sur la vignette des livres de Delalain, ou se tenaient debout dans leur nid, au sommet d'un de ces immenses toits à six étages de lucarnes qui sont particuliers à Strasbourg.

La ville nous plaisait par sa physionomie pittoresque et ces petites singularités de détail et d'accent, reflets du pays voisin qu'on retrouve dans les places des frontières. Mais cela n'empêchait pas Strasbourg d'être français et très-français; il le prouve aujourd'hui de la façon la plus éclatante.

Qui nous eût dit alors que cette ville charmante et paisible, amoureuse de l'étude et des savantes recherches, guerrière cependant malgré son air de bonhomie patriarcale, et bouclant autour de ses reins une ceinture de canons, serait un jour attaquée avec une si incroyable furie! Lorsque nous regardions, le soir, le *Chariot*, la *Petite-Ourse* et *Cassiopée* scintiller comme des points d'or derrière les dentelles noires du Munster, qui jamais aurait pensé que ces douces lueurs d'étoiles eussent pu être éteintes par le flamboiement sinistre des bombes! Et cependant une pluie de fer tombe nuit et jour sur le Munster, écornant les clochetons, brisant les statuettes, perçant les voûtes des nefs et pulvérisant l'horloge avec son peuple de figurines et ses millions de rouages; la bibliothèque, unique au monde en son genre, a brûlé, et des incunables provenant de l'ancienne commanderie de Saint-Jean de Jérusalem, *l'Hortus deliciarum* dû à Herrade de Landsperg, abbesse de Sainte-Odile à la fin du XIIe siècle, le poème de la *Guerre de Troie*, composé par Conrad de Wurtsbourg, les poésies de Gaspard de Haguenau, des missels, des bréviaires, des manuscrits à miniatures, cent cinquante mille volumes du choix le plus rare sont réduits en cendres. La rue de la Nuée-Bleue, dont le nom romantique nous plaisait, n'est plus qu'un monceau de décombres.

Malgré tous ces désastres, avec une obstination héroïque, la ville spartiate résiste toujours. Rien ne peut abattre sa grande âme. Elle s'ensevelira sous ses débris plutôt que de se rendre. Le brave général Uhrich tient bon contre l'effroyable déluge de feu. Malgré les incendies qui s'allument de toutes parts comme des flammes sur des trépieds et qui brûlent sur sa chair les pans de sa robe, la ville sublime fait de la tête un geste négatif à tout offre de capitulation, et l'Allemagne fait venir des artilleries encore plus monstrueuses et leur commande de foudroyer cette insolente.

Cette rebelle, cette entêtée qui ne veut pas se souvenir de son origine germanique et ne sait qu'une chose: c'est qu'elle s'est donnée à la France de tout cœur et de toute âme et qu'elle est résolue à mourir pour elle. Mais elle ne mourra pas. En dépit des bombes, des obus, des boulets qui sillonnent le ciel enflammé, le Muns er est toujours debout, et dans la silhouette sombre de sa flèche se découpe toujours cette croix de lumière, signe d'espérance et de salut, que l'ennemi peut voir briller de l'autre rive du Rhin.

(*Journal officiel.*)

XXXII. **Ambulances.** — Les médecins et élèves des 7e, 8e, 15e et 16e arrondissements s'organisent en escouades à l'ambulance de l'Avenue d'Iéna.

Les médecins et élèves des 9e, 17e, 18e arrondissements s'organisent de même en escouades à l'ambulance offerte par M. Heine, rue Monceau.

De nouvelles ambulances importantes vont être adjointes aux ambulances déjà formées : les foyers des théâtres de l'Odéon, du Châtelet et des Variétés vont s'ouvrir à nos blessés.

Le collége irlandais, rue des Irlandais, met une ambulance toute organisée à notre disposition, et Mme la comtesse de Béhague arborera notre drapeau sur son magnifique hôtel de l'avenue Bosquet; les chevaux de ses écuries pourront être utilisés.

M. Valker, du bazar du Voyage, a installé, dans ce superbe local du coin de la rue de la Paix, une ambulance que nous avons ac-

(1) Voir le dernier numéro.

cueillie avec empressement, ainsi que le don de 50 trousses très-habilement conçues pour nos médecins.

Le vicomte de Poix, a organisé dans son hôtel de la rue de Lisbonne une petite ambulance qui fonctionnera sous le patronage de la presse.

La compagnie générale des asphaltes met généreusement à notre disposition son riche matériel de traction: voitures, camions, chevaux, etc.

Le ministère de la guerre a bien voulu accorder à notre personnel le brassard réglementaire, doublement estampillé, et sur nos ambulances flotteront le drapeau tricolore de la presse et le drapeau blanc de la convention de Genève.

Ayant repoussé l'idée d'un uniforme, le Comité a adopté, avec le brassard obligé, un képi distinctif: il est entouré d'un mince ruban tricolore et porte sur le devant la croix rouge sur plaque blanche.

Une réunion générale de tout notre personnel aura lieu très-prochainement.

Le Secrétaire des ambulances de la Presse,
Armand Gouzien.

XXXIII. **Brancard Bastien.** — L'*Union médicale* publie une note du docteur George sur ce brancard appelé à rendre de vrais services.

Le brancard se compose d'une natte de paille analogue à celles qu'emploient les jardiniers pour préserver les végétaux contre le froid. Chacun des bottillons de paille accouplés porte à son centre, comme squelette solide, une baguette d'osier dissimulée dans son intérieur. Cette natte se roule comme un tapis et occupe ainsi très-peu de place. Quand on veut s'en servir, on la pose, déroulée, sur deux longs bâtons auxquels on la fixe en dessous par un système très-simple de ficelles ou de courroies. Sa longueur permet de la replier à la tête pour former oreiller, ou de la faire saillir au milieu pour soutenir la jambe à demi fléchie. Le poids du corps fait faire un creux à la natte entre les deux bâtons qui la supportent, et le blessé se trouve ainsi dans une sorte de hamac.

Des nattes de paille plus petites, dont on roule les bords de chaque côté, forment une gouttière où l'on maintient les membres fracturés à l'aide d'une courroie. Ce système remplace avantageusement les planchettes nommées *attelles*.

Enfin, le prix du brancard est d'une extrême modicité. Au lieu de 20 à 40 francs comme les autres, ce brancard complet (natte principale, nattes plus petites pour les membres, bâtons, courroies, etc.) coûte 3 fr. 50 cent.

Ce brancard a déjà été adopté par plusieurs ambulances, notamment par l'ambulance de la Presse établie rue des Saints-Pères, et par le Comité médical du 5e arrondissement pour le service de santé de la garde nationale.

18 SEPTEMBRE.

XXXIV. **Institut de France.** — Les cinq classes de l'Institut de France ont, à l'unanimité, décidé par un vote qu'une protestation serait rédigée en vue du bombardement éventuel des monuments, bibliothèques et musées de Paris.

Cette protestation, faite au nom de l'intérêt universel des lettres, des savants et des artistes, sera adressée à toutes les académies du monde entier, ainsi qu'à tous les membres correspondants étrangers de l'Institut de France, qui seront invités à s'associer à cette manifestation en y donnant leur adhésion publique.

XXXV. **Hygiène publique.** — Une émotion assez vive s'était produite durant ces derniers jours dans une partie du 15e arrondissement.

L'autorisation avait été donnée à un industriel d'ouvrir rue Croix-Nivert une usine où les corps des animaux morts devaient être traités par des procédés chimiques qui en assure la prompte destruction. Des émanations nauséabondes se sont produites. Les habitants du quartier ont énergiquement protesté, et leurs plaintes ont été immédiatement l'objet d'une enquête dirigée par la commission d'hygiène et de salubrité.

De cette enquête, à laquelle ont pris part MM. Wurtz, doyen de la Faculté, et Raynal, professeur à l'école d'Alfort, est résulté la certitude que les exhalaisons qui avaient incommodé les parages de la rue Croix-Nivert ne provenait nullement du fait des procédés employés dans l'usine.

Dans les premiers jours de l'installation seulement, un encombrement passager s'est produit, et les corps n'ont pas été dépecés avec la rapidité désirable. Ces inconvénients ont aujourd'hui disparu. Le dépeçage a lieu immédiatement, et les émanations dont on s'est plaint doivent infailliblement disparaître.

La commission ne cessera pas d'ailleurs d'exercer une active surveillance, et des mesures radicales seraient prises si, contre toute prévision, le 15e arrondissement devait avoir à souffrir, en quoi que ce fût, du voisinage de l'usine en question.

Des doutes ont été émis sur la possibilité de continuer régulièrement le service des vidanges de Paris pendant la durée du siége.

La commission d'hygiène est en mesure de rassurer le public à ce sujet en déclarant que ce service fonctionnera sans interruption.

FIN DE LA PREMIÈRE PARTIE.

AVIS

Avec le n° 113 (29 septembre 1870) s'est terminée la collection de ceux de nos souscripteurs dont l'abonnement expirait le 30 septembre dernier.

Nous prions très-instamment nos confrères de vouloir bien nous adresser le montant de leur renouvellement en un mandat sur la poste à l'ordre du Directeur de la *Gazette des Hôpitaux.*

Ce mode de payement est le plus *sûr* et le plus *économique.*

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 115. — MARDI 4 OCTOBRE 1870. 43e ANNÉE MARDI 4 OCTOBRE 1870. — N° 115.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — Du climat des stations hivernales des Alpes-Maritimes. (M. Gillebert-d'Hercourt). — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Documents pour servir à l'histoire du mouvement scientifique pendant le siége de Paris (2e partie). — Nouvelles. — Avis.

Paris, le 27 mars 1871.

DU CLIMAT DES STATIONS HIVERNALES DES ALPES-MARITIMES (1).

Par M. le docteur GILLEBERT-D'HERCOURT.

Cela posé, voyons à quelles indications le séjour d'hiver dans ces contrées peut donner satisfaction.

Je m'occuperai d'abord de la phthisie.

De tous les malades qui, pendant l'hiver, vont résider dans les Alpes-Maritimes, les phthisiques sont sans contredit les plus empressés et les plus nombreux. Entraînés par les récits des voyageurs et par des publications dont les auteurs n'ont pas toujours su s'élever au-dessus des questions d'intérêt particulier, ces malades ont émigré en grand nombre et pleins d'espoir vers ces contrées si vivement recommandées. Or, quoi qu'il n'existe pas de statistique relative à cette question, on peut affirmer que le nombre de ces malheureux qui ne revoient pas leur pays est extrêmement considérable. C'est d'ailleurs sur ce fait qu'est fondée la réputation qu'on a voulu faire à Nice d'être la nécropole des Anglais. Qu'on se rappelle à ce sujet le cri d'alarme jeté par M. Champoullion.

Il arrivait en effet que le malade, d'abord fatigué par un long voyage, puis, transporté dans un milieu nouveau et riche en influences excitantes, voyait la maladie devenir aiguë et marcher rapidement vers une terminaison fatale. Les médecins du pays observent chaque année des résultats de ce genre sur des étrangers. Ils n'en sont pas surpris, puisque c'est le plus souvent ainsi que les choses se passent chez les indigènes, chez lesquels la marche galopante ne peut être attribuée ni au changement de climat ni aux fatigues du voyage. Au reste, cette marche de la phthisie n'est pas particulière aux régions qui nous occupent. M. le docteur Rietschet, médecin principal attaché depuis longtemps à l'hôpital du Dey, à Alger, et que j'interrogeais sur ce sujet, en 1862, m'affirmait, qu'à Alger, la phthisie prenait très-souvent la marche galopante, soit sur des indigènes, soit sur des étrangers, et que les malades en général y périssaient très-vite. « Certains phthisiques, me disait-il, venant à Alger pour l'hiver, voient leur affection suspendre sa marche progressive pendant un temps plus ou moins long, quelquefois pendant une année. Ils ne manquent pas alors de faire honneur au climat de cette suspension; mais il faut reconnaître que des faits semblables sont fréquemment observés en France, et que ces mêmes malades, s'ils fussent restés dans leurs pays, auraient pu y jouir également du même bénéfice. Cette atténuation, ce sommeil de la maladie peut donc être indépendant du climat. Mais d'autres malades voient leur affection prendre la marche aiguë et devenir galopante. Dans ce cas, ils périssent au bout de deux ou trois mois; c'est ce que nous observons souvent chez les soldats. Cette influence paraît bien réellement due au climat. » M. le docteur Wahu a fait des observations semblables à Alger. « Combien de fois n'ai-je pas vu, dit-il, pendant le long séjour que j'ai fait en Afrique, des phthisiques succomber très-rapidement, qui auraient parfaitement vécu beaucoup plus longtemps s'ils n'avaient pas éprouvé la fâcheuse influence d'un climat trop excitant. »

De son côté, M. le professeur Rochard, de Lorient, s'est élevé contre l'émigration des phthisiques sur les bords de la mer, et il a été jusqu'à conclure que le *sol natal*, fût-il couvert des brouillards glacés du Nord, vaut mieux au phthisique que la chaleur dévorante des tropiques, que le ciel en apparence si bienfaisant des contrées tempérées.

Quoiqu'un autre médecin de marine, M. Garnier, ait soutenu une thèse contraire à celle qui avait été développée par M. Rochard, quoiqu'une réaction se soit élevée contre l'opinion de ce dernier, cependant celle-ci paraissait si conforme aux faits observés que, tout en tenant compte des cas reconnus heureux, on a tenté de préciser ceux dans lesquels le climat marin, et spécialement celui des Alpes-Maritimes, peut être utile et doit être préféré à un autre. De là la division des malades en deux classes : d'un côté les phthisiques éréthiques, de l'autre les phthisiques torpides, et l'on a interdit aux premiers le séjour dans ce climat beaucoup trop excitant pour eux; au contraire on l'a recommandé aux autres. Mais il arrivait encore assez souvent alors, que tel malade, considéré comme torpide, se mettait à tousser davantage et à cracher du sang après un certain temps de séjour dans une des stations des Alpes-Maritimes, qu'il prenait la fièvre, qu'il avait des hémoptysies; en un mot qu'il devenait éréthique et qu'il succombait rapidement. On s'est alors tourné vers un autre côté. Reconnaissant l'influence fatale que le caractère excitant du climat exerce quand même sur la maladie, on a cherché d'abord entre toutes les stations celle qui pouvait être la moins excitante; puis, dans une même localité, on s'est mis en quête des quartiers les plus avantageux aux différents cas. Enfin, on a créé une journée dite *médicale* ou journée des malades, se composant du temps durant lequel, sans danger, ils pouvaient être autorisés à rester au dehors, c'est-à-dire de dix à onze heures du matin jusqu'à quatre heures du soir. Hors de ce temps, il était prescrit formellement aux malades de garder la chambre. Cette règle est scrupuleusement observée par tous les Anglais et les Allemands malades qui séjournent durant l'hiver à Menton.

Eh bien, toutes ces recherches, toutes ces mesures ont été vaines, la maladie a conservé ses allures, et elle a pris aussi fréquemment qu'auparavant la marche galopante.

Ce que voyant, certains praticiens, M. Wahu entre autres, ont conseillé de n'envoyer dans les Alpes-Maritimes que les tuberculeux n'ayant pas encore dépassé le premier degré de la maladie. Notre distingué collègue, M. le docteur Durand-Fardel, a recommandé en outre de consulter à ce sujet la question d'opportunité. « Si on saisit, a-t-il dit, l'époque ou l'atténuation des accidents locaux, où leur marche, appréciée par l'auscultation, annoncent qu'ils demeurent dans un état stationnaire, qu'ils progressent le plus lentement possible, la maladie eût-elle atteint sa dernière période anatomique, alors on peut risquer sans crainte, ou du moins avec les meilleures chances possibles, ce parti, plus grave qu'on ne se l'imagine, l'envoi du phthisique au bord de la mer.

Cette affaire d'opportunité domine toute la question. Nous n'affirmons pas certainement qu'elle suffise à prévenir toutes les éventualités fâcheuses, qu'elle assure toujours des résulats favorables; nous voulons exprimer seulement que si l'on veut bien y subordonner sa conduite, on aura rempli toutes les obligations commandées par la prudence, et on aura mis les meilleures chances de son côté. » (*Gazette des Eaux*, novembre 1861).

Ces conseils sont fort sages assurément, et la plupart des praticiens s'y conforment; mais leurs espérances sont le plus souvent déjouées par les événements, attendu que jusqu'ici on n'a pas encore trouvé le moyen de doser l'excitation produite par le climat dans une mesure qui convienne à chaque malade. On s'est appliqué à parquer, pour ainsi dire, les malades dans les localités qui paraissaient réunir les conditions d'altitude, de température, d'hygrométrie, d'insolation et d'anémologie les plus opportunes pour chaque cas; il n'en arrivait pas moins, qu'à un moment donné, la maladie prenait une marche aiguë et emportait le malade.

Pourquoi donc cette terminaison rapidement fatale quand la sollicitude des familles et la science du médecin ont tout fait pour allonger les jours du malade? N'est-ce pas la conséquence de l'influence excitante du climat? Tout tend à le faire croire. « Ici, dit Fodéré, la phthisie n'est pas chronique, comme dans la Suisse, sur les bords de la Saône et en Alsace; mais je l'ai vue très-souvent se terminer dans quarante jours, et un médecin du pays que je viens de nommer serait surpris de la promptitude avec laquelle les hémoptysies se succèdent, les tubercules suppurent et les poumons se détruisent. »

La conclusion qu'il faut tirer de ce qui précède est, à mon avis, que dans l'immense majorité des cas, le médecin doit s'abstenir d'envoyer des phthisiques résider pendant l'hiver sur le littoral des Alpes-Maritimes. Assurément, en suivant les conseils de M. Durand-Fardel, et en n'y dirigeant que des malades peu impressionnables et à constitution phlegmatique, le pratitien mettra les meilleures chances de son côté; mais la difficulté non encore vaincue de réaliser le vœu de M. Blache, qui demande « qu'on gradue, qu'on mesure les doses de cet air vivifiant, qu'on le manie avec la circonspection des médicaments les plus actifs, qu'on l'expérimente en un mot, » cette difficulté, dis-je, fera toujours que, dans les cas en apparence les plus favorables, on bravera un danger qu'à un moment donné on sera incapable de maîtriser par la raison bien connue que l'homme ne jouit pas de la faculté de disposer à son gré des agents cosmiques contre lesquels, dans cette circonstance, il est forcé de lutter. Que ne peut-il les mettre dans une balance, comme un agent pharmaceutique, et en faire la dispensation suivant les circonstances et suivant les besoins du malade!

En cet état de la question, il me paraît donc plus sage de s'abstenir et d'imiter, par exemple, la conduite du docteur H. Bennett, qui conseille aux familles et aux médecins de ne pas déplacer les phthisiques parvenus à la seconde période, les assurant qu'en agissant autrement, ils contribueront à abréger les jours des patients, et que les familles en particulier s'exposeront à de grands ennuis et à faire inutilement des frais souvent très-considérables. Ces conseils, qui sont également donnés par M. Wahu, s'appliquent particulièrement aux climats marins, et plus spécialement à celui des Alpes-Maritimes.

Le séjour que j'ai fait dans ces contrées et les cas que j'ai observés me font partager sans réserve l'opinion de mes honorables confrères. J'irai plus loin; aujourd'hui, je ne prendrais pas la responsabilité de l'envoi d'un phthisique sous le climat des Alpes-Maritimes...., car il m'est démontré, comme à M. Wahu, que, loin de s'améliorer, sa position s'aggraverait, ne fût-il pas encore parvenu au deuxième degré! Il existe encore des malades à constitution éréthique auxquels il faut, sinon défendre le séjour dans les Alpes-Maritimes, du moins recommander de ne pas habiter sur les bords de la mer. Je veux parler de ceux qui sont atteints d'asthmes nerveux et de névralgies anciennes et à paroxysmes fréquents. Je n'ai rencontré aucun de ces malades qui pût résider au bord de la mer sans que les souffrances s'aggravassent dès le premier jour, ou, au plus tard, au bout de deux ou trois jours.

Ces éliminations opérées, quelles sont les maladies qui seront heureusement influencées par le climat des Alpes-Maritimes? La réponse à cette question est pressentie; ce sont celles qui réclament les influences excitantes et qui ont pour causes directes l'humidité et le froid combinés : par exemple, les maladies du système lymphatique, la scrofule et le rachitisme, les flux muqueux atoniques, les catarrhes bronchiques chroniques, les rhumatismes chroniques, l'anémie, la chlorose, les paralysies indolores, en un mot toutes les maladies où il convient d'exciter l'activité organique et de favoriser, par la seule influence des agents cosmiques, les métamorphoses qui président au double mouvement d'assimilation et de désassimilation.

Sous l'influence de ce climat d'hiver, j'ai vu le lymphatisme se modifier avantageusement et la scrofule se guérir assez rapidement. J'ai vu des diarrhées chroniques et rebelles disparaître, ainsi que des catarrhes bronchiques contractés dans des localités humides. Pour mon compte, je suis un exemple de l'efficacité de ce climat contre cette dernière maladie. J'en étais atteint depuis environ dix ans, quand je me déterminai à aller un hiver à Monaco. J'en suis aujourd'hui complétement guéri, et le rude hiver que je viens de passer à Enghien, et qui n'a pu réveiller le plus léger signe de mon ancienne maladie, montre la solidité de la cure.

Maintenant, y a-t-il une grande importance à choisir l'une des stations des Alpes-Maritimes de préférence à une autre? Je ne le crois pas. A très-peu de chose près, elles sont toutes placées dans les mêmes conditions, peu distantes les unes des autres, et ayant la même expositition générale. Il ne peut y avoir entre elles des différences notables. On ne peut constater que des nuances extrêmement légères que je résumerai ainsi d'une manière générale : Villefranche, la campagne de Monaco et Menton sont mieux abritées que Nice et Cannes contre les vents septentrionaux. Monaco a la température la plus élevée; Cannes a la plus faible. L'air de Monaco est le plus sec; celui de Menton l'est le moins. Cannes a l'borizon le plus étendu; Villefranche et Monaco ont l'horizon le plus étroit et par conséquent celui que le soleil éclaire durant le moins de temps.

Toutefois, ces nuances sont si faibles et si peu importantes qu'elles ne ne doivent pas préoccuper le médecin, et qu'il peut sans inconvénient laisser à son malade le choix de la station; car, dans chacune, il est possible de se loger de telle sorte qu'on évite ce qu'elle peut présenter d'excessif.

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 17 juin 1870.

Le procès-verbal de la précédence séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE

La correspondance imprimée comprend :

1° *Progrès de la chirurgie conservatrice dans les plaies articulaires par armes à feu*, par le professeur Cortèse;

2° *Sur une plaie du cerveau par une balle avec séjour du projectile pendant 19 ans dans le crâne*, par le professeur Cortèse;

3° *Journal de médecine mentale*, par M. Delasiauve, avril 1870.

M. BOINET. Il est dit dans le procès-verbal que M. Nélaton a introduit la main dans la cavité pectorale. Cela a-t-il été réellement possible?

M. DUROZIEZ... M. Nélaton a introduit les quatre premiers doigts de la main; je maintiens le fait, car je le tiens de la bouche même de M. Nélaton.

LECTURE

M. GILLEBERT-D'HERCOURT lit le travail suivant : *Sur le climat des stations hivernales des Alpes-Maritimes*. (Voir les numéros des 17, 20, 22, 27 septembre et 4 octobre 1870.)

M. LE PRÉSIDENT remercie M. Gillebert-d'Hercourt de cette communication; elle renferme des faits si importants qu'il y aura lieu d'ouvrir la discussion sur ce sujet.

RAPPORT

M. BRIQUET, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Gros et Blachez, lit un rapport sur un travail adressé à la Société par M. le docteur Valery-Meunier pour obtenir le titre de membre correspondant.

Ce travail est le résumé des observations médicales faites par ce distingué confrère dans les ateliers de construction des chemins de fer espagnols du Guadarrama.

M. LE PRÉSIDENT. Il sera voté dans la prochaine séance sur les conclusions du rapport de M. Briquet.

COMMUNICATIONS

M. GUIBOUT. Je désirerais consulter la Société sur le fait pathologique suivant :

Je soigne depuis environ trois mois une jeune dame, qui avait déjà reçu auparavant les soins de M. Péan. C'est une femme de 28 ans, d'un tempérament très-nerveux. Il y a 21 mois elle s'est aperçue par hasard d'une ulcération à la vulve qui, comme on va le voir, a présenté des symptômes et une marche insolites.

Cette ulcération indolore, à marche insidieuse, assez profonde, de 3 à 4 centimètres de longueur et de 4 à 5 centimètres de large, à fond grisâtre, siége à la fourchette en remontant vers la vulve. Elle s'accomapagne de tuméfaction de la glande vulvo-vaginale droite et d'un amincissement très-prononcé de la cloison recto-vaginale, où l'on remarque même un pertuis fistuleux.

M. Péan, qui vit la malade le premier, crut à un cancroïde et opéra; la malade fut envoyée deux mois dans son pays; la perte de substance commençait à disparaître grâce aux pansements et aux applications de teinture d'iode; la cicatrisation paraissait assez avancée lors du retour de la malade à Paris pour qu'elle se crût guérie. Un rapport sexuel vint rouvrir la cicatrice et tout remettre en question.

Je vis la malade avec M. Péan tous les quinze jours. Son état général était mauvais; il y avait anémie très-prononcée; nous employâmes les ferrugineux, les arsenicaux, le vin de quinquina. La malade ayant beaucoup de répugnance pour les amers, nous relevâmes l'appétit par l'emploi du vin de Champagne; elle reprit un embonpoint très-prononcé.

Contre l'état local, nous fîmes avec M. Péan des pansements variés : pendant quinze jours nous employons le vin aromatique; je m'efforce de dilater le plus possible l'ulcération, pour solliciter la montée du fond; pas d'amélioration. Une pommade composée de tannin et d'onguent de la mère ne nous réussit pas davantage. Le chlorate de potasse semble améliorer le fond de l'ulcère pendant les quinze premiers jours, puis l'amélioration reste stationnaire. J'oubliais de dire qu'on avait fait auparavant un traitement spécifique par les mercuriaux et l'iodure de potassium, traitement qui avait déterminé de l'amaigrissement et de l'anorexie. La teinture d'iode employée localement n'a eu également aucun résultat.

La plaie était-elle cancroïdale? Il n'existe pas d'induration cartilagineuse des bords comme dans le cancroïde. La médication émolliente : bains de siége, cataplasmes de fécule de pomme de terre, puis la médication excitante employée localement, tout échoue. L'état général est meilleur, mais nous n'avons obtenu aucune amélioration dans l'état local.

M. Nélaton appelé en consultation croit y voir quelque chose d'insolite; il a observé chez un homme quelque chose d'analogue à la marge de l'anus; il y avait chez ce malade une grande dépression des forces vitales et il succomba.

Ici les forces persistent, l'état général est bon.

M. DUROSIEZ. Y a-t-il eu de la tuberculose ou de la scrofule dans la famille? Cette femme a-t-elle eu des enfants?

M. GUIBOUT. Pas d'antécédents de cette nature. La malade est d'un tempérament lymphatico-nerveux; il n'existe pas d'engorgements ganglionnaires comme dans le cancroïde; la malade a un enfant de neuf ans.

M. DUROSIEZ. A-t-on employé l'huile de foie de morue à haute dose?

M. GUIBOUT. On a employé l'arséniate de soude à dose élevée; j'ajouterai qu'il n'existe aucun des caractères de l'esthiomène de la vulve qui est saine dans le reste de son étendue; l'ulcération n'est pas douloureuse. Aucune trace de phagédénisme; le calomel a été employé localement.

M. PERRIN. Je m'attacherais ici à l'idée d'un lupus. Il y a eu forme atrophique, amincissement; puis la maladie a passé à la forme ulcéreuse sans revêtir la forme tuberculeuse. Aussi conseillerais-je de modifier très-énergiquement l'état local comme on l'a fait déjà. On pourrait essayer hardiment l'emploi du chlorure de zinc, en l'appliquant partiellement et non sur la totalité de l'ulcération, de manière à la tâter, pour ainsi dire.

M. GUIBOUT. Nous devons précisément l'essayer à notre prochaine visite.

M. LAGNEAU. Je me rallie à l'opinion de M. Perrin. Il est difficile à M. Guibout de juger de la nature de l'affection, puisqu'il n'a vu la malade qu'après l'opération; je penche donc pour un esthiomène. Le chlorure de chaux pourrait peut-être réussir, en applications locales un peu énergiques, un peu caustiques. Plus tard, l'économie étant un peu rétablie, on passerait aux préparations résineuses souvent très-utiles pour établir le bourgeonnement des plaies, telles sont le baume d'Arcéus, le styrax; on laverait avec une décoction de bourgeons de sapin ou de feuilles de noyer. La seule chose qui pourrait éloigner l'idée d'un esthiomène à laquelle je me rattache, c'est ici l'absence d'induration; l'esthiomène récidive fréquemment, c'est ce que nous voyons dans la lésion décrite par M. Guibout.

M. ANTONIN MARTIN. Avez-vous essayé du perchlorure de fer?

M. GUIBOUT. Non; mais nous devons employer cette semaine la pâte de Canquoin. Nous employons, d'après le conseil de Nélaton les pansements à l'eau phagédénique qui n'occasionnent aucune douleur. Ce qui, jusqu'à présent, nous a le mieux réussi, c'est le chlorate de potasse; tout, sauf lui, a laissé à la plaie son fond grisâtre.

M. LAGNEAU. En outre des moyens que j'ai conseillés, on pourrait essayer d'un mélange d'alcool, aiguisé d'essence de térébenthine on badigeonnerait avec ce mélange, puis on enduirait d'un corps gras soluble dans l'eau, la glycérine, par exemple, dont on imbiberait un linge fenêtré; par-dessus on appliquerait un plumasseau de charpie, la compression serait utile si elle était possible.

M. DELASIAUVE. J'ai vu sur un homme un cas analogue, très-grave, très-invétéré et qui cependant a guéri. Les conditions générales étaient aussi graves que l'état local. Il s'agissait de tumeur du testicule plutôt scrofuleuse que cancéreuse. Le testicule droit, très-volumineux, était le siége d'une ulcération très-étendue, il existait un trajet fistuleux au testicule gauche. Le canal déférent des deux testicules était quadruplé de volume; les ganglions inguinaux étaient engagés et indurés. Quatre ulcérations siégeaient à la partie inférieure du scrotum, à la partie interne de la cuisse droite et à la marge de l'anus; elles étaient grisâtres, à bords mous et fongueux.

On employa, pour éviter la castration devant laquelle Lisfranc lui-même reculait, un traitement iodé *intùs et extrà*, l'état général seul s'améliora.

Le malade était atteint de cette affection depuis 3 ans; je le revis un an plus tard; l'état local était toujours le même; je fis la castration qui réussit; la plaie se cicatrisa; tout rentra dans l'ordre sauf les ulcérations qui résistaient à tous les pansements, notamment au calomel. Ce qui réussit, ce furent des lotions chlorurées et l'application d'une pommade au nitrate ou au sulfate de mercure.

Je crois que dans les plaies, l'indication importante c'est le mode de pansement lui-même; la contention, dans le cas de M. Guibout, et une compression méthodique étant très-difficiles à exercer, rendent aussi le traitement difficile.

M. ANTONIN MARTIN. Je conseillerais les pansements à l'alcool ou avec des alcoolés; on les a remis en usage, et avec raison depuis quelque temps. Je n'ai qu'à m'en louer pour mon compte. J'ai employé notamment avec beaucoup de succès un alcoolé assez complexe qu'une famille très-charitable de Bercy met à la disposition de tous les blessés qui s'adresseront à elle. Cet alcoolé, dont on a bien voulu me communiquer la formule, se rapproche beaucoup de l'alcoolé vulnéraire du codex, par lequel on peut le remplacer. Tous deux, expérimentés comparativement ont produit une cicatrisation rapide, alors que les moyens classiques avaient échoué.

M. LE PRÉSIDENT. M. Guibout nous a dit que M. Péan, croyant à un cancroïde avait opéré et que la cicatrisation avait eu lieu, mais que l'ulcération s'était reproduite, après le coït, aussi étendue qu'auparavant.

Si l'on ne peut mettre en cause un état général, du moins il existe un état profond. On a détruit les racines et peut-être pas les radicules. Les modifications de la surface de la plaie n'ont été que passagères et très-difficilement obtenues, en raison aussi, comme l'a fait observer très-judicieusement M. Delasiauve, de la difficulté de faire dans cette région des pansements exacts et méthodiquement contenus. Je crois qu'il y a encore lieu de surveiller l'état général. Il n'y a pas de plaies non modifiables si elles ne sont entretenues par un état général ou local; il y aurait lieu d'employer le fer rouge.

M. GUIBOUT. C'est une ulcération spécifique, ni scrofuleuse, ni tuberculeuse, ni cancéreuse et cependant elle est *sui generis*; il n'y a pas de racines profondes, c'est comme forme un demi-cylindre à fond grisâtre dont les bords se rapprochent quand la malade rapprochent les cuisses, et qui, dans le cas contraire, s'écartent comme les feuillets d'un livre.

M. ANTONIN MARTIN. Existe-t-il des traces de dermatoses anciennes?

M. GUIBOUT. La malade n'a jamais présenté rien de semblable.

La séance est levée à cinq heures 1/4.

Le Secrétaire annuel, Dr ANTONIN MARTIN.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

Deuxième partie.

(Du 19 septembre 1870 au 28 janvier 1871.)

19 SEPTEMBRE

I. **Blocus de Paris.** — Un train de la ligne d'Orléans, expédié hier à une heure de Paris, afin de déménager les gares d'Ablon et de Choisy, a été assailli à coups de fusils par 40 uhlans postés sur la rive droite de la Seine, en face de Choisy-le-Roi. Hier soir, les voies ont été définitivement coupées à l'endroit où elles franchissent le mur d'enceinte. (18 septembre.)

II. **Hygiène publique.** — Par décret du 18 septembre, M. Baillon professeur d'hygiène à l'Ecole centrale des arts et manufactures, professeur à la Faculté de médecine de Paris, a été nommé membre de la commission centrale d'hygiène et de salubrité instituée à l'Hôtel de Ville.

III. **Ambulances.** — Les délégués de la commission centrale d'hygiène ont accompli, hier et aujourd'hui, dans les 14e, 15e, 16e, 17e et 18e arrondissements, le travail qu'ils avaient fait vendredi sur la partie de l'enceinte continue qui fait face à l'est. La désignation des emplacements choisis pour l'établissement des ambulances de rempart est maintenant achevée. Ces locaux, où les blessés recevront les premiers soins, avant d'être conduits soit à leur domicile, soit aux ambulances centrales, suivant leur dés r, sont au nombre de 79, chiffre peu inférieur au total des bastions. La commission en adressera le tableau complet aux maires, aux chefs de corps et aux médecins.

Ces stations de secours seront promptement appropriées à leur objet et pourvues du matériel et du personnel nécessaire.

IV. **Protestation de l'Institut.** — L'Institut de France s'est réuni en assemblée générale le 18 septembre 1870. Préoccupé, au milieu de toutes les douleurs de la patrie, des intérêts qu'il a la mission de défendre, il a rédigé et publie la déclaration suivante :

« Lorsqu'une armée française, en 1849, mit le siége devant Rome, elle prit soin d'épargner les édifices et ouvrages d'art qui décorent cette ville. Pour prévenir tout risque de les atteindre par ses projectiles, elle se plaça même dans des conditions d'attaque défavorables.

« Dans notre temps, c'est ainsi que l'on comprend la guerre. On n'admet plus pour légitime d'étendre la destruction au delà des nécessités de l'attaque et de la défense; de soumettre, par exemple, aux effets de la bombe et de l'obus, des bâtiments qui ne servent en rien de lieu fort.

« Moins encore admet-on qu'il soit permis de comprendre dans l'œuvre de ruine ces monuments empreints du génie même de l'humanité, qui appartiennent à l'humanité tout entière, qui forment, pour ainsi dire, le patrimoine commun des nations cultivées, et l'héritage sacré qu'aucune ne peut anéantir ou entamer sans impiété envers les autres et envers elle-même.

« Une armée allemande, en faisant le siége de Strasbourg, en soumettant la ville à un bombardement cruel, vient d'endommager gravement son admirable cathédrale, de brûler sa précieuse bibliothèque.

« Un tel fait, qui a soulevé l'indignation universelle, a-t-il été l'œuvre d'un chef secondaire, désavoué depuis par son souverain et son pays? Nous voulons le croire. Nous répugnons à penser qu'un peuple chez lequel les sciences et les arts sont en honneur, et qui contribue à leur éclat, se refuse à porter dans la guerre ce respect des trésors de science, d'art et de littérature auquel se reconnaît aujourd'hui la civilisation.

« Et pourtant on a lieu de craindre que les armées qui entourent en ce moment la capitale de la France ne se préparent à soumettre à toutes les chances d'un bombardement destructeur les monuments dont elle est remplie, les raretés de premier ordre, les chefs-d'œuvre de tout genre, produits des plus grands esprits de tous les temps et de toutes les contrées, l'Allemagne y comprise, que renferme dans ses musées, ses bibliothèques, ses palais, ses églises, cette antique et splendide métropole.

« Nous répugnons, encore une fois, à imputer aux armées de l'Allemagne, aux généraux qui les conduisent, au prince qui marche à leur tête une semblable pensée.

« Si néanmoins, et contre notre attente, cette pensée a été conçue, si elle doit se réaliser, nous, membres de l'Institut de France, au nom des lettres, des sciences, des arts, dont nous avons le devoir de défendre la cause, nous dénonçons un tel dessein au monde civilisé comme un attentat envers la civilisation même; nous le signalons à la justice de l'histoire; nous le livrons par avance à la réprobation vengeresse de la postérité.

« Réunis en assemblée générale, comprenant les cinq académies dont l'Institut de France se compose, Académie française, Académie des inscriptions et belles-lettres, Académie des sciences, Académie des beaux-arts, Académie des sciences morales et politiques, nous avons voté la protestation qui précède à l'unanimité.

« Nous l'adressons à ceux de nos confrères qui n'assistaient pas à cette assemblée, soit qu'ils appartiennent à la France, soit qu'ils appartiennent à des nations étrangères, ainsi qu'à nos correspondants français ou étrangers; nous la leur adressons avec la confiance qu'ils y adhéreront et qu'ils y apposeront comme nous leur signature. Nous l'adressons, en outre, à toutes les académies; elle restera dans leurs archives. Nous la portons enfin, par la publicité, à la connaissance du monde civilisé tout entier.

« Baltard, président de l'Académie des beaux-arts, président de l'Institut en 1870; E. Renan, président de l'Académie des inscriptions et belles-lettres; Husson, président de l'Académie des sciences morales et politiques; Elie de Beaumont et Dumas, secrétaires perpétuel, de l'Académie des sciences.

« Pont, Pellat, Egger, Dulaurier, E. Miller, J. Desnoyers, B. Haureau, A. Couder, de Ségur, Faustin-Hélie, Lemaire, de Longpérier, A. Maury, Huilard-Bréholles, Taylor, Auber, d'Haussonville, E. Legouvé, J.-P. Rossignol, Ch. Sainte-Claire Deville, Ch. Giraud, A. Valette, L. Mathieu, A. Caussin de Perceval, C. Jourdain, Yvon Villarceau, E. Levasseur, Général Morin, Payen, de Slane, A. Cochin, H. Sainte-Claire Deville, Emile Augier, de Lafosse, de Quatrefages, E. Bersot, Roulin, Ed. Leblant, J. Dufaure, J. Pelletier, Blanchard, Chevreul, J. Sandeau, Ambroise Thomas, H. Bouley, Mignet, Guigniaut, Chasles, J. Decaisne, A. Dumont, Martinet, Vitet, Caro, Félicien David, H. Lefuel, L. Vaudoyer, H. Delaborde, Reybaud, Eug. Guillaume, Lenoir, Bussy, Liouville, Delisle, Patin, Cahours, Labrouste, Cavelier, Stan. Laugier, de Sacy, de Cailleux, Cuvillier-Fleury, Henriquel, de Wailly, Cauchy, Milne-Edwards, Baudrillart, Laugier, Barbier, B. Sainte-Hilaire, Bonnassieux, Wallon, Balard, Vacherot, Duc, Bienaymé, Pils, Ch. Blanc, Félix Ravaisson, E. Renier, Brongniart, J. Simon, Wolowski, L. Cogniet, Bertrand, Wurtz, Brunet de Presle. »

19 SEPTEMBRE.

V. **Hygiène publique.** — La commission d'hygiène et de salubrité publique a, dans sa séance de ce jour, voté d'unanimes remerciments à M. Say, raffineur, boulevard de la Gare, qui a généreusement offert à la consommation publique la libre disposition d'un puits artésien qui donne 10 millions de litres d'eau par jour. L'administration en a fait aussitôt exécuter les travaux de canalisation nécessaires, et cette énorme quantité d'eau est, dès à présent, utilement employée.

Paris vient d'admettre dans ses murs un grand nombre de familles chassées par la guerre de la banlieue et des localités environnantes. Il en résulte, dans plusieurs quartiers, un certain degré d'encombrement auquel l'administration municipale s'attache à remédier par une dissémination plus régulière de ce surcroît de population.

En attendant, la commission centrale d'hygiène et de salubrité, dans le but de prévenir les inconvénients qui pourraient résulter pour la santé publique de l'encombrement, croit devoir recommander aux habitants de la capitale les précautions suivantes :

Entretenir soigneusement la propreté du corps par des lavages et des bains. Changer suffisamment de linge et nettoyer autant que possible les autres vêtements. Eviter l'accumulation du linge sale en lavant ou donnant à laver au fur et à mesure.

Ne pas coucher en grand nombre dans la même chambre, surtout dans la pièce servant de cuisine.

Renouveler l'air des appartements en ouvrant de préférence les fenêtres exposées au soleil, et, s'il y a lieu, se couvrir de vêtements

(1) Voir le dernier numéro

chauds, afin de pouvoir aérer plus largement, sans avoir à craindre l'action du froid.

Ne jamais brûler de charbon dans un réchaud à l'intérieur des appartements, ni dans les corridors, à moins qu'on ne le place dans l'âtre d'une cheminée ou sous la hotte d'un fourneau, par où puissent s'échapper la fumée et les gaz provenant de la combustion.

Maintenir les habitations dans un état de propreté irréprochable. Balayer régulièrement les chambres, allées, escaliers, cours, etc. Nettoyer fréquemment, avec le plus grand soin, les siéges et cuvettes des lieux d'aisance, les plombs destinés aux eaux ménagères, les rigoles, ruisseaux et gargouilles. Ne point garder des viandes qui commencent à se corrompre; laisser au dehors, à l'air libre, les provisions et particulièrement les fromages, qui exhalent une mauvaise odeur.

Enfermer les ordures, débris d'aliments, résidus de cuisine, dans des seaux ou autres vases clos, pour les jeter chaque jour dans les tombereaux qui doivent les emporter.

La commission insiste sur ces préceptes de l'hygiène la plus vulgaire, parce que les populations nouvellement introduites dans la capitale, habituées à la vie de la campagne, ignorent les inconvénients de l'habitation des grandes villes.

VI. L'Académie des sciences tient séance.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 sept. 1870. — Présidence de M. LIOUVILLE.

Hygiène publique. — M. Chevreul lit la note suivante sur *la salubrité du sol et des eaux:*

J'ai remis au *Compte rendu* de cette séance (19 septembre) les conséquences de quelques *propositions générales sur l'hygiène des villes*, relativement au sol et aux eaux naturelles. En en faisant un résumé très-court, je prierai ceux de mes lecteurs que le sujet intéresse de recourir à un Mémoire sur *l'hygiène des cites populeuses*, inséré tome XXIV des *Mémoires de l'Académie*, qui fut lu le 9 et le 16 novembre 1846.

PREMIÈRE PROPOSITION.

Pour qu'un sol arable soit salubre, c'est-à-dire propre à la germination et au développement d'une plante, il faut qu'il permette à la graine et aux spongioles des racines d'avoir le contact de l'oxygène atmosphérique.

Conséquences. — Tout sol qui renferme une matière quelconque inorganique ou organique capable d'absorber rapidement l'oxygène atmosphérique du sol est contraire à la végétation, c'est pour cela que :

1º Des boues des cureurs de fossés, qui renferment du protosulfure de fer, des résidus de lavage de soude qui renferment du sulfure de calcium nuisent à la végétation;

2º Des irrigations faites avec des eaux chargées de matières organiques et très-aptes à absorber le gaz oxygène peuvent nuire à la végétation, fait qui n'est pas en opposition avec l'influence que des eaux moins chargées pourront avoir de faire verser les plantes;

3º Le drainage qui, en évacuant l'excès de l'eau d'un sol, permet à l'air d'y pénétrer à la profondeur des drains, contribuant ainsi à étendre le sol en profondeur, est favorable à la végétation.

DEUXIÈME PROPOSITION.

Les eaux naturelles ne sont salubres qu'à la condition de tenir de l'oxygène atmosphérique en solution; et ce n'est qu'à cette condition que les animaux peuvent y vivre.

Conséquences. — 1º Toute matière organique qui séjourne dans l'eau durant un certain temps la rend insalubre en s'emparant de son oxygène atmosphérique.

C'est en cela que des poissons assainissent les eaux des tonneaux des jardins, en s'emparant des matières organiques dont ils se nourrissent, et qui, autrement, en altéreraient la pureté.

2º Les plantes aquatiques verdoyantes frappées par le soleil contribuent à entretenir la salubrité des eaux, en s'assimilant, comme engrais, des matières d'origine organique, et en dégageant de l'oxygène provenant de la décomposition de l'acide carbonique; mais ces causes n'empêchent pas que des gaz délétères puissent se dégager de la boue du fond de l'eau.

3º Une eau courante, toutes choses égales d'ailleurs, est une condition de salubrité, relativement à une eau stagnante. Aussi est-ce une grande faute commise contre l'hygiène, lorsqu'on interrompt le mouvement d'un cours d'eau par des barrages et qu'on le réduit ainsi en flaques, en mares, en sections d'eau stagnante.

Un travail détaillé inédit sur les eaux de la Bièvre, commencé en 1827 et continué jusqu'à ces derniers temps, me permet de restreindre quelques conclusions trop générales qui ont été tirées récemment d'un trop petit nombre d'expériences faites à l'étranger.

4º Les matières organiques peuvent contribuer à l'insalubrité des eaux naturelles, en absorbant l'oxygène de l'acide sulfurique uni aux bases alcalines.

Telle est l'origine des sulfures de calcium, de potassium, etc., qui se forment dans des eaux que renferment des tonneaux de chêne, dont on a négligé de *carboniser* l'intérieur d'après le conseil de Berthollet.

5º Il y a nécessité que les cimetières situés sur des collines n'aient pas leur pente du côté des villes. Tel est l'inconvénient de la situation du cimetière du Père-Lachaise de Paris.

Je n'ai point parlé dans ce qui précède de l'action de la lumière sur les matières organiques que l'on a intérêt à détruire : son efficacité est prouvée par les nombreuses séries d'expériences sur la décoloration des étoffes teintes, exposées en même temps au gaz oxygène et à la lumière, ou même encore à la chaleur obscure.

Conséquences des deux propositions.

1º J'ai donné une attention toute particulière aux combustions lentes dont les matières organiques sont susceptibles sous l'influence de la lumière.

Ces combustions lentes sont une cause de salubrité, lorsqu'elles ont lieu sous cette influence dans des eaux aux dépens de l'oxygène atmosphérique qui s'y dissout incessamment. Cette combustion de la matière organique, que j'ai fait connaître il y a longtemps, par le contact de l'air libre, empêche l'infection de l'eau contenant des sulfates alcalins, qui aurait lieu si elle était privée du contact de l'air.

2º Tout ce qui s'oppose à la pénétration de l'eau aérée des pluies dans le sol est contraire à la salubrité de ce sol.

Dans les rues pavées des villes, le fer qui se détache du fer des chevaux et des roues des voitures finit par gagner les *entres* des pavés et passe bientôt à l'état d'oxyde noir magnétique. Cet oxyde devient ainsi un obstacle à l'aération du sol inférieur.

Il est remarquable, d'après mes expériences, que le fer métallique qui est en contact avec de l'eau, des matières organiques et du sulfate de chaux s'oxyde simplement, et qu'alors il ne se produit pas de protosulfure de fer.

Mais il n'en est plus de même lorsque du sulfate de chaux dissous dans l'eau avec une matière organique se change en sulfure : si celui-ci rencontre un oxyde de fer, il se produit immédiatement du *sulfure de ce métal.*

3º Le pavage des rues doit être considéré sous deux aspects différents :

Il est salubre en ce qu'il éloigne les eaux stagnantes des murs des maisons;

Il est insalubre en ce sens qu'il empêche les eaux pluviales tenant de l'oxygène atmosphérique de pénétrer dans le sol, et dès lors met obstacle à l'action salubre de ce gaz.

4º Une cause d'infection du sol relative à la disparition de l'oxygène de ce sol, est l'usage déplorable d'enterrer les conduites de gaz : car le gaz contient des huiles qui, se condensant en liquide, deviennent la cause de l'infection du sol, dès qu'il y a eu rupture, une fente dans la conduite. Je me trompe fort si l'on ne voit plus tard le triste effet de cette infection.

J'ai eu l'occasion de préserver un jardin public de la mortalité des arbres qu'occasionnait la fuite du liquide séparé du gaz circulant dans des tuyaux simplement enterrés, en conseillant à l'architecte de les placer dans des canaux en maçonnerie.

5º La salubrité d'une maison exige, sinon son isolement, du moins la libre circulation de l'air sur deux de ses faces opposées, la pénétration de la lumière dans l'intérieur des appartements et le renouvellement de l'air qui est en contact avec les murailles intérieures du rez-de-chaussée.

Dans un ouvrage inédit, je fais l'application des principes précédents aux nouvelles constructions des maisons de Paris et à la suppression des cours, des jardins et des puits.

M. Chevreul demande à ses confrères, qu'ils veuillent bien lui accorder la faculté de commencer l'impression d'un ouvrage sur la laine, comprenant *l'examen du suint et l'étude des propriétés de sa matière filamenteuse purifiée.*

L'origine de ce travail remonte à l'année 1805, et depuis quarante-deux ans il s'en est occupé d'une manière pour ainsi dire continue comme le témoignent les communications de plusieurs de ses recherches qu'il a faites déjà à l'Académie.

Cet ouvrage est le produit de toutes les recherches de M. Chevreul sur l'analyse organique immédiate appliquée à l'examen du suint.

M. Chevreul fait connaître d'une manière précise la grande différence qui distingue l'analyse organique immédiate de l'analyse minérale.

Il examine la laine au point de vue physique, chimique et physiologique, puis au point de vue de l'économie des arts, dont elle est la matière première.

Ce qui détermine M. Chevreul à demander l'impression immédiate de celles de ses recherches, qui sont terminées, c'est que son laboratoire des Gobelins sera probablement exposé aux premières bombes prussiennes, et il se reprocherait de n'avoir pas prévenu la destruction d'un travail dont la publication peut avoir quelque utilité pour la science et l'industrie, à cause des faits nombreux qu'il embrasse et du temps qu'il a consacré à lutter contre des difficultés qu'aucune de ses autres recherches ne lui a présentées.

La demande de M. Chevreul, accueillie à l'unanimité par l'Académie, a dû, conformément au règlement, être renvoyée à l'examen de la Commission administrative.

Chirurgie. — M. SÉDILLOT lit une note intitulée : *Suite des indications relatives aux amputations faites à la suite de blessures par les armes de guerre. — Suites funestes de l'encombrement et de tout ce qui s'oppose à une parfaite aération des lieux où sont reçus les blessés. — Conditions qui devront augmenter les chances de guérison; mesures proposées à cet effet.*

Haguenau (ambulances volontaires de la Société internationale des secours aux blessés), 11 septembre 1870.

L'affreuse mortalité des blessés par armes de guerre appelle l'attention de tous les amis de la science et de l'humanité, et je suis certain de la sympathie de l'Académie en vous entretenant de ce sujet. La question « de la conservation des blessés » devrait être mise et rester à l'ordre du jour des Académies et des Sociétés de médecine, et je voudrais que les propositions que j'ai l'honneur de vous soumettre pussent être adoptées ou remplacées par des dispositions mieux conçues et d'une plus complète efficacité.

L'étude du traitement et des résultats des blessures de guerre révèle douloureusement de profondes dissidences entre les hommes de l'art les plus éminents.

Le problème des amputations immédiates ou tardives, mis au concours par notre ancienne et glorieuse Académie de chirurgie, a seulement changé de termes et ce débat entre les partisans de la conservation des membres, forcés de revenir, dans beaucoup de cas, aux amputations tardives, et ceux des amputations pratiquées immédiatement, dans le but d'éviter la nécessité d'y recourir pendant la période inflammatoire. L'on n'est d'accord ni sur les cas ni sur l'opportunité des amputations. Là où les uns ont éprouvé des revers, d'autres ont obtenu des succès, et l'art, hésitant et déconcerté, poursuit une doctrine et des règles qui semblent fuir devant ses recherches.

Le perfectionnement des armes de guerre et l'aggravation des blessures n'expliquent pas ces dissidences. Une cause semblable ne saurait produire des effets différents, et la raison doit s'en trouver dans des influences variables.

Le choix des méthodes et des procédés opératoires, l'habileté des chirurgiens modifient sans doute le nombre des guérisons, mais l'expérience démontre que la part en est faible, comparativement à celle des conditions hygiéniques, si néfastes, parfois, qu'aucun blessé ne survit. N'est-il pas évident que des hommes souffrants, affaiblis, attristés, accumulés dans des espaces étroits, infects et bientôt infectieux, sans air, sans médicaments, sans linge, sans pansements, souvent sans aliments et sans eau potable, sont voués à une mort inévitable. L'ouvrage de M. le docteur Chenu, couronné par l'Académie, n'en offre que des preuves trop répétées et trop lamentables.

Une vérité fondamentale s'est fait jour et n'admet plus de discussion. Il faut placer les blessés dans des conditions hygiéniques favorables, et pour cela les disséminer. Mais comment, dans quelles proportions, sur quelle étendue de territoire, par quels moyens leur assurer des soins médicaux? Voilà ce qu'il importe d'établir. L'Amérique, dès ses premiers pas, a presque entièrement résolu ces difficultés par de magnifiques baraquements, où s'accumulaient toutes les ressources: viandes fraîches, conserves, fruits, légumes et autres aliments variés, laitage, glace, aération parfaite, pharmacies complètes, chirurgiens chargés, sans intermédiaires inutiles et par cela même dangereux, de la direction de tous les services; ordre de brûler de fond en comble ces hôpitaux improvisés, dès qu'une apparence infectieuse en compromettait la salubrité; transports et évacuations rapides par chemin de fer et bâtiments maritimes appropriés; aucun secours ne faisait défaut. Mais quelle nation européenne est capable de fournir une première mise volontaire de 400 millions pour secours à ses blessés? Il nous faut donc chercher d'autres ressources. Celles d'aujourd'hui, quoiques supérieures à celles dont on s'est longtemps contenté, sont absolument insuffisantes. Partout nous voyons des hôpitaux, des ambulances des villages et des villes encombrés. Du huitième au douzième jour, on reconnaît les lieux où séjournent les blessés, à l'odeur de suppuration et de gangrène qui s'en dégage. Quelques jours plus tard, l'infection est générale et entraîne une immense mortalité. Le personnel médical et hospitalier n'échappe pas à cette action délétère, marquée, dès le début, par des affections gastro-intestinales plus ou moins graves. Comment de malheureux blessés pourraient-ils y résister! On fait partir à pied, en voiture, en chemin de fer, les moins atteints; ceux qui le sont plus dangereusement occupent les lieux publics et les maisons offertes par le dévouement et la charité des habitants ; mais malgré ces précautions, l'encombrement est partout, et dix ou vingt mille blessés, quelquefois davantage, ne peuvent être facilement disséminés à de grandes distances. Le pays entier doit être appelé à concourir à des mesures de salut plus radicales, et les médecins civils sont seuls capables, par leur nombre, leur zèle et leurs lumières, de subvenir à de si impérieuses exigences et de compléter la médecine militaire, qui ne compte pas mille docteurs et est débordée.

En règle générale, tous les blessés sont transportables, et la preuve en est fournie par les champs de bataille, où il n'en reste pas un seul au bout de peu de jours.

Un autre fait, digne de toutes les méditations, est qu'un homme jeune, sain et bien constitué, placé dans des conditions hygiéniques favorables, échappe habituellement aux traumatismes les plus compliqués, comme la médecine de nos villages en offre de si remarquables exemples. Là est la source d'indications capitales. Larrey et d'autres chirurgiens ont signalé, avec une certaine surprise, l'état inespéré de blessés transportés à de grandes distances, en raison des nécessités de la guerre, et retrouvés en bonne voie de guérison. Le changement de lieux et une meilleure aération les avaient sauvés.

Des conditions différentes de salubrité sont donc les principales causes des succès et des revers des chirurgiens et de leurs dissidences. Si les amputations immédiates sont plus heureuses, c'est qu'à ce moment l'air n'est pas encore vicié. La mortalité des amputations faites pendant la période inflammatoire tiendrait à ce qu'elles ont lieu en pleine infection nosocomiale, et l'issue moins défavorable des amputations consécutives s'expliquerait, en partie au moins, par un commencement d'assainissement des localités, débarrassées par la mort d'un encombrement fatal.

Pour éviter de pareils désastres, assurer dans les plus larges limites le salut des blessés et ne sacrifier que les membres condamnés par une expérience unanime, nous proposons les mesures suivantes :

1º Les blessés seront assez écartés les uns des autres pour prévenir par ce seul fait la viciation des localités et de l'air ambiant.

2º A cet effet, on pratiquera dès le premier ou le second jour de la blessure les amputations et les resections que l'opinion unanime des hommes de l'art rend indispensables, et l'on appliquera le principe de la conservation, au moins provisoire, dont on fera courir les chances heureuses aux blessés, dans tous les cas où il y aura doute et hésitation.

3º Ces opérations terminées et les appareils et les bandages exigés par la nature des lésions étant placés, on dirigera sur des lieux désignés à l'avance un nombre déterminé de blessés, répartis aux distances réglementaires qui auront été fixées. Deux personnes seulement pourront occuper une même chambre suffisamment espacée. C'est un moyen de sécurité, de protection et de confiante intimité dont les malades se trouvent généralement bien.

4º Les plus longs transports seront supportés par les moins souffrants. Ceux dont l'état exige le plus de ménagements et de soins seront envoyés de préférence dans les cités universitaires.

5º Les blessés recevront leur solde de guerre jusqu'à guérison, pour alléger volontairement les charges de ceux qui les recevront, ou améliorer, comme ils l'entendront, leur situation. Tous auront la faculté de se faire transporter, sans frais à leur charge, dans leur famille ou chez les parents et les amis qui les réclameront; et dont les moyens d'installation seront reconnus favorables. Les blessés non réclamés seront placés chez les personnes qui auront offert de

les recevoir. Si cette hospitalité spontanée était insuffisante, on la rendrait obligatoire, avec des conditions de surveillance confiées à des commissions spéciales.

6° Les visites, pansements et opérations seront gratuits et le Gouvernement en règlera les honoraires, d'après un tarif général, aux hommes de l'art dont le choix sera libre. Les mêmes dispositions s'appliqueront à la fourniture des médicaments.

7° Le brassard de la Société internationale sera remis aux nobles femmes que la charité et le dévouement décideront à se consacrer aux soins des blessés. Des instructions et une organisation spéciales seront assignées à cette vaste confrérie de secours.

8° Une Commission nommée par l'Institut, l'Académie de médecine, le Conseil de salubrité de Paris et le Conseil supérieur de santé des armées établira d'urgence les règles de la dissémination des blessés; les distances à maintenir entre eux; la situation isolée et salubre des localités qui leur seront affectées; le minimum de cubage d'air reconnu indispensable; le choix, dans les villes, des maisons à proximité des places, des jardins, des espaces libres; les indications relatives au régime alimentaire, aux vêtements, aux premiers secours, aux pansements, aux opérations.

9° Les préfets, sous-préfets, maires, curés, pasteurs, médecins, membres des Conseils général et municipal, les sociétés médicales, les associations religieuses et de charité veilleront, dans les limites de leur compétence, à ce que rien de ce qui touche à la santé des blessés ne soit négligé.

10° Un rapport sur la nature des blessures, des complications et accidents, et des résultats définitifs du traitement sera fourni par le médecin traitant, et permettra, avec les renseignements officiels de l'autorité militaire, de compléter l'histoire de chaque cas particulier et d'arriver à des statistiques du plus haut intérêt pour les indications opératoires, la gravité relative des blessures et les moyens les plus assurés de la guérison.

Conclusion. — L'adoption de ces mesures nous paraît le plus sûr moyen de sauver des milliers de blessés et de prévenir une multitude de mutilations imposées à l'art par les fatales conditions d'encombrement, d'insalubrité et d'insuffisance de soins que déplorent l'humanité et la science.

M. DUMAS donne connaissance de la lettre suivante, que lui adresse M. Edm. Becquerel.

« Mon père me charge de vous prier d'exprimer à ses confrères ses plus vifs regrets de ne pouvoir se réunir à eux dans de si graves circonstances. Absent de Paris depuis plusieurs mois, sa santé s'est trouvée altérée dans ces derniers temps, et des atteintes répétées de dyssenterie l'ont beaucoup affaibli. Ce motif me retient près de lui, d'autant plus qu'un avis de la préfecture nous a annoncé l'envahissement prochain de notre département. Je vais me joindre à la garde nationale pour la défense de notre territoire, et ici, comme par toute la France, il y a un grand élan patriotique.

« Chatillon-sur-Loing (Loiret), ce 16 septembre 1870. »

Après avoir donné lecture de cette lettre, M. DUMAS fait, à l'occasion de l'absence du vice-président de l'Académie, la communication suivante :

Dans les circonstances où nous nous trouvons, l'absence de notre honorable vice-président, M. Coste, pouvant être remarquée, je regarde comme un devoir de rappeler à nos confrères qu'elle est due à la longue et grave affection qui l'éloigne de nous, et qui, malgré une amélioration sensible ne lui permet pas de reprendre encore le cours de ses occupations et de nos travaux communs. J'ai eu récemment encore l'occasion d'apprendre de ses nouvelles par un membre de sa famille, et de lui faire connaître une fois de plus tout l'intérêt que l'Académie porte au rétablissement de sa santé.

La séance est levée à 4 heures et demie.

(A suivre.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Un de nos confrères nous communique le fait suivant :

« Permettez-moi de vous signaler une réquisition faite par les Prussiens, et qu'un journal de médecine peut presque seul insérer.

« La ville de Mulhouse a été frappée par l'armée prussienne d'une réquisition de seringues à injection et de plusieurs kilogrammes de copahu.

« Un officier d'état-major est venu en grande tenue et en gants blancs présenter cette réquisition au conseil municipal. Le copahu a été livré quelques jours après.

« L'histoire enregistrera les hauts faits des Prussiens », vient de déclarer le roi-empereur Guillaume dans son discours au parlement allemand. »

AVIS

Avec le n° 113 (29 septembre 1870) se termine la collection de ceux de nos souscripteurs dont l'abonnement expirait le 30 septembre dernier.

Nous prions très-instamment nos confrères de vouloir bien nous adresser le montant de leur renouvellement en un mandat sur la poste à l'ordre du Directeur de la *Gazette des Hôpitaux*.

Ce mode de payement est le plus *sûr* et le plus *économique*.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Le journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — De la conservation des doigts plus ou moins complétement séparés accidentellement (Dr Bérenger-Féraud). — ACADÉMIE DES SCIENCES. — Chronique et nouvelles. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 28 mars 1871.

DE LA CONSERVATION DES DOIGTS
PLUS OU MOINS COMPLÉTEMENT SÉPARÉS ACCIDENTELLEMENT (1)

Par le Dr BÉRENGER-FÉRAUD
Médecin principal de la Marine.

OBS. XLI. — *Fait du docteur Ripoul* (*Moniteur des hôpitaux*, 1857, p. 35 ; *Annuaire de Wahu et Jamain*, 1858, p. 242).

Plaie contuse du gros orteil, fracture de la deuxième phalange. Séparation presque complète de l'extrémité.
Enfant de 7 ans.
Réunion immédiate.
Abcès.
Guérison parfaite.

OBS. XLII. — *Fait du docteur Ripoul* (*Moniteur des hôpitaux*, 1857, p. 35; *Annuaire de Jamain et Wahu*, 1858, page 246).

Jeune homme de 20 ans.
Plaie contuse de l'extrémité du médius droit. Fracture de la troisième phalange. Séparation presque complète de l'extrémité du doigt.
Réunion; bandelettes.
Guérison parfaite.

OBS. XLIII. — *Fait du docteur Symon de Villeneuve, médecin aide-major de l'armée.* (Observation adressée au Conseil de santé des armées en 1866)

Extrémité du pouce tranchée par un coup de hache. Réunion. Guérison.

OBS. XLIV. — *Fait du docteur Sosso* (*Bulletin général de thérapeutique*, t. LIX, page 135).

Garçon de 11 ans ayant le petit doigt pris entre une cloche et la muraille, le doigt presque entièrement séparé ne tient plus à la première phalange que par un petit lambeau de tégument.

Deux attelles de carton. Fomentations avec une infusion tiède d'arnica. Guérison parfaite avec conservation des mouvements.

OBS. XLV. — *Fait du docteur Smith, North american Archives* (*Baltimore*), mars 1835. (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1835-36-38.)

Un ouvrier fut blessé au pouce par une scie circulaire. La phalange fut divisée à peu de distance de l'articulation métacarpienne, et le doigt ne tenait plus à la main que par un étroit lambeau de peau dans lequel était une artère collatérale; néanmoins le morceau était froid et exsangue.

Quatre points de suture, bandelettes. Dès le lendemain la circulation est rétablie. Suppuration. Élimination de plusieurs esquilles osseuses. Enfin guérison, mais le pouce n'a pas recouvré sa force primitive.

OBS. XLVI. *Salmon* (*De artium amput. rara admittenda*, 1777, Velpeau, t. II, p. 310).

Morsure d'âne, qui détache l'index presque en entier. Réunion. Guérison.

OBS. XLVII. — *Fait de Théden* (*loc. cit.*, p. 104).

Un bombardier reçut un coup de sabre sur la main; le second doigt était coupé à la première phalange dans son articulation avec l'os du métacarpe. La plaie fut lavée avec de l'eau chaude; on réunit les bords avec des bandes d'emplâtre; le doigt fut soutenu par des languettes et des attelles étroites. Je couvris la plaie de plumasseaux imbibés d'eau d'Arquebusade. On eut soin d'arroser le bandage de cette même eau et de l'entretenir toujours humide. Les os se réunirent, le malade fut guéri dans l'espace de trois semaines, à la roideur de l'articulation près, qui subsiste encore après la guérison.

OBS. XLVIII. — 1er *fait de Thomson* (*De l'influence, etc.*, Velpeau, *Médecine opératoire*, t. Ier, p. 609).

Le cinquième orteil reprit très-bien, quoiqu'il ne tînt plus que par un petit lambeau cutané.

OBS. XLIX. — 2e *fait de Thomson.* (Velpeau, *Médecine opératoire*, t. Ier, p. 609).

Le bout du doigt auriculaire, qu'un léger pédicule empêchait seul de tomber, se réunit également bien chez une personne que le même auteur voulait en débarrasser.

OBS. L. — *Fait de Wigorn.*

Masse musculaire du pouce gauche d'une jeune fille séparée avec un couteau. Réunion parfaite en quelques jours.

OBS. LI. — *Fait de Velpeau* (*Médecine opératoire*, t. Ier, p. 610).

Un garçon charcutier reçoit un coup de tranchet sur la main, le médium et l'auriculaire tombent à l'instant sur leur face palmaire, et une hémorrhagie abondante a lieu. Arrivé près du jeune homme au bout d'une demi-heure... réunion, guérison.

OBS. LII. — 2e *fait de Velpeau* (*Médecine opératoire*, t. Ier, p. 620).

Pareil accident était arrivé à un chirurgien de Paris. Le lambeau de tégument tenait encore à un filament d'épiderme. Il était quatre fois moins large que celui de M. Gorsse. (Voir 2e catégorie, observation XXXII).

OBS. LIII. — *Fait du docteur Vautrain* (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1843, p. 151, avril).

Le 25 juin 1842, Laure, 22 ans, coup de de faucille coupant l'auriculaire gauche à la première articulation phalangienne, le doigt ne tenant plus que par un lambeau de peau de la face dorsale. Application de tabac et de terre sur la plaie. Enfin, quelques heures après, M. Vautrain fait un pansement méthodique. Réunion avec des bandelettes; un peu de suppuration; élimination d'une petite esquille. Le 25 juillet, guérison complète; seulement le doigt était ankylosé.

OBS. LIV. — *Fait personnel cité en note dans un travail où j'étudie les cas de séparation de la langue* (*Gazette des hôpitaux*, 1870, p. 210).

B. — CAS OU LA DIVISION ÉTAIT COMPLÈTE.

OBS. I. — *Fait de William Balfour, d'Édimbourg* (*Bibliothèque de médecine britannique*, n° 1, p. 8 et suiv.).

Le 10 juin dernier, deux hommes se présentèrent chez moi, vers les onze heures du matin. L'un d'eux, Georges P..., menuisier en bâtiments, venait de se couper le doigt indicateur. Je lui demandai ce qu'était devenu la partie amputée; il me répondit qu'elle était probablement restée dans l'endroit où l'accident était arrivé. Son compagnon, Thomas R..., partit sur-le-champ pour aller la chercher. Pendant son absence, j'examinai le moignon, et je vis que le coup s'était étendu obliquement de l'extrémité supérieure de la seconde phalange du côté du pouce, à la base de la troisième phalange. La partie amputée, mesurée soigneusement, était de dix-huit lignes du côté du pouce et de douze de l'autre. La blessure avait été faite par une hache.

Environ cinquante minutes après son départ, Thomas R... revint avec le doigt; il était froid et décoloré. Je fis observer au docteur Reid, qui était présent, qu'à la vue et au toucher, il offrait l'apparence d'un morceau de suif.

Sans perdre un instant, je versai de l'eau froide sur les deux surfaces pour détacher le sang de l'une et l'ordure dont l'autre était couverte; après quoi, je les réunis aussi soigneusement qu'il me fut possible.

Je m'efforçai de faire partager au blessé mes espérances, en lui racontant la guérison de mon fils. J'ajoutai que, si même l'adhésion n'avait pas lieu, il ne pouvait en résulter aucun inconvénient, tandis que, dans le cas contraire, la difformité serait beaucoup moindre. Qu'à moins qu'il n'éprouvât de fortes douleurs et qu'il ne s'exhalât de l'appareil une odeur fétide, il ne fallait point ôter le bandage d'une semaine entière, et qu'il était nécessaire, pendant ce temps, de tenir le bras en écharpe et de s'abstenir de toute espèce de travail. Il promit d'observer soigneusement ce que je lui prescrivais, et revint chez moi le lendemain. Il n'avait ressenti aucune douleur extraordinaire; mais la blessure continuait à saigner. Je l'engageai à ne point s'alarmer et à revenir me voir tous les jours. Je ne le revis cependant que le 4 juillet. Je l'avais entièrement perdu de vue, lorsque le 2 juillet, on me donna de ses nouvelles. L'accident était du 10 juin. Le 12, le blessé, voyant qu'on se moquait généralement de l'espoir que je lui avais inspiré de conserver son doigt, fut consulter un autre praticien qui, sachant quelle avait été mon opinion, crut devoir refuser de lever l'appareil; mais le menuisier, persuadé (suivant ses expressions) qu'il ne faisait que *porter un morceau de chair morte,* insista tellement que le bandage fut détaché. Heureusement la nature ne s'était point assoupie, et l'adhésion avait eu lieu. J'appris ces détails le 2 juillet, et le 4 je vis mon malade. La réunion était complète, le doigt était parfait, et la partie amputée avait regagné la chaleur et la sensibilité. Pendant la guérison, la peau se détacha, et l'ongle tomba; mais je ne doute pas qu'ils ne se régénèrent (1).

OBS. II. — *Fait de Beau* (*Archives générales de médecine*, 2e série, t. IV, p. 472-1834).

Le 7 septembre 1833, à six heures et quart du matin, la nommée Marianne D..., fille de service de la section des épileptiques, à la Salpêtrière, âgée de 41 ans, remarquable par son tempérament sanguin et une expression toute virile de la physionomie, se tranche, avec un couteau, la partie supérieure du pouce gauche, et l'extrémité séparée est lancée à distance. Syncope. Un élève en pharmacie, M. Soutenot, panse la malade avec de la charpie sans songer à réunir l'extrémité du pouce. M. Beau, arrivant pour passer la visite, voit que le fragment qu'on lui donne, plié dans un morceau de papier, et qui est oblique, prenant de la partie muqueuse de l'angle à la face dorsale et allant plus bas vers la face palmaire, est coupé très-nettement, quoique commençant par une partie de la phalangette; il a l'idée de tenter la réunion, fait dépanser la malade, arrête une petite hémorrhagie artérielle en trempant la main dans l'eau froide, lave à l'eau tiède l'extrémité séparée du pouce qui est pâle, froide, exsangue et couverte de poussière, la réapplique; bandelettes de diachylon en cuirasse. Le fragment était resté séparé pendant environ une demi-heure.

Dans la journée, douleur pulsative et un peu de fièvre. Le 8, augmentation de ces phénomènes qui durèrent le 9 septembre, et la santé redevient parfaite.

Le 15, M. Beau fait le pansement. Il trouve un peu de sang noirâtre putréfié et fétide sous les bandelettes; mais le bout du doigt a repris les adhérences; l'ongle et l'épiderme sont noirs. Bain local de vin chaud.

Le 20, l'ongle et l'épiderme sont enlevés; il y a un épiderme de nouvelle formation au-dessus. La phalangette paraît devoir se nécroser.

Le 22, M. Beau extrait la phalangette.

Le 23, il constate, à l'aide d'une barbe de plume, que la sensibilité est parfaite dans la partie réappliquée.

Le 27, la cicatrice est complète. Marianne reprend son service.

Le 2 décembre, l'ongle a repris sa longueur. La phalange est un peu moins longue que sa congénère. Trace linéaire de cicatrice.

OBS. III. — *Bertrand* (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, t. III, p. 384).

Dame qui, en découpant une volaille, se divise le pouce gauche entre les deux phalanges. La portion séparée tombe sur la table. M. Bertrand la lave avec un mélange d'eau, de vin et de sucre. Réunion par première intention. Huit jours après, guérison.

OBS. IV. — *Bossu, d'Arras* (*Journal de médecine, chirurgie, pharmacie*, t. XXXIII, p. 178).

Antoine. N..., accomodant un coin de bois avec une serpe, s'ampute obliquement le pouce de la main gauche, un peu au-dessus de l'ongle. L'articulation de la première avec la deuxième phalange est ouverte à sa partie interne. Le morceau, totalement séparé, était dans la poche du blessé, couvert d'ordure et de miettes de pain. On le lave dans du vin tiède. Application, pansement à l'eau-de-vie. Le trentième jour, le doigt se dépouille de l'épiderme et de l'ongle comme un doigt de gant. Guérison. Le tact est imparfait.

OBS. V et VI. — *Deux faits de Barthélemy* (*Journal hebdomadaire universel*, t. V, p. 15. Velpeau, *Médecine operatoire*, t. Ier, p. 619.

Portion de doigt séparée accidentellement. Réunion. Guérison.

OBS. VII. — *Fait de M. Després* (*Travail de Beau, Archives générales de médecine*, 2e série, t. IV, p. 472, 1834).

M. Després a communiqué à Beau un fait très-semblable au précédent, qu'il avait recueilli dans le service de Dupuytren, à l'Hôtel-Dieu. Il s'agissait d'un indicateur gauche coupé dans l'articulation de la dernière phalange chez un garçon tonnelier. M. Després le réappliqua; mais Dupuytren, ne croyant pas à la possibilité de la réunion, le décolla accidentellement. Le dixième jour, il s'en écoula du sang en certaine quantité, preuve que la vie y était revenue.

OBS. VIII. — *Fait du docteur Denny* (*Bulletin général de thérapeutique*, t. XXXVIII, p. 42).

Un homme qui coupait de l'herbe avec une faucille, se fit à la main gauche une entaille très-profonde. L'instrument, qui avait

(1) Suite. — Voir les numéros des 8, 10 et 22 septembre 1870.

(1) Le docteur Balfour a cru devoir joindre à ces observations les attestations juridiques qui en constatent l'authenticité.

glissé sur la face interne du pouce et la face externe de l'index, avait détaché du pouce une portion de l'ongle, les téguments, les muscles et une petite partie de la phalange; à l'index, un lambeau tégumentaire et musculaire seulement. Ce lambeau était resté par terre pendant deux heures. Il fut réappliqué quatre heures après l'accident par le chirurgien, M. Denny, qui le trempa d'abord dans l'eau tiède et le maintint en contact avec le collodion et des bandelettes agglutinatives. Immédiatement après cette application, les douleurs cessèrent; la réunion a été parfaite et presque sans cicatrice. (*The Lancet*, 1850).

Obs. IX. — *Fait de Bayley, de Thelford* (*Bulletin de la Société anatomique*, t. V, p. 93).

Un doigt séparé de la main pendant plus d'une heure et demie. Réappliqué avec succès.

Obs. X. — *Fait de Bonn, d'Arras* (*Bulletin de la Société anatomique*, t. V, p. 94.)

Thomson dit que Bonn, chirurgien à Arras, avait rapporté l'observation d'un doigt dont l'extrémité se réunit après avoir été totalement séparée. Il ajoute connaître un nombre considérable de faits analogues.

(*Sera continué.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 20 mars 1871. — Présidence de M. Faye.

Mémoires et communications des membres et des correspondants de l'Académie.

M. Mathieu présente à l'Académie, de la part du Bureau des longitudes, l'*Annuaire* de l'année 1871. Le bureau se mettait en mesure de le publier dans le courant de l'année dernière 1870. Mais, au milieu des malheurs qui sont venus accabler la France, on a été forcé de suspendre l'impression de l'*Annuaire*; on n'a pu la reprendre qu'après le bombardement de Paris.

M. P. Thenard demande la parole et s'exprime comme il suit : Depuis le jour de ma libération, mon plus ardent désir est de venir apporter à l'Institut l'expression de ma profonde reconnaissance pour la protestation faite, en termes si élevés et si flatteurs, par un de nos plus illustres confrères, à l'occasion de ma capture par les Allemands et de mon internement à Brême.

Ce qui a le plus frappé, c'est que ceux qui faisaient cette protestation souffraient eux-mêmes des rigueurs d'un siége déjà très-long, qui non-seulement menaçait leurs personnes et leurs familles, mais détruisait encore quelques-unes de nos collections scientifiques les plus précieuses.

Que l'Académie daigne accepter l'expression de ma profonde gratitude.

Acclimatation. — M. le général Morin lit une note intitulée : *Sur les progrès de l'acclimatation du* quinquina *officinalis à l'île de la Réunion.*

J'ai fait connaître à l'Académie, dans sa séance du 27 décembre 1869, les premiers résultats des essais du *quinquina officinalis* à l'île de la Réunion, entrepris par mon fils et par M. le docteur Vinson, à l'aide de graines dont les premières m'avaient été remises, le 26 mars 1866, en séance, par M. Decaisne.

Ces essais se continuent avec succès par des envois successifs de graines que j'ai obtenues principalement de l'obligeance du savant M. Van Gorkum, directeur des cultures à Batavia, et par l'intermédiaire de M. Duchesne de Bellecour, consul général de France à Batavia, et de M. Auber, vice-consul à Pointe-de-Galles.

La dernière malle de la Réunion m'a apporté l'état suivant des cultures, à la date de janvier 1871.

RELEVÉ DES PLANTATIONS DE QUINQUINA A L'ILE DE LA RÉUNION PROVENANT DES GRAINES INTRODUITES PAR M. ED. MORIN.

A Salazie, à 1,200 *mètres d'altitude.* — 2 pieds de *cinchona officinalis*, qui ont pu être sauvés par M. Vinson, du premier semis, en mai 1866, viennent à merveille, et ont atteint 5 mètres de hauteur.

Ce qui semble prouver parfaitement leur complète acclimatation, c'est que, pour la première fois, ils sont en ce moment couverts de fleurs. Il n'est pas probable que, cette année, les fleurs soient fécondées; mais l'on peut espérer que, dans un an, on pourra commencer à récolter des grains. Les pieds ont actuellement quatre ans et sept mois.

Ilet à Guillaume à 1,000 *mètres d'altitude.* — 2 pieds de *cinchona officinalis*, qui ont quatre ans et demi. Ils sont d'une très-belle venue et atteignent 4 mètres de hauteur.

35 pieds de *cinchona calisaya*, qui viennent parfaitement. Ils sont âgés de deux ans et demi, et ont en moyenne 70 centimètres de hauteur.

Observations. — Quelques boutures ont été faites dernièrement, en en prenant les sujets sur les cinchonas les plus âgés. Elles viennent à merveille, ce qui prouve que le climat et l'altitude leur conviennent; on va multiplier les boutures cette année, puisque ce mode de reproduction réussit bien.

Au Brûlé, à 1,200 *mètres d'altitude.* — 2 pieds de *cinchona calisaya*, ayant près de trois ans et demi, ont 2 mètres de hauteur.

Au jardin de la Société d'acclimatation. — 111 pieds de cinchona des variétés *calisaya* et *officinalis*, ayant sept mois, ont été distribués à des propriétaires des parties hautes de l'île.

A Saint-Leu, à 1,200 *mètres d'altitude.* — 6 pieds de *cinchona calisaya*, ayant deux ans et demi et 2 mètres de hauteur.

45 pieds de *cinchona calisaya*, ayant sept mois, atteignent en moyenne 15 centimètres de hauteur.

Au Brûlé, à 800 *mètres d'altitude.* — 31 pieds de *cinchona calisaya*, ayant sept mois et venant bien.

On croit cependant que cette altitude n'est pas suffisante, et l'on se propose de les transplanter plus haut.

Total : 234 pieds.

Cet état démontre suffisamment que l'acclimatation du précieux végétal dans l'île de la Réunion doit être considérée comme une question résolue.

J'ajouterai que des envois de graines ont été faits par M. Ed. Morin au consul de France, à Madagascar, pour propager aussi le *cinchona officinalis*, dans cette île dont le littoral est rendu si insalubre par les fièvres paludéennes, et pour placer ainsi le remède à proximité du mal.

Zoologie. — M. Roulin lit la note suivante : *Des habitudes qui rendent l'espèce ovine propre au genre de service qu'en ont su tirer, pour l'une des opérations qu'embrasse la culture des céréales, les habitants de l'ancienne Égypte.* (Complément à la note du 2 janvier 1871.) On travaille tout aussi réellement à perfectionner une science en y détruisant d'anciennes erreurs qu'en y faisant briller des vérités nouvelles, quoique de ces deux genres de service le premier concourre au but commun pour une part depuis longtemps assez faible et qui deviendra moindre à mesure que l'épuration s'approchera plus d'être complète.

Il n'en était pas tout à fait de même à l'époque de la Renaissance, quand la double tâche était dévolue aux mêmes hommes qui s'y livraient avec une égale ardeur.

Insensiblement, toutefois, les travailleurs, c'est des zoologistes seuls que je parle, se tournèrent de préférence vers l'une ou l'autre direction, et enfin se trouvèrent comme parqués en deux camps. Dans l'un on soutenait qu'une science qui avait pu se glorifier d'un nom comme celui d'Aristote, d'un livre comme l'*Histoire des animaux* s'était dès lors fait sa place dans l'histoire de la civilisation, de sorte que, quelque tristes que pussent avoir été depuis ses défaillances, ses archives devaient être sauvées d'une destruction complète; et c'est dans cette vue qu'ils réunirent tout ce qui, dans les écrits des anciens parvenus jusqu'à nous, se rapportait à l'histoire des animaux. Cela ne put se faire sans une vaste lecture, sans des connaissances littéraires très-étendues et secondées par une sagacité qui fit de vrais prodiges dans la restitution des textes souvent altérés à un point dont aujourd'hui nous nous faisons difficilement une idée.

Dans ce camp, toutefois, l'activité ne tarda pas à devenir moindre, tandis que dans l'autre elle allait toujours croissant et bientôt les observations, en se multipliant, eurent donné à la science une face nouvelle; ce n'était qu'une renaissance, mais bien des gens y voulurent voir quelque chose de plus. Si les mieux informés ne renoncèrent pas formellement à l'héritage de leurs devanciers, c'était, on l'eût cru volontiers, pour s'éviter la peine d'en faire l'inventaire. Ils s'en étaient, à leur insu, approprié quelques parties qu'ils croyaient appartenir au fond nouveau, les ayant reçues de la tradition orale, bien qu'ils eussent pu les retrouver dans les écrits des anciens; or si quelque critique, les leur faisant apercevoir, y signalait des erreurs à corriger, ils en éprouvaient une certaine impatience qui les rendait fort exigeants; car, non-seulement, ils voulaient que l'erreur fût rendue palpable, et jusque-là ils étaient dans leur droit, mais il fallait qu'on leur dît quand et comment elle était née, et ce qu'il y avait à faire pour tirer un sens raisonnable d'un texte vicié.

C'est bien en effet cette restitution du texte que le critique serait heureux de leur pouvoir faire accepter et considère comme le couronnement de son travail : c'est ce but qu'il a toujours en vue; mais, bien que le plus souvent les érudits des seizième et dix-septième siècles lui aient aplani une partie du chemin, il n'arrive pas toujours jusqu'au bout. La bonne leçon qui devra être substituée à la mauvaise ne se présente pas à son esprit en temps opportun, et il doit attendre que quelque heureux hasard vienne la lui suggérer (1). On peut attendre longtemps, et j'en sais quelque chose, ayant longtemps désespéré de trouver celle que j'ai proposée dans ma note du 2 janvier dernier, et, comme je l'ai dit, j'ai eu besoin, pour franchir ce dernier obstacle, d'une impulsion venue du dehors.

J'avais eu, il y a une vingtaine d'années, à m'occuper d'un travail d'ensemble sur le genre porc, destiné au *Dictionnaire universel d'Histoire naturelle*, alors en voie de publication (2). Afin d'être sûr de n'oublier aucune indication importante, je lus avec attention dans Gesner (*De Quadrup.*) les cinquante-huit pages in-folio où cet infatigable et judicieux compilateur a réuni et classé les renseignements relatifs au cochon domestique et au sanglier de nos forêts. Il n'avait pas oublié ce qui s'était écrit sur l'intervention du porc dans la culture des céréales en Egypte, mais il la mentionnait en sept lignes seulement, qui comprenaient jusqu'à la supposition au moyen de laquelle Calcagnini avait essayé de rendre la chose moins invraisemblable.

Comme Gesner ne discute point les opinions des auteurs dont il fait des extraits et se contente de leur donner plus ou moins de développement selon le degré d'importance qu'elles lui paraissent avoir, son laconisme est ici tout à fait significatif. Il ne nomme point à ce propos Hérodote, peut-être par respect pour ce grand nom, servant à propager une notion suspecte; de Pline, il ne cite qu'une phrase dans laquelle il est dit que si la pratique en question a existé autrefois, il est du moins constant qu'elle a été depuis longtemps abandonnée.

Je me rappelais très-bien ce passage, et de plus une expression singulière, une attribution servant à caractériser le Nil, « faisant ici, pour le propriétaire du champ, les fonctions de valet de labour » (*Nilus vice coloni vice fungens*; lib. XVIII, cap. 47); dès lors, je compris qu'il importait de savoir si Hérodote, quand il est question dans son livre des cultures égyptiennes, ne se préoccupe pas beaucoup plus du travail exécuté par le fleuve que du loisir laissé au campagnard.

Vérification faite, il me parut que tel était bien le cas; le passage relatif à l'enfouissement des semailles par le parcours d'un troupeau d'animaux domestiques, qui se lit au chapitre 14 (et non chapitre 4, comme je l'avais écrit par inadvertance), intervient presque accidentellement, et au milieu de considérations sur le régime du fleuve qui en sont à peine interrompues. Elles font partie d'une description du pays, d'une géographie physique qui ne comprend pas moins de 30 chapitres, les chapitres 5 à 35.

Il y a 132 chapitres; c'est donc à peu près le quart du nombre total, et si l'on compte les pages, la proportion s'élève à un cinquième.

Cette étendue aurait de quoi surprendre, si l'on ne voyait que l'auteur attribue une influence très-grande, et certainement exagérée, à la configuration du sol qui, suivant lui, expliquerait les différences et les contrastes qui existent sous le rapport des usages, des mœurs et des institutions entre l'Egypte et les autres pays (c'est ce qu'il dit formellement au chapitre 35) (1).

Il y a plus loin quelques chapitres consacrés aux animaux domestiques; mais ce n'est pas au point de vue économique qu'il les considère, c'est au point de vue religieux, indiquant ceux qui sont consacrés à diverses divinités, ou qui peuvent leur être offerts en sacrifice; le porc lui-même a sa place dans le rituel; il était immolé dans une occasion déterminée, malgré l'horreur profonde qu'il inspirait à tout Egyptien de race pure. On remarquera dans le chapitre 47, exclusivement consacré à cet animal, le passage suivant qui porte plus spécialement sur la question qui nous occupe.

« Les Egyptiens regardent le porc comme un animal immonde, au point que, si quelqu'un touche en passant un de ces animaux, ne fût-il que le frôler du bord de son vêtement, il court sur le champ vers le fleuve et s'y plonge. Les hommes qui font métier d'élever des porcs sont les seuls, *de tous ceux qui naissent en Egypte*, auxquels il soit interdit d'entrer dans les temples; et, comme personne ne veut ni leur donner une de ses filles en mariage, ni épouser une des leurs, ils sont obligés de se marier entre eux. »

Les mots soulignés, *tous ceux qui naissent en Egypte*, désignent, outre les porchers, qui n'ont dû jamais être bien nombreux, une population considérable établie plus ou moins longtemps dans le pays, où elle menait, à ce qu'il paraît, une vie assez laborieuse, mais où elle n'était pas méprisée au point de se voir interdire l'entrée des temples. C'est cette partie de la population que semble désigner l'historien quand il parle (chap. 92) des habitants des provinces voisines de la mer. Pour lui, ces provinces forment une région agricole caractérisée par un certain nombre de plantes alimentaires qui, pour la plupart, naissent dans l'eau. Dans une seconde région qui comprend tout le reste du pays, la culture dominante et pour ainsi dire exclusive est celle des céréales, et, à quelques expressions employées par l'auteur, on serait porté à croire que la population y était pure de tout mélange avec l'étranger. C'est du moins ce qu'il paraît naturel de conclure du passage suivant par lequel débute le chapitre 77.

« Parmi les Égyptiens, ceux qui habitaient la région où l'on sème οἱ μὲν περὶ τὴν σπειρομένην Αἴγυπτον οἰκέουσι, sont très-soigneux de conserver le souvenir des événements, et me paraissent, de tous les peuples que j'ai connus, les plus instruits en faits historiques. »

Ces hommes ne conservaient sans doute avec un soin si jaloux l'histoire de leurs ancêtres, que parce qu'ils en conservaient les croyances, parce qu'ils avaient toujours persévéré dans les mêmes pratiques, et c'est à la même conclusion qu'on arrive après avoir lu tout ce qu'Hérodote nous apprend à cet égard dans les dix chapitres suivants.

« Telles sont, dit-il (chap. 92), les principales coutumes des Égyptiens qui habitent au-dessus de la partie marécageuse du pays. Ceux qui habitent les marais ont à peu près les mêmes usages, si ce n'est qu'ils n'épousent qu'une seule femme, comme les Grecs. Du reste, les plantes qui leur fournissent les aliments sont l'objet d'une culture toute particulière.... »

Cette culture, bien qu'aux mains d'hommes qui, au temps d'Hérodote, étaient pour la plupart de race étrangère, existait longtemps avant leur arrivée, puisque deux des trois espèces de plantes alimentaires, mentionnées par l'historien, n'étaient point, comme il le croyait, originaires de l'Égypte, mais y avaient été apportées de pays lointains, à une époque qui se perd dans la nuit des temps; on peut croire même que si elles continuaient à y être cultivées, c'est qu'elles étaient protégées par les idées religieuses qui n'avaient pas été étrangères à leur introduction. Quand l'antique religion eut été remplacée par une autre, les deux plantes importées, le *nelumbo* et le *papyrus*, disparurent de la vallée du Nil (2).

(1) Même quand il n'obtient qu'un demi succès, le critique peut se consoler d'ordinaire en pensant que sa peine n'a pas été absolument sans fruit, et qu'elle a jeté quelque lumière sur la question. Dans le cas où la solution est complète, elle se présente quelquefois comme une révélation soudaine, après des efforts qui semblaient devoir rester impuissants, mais qui ont réellement agi à l'insu même de celui qui les a continués courageusement. Il se passe là quelque chose d'analogue à ce que les métallurgistes nomment l'*éclair*, quand ils nous parlent de la manière dont se forme la litharge ou plutôt dont s'obtient l'argent contenu dans le plomb d'œuvre. Le métal soumis à l'action de l'air et de la chaleur reste couvert d'une couche pulvérulente que le vent balaye incessamment, mais qui se renouvelle de même, de sorte que l'opération semble ne point avancer. A un certain moment, cependant, il ne reste plus à la surface qu'un mince voile grisâtre qui, se déchirant tout à coup, donne lieu à une sorte de fulguration, et l'argent vierge apparaît dans tout son éclat.

(2) Une partie seulement de ce travail a été utilisée pour l'article *Babiroussa*, imprimé en 1849 dans le deuxième volume de ce dictionnaire.

(1) Placés sous un ciel si différent du nôtre, habitant un pays traversé par un fleuve d'une nature si différente de tous les autres fleuves, les Egyptiens ont dû se donner des lois et des institutions opposées à celles des autres peuples (Chap. 35).

Parmi les contrastes qu'il signale entre les usages des Egyptiens et ceux des autres peuples, je n'en vois guère qu'un seul sur lequel il ait bien fait d'appeler l'attention, c'est quand il nous apprend qu'en ce pays les femmes fréquentent les marchés, vendent et achètent, tandis que les hommes restent au logis occupés à tisser des étoffes. J'y rattacherais peut-être encore ce détail « que les hommes portent les fardeaux sur la tête et les femmes sur le dos, » parce que l'on conçoit que les femmes qui fréquentaient les marchés, et qui sans doute y apportaient ce qu'elles avaient à vendre, les portaient sur le dos, pourvu que la charge fût un peu lourde, comme le font les hommes des autres pays à qui cette partie rude du métier est presque exclusivement dévolue. Dans presque tout ce qu'il ajoute, les oppositions portent sur des points d'assez mince intérêt; il en est enfin dont la mention surprend un peu de la part du grave historien : « *Mingunt fœminæ rectæ stantes, viri residentes; alvum exonerant intra domos, cibum vero capiunt extrà.*

(2) On a cru longtemps que le papyrus, qui continue à croître sans culture en Sicile où il avait été introduit par les Maures pour la fabrication du papier, était venu d'Égypte; mais c'est une erreur. Ces deux plantes, quoique appartenant au même genre, y forment des espèces distinctes; celle de Sicile paraît avoir été importée de Syrie, et il y a lieu de croire que la similitude des climats en rendit la naturalisation plus sûre; l'autre paraît bien être venue de l'Inde en Égypte. *Voir* au tome XXXIV des *Comptes rendus*, p. 110, une Note de M. Parlatore sur ce sujet.

Revenons, avant d'aller plus loin, à la région des céréales et à la manière dont on y enfouissait dans le sol encore un peu pâteux le grain répandu à la surface du sol, c'est-à-dire en le soumettant au piétinement d'un troupeau d'animaux domestiques. Le blé entrant pour une si grande part dans la subsistance des habitants de cette région, le nombre des animaux employés à l'opération eût été considérable; or, admettant pour un moment qu'il s'agit de porcs, comme on l'avait cru jusqu'à présent, on se demande quel parti l'on eût tiré, après quelques jours de service, de cette multitude d'animaux dans un pays où ils étaient en horreur. Il y avait donc, entre ce que semble dire le chapitre 14 et ce qui se lit au chapitre 47, quelque chose qui semblait inconciliable. Hérodote n'eût pu manquer de s'en apercevoir, et s'il avait eu le moyen de montrer que la contradiction était seulement apparente, il aurait eu bien soin de donner une explication aussi nécessaire.

Toute difficulté au contraire disparaît du moment où l'on rend aux moutons l'emploi attribué indûment aux porcs. Hérodote ne dit pas autre chose que ce qu'a redit depuis Diodore de Sicile, et leur témoignage est confirmé par celui des documents iconographiques.

A coup sûr, le procédé est étrange; on ne voit pas ce qui le recommande, et il faut qu'on lui ait reconnu des inconvénients, qui ont enfin déterminé à y renoncer; mais du moins, tel qu'il était pratiqué par l'Égyptien pur sang, il témoignait un esprit d'observation dans cet homme des champs qui avait su choisir entre toutes les espèces domestiques, dont il pouvait disposer, la seule qui par ses habitudes naturelles fût propre à rendre le genre de services qu'il lui demandait.

Mettons à sa place un étranger qui, n'ayant pas la même horreur pour le porc, aurait cru pouvoir le substituer au mouton; il n'est pas douteux que la tentative eût été suivie d'un complet échec et tel qu'il eût ôté à tout jamais l'envie de la recommencer. L'espèce mise à l'essai étant celle qui, par sa gloutonnerie, son indocilité, l'irrégularité de ses mouvements beaucoup plus marquée même dans le cochon domestique que dans l'animal que l'on donne pour son type sauvage, dans le sanglier de nos forêts, montrera du premier coup ce qu'elle est impropre à faire.

C'est tout le contraire pour l'espèce ovine.

Les moutons, par la tendance qu'ils ont, après quelques jours seulement de vie commune, à faire bande dès qu'on les laisse libres; mais leur empressement à se former en rangs serrés et sans confusion; par l'habitude qu'a chacun d'eux de suivre celui qui le précède sans paraître s'inquiéter de savoir où on le mène; par la docilité de tous qui permet à un ou deux hommes de diriger leur marche, offraient tout ce qu'on pouvait souhaiter de mieux; de sorte qu'on peut dire, sans faire une métaphore trop hardie, qu'un troupeau de ces animaux introduit dans le champ fraîchement ensemencé y représentait une machine agricole dont le jeu des pièces était si bien réglé qu'elle semblait obéir à une impulsion unique et dont le travail utile se mesurait d'après le nombre de têtes du troupeau, l'étendue de la surface qu'il avait à pétrir et la rapidité avec laquelle il se transportait d'une extrémité à l'autre du terrain, suivant que le berger jugeait à propos d'accélérer ou de retarder son pas.

Sans réunir tous les avantages qui faisaient du mouton un précieux auxiliaire pour le labour égyptien, un autre habitant de la ferme, un ruminant à instincts également grégaire et offrant, une fois dompté, le degré de docilité suffisante, le bœuf, grâce à une certaine régularité naturelle de ses allures, pouvait être utilisé comme marcheur libre au temps de la moisson, pour froisser de son pied les épis et en détacher le grain. On s'en est ainsi servi en Grèce, ce qui justifie très-bien la restitution qu'ont proposée, timidement d'ailleurs, les philologues en remplaçant dans le texte d'Hérodote les porcs par les bœufs pour l'opération du dépiquage.

Était-ce là, en effet, une pratique égyptienne qui aurait été, comme d'autres, adoptée par les Hébreux et conservée chez eux après leur sortie de captivité? Est-ce à ces derniers, plutôt qu'à leurs rigoureux maîtres, qu'il faut faire honneur de ce précepte inscrit au Deutéronome (xxv, v. 4) : « *Tu ne musèleras point le bœuf qui foule les épis?* » Si la question n'est pas résolue, faisons-en profiter le peuple qui nous a conservé ce souvenir. C'est certainement quelque chose de très-remarquable que cette disposition bienveillante qui se manifeste à une époque où, loin de traiter le pauvre animal sans raison avec une compassion voisine de celle qu'on doit avoir pour l'homme, on ravalait l'homme, l'esclave employé aux travaux des champs, au niveau de la brute. Bien des siècles après Moïse, au temps où florissaient le plus à Rome les *humaniores litteræ*, Varron nous apprend (lib. I, cap. 17) que certains agronomes, en parlant de l'outillage d'un bien rural, *instrumentum*, y distinguaient trois parties : l'instrument vocal, *l'esclave;* le semi-vocal, le *bœuf;* le muet, la *charrue*, la *herse*, etc.

Le buffle, qui n'a paru dans notre occident que beaucoup plus tard, a pu, malgré ce qu'il conserve toujours de son naturel brutal, être, dans les pays où il est devenu plus commun que le bœuf parce qu'il exige moins de soins, employé au même usage; il l'est encore de nos jours : ainsi un peintre anglais, M. Ker Porter qui, vers 1810, parcourait la Perse, y a vu, dans la partie qu'on connaissait autrefois sous le nom d'*Arménie*, le dépiquage opéré par des buffles en petites escouades de cinq ou six têtes.

Dans le cas du bœuf, la régularité que nous avons signalée dans ses allures est une circonstance tout à fait indifférente pour le paysan qui applique l'animal au dépiquage; mais elle mérite d'arrêter un instant l'attention du naturaliste, qui y remarque un caractère autre que celui qu'il a observé par rapport au mouton. Ce dernier animal ne semble pas prendre garde au point où il pose le pied; or il n'en est pas de même du bœuf. Si, en allant à la pâture ou à l'abreuvoir, le bœuf suit plusieurs jours le même chemin et que le sol y soit assez mou pour avoir conservé la trace de ses pas, il repassera volontiers sur les mêmes pistes.

Maintenant, si, au lieu de ne voir que le sentier parcouru par les animaux d'une ferme, nous nous plaçons sur une de ces routes qui conduisent vers un grand marché de bétail, nous trouverons que les troupeaux qui parcourent ces routes y marquent, pendant la saison pluvieuse, des traces qui se conservent jusque dans la saison sèche. Dans ces troupeaux, comme dans des troupes de soldats, les rangs s'alignent bien souvent de manière que les empreintes des pieds, par leur juxtaposition, tracent des deux côtés de la chaussée des sillons transversaux dont la direction est souvent perpendiculaire à celle de la voie. J'ai eu maintes fois occasion d'observer l'été cet effet en faisant à pied le chemin de Bourg-la Reine à l'Hay, et, comme je savais que notre vénéré confrère M. Chevreul avait une maison de campagne de ce côté, j'ai pensé que cette observation n'avait pas dû lui échapper; il s'est trouvé que j'avais deviné juste.

J'ai eu moi-même, à une époque antérieure, l'occasion de constater un autre effet de cette habitude du bœuf de poser le pied de préférence au point où un autre l'a posé. Dans ce cas, les animaux n'avaient pas eu à opérer une *marche en bataille*, mais par *file*. Le chemin parcouru était celui qui mène à travers la chaîne centrale des Andes de la ville d'Ibagué à celle de Cartago : c'est ce que l'on nomme la *traversée du Quindiù*; elle offre un trajet de dix jours en moyenne sans qu'on rencontre une seule habitation, et le chemin a des parties très-pénibles à franchir dans la mauvaise saison; certaines collines et les vallées à fond plat qui les séparent offrent un sol si peu résistant, que, lorsque les pluies ont duré quelque temps, il se forme des bourbiers presque infranchissables pour les mules qui transportent les marchandises d'une ville à l'autre. Ces fondrières sont tout aussi dangereuses pour les mules de selle; je le sais par expérience, ayant eu ma monture si bien empêtrée une fois, à l'approche de la nuit, qu'on ne put la retirer que le lendemain, et qu'elle en mourut.

Quand le sabot de la mule ou du cheval, cependant, s'enfonce dans cette pâte visqueuse au point de ne pouvoir s'en dégager, le pied fourchu du ruminant entre bien moins profondément; les deux doigts du bœuf s'écartent et ne pénètrent pas au delà d'une certaine profondeur. Mais ce n'est pas dans ces marais plats que je veux le présenter, c'est dans les collines adjacentes, dont le sol se détremperait tout aussi bien si les eaux n'arrivaient sur des pentes qui ne les laissent pas longtemps séjourner, comme elles le font dans les parties déclives. Le pied des bêtes de somme cependant l'entame, et comme ces bêtes choisissent les lignes de moindre pente et que les deux côtés du sentier sont couverts de broussailles, chaque sentier est fort étroit; avec le temps il se creuse profondément, faisant dans la colline une coupure très-étroite par le bas, tout juste assez pour que les deux pieds y trouvent place; un peu plus haut, elle offre assez de largeur pour laisser passer le corps de la bête de charge, mais si c'est une bête de selle qui s'y engage, le cavalier se trouve parfois obligé à lever les jambes, qui sont en danger d'être froissées. Au-dessus la largeur est fixée par l'espace qu'occupent les caisses placées symétriquement des deux côtés du bât.

Ce sont là du reste les beaux chemins, les chemins d'été; le fond en est creusé par le sabot des mules assez régulièrement, comme le serait un ravinage causé par des eaux torrentielles. Quant aux chemins d'hiver, qui sont les chemins tracés par les bœufs, ils ont un caractère particulier résultant, d'une part, de l'égalité des pas, de l'autre de la tendance de l'animal à couvrir de son pied l'empreinte qu'un autre pied a laissée sur le sol; ils constituent des escaliers dont chaque marche se va creusant à mesure qu'un plus grand nombre de bêtes y a passé, et au bout d'un certain temps offre une cavité comparable à celle d'un dé renversé; comme à cette saison il ne se passe jamais un jour sans pluie, chaque pot se remplit d'eau, et l'ensemble représente le chapelet d'une noria, à la seule différence près que ce chapelet reste immobile; le bord supérieur de chaque pot forme un bourrelet arrondi, mais c'est à peine un inconvénient pour le conducteur de bœufs, qui a eu grand soin d'ôter ses sandales et dont le pied nu s'accommode à la forme du support. Il n'en est pas de même du voyageur qui ne sait pas marcher sans chaussures, il glisse inévitablement, et, après quelques essais, doit se résigner à plonger sa jambe jusqu'au mollet dans l'eau.

Puisque j'ai parlé de l'avantage qu'offre au bœuf son pied fourchu pour franchir les chemins vaseux de la Cordillère, je dirai que le fleuve de la Magdeleine, dont le cours, parallèle à celui de cette Cordillère, présente aussi un fond extrêmement vaseux qui rend très-pénible le travail des bateliers chargés du transport des marchandises expédiées de la côte à destination de Bogota, et j'ajouterai que la fatigue serait encore pour eux beaucoup plus grande s'ils n'avaient eu l'idée de garnir le bout inférieur de leurs perches d'une fourche qui s'oppose à ce qu'elle pénètre trop profondément dans la boue, comme font en s'écartant les deux doigts du pied du bœuf.

Enfin, pour terminer cet article comme je l'ai commencé par un trait relatif aux usages des anciens Égyptiens, je dirai que sur le Nil, fleuve caractérisé surtout par son limon, les bateliers avaient aussi leurs perches terminées en bas par une fourche; ce détail est exprimé très-clairement dans plusieurs peintures des Hypogées.

MÉMOIRES PRÉSENTÉS.

M. BONJEAN adresse, de Chambéry, un mémoire imprimé, concernant l'emploi de l'ergotine chez les malades et les blessés de l'armée du Rhin, mémoire qu'il prie l'Académie de vouloir bien joindre à ses communications précédentes sur le même sujet.

Depuis la note adressée par lui à l'Académie en 1843 sur un mode de préparation de cette substance, et les communications qui l'ont suivie, l'auteur dit s'être assuré de l'efficacité du remède par des essais qui ont été pratiqués dans divers pays, et dont les résultats ont été supérieurs à ceux de tous les autres agents connus. Il attire en particulier l'attention de l'Académie sur la diminution considérable de la mortalité chez les amputés des hôpitaux de Bordeaux, qui s'est abaissée, en quatre ans, de 75 à 25 p. 100, par l'emploi de l'ergotine à l'intérieur.

Ce mémoire sera soumis, avec les communications précédentes de l'auteur, à la commission des prix de médecine et de chirurgie.

CORRESPONDANCE.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL signale, parmi les pièces imprimées de la correspondance, un mémoire de M. Roumeguère, intitulé : *Bryologie de l'Aude*, et faisant suite à celui qu'il a adressé au mois d'avril 1870.

Travaux publics. — M. AUG. SISMONDA (extrait d'une lettre) : *Ouverture du tunnel des Alpes occidentales, entre Modane et Bardonnèche.*

« Le 28 décembre dernier a éclaté la dernière mine qui a mis en communication les deux portions du tunnel alpin (nord et sud); elles se sont trouvées sur la même ligne et au même niveau, ce qui fait bien honneur aux ingénieurs qui ont conduit ce grandiose et gigantesque ouvrage. Dans tout autre temps, cet événement aurait occupé la presse de toute l'Europe; à cause de la guerre, il a à peine été annoncé par les journaux du pays.

« La collection des roches du tunnel alpin est maintenant complète. J'attends un mot de vous pour vous expédier les échantillons des roches qu'on a traversées. »

(On a pu croire sans doute, à Turin, que l'ouverture du tunnel du Mont Cenis n'a pas été signalée à Paris; mais les journaux publiés dans nos murs pendant le siége attestent que, malgré les préoccupations de la guerre, elle a excité parmi nous l'attention que méritait un fait de cette importance. Ce qu'on ne connaissait pas assez complétement, c'est la précision avec laquelle se sont rencontrées les deux galeries dirigées à l'encontre l'une de l'autre, l'une à partir de Modane et l'autre à partir de Bardonnèche. Dans les mines, une pareille rencontre est toujours considérée comme une preuve de l'habileté des ingénieurs qui ont dirigé les travaux, même lorsqu'il s'agit de percements d'une longueur ordinaire. Ici il s'agit d'un percement de 12,220 mètres de longueur totale, longueur sans exemple jusqu'à présent, et l'exactitude de la rencontre dénote une grande sagacité et une grande précision dans l'emploi des moyens géodésiques qui ont servi à pointer l'un vers l'autre les deux tronçons du tunnel.)

Au début de sa lettre, M. Sismonda témoignait, en termes émus, la sollicitude qu'il avait éprouvée pendant le siége de Paris sur le sort des nombreux amis scientifiques qu'il compte dans le sein de l'Académie.

« Maintenant que j'ai la certitude que les lettres arrivent à Paris, et qu'elles s'y distribuent, je m'empresse, disait M. Sismonda, de venir vous exprimer le vif intérêt que j'ai pris aux tristes événements qui ont si durement et si profondément affligé la France. Pendant le siége de Paris, j'ai souvent pensé aux souffrances qu'y éprouvaient mes amis, et je m'inquiétais pour leur santé et même pour leur vie. J'espère recevoir bientôt des nouvelles qui effacent toutes mes craintes; c'est seulement alors que je serai parfaitement tranquille sur leur sort. »

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL communique à l'Académie une lettre de M. Parlatore, de Florence, exprimant également le désir d'avoir des nouvelles rassurantes des divers membres de l'Académie qui sont restés à Paris pendant le siége.

Anatomie comparée. — M. PERRIER, par l'intermédiaire de M. de Quatrefages, présente la note suivante : *Sur l'organisation d'une espèce nouvelle de Nématoïde appartenant au genre Hedruris.*

La ménagerie des reptiles du Muséum présente, au point de vue de l'histoire des helminthes, un intérêt tout particulier. Peuplée d'animaux que l'on voit rarement dans les collections, dont on a eu rarement par conséquent l'occasion d'ouvrir les intestins, elle constitue une véritable mine d'helminthes nouveaux, dont l'organisation est parfois fort intéressante. Cette ménagerie est d'ailleurs confiée à un homme éminemment soigneux, qui nous a rendu plus d'un service dans les recherches que nous avons pu faire au Muséum. Nous sommes heureux qu'il nous soit permis de signaler ici l'attention intelligente avec laquelle il veut bien recueillir, pour la collection d'helminthes du Jardin-des-Plantes, les parasites qui attaquent les hôtes de la ménagerie dont il a la garde.

Dans la même semaine, M. Vallée, commis à la ménagerie des reptiles, ne nous a pas envoyé moins de trois espèces nouvelles de vers :

1° Un ténia fort curieux de la *Trigonophrys*, sorte de gros crapaud de Buénos-Ayres.

2° Un *Cucullan* de *l'Émyde peinte*, sur lequel nous avons pu observer quelques faits anatomiques nouveaux.

3° Enfin des vers habitant la bouche de l'émyde peinte et appartenant au genre *Hedruris*. C'est au sujet de ces derniers que nous désirons présenter à l'Académie quelques observations.

Deux espèces d'Hedruris ont été signalées jusqu'ici : l'une (*H. androphora*, Nitsche) habitant l'intestin de plusieurs de nos batraciens, l'autre (*H. siredonis*, Baird) trouvée dans l'intestin de l'axolotl.

L'espèce que nous avons étudiée présente donc cet intérêt qu'elle habite, non plus un amphibie, mais bien un reptile des plus élevés, et que, dans ce reptile, elle se fixe, non plus dans l'intestin, mais dans la cavité buccale même. C'est d'ailleurs la plus grande des trois espèces, puisqu'elle atteint jusqu'à 25 millimètres de long, les autres ne dépassant pas la moitié de cette longueur.

Comme celle de l'*H. androphora*, la femelle de l'Hedruris que nous appellerons *H. armata* se tient fixée, au moyen du crochet dont sa bourse caudale est armée, sur la muqueuse buccale. Le mâle est enroulé autour de la femelle par la partie postérieure de son corps, qui est pourvue, à sa région ventrale, de bourrelets chitineux qui lui donnent l'aspect d'une véritable râpe. Cette disposition a évidemment pour but de rendre plus stable l'adhérence du mâle à l'épiderme de la femelle. Dans les deux sexes, à la partie antérieure du corps, on voit, de chaque côté, une épine qui nous paraît être un appareil tactile.

Ne pouvant donner en détail, dans une simple note, l'anatomie de l'animal, nous résumerons seulement les faits essentiels, laissant absolument de côté ceux qui ont été décrits chez les autres espèces.

En arrière des deux épines que nous venons de signaler, on peut remarquer autour de l'œsophage un anneau qui est évidemment nerveux. De cet anneau naissent, en avant, deux cordons qui remontent le long de l'œsophage et deux filets qui se rendent à la base des épines latérales. En arrière, quatre groupes de fibres, probablement nerveuses, unissent cet anneau aux parois du corps.

Derrière l'anneau, se voient plusieurs groupes de cellules, dont quelques-unes tripolaires; en outre, de chaque côté, deux amas glandulaires nous paraissent devoir être considérés comme des glandes salivaires s'ouvrant dans l'œsophage par de nombreux orifices disposés par paires sur la longueur de l'œsophage, en avant du collier nerveux.

En arrière de ce collier, sur la ligne médiane ventrale, est un pore excréteur, auquel fait suite une poche glandulaire à laquelle viennent aboutir deux canaux latéraux.

Le mâle porte à sa partie caudale, sur le ventre, seize papilles,

dont deux immédiatement en avant de l'anus; deux autres papilles sont situées entre la cinquième et la sixième paire des précédentes et un peu au-dessus. De chacune de ces papilles naît un canal que nous avons toujours vu aboutir à une poche remplissant la plus grande partie de la queue, et se continuant avec un vaisseau qui pénètre dans l'intérieur du corps, mais que nous n'avons pu suivre très-loin. Ces papilles seraient donc les orifices postérieurs du système excréteur, signification que leur a refusée pourtant Schneider chez les autres nématoïdes.

L'appareil génital femelle, dont nous avons étudié avec soin l'histologie, se fait remarquer par l'existence d'une poche séminale située sur le trajet des oviductes : les œufs doivent traverser cette poche d'un bout à l'autre avant de se rendre à la matrice, où ils se développent complétement avant d'être pondus. Dans toute son étendue, sauf peut-être dans la matrice, l'appareil femelle nous a constamment montré ses parois formées de deux couches de cellules diversement modifiées; nous n'avons vu de fibres musculaires bien nettes que dans l'oviducte.

L'appareil génital mâle est formé d'un tube dont un accident nous a empêché d'étudier, avec tout le soin désirable, la disposition.

Nous signalerons enfin, dans la poche anale de la femelle : 1° un bouclier formé de grosses cellules pyriformes accolées l'une à l'autre, et constituant ainsi deux pièces latérales protégeant le contenu de la bourse; 2° deux paires de glandes qui vont s'ouvrir dans la base du crochet, et semblent en faire un appareil venimeux.

Contrairement à l'opinion de Dujardin au sujet de l'*H. androphora*, l'*H. armuta* nous a présenté une cuticule très-nettement striée.

L'existence d'une vésicule séminale chez la femelle et le développement du système glandulaire sont des faits intéressants pour l'anatomie comparée des nématoïdes.

A 4 heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret.

La séance est levée à 6 heures un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 22 février 1871, rendu sur la proposition du ministre de la guerre, MM. les docteurs Desormeaux, Chauffard et Laboulbène, ont été promus au grade d'officier de la Légion d'honneur (services exceptionnels à l'hôpital militaire du Gros-Caillou).

Hospices civils de Marseille. — *Concours d'élèves internes et externes pour le service des hôpitaux.* — Le concours pour deux places d'internes, qui avait été annoncé pour le 5 décembre 1870, sera ouvert le lundi 17 avril 1871, à huit heures du matin.

Le concours pour les places vacantes d'externes, qui avait été annoncé pour le 19 décembre 1870, sera ouvert le 24 avril 1871, à trois heures du soir.

Ces deux concours auront lieu devant la commission administrative, assistée d'un jury médical.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, et produire un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence.

Les candidats pour le premier concours auront, de plus, à justifier du nombre de douze inscriptions.

Ceux qui sont élèves externes nommés par le concours et en activité de service, seront dispensés de ces formalités. Ils se borneront à se faire inscrire.

Les élèves stagiaires, occupant provisoirement des places vacantes d'élèves, pourront être admis à jouir de la même faveur, sur l'autorisation de la commission administrative, qui consultera le temps de leur service et les rapports concernant leur conduite dans l'hôpital.

Cette autorisation devra être demandée huit jours au moins avant l'ouverture du concours.

Pour toutes autres conditions du concours, s'adresser au secrétariat des hospices civils, à l'Hôtel-Dieu de Marseille.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Des altérations de l'œil dans l'albuminurie et le diabète, par le docteur Off, ancien chef de clinique du professeur Galezowski. In-8 de 180 pages, avec figures dans le texte et 3 planches en chromo-lithographie. — Prix : 4 fr. 50.

Des rétrécissements de l'urèthre et de leur guérison radicale et instantanée par un procédé nouveau, la divulsion rétrograde, par le docteur Moreau Wolff, professeur libre de pathologie des voies urinaires. In-8 de 100 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 3 fr.

Opérations préliminaires à l'extirpation des tumeurs (écrasement linéaire, — galvanocaustie). De leur combinaison, par le docteur Raymond, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8 de 100 pages. — Prix : 2 fr.

De la phlegmatia alba dolens, par G. Liégeard, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien élève en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris. — Prix : 2 fr.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 29 mars 1871.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

M. Devilliers chargé, en sa qualité de médecin en chef de la ligne du chemin de fer de Lyon, d'une mission sur toute l'étendue de ce vaste réseau, pendant toute la durée de la guerre, a communiqué hier à l'Académie un extrait du compte général qu'il a eu à rendre de cette mission. Nous mettons sous les yeux de nos lecteurs un résumé succinct des faits principaux, plus administratifs que scientifiques, que renferme ce travail, réservant pour plus tard l'exposé des faits pratiques que M. Devilliers se propose de nous faire connaître.

M. Gosselin, qui avait déjà engagé le débat dans les préliminaires de la discussion actuellement pendante devant l'Académie sur l'infection purulente, a repris hier le sujet *ab ovo* et l'a traité dans sa généralité comme dans ses détails d'une manière magistrale. Malheureusement, par suite d'un malentendu sans doute, le manuscrit de M. Gosselin n'a point été déposé au secrétariat, et nous ne voudrions pas sur des souvenirs un peu vagues ou des notes très-insuffisantes nous exposer à n'en donner qu'une idée très-incomplète. Nous aimons mieux, en raison même de son importance, en renvoyer l'analyse et l'appréciation à huitaine.

Nous ne laisserons pas, toutefois, échapper l'occasion de présenter ici une réflexion toute d'actualité, qui nous est suggérée par un passage de l'argumentation de M. Gosselin et qui trouvera plus d'une fois sa place dans cette discussion comme dans bien d'autres.

M. Gosselin a protesté très à propos, et en termes très-justes et très-modérés d'ailleurs, contre...—comment dirons nous ?— la générosité un peu trop platonique avec laquelle, en général, et en particulier dans cette discussion même, on est disposé à attribuer à l'Allemagne des découvertes, des faits et des idées dont le mérite et l'honneur reviennent en réalité tout entiers à la France. Nous prévoyons que des protestations de ce genre se reproduiront encore dans plus d'une circonstance, comme elles se sont déjà produites tout récemment. Mais qu'on y prenne garde, il faut savoir se prémunir d'avance contre toutes les exagérations des réactions, et, par des motifs trop légitimes d'ailleurs à un autre point de vue, mais qui au fond sont étrangers à la science proprement dite, ne pas s'exposer à passer d'un engouement excessif peut-être pour les produits germaniques, à un parti-pris de dénigrement et d'injustice dont la science seule, en fin de compte, pourrait avoir à souffrir.

Ainsi, pour ne pas sortir de la question actuelle, quand M. Verneuil, dans la discussion de 1869, à propos de l'évolution de la doctrine de la septicémie purulente, tout en rendant justice aux beaux travaux sortis de notre école anatomo-pathologique, a déclaré se rattacher à la théorie des anatomo-pathologistes allemands, qui, suivant lui, auraient repris et mené à bonne fin l'œuvre française, demeurée incomplète ; il faut qu'il puisse aujourd'hui, comme il y a deux ans, soutenir cette opinion avec la même liberté et la même indépendance, sans autre préoccupation que celle de ses convictions scientifiques, tout comme l'a fait hier M. Gosselin, comme l'avait déjà fait M. Bouillaud en 1869, et comme l'a fait depuis M. Blum dans son excellente monographie de la septicémie chirurgicale aiguë, publiée en 1870, en revendiquant pour la science française les principales découvertes faites dans ce même ordre d'idées.

Dr BROCHIN.

DE LA CONSERVATION DES DOIGTS
PLUS OU MOINS COMPLÉTEMENT SÉPARÉS ACCIDENTELLEMENT (1)

Par le Dr BÉRENGER-FÉRAUD
Médecin principal de la Marine.

OBS. XI. — *Fait de M. Dubroca de Barsac* (*Gazette des hôpitaux*, 1839, 1841, et *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, juin, p. 299, p. 237 et suiv.

Le 23 juillet 1838, Étienne D... se coupe le pouce gauche avec une doloire (instrument de tonnelier). Le lambeau, formé d'une grande portion de pulpe digitale ayant d'un côté l'épiderme, de l'autre une portion de l'ongle, est complétement séparé, puisqu'on l'apporte à M. Dubroca après qu'il a lavé le moignon.

Réapplication; bandelettes. Le onzième jour, la réunion est opérée. Le quinzième jour, l'ongle tombe; le seizième jour, l'épiderme se détache aussi. Le vingt-huitième jour, M. Dubroca constate que la guérison est complète. L'épiderme se refait et l'ongle repousse.

OBS. XII. — *Fait du docteur A. Della Cella* (*Annali universali di méd.*, septembre 1833, *Archives générales de médecine*, 2e série, t. IV, p. 317).

Le 1er janvier 1818, un enfant se coupe, avec un couteau, la troisième phalange de l'index gauche, au-dessous de la racine de l'ongle. Le blessé ramasse le fragment tombé par terre, le met en place et court chez un pharmacien habitant à cinquante pas de l'endroit. Il désunit une seconde fois son doigt pour le montrer à la personne qui doit le panser. Pansement quinze minutes après l'accident; bandelettes de diachylon au baume du Pérou. Le cinquième jour on voit, sous l'épiderme livide, le derme rasé. Réunion parfaite. Chute de l'ongle; production d'un nouveau. Guérison. Le doigt n'a recouvré son entière sensibilité que longtemps après. Il porte une petite dépression circulaire comme si on avait appliqué une ligature serrée.

OBS. XIII. — *Fait de Flurant* (*Bulletin de la Société anatomique*, t. V, p. 93; *Revue médicale*, 1830, p. 416; Velpeau, *Médecine opératoire*, t. Ier, p. 617).

Un ouvrier se fait une section très-oblique de l'indicateur gauche traversant deux articulations. Réapplication du lambeau complétement séparé un quart d'heure après sa division. Guérison parfaite.

OBS. XIV. — *Fait du Journal de médecine de Férussac*, février 1830 (*Bulletin de la Société anatomique*, t. V, p. 93. Velpeau, *Médecine opératoire*, t. Ier, p. 618).

Un homme qui fendait du bois s'enleva la première phalange du doigt du milieu. Il resta encore occupé près de deux heures après cet accident; il avait alors le bout de son doigt dans sa poche. Le doigt paraissait privé de vie; on s'avisa de penser au succès qu'en avaient obtenu dans des cas semblables le docteur William Balfour, d'Édimbourg, en réunissant à l'instant les parties séparées. Quoique l'on eût tardé plus de la moitié du temps qu'il assigne pour cette réunion, comme nous étions porté à le croire d'après les écrits, nous fîmes l'épreuve de sa méthode avec un emplâtre attractif. En ôtant l'appareil au bout de trois jours, il y avait réunion en deux ou trois endroits, et l'extrémité du doigt avait un sentiment de vitalité aussi prononcé qu'une autre partie du corps. On continua le même pansement, et au bout de trois autres jours, la réunion fut parfaite.

OBS. XV. — *Fait de Graefe rapporté par M. Sédillot à la Société anatomique*, en décembre 1833 (*Archives générales de médecine*, 2e série, t. IV, p. 83).

Graefe a certifié à M. Sédillot qu'il avait réuni deux doigts complétement coupés au niveau des deuxièmes phalanges.

OBS. XVI. — *Goschler* (*Viener medizinische Wachenschress*, août 1868. *Gazette hebdomadaire*, 1868, p. 671).

Le 29 avril, un homme de 60 ans se coupe une partie de l'annulaire gauche en fendant du bois, à une demi-ligne de l'articulation de la phalangette, en dessous et au niveau de l'ongle en dessus. L'os était nettement coupé; le morceau du doigt est conservé pendant trois quarts d'heure dans de l'eau pure à 11 degrés Réaumur.

Réunion par des bandelettes. Le 30 avril, le pansement est teinté de sang. Le 1er mai, un peu de douleur et de chaleur dans le doigt. Les jours suivants, l'extrémité du doigt est froide et violacée, mais paraît adhérente et sensible. Le 6 mai, l'épiderme s'en détache, mais le derme paraît normal en dessus.

Le 10 mai, on enlève le restant de l'épiderme et l'ongle, petite escarrhe sur la face palmaire du lambeau.

Le 25 mai, il sort de la plaie qui en est résulté une petite esquille, longue d'une demi-ligne, large d'un quart, épaisse d'un sixième.

Le 30 mai, la guérison est complète; l'ongle commence à se reformer; les fonctions du doigt se sont rétablies.

OBS. XVII. — *Garengeot* (*Traité des opérations de chirurgie*, t. III, p. 56).

Le 27 août 1720, la fille d'une fruitière, âgée de 8 à 9 ans, eut l'indicateur droit blessé dans une grille de fer; les parties molles furent coupées circulairement près de l'articulation de la dernière phalange et se renversèrent comme un capuchon.

Garengeot cherchant à *retourner* les parties qui étaient renversées comme un doigt de gant, le sépare entièrement; néanmoins il le remet en place. Pansement méthodique. Guérison.

OBS. XVIII. — *Fait de Heister* (*Compend. chirurg.*, p. 468), et *Bulletin de la Société anatomique*, t. V, p. 93. (Velpeau, *Médecine opératoire*, t. Ier, p. 617).

Femme d'un boucher s'étant entièrement coupé le doigt; la partie détachée réunie et maintenue en place reprit parfaitement.

Je n'ai pas eu l'occasion de vérifier s'il s'agit d'un autre cas ou bien si c'est l'observation du même fait qui est rapporté aussi en détail dans le 4e volume des *Thèses* de Haller, traduction de 1760, page 205 :

« Le doigt blessé au point de ne tenir qu'à la peau ne demande pas la méthode de M. Petit. Il suffit alors, comme le fait M. Heister, de rapprocher les extrémités divisées avec un petit emplâtre agglutinatif Longuet, et après avoir mis sur le doigt malade une compresse trempée dans l'esprit-de-vin, de soutenir des deux côtés avec des cartes, qui fassent l'office de faucons. Cet appareil posé sur le doigt de son malade, M. Heister lui recommanda le repos. Au bout de quelques jours, il leva tout cet appareil, à l'exception de l'emplâtre agglutinatif, faisant tenir le doigt avec précaution par un aide. Il versa dessus quelques gouttes d'essence vulnéraire balsamique; il appliqua par dessus une petite compresse trempée dans l'esprit-de-vin, ajusta ensuite les fanons, etc., etc. Tous les trois jours il pansait le malade. Le doigt fut guéri dans l'espace de quatre semaines.

OBS. XIX. — *Fait de Houlton* (*the Lond. méd. repository*, mars 1826; *Archives générales de médecine*, 1re série, t. II, p. 447).

Le 30 janvier 1826, Mistris B... m'appelle pour une blessure que son fils s'était faite au pouce avec son canif. Je trouvai l'extrémité du pouce et une portion de l'ongle totalement emportées, et comme cet accident était arrivé dans la maison, on retrouva facilement la partie divisée. J'adaptai cette partie à la surface de la plaie et je la maintins en place à l'aide de bandelettes de linge imbibées de teinture de benjoin composée. Je ne pouvais employer le sparadrap gommé, parce que l'écoulement du sang était trop abondant. La réunion s'est parfaitement bien établie, et cependant la partie amputée était restée séparée du pouce pendant au moins dix minutes. (Le rédacteur des Archives fait observer que l'observation date de sept jours seulement après la réunion et qu'il est par conséquent moins probant qu'on ne peut le croire.)

OBS. XX. — *Fait du Journal de pharmacie*, 1848 (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1848, p. 114).

Un menuisier âgé de 42 ans se divisa complétement, le 21 mars 1845, la troisième phalange de l'index gauche. La partie coupée tomba sous l'établi. S'étant rappelé presque aussitôt qu'une partie séparée du corps pouvait être réappliquée et revivre, notre homme nettoya son bout de doigt, le remit en place et vint consulter un homme de l'art. Celui-ci maintint l'organe en position convenable à l'aide de bandelettes agglutinatives. Au bout de quatre jours, la chaleur du doigt était naturelle, le fragment réappliqué avait recouvré la vie, ou plutôt celle-ci s'y était conservée sans interruption. Quelques jours après, un petit fragment d'os se détacha; l'ongle se régénéra, et après six semaines il n'existait plus sous aucun rapport de différence appréciable entre les deux doigts correspondants.

OBS. XXI. — *Laurent*, neveu de Percy (*Bulletin de la Société de la Faculté de Paris*, 11 novembre 1819).

En parlant de l'observation de Magnien, Percy ajoute que son neveu, le docteur Laurent, venait de remettre avec succès à Versailles un bout de doigt coupé et entièrement séparé.

OBS. XXII. — *Fait de L'Espagnol* (*Journal de médecine de Leroux*; *Bulletin de la Société anatomique*, t. V, p. 84; Velpeau, *Médecine opératoire*, t. Ier, p. 618).

Un ouvrier de M. Salembier se coupe l'extrémité du doigt (un pouce de longueur). On va chercher le lambeau resté sur place, par terre, entre des morceaux de copeaux, on le replaça environ quinze minutes après, on le lia avec du fil de chanvre et on amena le malade vers M. L'Espagnol, qui fit un pansement méthodique avec des bandelettes.

18 jours après, guérison complète, chute de l'ongle, qui repousse très-bien ensuite. La sensibilité n'est pas parfaite, le mouvement commençait à se rétablir quand l'observation a été publiée.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir les numéros des 8, 10, 22 septembre et 6 octobre 1870.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 mars 1871. — Présidence de M. WURTZ.

CORRESPONDANCE.

Le correspondant comprend :

1° Une lettre de M. Lecanu, par laquelle il exprime le regret de n'avoir pas assisté à l'avant-dernière séance ; il aurait combattu la proposition de M. Béhier et soutenu l'ordre du jour ;

2° Une lettre de M. Jeannel, dans laquelle il fait ressortir les in-

convénients qui, au point de vue de l'hygiène publique, résultent du dépavement de certaines rues de Paris;

3° Une lettre de M. Lafosse, professeur à l'école vétérinaire de Toulouse, accompagnant l'envoi d'un travail sur le typhus.

(Comm. MM. Bouley, Barth, Reynal.)

PRÉSENTATIONS.

M. DEMARQUAY, au nom de M. Decaisne, présente une brochure intitulée: *la Machine à coudre et la santé des ouvrières.*

M. BÉCLARD présente au nom de l'auteur, M. le docteur Amussat, un opuscule ayant pour titre le *Sécateur galvanique*.

COMMUNICATION.

Secours aux malades et blessés de l'armée. — M. DEVILLIERS donne lecture d'une note sur l'organisation et le fonctionnement des secours aux malades et blessés des armées sur le réseau des chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée.

En prévision des éventualités qui pouvaient surgir pendant la durée de la guerre, M. Devilliers, chargé du service médical de tout le réseau, avait, dès l'origine, tracé le plan général suivant:

Procurer des soins et des secours aux militaires malades ou blessés pendant leur transport sur les voies ferrées.

Leur faire donner, autant que possible, tous les secours nécessaires au moment de leur passage ou de leur arrêt dans les principales gares.

Organiser dans ces mêmes gares des ambulances dans lesquelles puissent être reçus pendant plusieurs heures ou plusieurs jours les malades ou blessés les plus graves et se trouvant dans l'impossibilité de poursuivre immédiatement leur route jusqu'à destination.

Dans ces mêmes gares encore, faire un triage des différents malades ou blessés destinés, soit à continuer leur route, soit à recevoir des soins temporaires à l'ambulance de la gare, soit enfin à être dirigés sur les hôpitaux militaires ou les ambulances de la ville.

Enfin, dans le cas d'évacuation des gares par suite de l'approche de l'ennemi, transformer les salles de ces gares en ambulances, qui devaient non-seulement servir d'asile aux blessés des armées, mais aussi préserver les bâtiments de ces gares de la destruction en y arborant le pavillon de la Convention de Genève.

Transport des malades et blessés militaires sur les voies ferrées. — Dès les premiers jours du mois d'août 1870, les mesures nécessaires furent prises pour que les malades ou blessés militaires fussent accompagnés, pendant leur voyage sur les voies ferrées, par les médecins de la compagnie, qui se succédaient de section en section médicale jusqu'à destination, ayant pour mission de veiller aux soins dont ils pouvaient avoir besoin, et de parer aux accidents imprévus qui pouvaient se présenter.

D'autres mesures consistèrent: dans le chauffage des voitures dès que les froids commencèrent à sévir; dans la désinfection des voitures à l'aide de lavages, avec l'eau phéniquée à un centième, lors de l'extension de l'épidémie de variole.

L'activité considérable et l'urgence incessante des transports de toute nature, et en même temps l'investissement de deux grands ateliers de construction et de réparation à Paris et à Dijon ayant empêché de faire des essais pour l'aménagement des waggons au point de vue du transport des blessés, malgré cette lacune, ceux-ci purent toujours être installés aussi commodément que possible sur les coussins des voitures.

Les convois de blessés, encore peu nombreux, se succédaient déjà depuis plusieurs semaines, poursuit M. Devilliers, et nos services de secours se trouvaient organisés au moment où le directeur de la compagnie reçut, dans les premiers jours d'octobre, une circulaire de M. l'intendant général de l'armée indiquant les directions principales des lignes d'évacuation pour les blessés militaires au sud de la Loire.

Au moment où l'invasion allemande faisait des progrès, et où les victimes se multipliaient parmi nos troupes qui, à la suite de nos défaites, souffraient plus de la rigueur de la saison et du manque d'effets et d'aliments que des blessures reçues sur les champs de bataille, un autre fléau, la variole, déjà fort répandue, commençait à étendre considérablement ses ravages; c'est alors, le 20 novembre, que je recommandai à mes confrères de ne laisser séjourner aucun soldat atteint de variole ou de maladies contagieuses dans les convois ou dans les gares, insistant pour qu'ils fussent éloignés de suite de leurs camarades et du public, et pour qu'ils fussent séquestrés dans des salles particulières ou transportés d'office dans les hôpitaux ou les ambulances voisins. Je renouvelai en même temps mes instances pour que des revaccinations fussent pratiquées sur tout le personnel du chemin de fer. Ces diverses précautions ont été prises autant que l'ont permis les circonstances.

Ambulances de passage. — Dans les gares les plus importantes, telles que Paris, Mâcon, Lyon, Valence, Marseille, des ambulances ont été installées ordinairement dans les salles mêmes des bâtiments principaux ou accessoires des gares détournées de leur destination ordinaire, et transformées par des cloisons convenables en salles de malades avec tous les accessoires nécessaires pour les soins médicaux et pour l'alimentation : bureaux, cuisines, réfectoires, etc.; très-rarement des baraques ont dû être construites pour y placer des malades.

Voici quelques détails sur ces ambulances :

A Paris, une ambulance de 22 lits a été installée dans les bâtiments et par les soins de l'administration de la rue Saint-Lazare. Elle a reçu 16 malades et 22 blessés, dont plus de la moitié très-grièvement et n'ayant fourni qu'un seul décès.

La grande ambulance de la gare de Paris, aussitôt après son installation, a été réquisitionnée par l'autorité militaire, qui l'a transformée en infirmerie pour la garde mobile.

A Mâcon, ambulance de 180 lits.

L'ambulance de *Lyon* (gare de Perrache) contenait 250 lits; le réfectoire donnait place à la fois à 100 militaires; du 20 octobre 1870 au 1er mars 1871, plus de 25,000 soldats y avaient été couchés, réconfortés et soignés; enfin 6,400 d'entre eux, ou un peu plus du quart, y avaient été pansés pour des blessures plus ou moins graves.

A Valence, du 1er novembre au 1er mars, on a soigné, alimenté et ravitaillé à l'ambulance de la gare, 22,000 militaires environ, dont un quart présentait des blessures et un assez grand nombre de cas de congélation.

A Marseille, on a reçu 12,088 malades, 3,546 blessés, formant un total de 15,634 hommes.

Dans d'autres gares plus restreintes où la place nous manquait, telles que Clermont-Ferrand, Roanne, Saint-Etienne, Avignon, Nice, on avait ouvert de petites ambulances de passage, dont le rôle cependant a été d'une grande utilité.

A Saint-Etienne, il est passé à la gare plus de 9,000 malades ou blessés, qui y ont reçu des soins, des aliments, etc.

Dans d'autres gares enfin, où la place nous a totalement manqué, on a pu encore donner des secours très-actifs.

M. Devilliers termine son exposé en attirant l'attention de l'Académie sur deux points pour lesquels il désirerait avoir son avis.

Dans plusieurs gares, dit-il, mes confrères ont observé un nombre assez considérable de lésions toujours à peu près semblables et d'une nature douteuse; c'étaient des ablations des dernières phalanges de l'index et du médius de la main droite, présentant très-souvent la même apparence.

Au milieu des défaillances trop nombreuses dont nous avons été témoins dans nos armées, et en rapprochant ces faits de la préférence que je savais avoir été montrée par beaucoup de soldats pour des filles publiques ayant la triste réputation d'être atteintes de chancres, nous n'avons pu nous empêcher de soupçonner que les blessures de nature si diverse, ablation des phalanges et chancres vénériens, avaient été produites ou contractées intentionnellement et pour se soustraire aux nécessités du service militaire en temps de guerre. Je connais les faits analogues publiés depuis longtemps; j'ai relu les termes et les conclusions de l'enquête que, sous le premier Empire, et après les batailles de Lutzen et de Bautzen, provoqua le père de notre collègue M. Larrey et qui exonéra beaucoup de soldats du soupçon de mutilations volontaires. Je reconnais donc que dans cette circonstance il ne faut porter de jugement qu'avec une extrême réserve, mais je ne puis m'empêcher d'attirer de nouveau l'attention de l'Académie sur de tels faits et d'invoquer les lumières de plus compétents que moi sur une matière aussi spéciale et aussi délicate, en leur demandant s'ils ont eux-mêmes constaté souvent l'existence de semblables lésions.

Quant à l'autre sujet que je veux aborder en terminant, j'en avais souvent entendu parler pendant la guerre, sans y ajouter foi, lorsqu'il m'arriva, ainsi qu'à plusieurs de mes confrères, de rencontrer des militaires qui, ayant reçu des blessures dans un combat, nous affirmèrent qu'ils n'avaient dû la vie qu'à ce qu'ils avaient feint de rester morts sur place, nos ennemis achevant de tuer par tous les moyens possibles ceux des blessés qui donnaient encore signe de vie sur le champ de bataille, et remettant ainsi en pratique cette maxime antichrétienne et barbare des anciens, *væ victis*, qui, du reste, marche de pair avec cette autre maxime allemande : *la force prime le droit.* Sur un fait aussi monstrueux, et que m'autorisent à admettre bien des relations, ainsi que la conduite si souvent inhumaine de nos ennemis, je demande si l'Académie de médecine, intermédiaire naturel entre le Gouvernement et le public pour tout ce qui touche aux questions d'humanité, ne pense pas qu'il soit de son devoir de provoquer une enquête sérieuse? Si en effet ces actes de sauvagerie se trouvaient confirmés, ils viendraient encore ajouter à la honte que cette guerre impie laissera, nous l'espérons bien, à la nation allemande, à la place de cette prétendue gloire à laquelle elle aspirait.

Suite de la discussion sur l'infection purulente.

M. GOSSELIN monte à la tribune et lit un travail sur ce sujet. (Voir le 1er Paris.)

La séance est levée à 4 heures 3/4.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

20 SEPTEMBRE.

VII. — **Garde nationale.** — Par décret en date du 17 septembre 1870, M. L. Wecker a été nommé chirurgien-major à l'état-major général des gardes nationales de la Seine.

VIII. **Eloge historique de M. Mérat.** — Ce travail devait être lu à la dernière séance annuelle de l'Académie de médecine. Les exigences de l'ordre du jour ne purent donner satisfaction à l'orateur, et cette lecture ne fut pas faite. Nous la reproduisons d'après l'*Union médicale.*

ÉLOGE HISTORIQUE DE M. MÉRAT

Par M. BOUSQUET.

Messieurs,

Après l'honneur de vous appartenir, je n'ai eu qu'une ambition dans ma vie, la Providence l'a fait échouer, je ne m'en plains pas; elle sait mieux que moi ce qu'il me faut.

Je jouissais tranquillement à la campagne des loisirs de ma défaite lorsqu'on m'apporta une lettre de M. Mérat : « Plaignez-moi, me disait-il, plaignez un pauvre père qui vient de perdre son fils unique; il est mort en Afrique, victime du choléra et de son dévouement à la discipline militaire; j'ignore, ajoutait-il, ce qu'un pareil chagrin pourra causer de ravages sur un homme de mon âge, et je m'en inquiète peu; tous les liens sont rompus! Quoi qu'il arrive, souvenez-vous que vous m'avez promis d'écrire ma biographie. »

Je n'essayerai pas de vous peindre les émotions qui m'agitaient à la lecture de cette lettre. Quelle douleur! quel abandon! quelle insouciance de la vie! mais aussi quel retour sur soi-même! Au milieu des angoisses les plus cruelles au cœur d'un père, l'homme reparaît avec toutes ses faiblesses, toutes ses illusions de gloire et d'avenir pour son nom.

Montesquieu a dit quelque part qu'il n'avait jamais eu un chagrin si vif qu'il eût résisté à une heure de lecture.

M. Mérat était de ces âmes fortes qui, un moment abattues, se relèvent promptement et reprennent aussitôt possession d'elles-mêmes.

La promesse qu'il me rappelait, j'avoue que je l'avais oubliée; mais je la renouvelai dans un moment si solennel, et je la tiens aujourd'hui.

Je crois savoir qu'il a fait le même honneur à des amis qui en étaient plus dignes. M. Bouchardat m'a précédé dans ce pieux devoir avec un succès que je n'ai pas la prétention d'égaler, mais il ne sera pas dit que je me serai laissé arrêter par une misérable inquiétude de vanité.

Je parlerai de M. Mérat avec simplicité, pour me conformer à ses goûts et à sa manière : c'est le premier hommage que je veux rendre à sa mémoire.

Pour rendre à ses biographes la tâche plus facile, M. Mérat a eu l'attention de leur laisser des notes : il était méthodique en tout. Du reste, il n'a fait en cela que suivre l'exemple de ses maîtres, Linnée et Cuvier; P. Franck a fait mieux encore : il a pris la peine d'écrire lui même l histoire de sa vie, ne laissant à ses historiens qu'un soin qu'il ne pouvait leur épargner, celui d'ajouter la date de sa mort.

François-Victor Mérat naquit à Paris, en 1780, d'une honorable famille de Bourgogne. Son père faisait le commerce, à Auxerre, avec une réputation de probité qui lui mérita les honneurs de la magistrature consulaire; son grand-père y tenait une pharmacie, la mieux achalandée de la ville; ce qui ne l'empêchait pas de trouver encore du temps pour l'histoire naturelle, qu'il cultivait avec succès. On a de lui un ouvrage de botanique fort remarquable, au dire de son petit-fils, pour l'époque où il a paru.

Le jeune Mérat fut mis au collége du Plessis. Je passe, sans m'y arrêter, sur ses études classiques; il n'en dit rien lui-même dans les notes que j'ai sous les yeux, soit que, en effet, il n'y ait rien à en dire; soit que, fondant peu d'espoir pour l'avenir sur les succès de collége, il ait dédaigné de parler des siens.

Il paraît qu'il hésita longtemps sur sa vocation; il songea d'abord à l'Ecole polytechnique, dont l'institution alors récente excitait l'ambition des jeunes gens les mieux doués; mais il n'y était pas préparé, n'ayant sur les mathématiques que les notions générales qu'on emporte d'ordinaire du collége; il y rentra pour les étendre et se perfectionner, mais il ne persista pas.

On ne sait pas bien ce qui le tourna vers la médecine; on sait seulement qu'il commença par l'étude de la pharmacie. L'officine de Nachet était alors en grand renom; M. Mérat y passa trois années entières, qu'il citait au déclin de l'âge comme les plus heureuses de sa vie. C'est de là qu'il datait son goût pour la botanique; mais il est plus probable qu'il le tenait de ses aïeux: goûts, aptitudes, talents, tout se transmet avec le sang, excepté le génie, qui n'a pas de postérité.

En même temps qu'il s'exerçait aux manipulations du laboratoire dans l'officine de Nachet, M. Mérat suivait assidûment le cours de l'Ecole de médecine et les cliniques des hôpitaux, comme si, encore incertain entre la médecine et la pharmacie, il eût voulu se tenir toujours prêt pour l'une et pour l'autre; enfin Hippocrate l'emporta.

Dès lors fixé sur sa vocation, M. Mérat ne voit plus que la médecine, et s'y donne tout entier. Convaincu que nos malades sont nos premiers maîtres, il se fait attacher aux hôpitaux pour s'obliger à faire par devoir ce que jusqu'ici il a fait volontairement. Successivement élève *externe, interne, chef de clinique*, il passe par tous les degrés inférieurs sans jamais pouvoir atteindre au premier, qui est celui de médecin en titre.

Mais n'anticipons pas, M. Mérat n'a pas encore pris ses degrés; il s'y prépare.

Le sujet de sa thèse n'a rien d'original; mais c'est à dessein qu'il le choisit. Le désir de se distinguer ne porte que trop les récipiendaires à traiter des maladies les plus rares, des maladies qu'ils ne rencontreront peut-être jamais; le sens pratique de M. Mérat le conseille tout autrement; il traite de la *colique de plomb*, qu'il avait appris à connaître à l'hôpital de la Charité.

On connaît les commencements et la réputation de cet hôpital, fondé au dix-septième siècle, sous les auspices de Marie de Médicis; ses pieux fondateurs, tous Italiens d'origine, avaient apporté d'Italie un traitement spécial, inventé, disaient-ils, par l'alchimie, alors encore en honneur dans leur patrie. Ce traitement, ils le donnaient comme souverain; il l'était, en effet, au dire de Desbois de Rochefort et de M. Mérat.

Cependant, sous prétexte de simplicité, et par désir de changement, on commençait à s'en écarter. M. Mérat voyait avec peine cette tendance et résolut de la combattre : tel est l'objet principal de la thèse.

Le *traitement de la Charité*, c'est ainsi qu'on l'appelait, fut d'abord tenu secret; mais de quelque mystère qu'on l'entourât, on ne pouvait cacher qu'il agissait à la manière des évacuants; et de là la théorie conclut qu'il ne faisait qu'expulser du corps les molécules métalliques qui s'y étaient introduites avec les aliments, par la respiration ou de toute autre manière.

Ce qui n'était alors qu'une vue de l'esprit, un médecin de notre temps, M. le docteur Lutz, l'a démontré aux yeux en changeant les purgatifs; aux purgatifs de la Charité, il substitue un mélange de soufre et de miel, et il a vu le sulfure de plomb se former pour ainsi dire sous ses yeux dans le résidu des digestions.

L'explication, je le sais, n'ajoute rien à l'effet d'un remède, mais elle éclaire, elle fortifie le médecin dans sa pratique, elle honore la science.

Dix ans après, M. Mérat revient sur le même sujet; il l'étend, il

(1) Suite. — Voir les numéros des 17, 20, 22, 24, 27, 29 septembre, 1er et 4 octobre 1870.

le développe; mais ne trouvant rien d'essentiel à changer à ce qu'il en a dit, la monographie n'est, en réalité, qu'une nouvelle édition de sa dissertation inaugurale augmentée d'un mémoire sur le *tremblement des doreurs sur métaux.*

La constance dans les habitudes s'allie d'ordinaire avec la fixité des idées. M. Mérat n'avait pas encore fini son temps d'internat que, prévoyant le jour où il faudrait quitter l'hôpital, il cherchait dans son esprit les moyens de l'éloigner. On dit que la fortune nous sert quelquefois mieux que la raison, M. Mérat aurait pu se citer en exemple. Pendant qu'il délibérait en lui-même, une place de chef de clinique devint tout à coup vacante; elle est mise *à la dispute*, comme on disait alors; M. Mérat prend place parmi les compétiteurs et se concilie tous les suffrages. « Jamais, dit-il, je ne fus si heureux! » Et il ne connaissait pas encore tout son bonheur.

La clinique était alors enseignée par deux hommes justement célèbres, quoique diversement; mais, outre le titre, ils avaient cela de commun qu'ils ne s'appartenaient ni l'un ni l'autre.

Corvisart, le plus célèbre des deux, avait aliéné sa liberté pour l'honneur d'être le premier médecin de l'empereur.

Leroux était doyen de la Faculté de médecine. Absorbé par les soins du décanat, il trouvait tout simple de faire passer les devoirs de l'administrateur avant ceux du professeur.

De là des absences, des empêchements, des retards continuels: c'est là le bonheur que M. Mérat n'avait pas prévu. En l'absence des maîtres, le chef de clinique commençait la visite; il interrogeait, il examinait les malades, il prescrivait, il faisait les ouvertures dont il consignait les détails dans un grand registre, avec le dessein de les reprendre et de donner à la science un nouveau traité d'anatomie pathologique.

L'anatomie pathologique ou médicale, comme l'appelle Portal, était alors la science à la mode. Dupuytren l'enseignait à l'Hôtel-Dieu avec cette solennité de ton et de langage qui a tant fait pour sa réputation; Laënnec, plus justement célèbre à mon sens, cherchait à lui donner des lois pour la sauver de la confusion des détails; entre ces deux grands maîtres, les médecins se partageaient; l'engouement était général; enfin, un moment vint où l'on déclara qu'elle était incomplète l'observation qui ne se terminait pas par une bonne ouverture; j'ai vu ce temps, j'ai entendu ce propos. La lésion rencontrée par le scalpel avait-elle été prévue, annoncée, c'était assez pour l'honneur de l'art, et le médecin triomphait sur le cadavre.

A Dieu ne plaise que je cherche à déprécier la science de Théophile Bonet, de Morgagni, de Sénac, de Portal! Ce n'est pas déprécier une science que d'en signaler les abus; c'est, au contraire, la servir.

Quelque haut qu'on la mette, l'anatomie pathologique ne connaît que de l'instrument, et de l'instrument dans ce qu'il a de sensible; ce qui passe les sens n'est pas de son domaine. Or, dans les maladies médicales, vitales ou organiques, peu importe, que de lésions intimes ou moléculaires qui naissent sourdement et ne laissent rien voir de leur génération ou *processus!* comme disent les Italiens: telles les fièvres, les névroses, les aliénations, l'hérédité morbide et non morbide, les prédispositions, les tendances de l'organisme, les diathèses, etc.

J'aimerais autant qu'on demandât aux organes la connaissance des goûts, des caractères, des aptitudes et des penchants.

Revenu de ses premières illusions, M. Mérat ne niait pas cependant ce que l'anathomie pathologique a fait pour la science moderne; mais il avait contre elle un grief qu'il ne pouvait lui pardonner, c'était de décourager la thérapeutique et de la réduire presque à néant: comme elle ne montre que les derniers restes des maladies, elles les fait paraître presque toutes incurables, et éteint dans le médecin jusqu'au désir de les combattre en lui ôtant tout espoir de les guérir.

Ainsi s'évanouit le projet du nouveau traité d'anatomie pathologique, dont le chef de clinique avait si laborieusement ramassé les matériaux à l'hôpital de la Charité.

Le long séjour qu'il avait fait dans cet hôpital lui avait appris que les médecins n'y suffisaient pas aux malades: il en avertit l'administration dans un mémoire raisonné où il proposait d'en doubler tout à coup le nombre. Les malades, dit-il, en seront mieux soignés, et la science elle-même y gagnera, cultivée par un plus grand nombre d'ouvriers: il n'y aura pas plus de faits, mais il y aura plus d'observateurs, plus d'interprètes: et l'explication des faits, voilà la science.

Newton, couché sous un pommier, voit tomber une pomme et trouve le système du monde; il n'y a là qu'un fait; le génie a fait le reste *en y pensant toujours.*

On disait un jour devant un professeur de Montpellier que la ville était trop petite pour une grande faculté: Vous oubliez, répondit le professeur, que la médecine a pris naissance dans une petite île de la Grèce qui n'avait pas plus de 3 à 4 mille habitants.

Et sans remonter si haut, les cliniques les plus renommées de notre temps, Borsieri, Tissot, Scarpa, Moscati, n'avaient en tout que 19 lits: 10 pour les hommes, 9 pour les femmes.

A Vienne, c'était moins encore: 12 seulement pour les deux sexes. A la vérité, P. Franck en fit doubler le nombre, mais il n'en voulut pas davantage; et Hildebrandt, son successeur, s'en contenta.

C'est qu'il n'en est pas des enseignements pratiques comme des enseignements de pure théorie: ceux-ci n'ont jamais trop d'auditeurs; ils passent par l'ouïe et la parole vole; au contraire, les arts de la main, il faut les voir faire de près pour en suivre les procédés et se mettre en état de les imiter.

Sur ce principe, M. le professeur Prunelle, alors député, sollicité par l'autorité supérieure de tracer un plan de hautes études médicales, aurait voulu que, avant d'admettre les jeunes docteurs à la pratique, ils fussent soumis à une sorte de stage dans un hôpital de province pour s'y former sous la direction d'un maître habile aux secrets de la clinique.

M. Mérat n'aurait pu qu'approuver ces vues. Pour lui, il ne demandait en ce moment à l'administration hospitalière que de proportionner le nombre des médecins à celui des malades; mais il n'est ni réforme, ni changement, si petit qu'il soit, qui ne blesse quelque intérêt ou ne froisse quelque amour-propre; celui que demandait M. Mérat ne pouvait manquer de se faire, mais il se fit trop tard, et il n'en put profiter.

Je vous ai parlé de la *colique de plomb*; il faut dire maintenant un mot du *Traité du tænia*, autre monographie qui fait comme le pendant de la première.

Les hasards de la pratique avaient introduit M. Mérat dans une famille portugaise où il fit la connaissance du docteur Gomez de la même nation; c'est là qu'il entendit parler pour la première fois du traitement en usage dans l'Inde contre le ver solitaire. Certes, il n'y aurait rien d'étonnant que ceux qui nous ont appris le chemin des Grandes Indes en eussent rapporté le meilleur remède d'une maladie qu'on y dit très-commune. Plein des récits des voyageurs, fortifié par ce qu'il avait vu, M. Gomez ne tarissait pas sur les effets de ce précieux remède; ces effets, il les a ramassés dans une brochure dont il fit présent au médecin français; mais M. Mérat ne connaissait pas le portugais; par une attention des plus délicates, il se mit à l'apprendre pour se donner le plaisir de lire le livre dans l'original et de le faire passer dans notre langue, s'il l'en jugeait digne.

Mais quelque progrès qu'il y fît, la vogue du remède allant encore plus vite, il craignit d'être devancé et se hâta de publier le *Traité du tænia* un peu plus tôt qu'il n'aurait voulu: c'est le résumé succinct et substantiel de toutes les connaissances sur la matière nécessaires au praticien.

Peut-être y laisse-t-on trop voir le parti pris de mettre le nouveau vermifuge au-dessus de tous les autres: je dis nouveau, c'est renouvelé qu'il faut dire. De l'aveu même de M. Mérat, le grenadier était connu d'Aristote et employé au même usage; mais il était tombé dans l'oubli: telle est, au reste, la destinée de la plupart des médicaments, et des meilleurs.

Fut il jamais un vermifuge plus renommé que celui de la veuve Nouffer, acheté à prix d'argent par le gouvernement du temps? Cependant, qu'est-il devenu, et qui s'en sert aujourd'hui? La racine de grenadier vaut-elle mieux parce qu'elle est plus désagréable au goût, plus insupportable à l'estomac, et plus coûteuse que la racine de fougère mâle?

A proprement parler, le tænia n'est pas une maladie, c'est un parasite, mais si incommode que je ne m'étonne pas de la multitude de moyens proposés pour le déloger.

Au plus fort de sa vogue, la racine de grenadier se vit tout à coup attaquée par un autre vermifuge qui refusait de se nommer; mais s'il cachait son nom, il ne taisait pas ses succès. L'humanité réprouve les remèdes secrets; l'honneur défend aux médecins de s'en servir; néanmoins, et par exception, un médecin éminent, membre de cette académie, M. Louis, voulut bien consentir à mettre le nouveau vermifuge en expérience; et, par exception aussi, le résultat en fut si heureux que le bruit en étant venu aux oreilles de M. Mérat, il s'écria sans se troubler: « S'il en est ainsi, point de doute, c'est que le remède anonyme n'est autre que l'écorce même de grenadier. » Et je crois savoir qu'il ne l'était pas.

J'ai tenu, je l'avoue, à rapporter ce propos; il peint M. Mérat mieux que de longs discours.

Tout le temps que M. Mérat pouvait dérober à la profession, il le donnait à la botanique, qu'il aimait avec passion: c'était son goût dominant; il est vrai qu'il n'est rien de plus aimables dans les trois règnes. A l'aspect d'un sol sec et nu, il est facile de se représenter ce que serait la terre sans les plantes qui l'animent et qui la parent.

J.-J. Rousseau a dit qu'on pouvait devenir un grand botaniste sans sortir de chez soi; ce n'est pas ainsi que pensaient Tournefort ni son panégyriste. La botanique, dit Fontenelle, n'est pas une science tranquille et sédentaire qui puisse s'apprendre à l'ombre du cabinet; elle ne se donne qu'à ceux qui la méritent en parcourant la campagne et en gravissant les montagnes.

M. Mérat commença donc par visiter les plantes chez elles, c'est-à-dire sur la terre, pour les voir comme elles sont dans la nature. Les descriptions et les dessins n'en sauraient donner que des idées imparfaites; les plantes elles-mêmes desséchées sur le papier ne peuvent se comparer aux plantes vivantes et sur pied.

Les herbiers n'en sont pas moins très-précieux et très-utiles à ceux surtout qui les ont faits. M. Mérat s'en était fait un qui fit les délices de sa vie; il le visitait, il le feuilletait à toute heure du jour et de la nuit. Avait-il un chagrin, une contrariété, une déception, et qui n'en a pas? il courait à son herbier; chaque plante lui rappelait un souvenir de sa jeunesse et le nom d'un ami. Les douceurs qu'il y trouvait l'attachant de plus en plus à son œuvre, il voulut en régler le sort avant de mourir, ne pouvant supporter l'idée qu'un objet si cher pût tomber en des mains indignes de le posséder: il l'a légué au Muséum d'histoire naturelle.

M. Mérat a publié sur la botanique une série d'écrits qui ont marqué sa place parmi les botanistes les plus distingués de son temps. Il débuta par la *Nouvelle flore des environs de Paris.* Ce doux nom de flore, c'est, si je ne me trompe, Linnée qui l'a trouvé pour désigner le recensement des plantes d'un pays, et c'est encore Linnée qui en a offert le plus parfait modèle dans la flore de la Laponie.

S'il est vrai que, de même que les hommes, les livres doivent venir à propos pour faire leur chemin dans le monde, M. Mérat choisit bien son temps. Les flores de Thuillier et de Francœur, la seule ressource des étudiants, n'étaient plus de leur goût; elles avaient vieilli, car tout vieillit dans les sciences, même les flores. Les flores ne sont cependant que le dénombrement, le catalogue des plantes d'un coin de terre, et dès lors, dira-t-on, si elles sont complètes un jour, comment ne le sont-elles pas toujours? La nature serait-elle en travail continuel d'enfantement? Ce n'est pas ainsi que je l'entends.

Les erreurs de la science à part, j'entrevois des causes particulières de la *vieillesse* des flores, telle la *migration*, ou plutôt l'*extension*, la *diffusion* des plantes; car, en réalité, les plantes ne voyagent pas. Privées de mouvement, fixées par leurs racines en terre, elles meurent au lieu même où elles sont nées, et tout en elles semble se rapporter à cette immobilité. Les animaux sentent et se meuvent pour aller à la recherche de la nourriture qui leur convient, les végétaux ne sentent ni ne se meuvent; mais aussi la nature a-t-elle pris soin de réunir autour d'eux tous les matériaux nécessaires à leur existence.

Cependant, il est certain qu'on trouve quelquefois des espèces végétales là où elles n'avaient jamais été vues ni indiquées par les observateurs les plus exacts et les plus habiles.

Avant de dire comment elles y sont venues, je remarque d'abord que, au lieu que dans le règne animal ce sont les individus qui se déplacent, ce sont les espèces dans le règne végétal.

En second lieu, il n'y a rien de libre, rien de spontané, de volontaire dans ce déplacement; c'est un mouvement d'emprunt, c'est l'effet d'une cause aveugle et fortuite.

Ici, c'est le vent qui fait voler les graines et les disperse; là, ce sont les rivières, les cours d'eaux qui les entraînent; ailleurs, se sont les vents alisés, les courants océaniques; car il est des graines d'une constitution si robuste qu'elles peuvent flotter et naviguer dans l'eau salée sans rien perdre de leur pouvoir reproductif.

Mais je n'ai pas le dessein de parcourir toutes les causes qui concourent à la migration des plantes; je n'ai garde cependant d'oublier les oiseaux. Toutes les graines qu'ils avalent pour se nourrir ne servent pas, il s'en faut, à la nutrition; il en est beaucoup qui passent comme elles sont entrées, c'est-à-dire sans altération, et dans les conditions les plus propres à germer.

Le fait constaté, le génie de l'homme y est revenu et en a fait une si heureuse application que je ne résiste pas au plaisir de la rappeler. J'ai lu que des émigrants anglais voulant naturaliser quelque part l'aubépine pour en faire des haies, en firent manger le fruit à des dindons: tout ne fut pas digéré; ce qui passa se mêla au résidu de la digestion et reproduisit l'arbrisseau désiré.

Je reviens. Que si par suite de la migration des plantes ou par toute autre cause, les *flores* se mettent en retard, il est donc bon de les revoir et de les compléter de temps en temps pour les tenir toujours au niveau des changements qui se font dans la nature.

C'est ainsi, et à peu près par les mêmes raisons, qu'en bonne administration on refait le recensement de la population des Etats et des villes.

(A suivre.)

NÉCROLOGIE

Dans l'arriéré que nous avons à combler, il nous incombe une triste tâche, c'est celle d'énumérer les pertes que le corps médical a subies pendant toute la durée de l'investissement, tant à Paris que dans les départements et de payer à nos regrettés confrères le dernier hommage qui leur est dû.

Déjà dans le numéro de jeudi dernier 22 mars (date rétrospective du 24 septembre), nous avons annoncé la mort de MM. les docteurs Daviers (d'Angers), Deguise père, ancien chirurgien en chef de la maison de Charenton, et Destouches, de Paris. Voici un autre nécrologe beaucoup plus long hélas! Et encore ne sommes-nous pas sûrs de ne point faire d'omissions. Si tous ces malheureux confrères ne sont pas tombés victimes de la guerre, il n'en est pas un, sans doute, dont elle n'ait dû précipiter ou empoisonner les derniers moments.

M. Aug. Duméril professeur au Muséum d'histoire naturelle, membre de l'Académie des sciences, ancien agrégé à la Faculté de médecine de Paris, le continuateur des travaux de son père sur divers points de zoologie et en particulier sur l'histoire naturelle des reptiles et des poissons qu'il a à peu près complétée, et auteur de nombreux mémoires de physiologie très-justement estimés, notamment sur les modifications que subit la température animale sous l'influence de l'introduction de divers agents dans l'économie.

M. Duméril est mort le 14 novembre, à l'âge de 58 ans.

M. Falret père, ancien médecin de la Salpêtrière, l'un des plus savants aliénistes de notre époque, l'un des maîtres les plus éminents de la science médico-psychologique, auteur d'un traité du suicide et de l'hypochondrie resté classique, qui a commencé à fonder sa légitime réputation, de recherches statistiques sur les aliénés, les suicides et les morts subites et d'un traité des maladies mentales et des asiles d'aliénés, où il a réuni les riches matériaux de sa vaste expérience, et de la longue série de leçons cliniques qu'il a faites pendant un grand nombre d'années à la Salpêtrière. Esprit cultivé, philosophe surtout au sens pratique, aimé et estimé de tous ceux qui l'ont connu dans l'intimité, M. Falret est mort âgé de 76 ans, loin des siens, loin de son fils M. J. Falret qui porte si dignement son nom, et qui n'a appris lui-même le malheur qui le frappait que longtemps après qu'il était accompli.

M. Martin-Magron, physiologiste distingué, le type du savant modeste et désintéressé, devenu célèbre, en quelque sorte malgré lui, par son enseignement particulier et par des recherches expérimentales et des travaux, qui n'ont dû le plus souvent leur publicité qu'au zèle et à la reconnaissance de ses nombreux élèves. La vie tout entière de Martin-Magron, comme l'a dit son panégyriste M. Poterin du Motel, a symbolisé à un haut degré l'amour de la science, le devoir, la loyauté confraternelle de la plus sûre et la plus constante amitié. Mort en décembre dernier.

M. Danyau, membre de l'Académie de médecine, agrégé libre de la Faculté, ancien chirurgien en chef et professeur de l'hospice de la Maternité, praticien très-répandu et très-consulté pour les cas d'accouchements difficiles; d'une aménité de caractère et d'une distinction de manières qui, avec la grande expérience qu'il avait acquise et son sens droit et juste, ont dû beaucoup contribuer à la grande position qu'il avait su se faire.

M. Danyau est mort le 18 février, âgé de 68 ans.

M. Raciborski, ancien chef de clinique de la Faculté, originaire

de Varsovie, l'un des réfugiés polonais de 1832, qui, comme notre si regretté Cerise, à payé l'hospitalité qu'il a reçue en France par un amour et un dévouement à toute épreuve pour sa nouvelle patrie d'adoption. Après s'être fait, très-jeune encore, une position scientifique par des travaux justement estimés, qui lui ont valu plusieurs récompenses honorifiques, notamment par deux petits traités classiques d'auscultation et de diagnostic, par ses recherches physiologico-pathologiques sur la menstruation et l'ovulation, et par de nombreuses notices de médecine pratique qui ont passé pour la plupart sous les yeux des lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux*, M. Raciborski était devenu un praticien très-répandu, comptant presque autant d'années que de clients dans la classe élevée au milieu de laquelle il vivait. M. Raciborski est mort au moment où il venait d'atteindre sa soixantième année, chez son gendre, M. le docteur Demony, chez qui il avait trouvé un refuge pendant le bombardement.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOSPICES CIVILS DE MARSEILLE. — *Concours pour une place de 2e chef-interne.* — Le concours du chef-interne, qui avait été annoncé pour le 21 novembre 1870, sera ouvert le lundi, 1er mai 1871, à 3 heures du soir.

Ce concours aura lieu devant la commission administrative, assistée d'un jury médical.

Les candidats devront être âgés de 21 ans accomplis, célibataires ou veufs sans enfants. Ils devront avoir 12 inscriptions de Faculté ou 14 d'école préparatoire. Ne seront pas admis au concours ceux qui seront docteurs en médecine.

Le candidat nommé ne pourra obtenir le grade de docteur que dans la troisième année de son exercice.

Les candidats auront à produire : 1° l'acte de leur naissance ; 2° un certificat de moralité récemment délivré par le maire de la commune où ils ont leur résidence, constatant en outre qu'ils sont célibataires ou veufs sans enfants ; 3° le certificat de leurs inscriptions.

Ces pièces seront déposées au secrétariat de la commission administrative, à l'Hôtel-Dieu, où les candidats se feront inscrire huit jours au moins avant le jour fixé pour l'ouverture du concours.

PROGRAMME DES EXAMENS :

1° *Anatomie et physiologie* (question orale) ; 2° *Pathologie externe* (question écrite) ; 3° *Accouchements* ; 4° *Opération chirurgicale* ; 5° *Clinique interne et externe.*

Sur chacune de ces matières, la question sera la même pour tous les candidats.

Seront appliquées à ce concours les dispositions de la délibération du 3 juillet 1869, en ce qui concerne la composition du jury, le pointage des épreuves et les précautions à prendre pour assurer l'intégralité des conditions du concours.

Le 2e chef-interne sera nommé par la commission administrative après le rapport du jury d'examen. Il entrera immédiatement en fonctions. Il sera spécialement attaché à l'hôpital de la Conception. La durée de son exercice est fixée à trois années.

Le 2e chef-interne, à la fin de son exercice, et même plus tôt, en cas de vacance, pourra être nommé premier chef-interne, sans concours, par la commission administrative.

Les émoluments des chefs-internes sont fixés, pour le 2e, à 700 fr. par an, et pour le 1er, à 800 fr. par an. Ils sont, de plus, logés et nourris.

Les candidats prendront connaissance, au secrétariat de l'administration des hospices, de la délibération précitée du 3 juillet 1869 et du règlement du service des hôpitaux. Le candidat nommé sera tenu de se conformer à toutes les dispositions de ce règlement, ainsi qu'aux changements et additions qui pourront y être apportés.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Curation des maladies organiques de la langue et des cancers en général, par le docteur DÉCLAT. Gr. in-8. — Prix : 8 fr.

Armes de guerre et bâtiments cuirassés, par Louis FIGUIER, 1 vol. grand in-4. — Prix : 3 fr. 50.

Dans deux notices consacrées aux bouches à feu et aux armes portatives, M. Louis Figuier explique le mécanisme des nouvelles armes à feu de précision qui sont entre les mains des deux armées française et prussienne : canons rayés, carabine de Vincennes, fusil à aiguille, fusil Chassepot, mitrailleuses, etc.

Dans une troisième notice, l'auteur expose tout ce qui concerne les vaisseaux cuirassés et nous fait connaître l'état actuel de la marine blindée chez toutes les nations de l'Europe.

237 gravures accompagnent le texte. Elles représentent les bouches à feu anciennes et modernes, les détails du mécanisme des fusils de précision et des mitrailleuses, ainsi que leurs projectiles. La plupart des bâtiments cuirassés de la marine européenne sont représentés par des dessins très-exacts.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois... 8 fr. 50 c. Six mois... 16 — Un an..... 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 30 mars 1871.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE.

Sur les blessures de l'œil et leurs conséquences

CONFÉRENCES PUBLIQUES, FAITES A L'ÉCOLE DE MÉDECINE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS.

Par le docteur X. GALEZOWSKI.

Messieurs, les blessures de l'œil constituent certainement un des chapitres des plus intéressants, et je dirais même, le plus important de la pathologie chirurgicale ; et en effet, non-seulement l'œil blessé est exposé à se perdre, mais il peut entraîner au bout de quelque temps et par sympathie la perte de la vue de l'autre œil. Il est donc de notre devoir d'agir avec la plus grande énergie et en complète connaissance de cause pour savoir arrêter à temps les conséquences désastreuses de ces blessures.

L'organe de la vue se compose de trois parties différentes :

a, les parties protectrices de l'œil, qui sont les paupières avec voies lacrymales et l'orbite ;

b, le globe oculaire.

c, les organes centraux visuels situés dans le cerveau.

Examinons successivement ces différentes parties.

A. Blessures des paupières, des voies lacrymales et de l'orbite. — Les blessures des organes protecteurs de l'œil sont relativement moins graves et même moins fréquentes que celles du globe oculaire lui-même, comme on peut juger par les chiffres suivants. Sur 7,210 de mes malades, je n'ai observé que 29 fois les blessures des paupières ou orbite, tandis que les blessures de l'œil lui-même figurent au nombre de 237, et elles se répartissent ainsi : blessures de la conjonctive, 28 cas ; voies lacrymales, 2 cas ; cornée, 122 ; iris 13 fois, sclérotique 10, cristallin 18, rétine et choroïde 15 ; intérieur de l'œil sans qu'on puisse préciser le siége, 10 cas ; affection du nerf optique ou des nerfs moteurs par cause cérébrale, 10 cas.

Les blessures des paupières n'ont pas, en général, de graves conséquences, tant qu'elles ne sont pas compliquées de désordres simultanés dans le globe de l'œil lui-même.

Les plaies par instruments tranchants ou contondants, surtout celles qui se trouvent situées vers le bord orbitaire externe et à la paupière inférieure. Les épanchements et les collections purulentes qui sont consécutives à ce traumatisme ne peuvent point se porter du côté de l'orbite, où elles sont arrêtées par la capsule de Tenon, mais elles se portent facilement vers la paupière supérieure pour y amener des inflammations phlegmoneuses et souvent avec le caractère gangreneux, comme cela avait été signalé pour la première fois par Velpeau.

Le fait suivant vient à l'appui de cette assertion :

OBSERVATION. — Le commandant des mobiles T..., reçoit à la fin d'octobre 1870 une blessure avec un instrument contondant sur la paupière inférieure de l'œil droit, un peu au-dessus et en dehors du sac lacrymal, qui est suivie au bout de trois jours d'un phlegmon des deux paupières et de la cécité absolue de l'œil blessé. Appelé le 4 novembre en consultation avec le docteur Tournier, auprès du malade, nous avons pu constater l'existence de deux larges plaies suppurantes, l'une à la paupière inférieure, où le coup avait porté, et l'autre à la paupière supérieure, qui était occasionnée par une infiltration purulente. Cette dernière avait déjà amené une perte considérable de la peau, mais ne s'étendait point vers l'orbite. L'exploration faite avec un stylet démontre des décollements très-larges de la peau, dans toute l'étendue de la paupière inférieure. En examinant le globe de l'œil, nous avons trouvé un épanchement général du corps vitré, qui masquait complétement le fond de l'œil. La perte de la vue était donc due non point à la blessure des paupières mais aux accidents concomittants qui se sont produits par contusion dans l'intérieur de l'œil.

Après avoir fait établir des sétons filiformes dans les trajets fistuleux pendant huit jours, nous avons obtenu très-rapidement la cicatrisation des plaies palpébrales et sans aucune difformité. L'épanchement de sang se résorba au bout de trois mois dans l'intérieur de l'œil, ce qui permit de voir que la rétine tout entière était décollée et la vue à jamais abolie.

Les plaies du bord palpébral prédisposent aux difformités plus ou moins considérables, si on n'intervient pas efficacement et à temps. Tantôt on voit apparaître un colobome, un entropion partiel ou un trichiasis ; tantôt au contraire la suppuration qui suit les blessures des rebords palpébraux est tellement considérable, qu'elle entraîne des adhérences entre les paupières et le globe de l'œil. Le professeur Richet (1) rapporte un fait des plus remarquables à cet égard.

OBSERVATION. — Un jeune homme reçoit un coup de pied de cheval sur l'orbite, et se présente quelques semaines seulement après l'accident à la consultation à Beaujon. Une tumeur du volume d'un œuf remplissait l'orbite, sa couleur était bleuâtre et des veines volumineuses la sillonnaient. Blandin et Marjolin diagnostiquèrent un cancer de l'œil. Avant l'opération ils se décidèrent à faire une ponction exploratrice, et quel ne fut leur étonnement lorsqu'ils virent s'écouler un liquide filant et transparent, qui n'était autre que le liquide conjonctival, retenu entre le globe oculaire et les paupières, qui, avivées par une large excoriation, s'étaient agglutinées dans toute leur largeur, et assez loin de leurs bords ciliaires pour que les cils fussent cachés et que leur absence ait pu induire en erreur. Blandin en pratiqua le décollement et trouva au-dessous le globe de l'œil parfaitement sain.

Dans les blessures des paupières on doit prendre aussi en considération les circonstances suivantes, qui peuvent influer d'une manière très-puissante sur le pronostic et le traitement, comme cela se trouve exposé plus longuement dans un autre travail (2).

1° Lorsque le traumatisme porte sur la paupière inférieure et l'angle interne de l'œil, on doit examiner si les voies lacrymales n'ont pas été atteintes. L'injection des points lacrymaux avec la seringue d'Anel permettra d'établir la perméabilité ou l'obstruction de ces canaux.

C'est surtout les blessures par armes à feu qui amènent des désordres dans ces organes, comme on peut juger par les deux faits suivants :

OBSERVATION. — M. G..., âgé de 18 ans, polonais, tombé pendant l'insurrection de 1863 entre les mains des Cosaques, a été criblé de blessures. Une balle lui fractura l'apophyse montante du maxillaire supérieur droit, et est ressortie derrière, au bas de l'apophyse mastoïde, derrière le muscle sterno-cléido-mastoïdien. La cicatrice profonde, avec enfoncement de l'os, est à deux centimètres au-dessous du sac lacrymal. La face de ce côté est insensible. Au mois d'octobre de l'année 1866, le malade vint me consulter pour une tumeur lacrymale, pour laquelle on lui avait tenté sans résultat la méthode Foltz. Je constate une obstruction du canal nasal, mais au moyen de cathétérisme je parvins, quoique après beaucoup d'effort, à une dilatation du canal nasal, qui était à peine perméable à l'endroit de la blessure, et à partir de ce moment l'œil était guéri.

Un fait nouveau et des plus intéressant vint se présenter pendant le siége de Paris à mon observation. Je reproduits en entier.

OBSERVATION. — M. Richard, âgé de 26 ans, soldat au 35e de ligne, vint me consulter pour les deux yeux, qui étaient très-enflammés et larmoyants. Le malade raconte que le 30 septembre 1870 il fut blessé au combat de Villejuif à la face ; une balle entra dans la joue droite, et est ressortie par la joue gauche. En l'examinant au mois de janvier dernier, j'ai pu constater la présence de deux cicatrices, dont l'une et l'autre étaient parallèles au bord de la paupière inférieure, et se trouvaient à deux centimètres au-dessous de ce dernier. Il était évident que la balle avait glissé le long du bord orbitaire inférieur sans le blesser, brisa l'apophyse montante du maxillaire supérieur droit, passa derrière les os du nez et est ressortie par l'autre joue, après avoir brisé l'apophyse montante du maxillaire supérieur gauche et une grande partie du bord orbitaire inférieur. Les premiers treize jours le malade resta au Palais de l'Industrie ; ensuite il fut transféré dans l'ambulance du marquis Le Marois, où il était confié aux soins du docteur Brasseur. Le nez n'a subi aucune déformation, et il n'y avait que les tumeurs lacrymales des deux côtés qui se déclarèrent à la suite de cet accident. L'injection ne passait point par les canaux lacrymaux ; j'ai fait l'incision des points lacrymaux et je suis parvenu à franchir le canal nasal droit, qui n'était pas rétréci, tandis que du côté gauche, où les os étaient plus désorganisés, le canal n'a pu être jusqu'à présent rétabli, et le larmoiement persiste, tandis que du côté droit il est complétement guéri.

(1) Richet, *Anatomie médico-chirurgicale*, Paris, 1860, p. 321.
(2) Galezowski, *Traité des mal. des yeux*, Paris, 1870, p. 28.

DE LA CONSERVATION DES DOIGTS

PLUS OU MOINS COMPLÉTEMENT SÉPARÉS ACCIDENTELLEMENT (1)

Par le Dr BÉRENGER-FÉRAUD
Médecin principal de la Marine.

OBS. XXIII. — 2e *fait du docteur Landi* (*Clinique chirurgicale de l'hôpital de Sienne*, 1860 61, p. 86). *Médius droit presque complétement détaché. Conservation ; accidents ; névroses. Guérison.*

Joseph L..., des Deux-Ponts, près de Sienne, tombant d'une hauteur de trois brasses, se blessa gravement à divers endroits de la main ; au médius droit, entre autres, déchirure des ligaments articulaires de la troisième phalange, qui se luxa en arrière ; la tête de la deuxième phalange est mise à nu ; l'extrémité du doigt ne tient que par un même pédicule. Tentative de conservation, le doigt est mis sur une attelle ; pansement simple ; inflammation ; résection de la tête de la deuxième phalange qui faisait saillie. Gangrène des téguments, suppuration, abcès dans divers points de la main. Guérison avec conservation de la troisième phalange, qui reste demi-fléchie sur le doigt et peut encore rendre quelques services.

OBS. XXIV. — *Fait de Morley* (*Bulletin général de thérapeutique*, t. XIX, p. 130).

Un enfant de 11 ans a la moitié de la phalange de l'indicateur gauche séparée par une pierre. Amené près de M. Morley dix minutes après l'accident, on envoie chercher la partie amputée restée sur le lieu de l'accident. Lavage de la partie. Réapplication du doigt déjà froid et livide. Bandelettes. Au bout de huit jours, réunion. Chute de l'ongle.

Trois mois après, on constate une guérison absolue. Sensibilité et mouvements à l'état normal.

OBS. XXV. — *Fait de Piedagnel* (*Bulletin de la Société anatomique*, t. V, p. 82 ; *Revue médicale*, 1830, Velpeau, *Médecine opératoire*, t. 1er, p. 619.

M..., menuisier, 24 ans, a l'indicateur gauche pris entre une pièce de bois et la servante de son établi. Séparation complète de l'organe, qui tombe par terre. Le malade s'était déjà pansé à plat quand son maître tenta la conservation. On lave le fragment dans de l'eau ferrugineuse, on le réapplique. Bandelettes de taffetas d'Angleterre.

Réunion, avec chute de l'ongle. Conservation de la sensibilité.

OBS. XXVI. — *Fait de Regnault* (*Gazette sanitaire*, 1774, et Velpeau, *Médecine opératoire*, t. Ier, p. 618).

Un jeune homme de 15 à 16 ans se trouvant pressé par un chariot au coin d'une rue, appliqua son ventre contre le mur et la main gauche sur l'angle de ce même mur pour se tenir plus ferme. Le bout de ce mur rasant cet angle de trop près, lui coupa le petit doigt à l'articulation de la deuxième avec la troisième. Le doigt était tombé : le jeune homme le ramassa. Je fus appelé tout de suite et je rajustai le doigt détaché, que j'eus soin de contenir avec un bandage contentif. Je fis tenir la main pendante et le petit doigt dans un verre d'eau-de-vie pendant deux heures. Ce doigt reprit très-bien, et le blessé fut guéri en peu de jours, mais si parfaitement, qu'il a aujourd'hui autant de force dans cette partie que si elle n'eût jamais été détachée.

OBS. XXVII. — *Fait de Sommé*, d'Amiens (*Traité sur l'inflammation*, Paris, 1830, p. 12).

Jeune homme de 14 ans, taillant du bois, se coupe trois doigts de la main gauche. Une portion de l'indicateur comprenant la moitié de l'ongle et toute la chair correspondante est divisée, le lambeau tombe par terre ; réapplication une heure après. Pansement avec des bandelettes. Réunion parfaite. L'épiderme et l'ongle tombèrent.

OBS. XXVIII. — *Fait du docteur Testa* (*Il filiatre Sebezio* de juin 1840 ; *Bulletin général de thérapeutique*, t. XL, p. 473).

Jeune homme de 21 ans s'étant coupé le doigt avec un couteau ; section oblique, nette ; jet de sang artériel. Deux heures après, le docteur Testa réappliqua le fragment que le malade avait apporté avec lui et qui était froid et bleuâtre. On reconnaissait à ce fragment une partie de l'ongle et de la phalangette. Bandelettes agglutinatives.

Quatorze jours après, le derme parut rose et sensible, l'ongle tomba. Trois semaines après, la guérison était complète ; il y avait en formation d'une petite escarre sur le lambeau. Le malade a été présenté à l'Académie médico-chirurgicale de Naples, qui a constaté le fait.

OBS. XXIX. — *Fait du docteur Vivefoy.*

M. Vivefoy a rapporté deux faits intéressants de réunion de par-

(1) Fin. — Voir les numéros des 8, 10, 22 septembre, 6 et 8 octobre 1870.

ties presque complétement séparées du corps (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1841; n° 4).

Une partie de l'auriculaire de la main gauche est enlevée. M. Viveroy va chercher lui-même le morceau resté sur le lieu de l'accident, et le réapplique quatre ou cinq minutes après; bandelettes agglutinatives; réunion par première intention.

Obs. XXX. — *Fait de Wigorn* (Bérard, *Revue médicale*, t. IV, p. 417. Velpeau, *Médecine opératoire*, t. 1er, p. 618.

Jeune fille s'enlevant la masse musculaire du pouce gauche. Réunion. Guérison.

Obs. XXXI. — *Fait du docteur Vergely* (*Journal de médecine de Bordeaux*, juillet 1860).

Le 3 mai 1860, D... (Jean), se donne un coup de hachette, qui coupe l'index gauche en biseau, de telle sorte que la moitié de l'ongle et toute la pulpe du côté externe (3 centimètres), sont complétement séparées.

Syncope. On ramasse le morceau de doigt, on le replace. Pansement au baume de copahu. Trois heures après, M. le docteur Vergely, interne à l'hôpital Saint-André, constatant la division complète, fait un pansement aux bandelettes.

Guérison parfaite, avec sensibilité tout à fait normale du morceau qui avait été détaché.

Obs. XXXII. — 1er *fait de M. Velpeau* (*Bulletin général de thérapeutique*, t. XXIX, p. 569; *Médecine opératoire*, t. Ier, p. 619).

M. Gorsse, membre de l'Académie, s'étant détaché l'extrémité de l'indicateur gauche avec un rasoir, M. Velpeau ramasse le morceau, le lave, le réapplique, et la réunion parfaite est obtenue.

Obs. XXXIII.—*Fait de la Veritad*, juin 1848 (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1848, p. 245).

Une dame de Santiago, âgée de 28 ans, coupant du pain avec un couteau, soulève toute la pulpe et une partie de l'ongle de l'indicateur gauche. Hémorrhagie abondante. Premier pansement au cérat. Les douleurs sont très-vives. On appelle le docteur Ollivarès, qui défait le pansement, prend le morceau du doigt qu'on avait laissé sur une fenêtre, et le réapplique exactement deux heures après l'accident. Diachylon, lotions continues avec le baume de Riga.

On ne défait le pansement que six jours après. Réunion parfaite. Conservation de la sensibilité.

Obs. XXXIV. — *Fait personnel* (*Bulletin général de thérapeutique*, t. LXXIII, p. 454).

Femme S..., cuisinière, se divise avec un couteau de cuisine l'extrémité de l'annulaire gauche.

Le morceau ayant été jeté par la fenêtre, je le fais chercher; on me le rapporte; je le replace et il reprend parfaitement.

Le chiffre des doigts réunis après séparation est donc de 87 se décomposant, comme nous l'avons dit, en 53 faits de réunion après division incomplète, et 34 faits de réunion après division complète. Reprenons-les maintenant d'une manière synthétique pour en étudier les particularités et voir les enseignements qui en découlent.

Recherchons d'abord si l'on peut admettre la possibilité de la réunion après la division complète, car si ce fait est résolu par l'affirmative, les autres seront *a fortiori* acceptés comme indiscutables. Or, en jetant un coup-d'œil sur les 34 derniers faits, nous voyons les noms de Beau, Desprez, Gorsse, Piédagnel, Velpeau, qui rendent toute discussion inutile sur la question de véracité, et nous croyons qu'on peut admettre sans contestation la possibilité du retour à la vie du doigt ou d'une partie de doigt complétement divisée.

Si nous recherchons quels sont les doigts qui ont été le plus souvent atteints, nous voyons que le pouce est entré pour un chiffre de 20; l'index, 29; le médius, 14; l'annulaire, 11; le petit doigt, 15. On pourrait facilement déterminer si la main droite a été atteinte plus souvent que la gauche, à quelle hauteur la division s'est faite le plus souvent.

Mais ce sont là des questions de pure curiosité et sur lesquelles il est inutile de nous arrêter plus longemps; la chose importante est de savoir quelles sont les portions qui avaient été divisées et qui ont pu reprendre vie. Or, en jetant un coup d'œil sur les observations précédentes, nous voyons que la peau, les os et quelquefois même les tendons ont pu reprendre continuité et vie après leur séparation. Dans tous les cas l'épiderme a souffert plus que le derme; quand l'ongle était compris dans la portion séparée, il est tombé peu de temps après. On dirait que pendant le temps que le derme a mis à se créer de nouvelles relations vasculo-nerveuses, il n'a pu fournir les éléments de vitalité à son enveloppe protectrice qui, se rapprochant davantage des corps inorganiques, est tombée flétrie comme un corps étranger. Ce n'est qu'après avoir récupéré son intégrité fonctionnelle que la portion du derme réunie a sécrété de nouveau les cellules épidermiques qui devaient les recouvrir, et cette reproduction épidermique se fait comme il faut sur les faces palmaires et latérales des doigts où la couche est un peu dure et peu épaisse. Il n'est pas rare de voir cette reproduction ne pas être parfaite pour ce qui est de l'ongle, qui alors est plus ou moins déformé, ayant des cannelures, des nodosités ou bien n'adhérant à la face profonde que dans les environs de la matrice. Souvent il est arrivé que, pendant plus ou moins longtemps, la portion des doigts réunie après complète séparation a été insensible, et on comprend, en effet, que dans les premiers moments ayant perdu la continuité nerveuse de ses houppes papillaires, elle ne soit que très-imparfaitement apte à exercer le tact; mais avant longtemps la sensibilité est revenue parfaitement, et quoiqu'on n'ait pas songé à démontrer, à l'aide de dissection, par quel mécanisme cette sensibilité est revenue, on doit admettre par analogie de ces faits de réunion des nerfs, qui commencent à être mieux connus dans la science, que le retour est le résultat de la réunion par cicatrice des cordons nerveux dans la région.

Dans la plupart des cas, il y a eu perte des mouvements après guérison. Le doigt est resté immobile dans l'extension ou la flexion, mais quelquefois aussi on a noté la récupération complète ou incomplète des mouvements, résultat de la soudure des tendons divisés ou bien de l'adhérence de l'extrémité de la corde tendineuse coupée avec le tissu inodulaire qui sert alors à transmettre les mouvements.

Enfin, ajoutons que dans les cas où l'articulation a été ouverte, si l'ankylose est la règle, par suite de la destruction de la cavité séreuse, on a constaté plus d'une fois la conservation du sac synovial dans son intégrité, ce qui fait que la guérison a été, pour ainsi dire, alors mathématiquement parfaite. La suppuration a été quelquefois nulle, il faut une véritable réunion par première intention, condition la plus heureuse, mais aussi la plus rare quand il s'est agi d'une portion considérable du doigt; dans ces cas il a été assez difficile d'apercevoir la cicatrice ultérieurement.

Une suppuration modérée n'a pas exclu la possibilité de réunion de la partie, mais elle a, dans tous les cas, nui plus ou moins, sinon à la solidité, au moins à la perfection de la réparation au point de vue de l'aspect que présentait la cicatrice après un temps plus ou moins long.

L'os divisé s'est cicatrisé souvent comme les parties molles par un véritable cal, et dans ces cas la guérison a été non-seulement parfaite, mais aussi rapide que possible. Dans quelques cas l'agression du corps vulnérant a porté atteinte à la vitalité du squelette de la partie divisée; on a vu alors une esquille nécrosée se faire jour après un certain temps, mais sans compromettre la solidité ou la régularité de la réparation, car le périoste, qui avait participé de la force de résistance des parties molles à la mortification, a reproduit un os très-suffisant pour les fonctions qu'il y avait à remplir.

Au point de vue de l'âge, on ne peut établir aucune présomption sur les chances plus ou moins grandes de réunion des doigts séparés, car on n'a aucun élément; mais on peut voir par les faits cités précédemment que l'on a vu la guérison survenir, soit sur des enfants, soit sur des jeunes gens, jeunes ouvriers; sujets de 20, 21, 22 ans, soit chez des adultes de 24, 42, 48 ans, infirmiers, etc., etc.

De sorte que l'âge adulte du sujet ne semble pas une contre-indication aux tentatives de conservation.

Enfin, notons que lorsque la séparation n'a pas été complète, le fragment divisé peut avoir été plus considérable; en effet, on a vu reprendre vie à des poignets, des avant-bras, des bras même qui ne tenaient plus au restant du corps que par un mince pédicule; il est à remarquer que dans tous les cas le pédicule comprenait au moins une artère et une veine d'un certain calibre. Nous donnerons bientôt en détail les divers faits de cette conservation, et ayant alors énuméré tous les organes que nous avons compris dans nos recherches, nous aurons à terminer notre travail par les considérations que l'examen des divers faits peut faire naître, et ces faits épars et isolés jusqu'ici dans la science auront porté, j'espère, leur enseignement.

RAPPORT

Au ministre de l'agriculture et du commerce sur les mesures à prendre à l'égard des cadavres des victimes de la guerre, inhumés à une profondeur insuffisante sur divers champs de bataille.

(Commissaires : MM. Bussy, Fauvel, Michel Lévy, H. Bouley, Reynaud, et Amédée Latour, rapporteur.)

Monsieur le ministre,

Par votre lettre datée de Bordeaux, le 2 mars dernier, vous avez demandé au Comité consultatif d'hygiène publique son examen et son avis sur les mesures à prendre en vue de préserver la santé publique des dangers qui pourraient résulter de l'inhumation, à une profondeur insuffisante, des cadavres des combattants dans la dernière guerre sur plusieurs champs de bataille autour de Paris et dans les départements.

Le Comité, comprenant l'urgence d'une action rapide et s'associant à votre légitime sollicitude, s'empresse de vous faire connaître le résultat de ses délibérations sur la question que vous lui avez fait l'honneur de lui adresser.

Et d'abord, monsieur le ministre, le Comité ignore dans quelles conditions ont été enterrés les morts après les batailles livrées hors de Paris. Il est probable que les inhumations se sont faites là comme elles l'ont été aux environs de la capitale, et peut-être même dans des conditions plus fâcheuses, les batailles ayant été plus sanglantes, plus fréquentes et livrées par des belligérants beaucoup plus nombreux.

De là la nécessité, comme vous le désirez avec tant de raison, de prendre des mesures d'ensemble; de là aussi, pour le Comité, la préoccupation qui l'a guidé de proposer des mesures partout et facilement applicables.

Sur la première question que vous adressez au Comité, monsieur le ministre, à savoir si l'élévation d'un tumulus en terre sur les tombes renfermant un plus ou moins grand nombre de cadavres offre des garanties assez sérieuses, le Comité a l'honneur de vous répondre que, vu la saison dans laquelle nous entrons, vu le temps qui s'est écoulé depuis l'inhumation et qui a suffi à mettre les cadavres en pleine décomposition, le Comité émet l'opinion qu'il faut rejeter absolument l'idée de l'exhumation immédiate d'un aussi grand nombre de cadavres. Il n'a pas besoin, pense-t-il, d'insister sur les inconvénients que pourraient produire les émanations d'une aussi grande quantité de matière putride. Il faut éviter à tout prix cette condition.

Dans ce but, le Comité estime que le moyen actuellement le plus praticable et suffisamment sûr est d'élever, sur les fosses ou les tranchées renfermant un plus ou moins grand nombre de cadavres, un tumulus en terre ne dépassant pas 40 ou 50 centimètres de hauteur. Ce tumulus devrait être, d'ailleurs, immédiatement ensemencé de graines de plantes à végétation rapide, et surtout avides d'azote, telles que *l'Helianthus* (grand soleil), le *Galega officinalis*, la moutarde, le topinambour ou quelques graminées qui, coupées en vert, seraient employées comme fourrage (1). Ce moyen facile, qui pourrait d'ailleurs n'être que provisoire, en permettant d'attendre l'hiver prochain pour procéder, si c'était nécessaire, au déplacement des sépultures, paraît au Comité présenter des garanties sérieuses pour la sauvegarde de la santé publique.

Mais un autre cas se présente, et il est fréquent aux environs de Paris, où, dans un jardin, un clos, un champ, on rencontre plusieurs tombes ne renfermant chacune qu'un cadavre, mais inhumé à une profondeur également insuffisante. Dans cette condition, il paraîtrait difficile et peu équitable d'imposer au propriétaire du sol la servitude de plusieurs tumuli. Le Comité pense que, dans des cas de ce genre, l'administration pourrait prescrire la mesure suivante.

Creuser parallèlement à la fosse qui renferme le cadavre et aussi près que possible d'elle, une fosse de 1 mètre 50 à 2 mètres de profondeur, dimension prescrite par le décret du 23 prairial an XII, enlever la couche de terre recouvrant le cadavre, répandre sur celui-ci une quantité suffisante de chlorure d'oxyde de chaux pour le désinfecter, puis le faire glisser dans la fosse nouvellement creusée, placer le cadavre sur un lit de chaux vive, dont il serait recouvert avant de le couvrir de terre.

Vous demandez aussi au Comité, monsieur le ministre, « s'il ne conviendrait pas de chercher d'autres garanties, dans l'emploi sur place de certains agents chimiques et dans la mise en culture, sur une zone déterminée, des terrains les plus rapprochés des points d'enfouissement. »

Sur le premier point, le Comité croit devoir vous faire observer que l'emploi de moyens chimiques sur place, soit pour la désinfection, moyens qui sont nombreux, tels que le goudron, le coaltar, l'acide phénique, le sulfate et le chlorure de zinc, le sulfate de fer, le chlorure de chaux; soit pour la destruction, la désagrégation et la carbonisation des matières organiques, tels que certains acides minéraux concentrés; que l'emploi de ces moyens, disons-nous, exigerait le déterrement des cadavres et exposerait, par conséquent, aux inconvénients de l'exhumation repoussée par le Comité; que les cadavres peuvent n'avoir pas été placés côte à côte, mais avoir été superposés, et que, pour pénétrer cette masse et agir efficacement sur elle, les agents chimiques les plus énergiques pourraient n'avoir qu'une action limitée aux couches les plus superficielles; que, enfin, la quantité considérable qu'il faudrait employer de ces agents rendrait le procédé très-dispendieux et par cela même peu pratique.

Sur le second point rien, en effet, de plus rationnel, de plus en harmonie avec les données de la physiologie et de plus conforme aux prescriptions des décrets et règlements qui régissent la police des cimetières que la mise en culture et les plantations des terrains rapprochés des sépultures.

Les mesures que le Comité a l'honneur de vous proposer, monsieur le ministre, diffèrent en partie de celles qui ont été conseillées ailleurs, et qui sont, aujourd'hui, en pleine voie d'exécution aux environs de Paris, d'après l'ordre de M. le ministre des travaux publics, sous la direction d'un ingénieur des ponts et chaussées. Elles en diffèrent en ce que : 1° le Comité ne croit devoir conseiller l'emploi d'aucun agent chimique ou désinfectant, préalablement à l'élévation du tumulus, car ces agents s'opposeraient à la germination et au développement des graines ensemencées, alors que le Comité place, au contraire, toute sa confiance dans les phénomènes de la végétation comme moyen d'absorption rapide des produits de la décomposition putride; 2° en conseillant de diminuer considérablement l'élévation du tumulus, afin que cette absorption par les plantes soit prompte et facile; 3° enfin, par le choix de ces plantes fait parmi celles dont l'affinité pour les matières azotées est le mieux démontrée.

Il y a urgence dans l'exécution de ces travaux. Il existe dans les communes suburbaines des sépultures où les corps sont littéralement à fleur de terre, et dont les extrémités se montrent au-dessus du sol, d'autres dont l'abdomen ballonné par les gaz de la putréfaction fait saillie au dehors, montrant l'affligeant spectacle de larves de mouches dévorant un être humain. Une foule, avide d'émotions, se transporte, surtout le dimanche, vers ces différents champs de sépulture, et l'un de nous a vu, près des

(1) L'Helianthus (grand soleil) est une plante précieuse au point de vue de sa faculté d'absorption des produits azotés et dont toutes les feuilles sont utilisables. Sa graine donne une huile douce excellente, ses feuilles font un bon fourrage, et sa tige est un combustible léger utile au chauffage du four.

batteries prussiennes du plateau de Châtillon, des curieux fouiller du bout de leurs cannes, ou même avec leurs mains, les quelques centimètres de terre qui recouvrent les cadavres, en mettre à nu, sans répugnance apparente, certaines parties exhalant une odeur infecte.

Donc, aussi bien pour la décence et la morale publique que pour l'intérêt sanitaire, il y a lieu de faire cesser, le plus vite possible, ce spectacle attristant.

Les mesures que le Comité a l'honneur de vous proposer, Monsieur le ministre, peuvent être partout immédiatement appliquées. En résumé, elles consistent en :

1° Élévation d'un tumulus en terre de 40 à 50 centimètres de hauteur sur les fosses ou les tranchées renfermant un plus ou moins grand nombre de cadavres, et ensemencé de plantes à végétation rapide et avides d'azote.

2° Exhumation rapide des cadavres isolés, désinfectés et placés dans une fosse creusée parallèlement, et le plus près possible de la fosse ancienne, et couchés sur un lit de chaux vive.

3° Culture et plantation des terrains dans la zone la plus rapprochée des sépultures.

L'exécution et la surveillance de ces mesures pourraient être confiées, hors de Paris, aux conseils d'hygiène et de salubrité des départements et des arrondissements qui ressortissent à votre ministère.

Paris, le 20 mars 1871.

Le rapporteur : Amédée Latour.

Approuvé par le Comité dans sa séance du 20 mars 1871.

Le président : A. Tardieu.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

—

(*Suite et fin de l'*Éloge de M. Mérat.)

Après la *Nouvelle flore*, M. Mérat publia les *Nouveaux éléments de botanique*. Si l'on en croit la tradition, ce livre ne serait pas né spontanément de la libre volonté de l'auteur.

S'il est un sentiment naturel à celui qui cultive une science, c'est le désir de connaître les hommes qui s'y sont distingués : ce désir conduisit M. Mérat aux cours de botanique les plus renommés de son temps; il entendit successivement de Jussieu, Desfontaines, Richard et d'autres encore. Entre des talents si éminents, il n'eût osé marquer les rangs; mais il ne dissimulait pas ses préférences pour M. Desfontaines, doublement attiré par la simplicité des doctrines et par l'exquise politesse de l'homme.

Après la séance, il était d'usage à ce cours que tout l'auditoire se formât en groupes autour du professeur; et, là, chacun disait son mot. Les uns demandaient des explications qui n'étaient jamais refusées; les autres faisaient éclater leur admiration pour un si bel enseignement; tous en demandaient l'impression; M. Mérat était des plus pressants.

Mais M. Desfontaines, heureux de l'empressement de son auditoire, n'ambitionnait pas la gloire d'auteur; il savait d'ailleurs par l'expérience d'autrui combien il est rare que les enseignements de la chaire soutiennent leur réputation à la lecture, et il n'avait nulle envie d'en fournir un nouvel exemple.

Un disciple moins délicat aurait pu s'emparer des idées du maître et les donner comme siennes; cela s'est vu quelquefois; la pensée n'en vint jamais à M. Mérat; il respectait toutes les propriétés, et en fut-il jamais de plus vraies, de plus sacrées que celles des travaux de l'esprit?

Enfin, désespérant de vaincre la résistance du maître, le disciple s'offrit à lui servir de secrétaire; M. Desfontaines accepta; et ainsi finit cette lutte aussi glorieuse pour l'un que pour l'autre.

Néanmoins, les *Nouveaux éléments de botanique* ne portent qu'un seul nom d'auteur, et ce n'est pas celui de M. Desfontaines. Seulement, M. Mérat déclare, dans un court avertissement, qu'il s'est appliqué à reproduire avec une scrupuleuse exactitude les leçons du célèbre professeur du Muséum d'histoire naturelle, et il ajoute que c'est sans doute pour y avoir réussi que le livre a obtenu tant de succès.

Les *Nouveaux éléments de botanique* ont eu six éditions. La dernière est de 1811.

L'année suivante est marquée dans l'histoire de la médecine par la publication du *Grand Dictionnaire des sciences médicales* en 60 volumes in-8°, et dans la vie de M. Mérat par la part qu'il a prise à cette grande œuvre.

Ce qu'au dernier siècle, deux grands esprits, d'Alembert et Diderot, avaient entrepris pour l'ensemble des connaissances humaines, une Société de médecins a cru qu'elle pouvait le faire au nôtre pour l'ensemble des connaissances médicales.

Un prospectus de la façon de M. Parisel, qui excellait dans le genre, en porta la nouvelle dans le monde savant. Charmé lui-même de la grandeur de l'entreprise, ébloui des grands noms de Cuvier, Pinel, Hallé, Dubois, Boyer, Laënnec, Esquirol, Delpech, il n'en croyait jamais dire assez; on ne savait pas alors que ces noms à jamais glorieux n'étaient qu'une brillante décoration sur le frontispice du temple pour attirer les adorateurs.

Ne craignez pas, messieurs, qu'après un demi-siècle et plus, je revienne sur une œuvre si connue; la critique contemporaine a tout dit; elle n'a rien omis, rien oublié, excepté peut-être de tempérer la rigueur de ses jugements par les difficultés de l'exécution.

Je vous reporte, messieurs, à 1812. Quel temps et quels souvenirs! Toute l'Europe en armes marchait contre la France; les esprits absorbés par la grandeur des événements se détournaient involontairement de la science; les œuvres en cours de publication languissaient; le *Dictionnaire des sciences médicales* en particulier était aux abois; les auteurs ne s'entendaient pas; nul ordre, nulle direction, tout était en confusion et en péril.

C'est dans ce moment critique que l'éditeur, effrayé par le sort de son entreprise, en offrit le gouvernail à M. Mérat.

On dit que M. Mérat hésita longtemps à s'en saisir, et je n'ai pas de peine à le croire. Est-il pour un noble cœur un état plus pénible que de se sentir au-dessous de sa tâche? Ce n'est ni l'érudition ni le talent qui lui manquaient; mais pour commander à ses pairs et se faire obéir, il faut dans les sciences un nom et une autorité qu'il n'avait pas. Avait-il du moins cette douceur, cette aménité de caractère, cette politesse de langage et de manières qui rendent les rapports faciles et agréables?

Je réponds que s'il n'avait pas les qualités les plus aimables, il avait les plus essentielles; une ardeur infatigable au travail, un zèle, une application qui ne connaissaient ni délassement, ni distraction; une suite dans les idées, une persévérance sans lesquelles les plus grands esprits n'arrivent à rien; il avait enfin, dans le cas particulier où nous le considérons, la ferme résolution de tout faire par lui-même, de manière à prouver à ses collaborateurs que nul n'était nécessaire au Dictionnaire, excepté celui qui en prenait la direction.

Le 17° volume venait de paraître; 43 restaient à faire.

Le nouveau directeur signale son avénement par une lettre aux souscripteurs : il connaît leurs plaintes; elles ne sont que trop fondées; mais une nouvelle ère va commencer; à l'avenir les livraisons du Dictionnaire ne se feront plus attendre, elles se succéderont régulièrement à des époques fixes et précises : M. Mérat y engage sa parole; plutôt que d'y manquer, il ferait le Dictionnaire à lui tout seul, et il n'eût pas fallu le défier. Que d'articles proposés à d'autres plumes, refusés ou attardés, sont sortis de la sienne! Il y en a sur tous les sujets : maladies des artisans, botanique, anatomie pathologique, matière médicale, etc. Si quelques-uns se ressentent de la précipitation avec laquelle ils ont été faits, ils ont tous le mérite d'être courts et substantiels. M. Mérat ne pouvait souffrir ces plumes lâches et diffuses qui noient dans de longs discours ce qui se peut dire en quelques mots.

A cet égard, j'ose dire que ses goûts s'accordaient parfaitement avec sa nature; il n'était pas donné à M. Mérat d'aller longtemps devant lui; il avait la respiration courte, mais il reprenait facilement haleine et se délassait d'un travail par un autre.

Il en avait toujours plusieurs sur le chantier : chacun attendait son tour.

Le *Dictionnaire universel de thérapeutique et de matière médicale* vint le dernier. Œuvre immense, la plus considérable de l'auteur et la constante occupation de sa vie, le prenant, le quittant et le reprenant sans cesse. C'est l'avantage du genre de ne pas souffrir de ces intermittences de composition.

Le temps qu'il lui avait donné le lui rendait cher entre tous ses autres ouvrages; il est vrai que le premier intérêt du médecin est de bien connaître les ressources de son art, et malheureusement c'est ce qu'il sait le moins.

La thérapeutique, disait M. Mérat, est en retard sur toutes les autres branches de la médecine. S'il en a beaucoup hâté les progrès, je n'oserais l'affirmer; mais n'eût-il fait qu'en rassembler les matériaux épars dans les recueils périodiques, qu'il faudrait le louer de ses efforts et de sa patience.

Je parle du *Dictionnaire de thérapeutique* comme s'il n'avait qu'un seul auteur : il en a deux; mais le nom de M. Mérat a couvert celui de M. Delens. A mesure qu'il avançait dans son œuvre, M. Mérat comprenait que la tâche qu'il avait entreprise dépassait les forces d'un seul homme; et, d'autre part, rappelé sans cesse aux détails par un tour d'esprit qui lui était naturel, et peut-être aussi par l'étude de la botanique, il ne s'élevait guère au-dessus de terre. Par une sorte de vengeance, il traitait assez légèrement les notions générales et abstraites, et toutes les vues de l'esprit. Néanmoins, il sentait vaguement ce qu'un silence absolu sur les grands principe de la matière laisserait de vide dans le Dictionnaire, et il chercha un coopérateur mieux doué. La connaissance qu'il avait des hommes de son temps lui désigna M. Delens, esprit fin, délié, étendu, aussi propre aux plus minutieux détails de l'observation qu'aux plus hautes spéculations de la science.

C'est tout ce que je dirai de la division du travail entre les deux auteurs : en s'abstenant de signer séparément, il nous commandent la même réserve et nous dictent notre conduite.

M. Mérat se retira de bonne heure de la pratique médicale. Élevé à l'école de Corvisart, il en avait rapporté une défiance de son art, qui ne fit que s'accroître avec les années. Par contre, il espérait toujours plus de la nature médicatrice, cette force intérieure que le Créateur, dans sa prévoyance, a mise dans le corps humain pour lutter contre les maladies et contre les mauvais médecins.

Avec cette manière de voir, on pense bien que M. Mérat devait être très-sobre de médicaments; de tant de substances dont il s'est plu à nous dévoiler les propriétés, il en avait adopté un petit nombre auxquelles il revenait sans cesse par conviction ou par habitude.

Telle est, du reste, l'histoire de la plupart des médecins, grands et petits, qui ont vieilli dans l'exercice de la profession. Quand j'étais jeune, disait P. Franck, j'avais vingt remèdes contre chaque maladie; à présent que je suis vieux, je combats avec le même remède vingt maladies différentes, et les malades n'en sont pas plus malheureux.

Affranchi des devoirs de la pratique, M. Mérat se donna de plus en plus aux travaux du cabinet. Ce qu'il a écrit est à peine croyable. Obligé de me borner, j'ai dû choisir sans me dissimuler le tort que je faisais à sa gloire; il a touché à tout, même aux sujets où on l'attend le moins, comme à l'art d'atteler les bœufs; il a publié quelque part des remarques sur un passage de la fameuse comédie de *Monsieur de Pourceaugnac*.

Telle était la fécondité de sa plume qu'il s'en étonnait lui-même à la fin de sa carrière.

M. Mérat avait l'abondance du génie, mais il n'en avait ni l'invention, ni la chaleur, ni l'éclat; il connaissait le prix du temps, et il ne le donnait qu'avec une extrême parcimonie à ceux qui voulaient le lui prendre; voilà tout son secret.

Il faut dire aussi qu'il s'était fait des méthodes faciles. Pour ne rien perdre de ses lectures, il lisait habituellement la plume à la main, relevant à mesure tout ce qui l'intéressait sur des petits carrés de papier : c'étaient autant de pierres d'attente ou de matériaux pour un nouvel édifice, pour une nouvelle édition ou pour un supplément, suivant le cas.

Rien de cela n'était perdu : s'il n'en pouvait faire profiter ses ouvrages, il en faisait profiter les ouvrages d'autrui.

C'est ainsi qu'il a ajouté un supplément à la flore de Vaillant.

Le *Dictionnaire de thérapeutique* a eu aussi le sien; et je crois savoir qu'il en préparait un autre; de sorte que, s'il eût vécu, l'ouvrage aurait fini par avoir plus de supplément qu'il n'a de volumes ou de tomes.

Quelque louable que soit cette attention à suivre ainsi les mouvements d'une science aussi changeante que la nôtre, elle annonce plus de labeur et de patience que de verve et d'originalité; il est impossible que le talent ne se refroidisse pas à se traîner de la sorte sur les idées d'autrui. Aussi, le dirai-je? la plupart des écrits de M. Mérat manquent de vigueur et de critique : il cite trop pour être original, et, par excès de fidélité ou par cette économie de temps dont nous parlions tout à l'heure, il emprunte jusqu'aux paroles.

Du reste, la rédaction ne lui coûtait pas plus que la composition; pour écrire sans fatigue, il écrivait sans effort. Il était de ces savants qui se persuadent qu'on écrit toujours assez bien dans les sciences quand on sait se faire comprendre, ne faisant pas réflexion que la clarté elle-même, la seule qualité qu'il ambitionnât, en suppose bien d'autres, comme la justesse, la propriété des termes, et, par dessus tout, cet ordre, cet enchaînement logique des idées qui met chaque chose à sa place, sans interversions ni répétions inutiles.

Il n'est permis qu'aux inventeurs comme Harvey, Jenner, Laënnec, dans notre art, de dédaigner la forme, et ceux-là usent rarement de la permission qui peuvent s'en passer.

Malgré ses négligences de style, M. Mérat n'était pas insensible aux charmes d'une belle diction; il lisait et relisait les bons modèles, particulièrement J.-J. Rousseau et Buffon, par affinité de goûts et de travaux. On dit même qu'il s'était exercé dans sa jeunesse à faire des vers, le meilleur de tous les exercices pour se rendre maître de la langue et l'assouplir à toutes les nuances de la pensée.

La mémoire de M. Mérat n'a rien à souffrir de nos sévérités; c'était une des célébrité médicales de son temps. Lorsque, en 1820, la munificence de Louis XVIII créa l'Académie royale de médecine, M. Mérat y fut appelé des premiers. La constitution de la compagnie n'était pas alors ce qu'elle est aujourd'hui. Elle se composait de trois classes ou sections; médecine, chirurgie et pharmacie. Chaque section avait trois ordres de membres; M. Mérat prit place parmi les médecins avec le titre d'honoraire, le plus honorable de tous; mais, par une dérogation à tous les usages, les vétérans de la science n'avaient que le second rang dans la nouvelle Académie; leur juste fierté se révolta; on cria, on protesta; la voix de M. Mérat dominait toutes les autres. Enfin, parut l'ordonnance de réparation et dès ce jour, le calme rentra dans les rangs de ces *illustres oisifs*.

L'exemple des honoraires tenta les adjoints; les adjoints ne pouvaient se prévaloir de services rendus, mais ils en rendaient tous les jours, et des plus importants : rapports, discussions, tout se faisait par eux; ils n'en sentaient que mieux l'infériorité où on les tenait; ils essayèrent de se relever. Les inégalités sociales ne peuvent plaire qu'à ceux qui sont montés au premier rang; elles déplaisent à tous les autres; mais nulle part peut-être elles ne sont plus mal vues que dans les sociétés savantes.

A son origine, l'Académie des sciences avait aussi plusiers ordres de membres : des *honorés*, des *pensionnés* et des *élèves*. Quelque blessante que fût cette distinction, elle était assez bien supportée; mais lorsque, après la mort de Colbert, sous le ministère du comte de Pontchartrain, l'abbé Bignon, son neveu, directeur des trois Académies, proposa d'en faire jouir l'Académie française, toute la compagnie se souleva. L'abbé Bignon n'était pas préparé à cet accueil; il éclata à son tour, et crut que son honneur lui commandait de rompre à jamais avec des confrères si chatouilleux; il se réfugia à l'Académie des sciences.

Je reviens à la nôtre : de même que les honoraires, les adjoints gagnèrent leur procès. Ce ne fut pas la faute de M. Mérat; lui, naguère si partisan de l'égalité entre membre d'une même compagnie, ne cessait maintenant de louer les avantages d'une bonne et forte hiérarchie.

Depuis lors nous sommes tous égaux, égaux en titre et devant la loi qui nous régit, fort inégaux en savoir et en talents; mais qui pourrait se plaindre des différences que la nature a mises entre les hommes? Pour moi, messieurs, qui marche si péniblement à votre suite, je vois avec plus d'orgueil que d'envie les supériorités qui m'entourent; heureux, dans ma faiblesse, de penser que l'éclat qu'elles jettent sur la compagnie rejaillit sur le plus infime de ses membres.

M. Mérat aimait passionnément l'Académie; c'était un de ses membres les plus assidus; il s'était fait de l'assiduité la même obligation que l'épiscopat se fait de la *résidence*. On le retrouvait à toutes les séances à la place qu'il s'était choisie, ne déclinant aucun des devoirs du parfait académicien; si on lui donnait des rapports à faire, il les faisait; s'il composait un mémoire original, il ne le portait pas devant une autre société, il en donnait les prémisses à la sienne; il prenait part aux discussions quand il croyait pouvoir y porter quelques lumières; mais il se retirait promptement.

La réputation d'administrateur qu'il s'était faite au *Dictionnaire des sciences médicales* le suivit à l'Académie de médecine et le fit nommer trésorier après la démission de M. Coutenceau. Il a administré les finances de la compagnie pendant plus de quinze ans. Parler à ce propos de sa parfaite probité serait faire injure à sa mémoire; il est des vertus, pour ainsi dire élémentaires et qui ne sauraient être un sujet d'éloge pour personne. Ce qui le flattait le plus dans ses nouvelles fonctions, c'était l'entrée qu'elles lui donnaient au conseil d'administration; sa voix y était prépondérante; il avait pour lui son activité et la tiédeur de ses collègues.

Il prenait un plaisir particulier à faire les affaires de l'Académie; malheureusement il finit par se persuader qu'il n'y avait de bien

(1) Voir le dernier numéro.

fait que ce qu'il faisait, et il voulait tout faire. On pouvait croire qu'il songeait à faire revivre en lui le titre de directeur de l'ancienne Société de médecine; il avait toujours cent projets en réserve qu'il produisait peu à peu et à propos. D'ordinaire, tout passait de confiance; du reste, il ne souffrait aucune observation; s'il était contredit, il essayait de répondre; si on insistait, il éclatait vif, absolu dans le ton, brusque dans les manières.

Tant de hauteur n'était pas faite pour lui concilier l'affection de ses collègues du Conseil; il s'aliéna celle de M. Pariset, le plus bienveillant, le plus aimable, le plus spirituel des hommes; mais si M. Pariset avait plus d'esprit, M. Mérat le dominait par le caractère.

Accoutumé à céder, M. Pariset ne s'apercevait pas des avantages qu'il laissait prendre sur lui. Cependant un jour, excédé, blessé dans la personne d'un ami, ce jour ne s'effacera jamais de ma mémoire, M. Pariset se lève..., mais qu'allais-je dire? Détournons nos regards de ces scènes affligeantes, et continuons paisiblement l'histoire de cette intéressante vie.

A la mort de M. Pariset, prévoyant de nouvelles luttes avec son successeur, M. Mérat se démit de ses fonctions de trésorier, avec l'espérance d'une vie plus égale et plus tranquille. Heureux si, en se condamnant à la solitude, il y avait trouvé le calme et le repos dont il avait tant besoin; mais il n'y trouva que l'isolement et l'ennui. Les amis de sa jeunesse l'avaient devancé, pour la plupart, dans la tombe; ce qui en restait s'était dispersé ou avait été négligé, tort immense dont il s'aperçut trop tard. M. Mérat était arrivé à cet âge où l'on fait des pertes sans pouvoir les réparer; il convenait, d'ailleurs, qu'il était peu sociable; pour vivre dans le monde, disait-il, il faut une souplesse qui n'est pas dans mon caractère; il avait cette fierté sauvage que donne le commerce des livres séparé de la fréquentation des hommes.

Étranger à toute idée d'ambition, sans besoins ni désirs au-dessus de ses ressources, il suivait à la lettre cette maxime du sage : *Cache ta vie!* On ne le voyait ni dans les promenades publiques, ni dans les spectacles, ni dans les musées, ni dans ces grandes fêtes où les arts se donnent comme rendez-vous pour étaler les progrès de l'esprit humain et les splendeurs de la civilisation.

M. Mérat était membre de l'Académie impériale de médecine et de la Société d'agriculture; correspondant des Sociétés de médecine de Rouen, Lyon, Turin et de plusieurs autres; officier de la Légion d'honneur, chevalier de l'ordre du Christ de Portugal. Honoré plusieurs fois des éloges et des récompenses de l'Institut, il osa prétendre à l'honneur de lui appartenir, et, comme il en était digne, il est juste de faire de sa candidature un titre à l'estime de la postérité.

D'une forte constitution, gros, gras, replet, le visage animé, le front chauve, les traits un peu lourds, les épaules larges, la démarche pesante, les membres courts quoique d'une taille assez avantageuse, tout annonçait en lui une forte santé et semblait lui promettre une longue vie; mais comment lire à la surface des organes ce que Dieu y a mis de jours?

Après six mois des plus vives douleurs, M. Mérat s'éteignit le 15 mai 1851, soutenu dans ce terrible passage par cette pensée plus philosophique que chrétienne, que la mort même est un devoir puisqu'elle est une nécessité de notre nature.

(Sera continué.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie, reprendra ses cours dans l'ordre suivant :

1° Cours *public* d'anatomie (tête et cou), tous les deux jours à trois heures : commencera le 29 mars dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique;

2° Cours *particulier* de pathologie externe et d'opération, tous les jours à une heure : commencera le 31 mars;

3° Cours *particulier* d'anatomie, tous les jours à quatre heures et demie : commencera le 31 mars dans l'amphithéâtre de M. Auzoux, rue Antoine-Dubois, 2.

Ces deux derniers cours, destinés principalement aux premier et deuxième examens du doctorat, aux deuxième et troisième de fin d'année, dureront deux mois.

On s'inscrit, 51, boulevard Saint-Michel, de deux heures à trois heures.

— Bonne clientèle à prendre à une heure de Paris. S'adresser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouvelles applications de l'acide phénique en médecine, etc., par le docteur Déclat. In-8, planches photogr. — Prix : 5 fr.

Revue photographique des hôpitaux de Paris. Bulletin médical publié sous le patronage de l'administration de l'Assistance publique (2e année, n° 5, mai 1870; nos de mai et juin 1870), avec 3 photographies. — Prix : 2 fr.

Du fonctionnement des ambulances civiles et internationales sur le champ de bataille, par J.-P. Bonnafont, médecin principal des armées, en retraite, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, etc. In-8. — Prix : 50 centimes.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 31 mars 1871.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES.

Recherches chimiques et physiologiques sur la nature des principes purgatifs du séné de la Palte.

Par les docteurs Ed. Bourgoin, pharmacien en chef de l'hôpital, et M. Bouchut, médecin des Enfants-Malades.

Le séné a été analysé successivement par Bouillon-Lagrange et par Braconnot, puis par Lassaigne et Feneulle, et plus récemment encore par Ludwig, Batka, Kubly et Dragendorff.

Bouillon-Lagrange a préparé une eau distillée, d'une odeur nauséeuse, légèrement purgative, mais il n'a pu isoler aucun principe défini. Il en est de même de Braconnot, qui attribue les propriétés du séné à une matière amère, sorte d'extrait aqueux d'une nature complexe.

Les résultats obtenus par Lassaigne et Feneulle, en 1821 (1), sont plus importants. Ces chimistes ont préparé un produit auquel ils ont cru devoir donner le nom de *cathartine* et auquel ils ont attribué les propriétés spéciales du séné. Disons de suite que ce mot de cathartine ne doit pas être conservé dans la science, car le produit qu'il désigne n'est pas un corps défini; c'est en dernière analyse une sorte d'extrait hydroalcoolique purifié.

D'après Dragendorff et Kubly, le séné doit ses propriétés à un acide particulier, l'acide cathartique; mais il est à noter que ces savants, pas plus que ceux qui précèdent, ne donnent dans leur mémoire le détail d'expériences précises qui puissent légitimer cette assertion.

En présence de ces résultats contradictoires, nous avons pensé qu'il serait intéressant de faire de nouvelles recherches sur le séné, notamment de déterminer la nature du corps ou des corps auxquels il faut attribuer les propriétés purgatives de ce précieux médicament.

Après quelques essais préliminaires qu'il est inutile de rapporter ici, voici la marche que nous avons suivie dans cette recherche délicate.

Un kilogramme de séné de la Palte, mondé d'arguel, est traité par dix fois son poids d'eau distillée bouillante; après vingt-quatre heures d'infusion, la masse est exprimée, et le liquide filtré est évaporé au bain-marie de manière à obtenir deux litres de produit. On y ajoute alors son volume d'alcool ordinaire, ce qui donne lieu à la formation d'un abondant précipité que l'on recueille à part. Le liquide, débarrassé de ce principe, est ramené par évaporation au poids d'un kilogramme.

C'est ce produit qui nous servira à préparer, d'une part, la cathartine de Lassaigne et Feneulle; d'autre part, l'acide cathartique de Dragendorff et Kubly.

Ceci posé, nous allons examiner successivement :

1° La matière mucilagineuse;
2° Le liquide extractif;
3° La cathartine de Lassaigne et Feneulle;
4° Une matière nouvelle (*catharto-mannite*);
5° L'acide cathartique;
6° L'acide chrysophanique du séné.

I. — MATIÈRE MUCILAGINEUSE.

La matière mucilagineuse existe en grande quantité dans le séné qui en contient environ la dixième partie de son poids.

Elle se sépare immédiatement lorsque l'on ajoute à une infusion concentrée de séné son volume d'alcool à 45 degrés. Par le repos, elle se rassemble à la surface du liquide; on l'enlève avec facilité et on la lave à plusieurs reprises avec de l'alcool pour la débarrasser du liquide extractif qui l'imprègne. En la dissolvant ensuite dans son volume d'eau distillée, on obtient une solution un peu louche et filante, d'une saveur mucilagineuse, nullement amère. C'est cette solution qui a été tout d'abord expérimentée et qui nous a donné les résultats suivants :

Effets physiologiques. — Nous avons donné la matière mucilagineuse du séné à quinze enfants de cinq à treize ans à la dose de 5 grammes, de 6 grammes, de 10 et de 15 grammes.

Huit fois, c'est-à-dire dans la moitié des cas, il n'y a eu aucun effet purgatif, et chez deux de ces enfants, qui n'ont pas été purgés, il y a eu seulement quelques coliques. A part cela, nous n'avons observé aucun trouble appréciable de fièvre ni perte d'appétit.

Chez les sept autres, il y a eu un léger effet purgatif caractérisé chez trois d'entre eux par une seule évacuation boueuse et par deux à quatre évacuations liquides jaunâtres chez les autres; mais aucun n'a eu de fièvre.

Voulant comparer l'action de cette matière mucilagineuse retirée du séné au liquide extractif dont nous parlerons plus loin, voici ce que nous avons fait dans les deux cas:

Sur un jeune enfant de douze ans qui avait pris successivement 6 grammes de matière mucilagineuse, et le lendemain 10 grammes sans éprouver d'effet purgatif, le troisième jour nous avons donné 10 grammes de liquide extractif et nous avons obtenu deux évacuations liquides sans coliques.

Sur une autre enfant de quatorze ans, après avoir donné la matière mucilagineuse à 15 grammes sans produire d'effet sensible, nous avons fait prendre le lendemain 15 grammes de liquide extractif, ce qui donna lieu à deux évacuations liquides avec coliques.

Il semble donc que la matière mucilagineuse du séné à l'état de pureté n'est pas purgative, puisqu'à la dose de 15 grammes, qui répondent à 150 grammes de feuilles, elle peut ne rien produire, et que sans dépasser cette dose, cela ne va jamais jusqu'à déterminer d'abondantes évacuations.

On s'explique du reste d'une manière très-simple comment la matière mucilagineuse du séné peut exercer parfois une légère action purgative. En effet, le produit de Dragendorff et Kubly, qui est purgatif, comme on le verra, est insoluble dans l'alcool concentré; on conçoit dès lors qu'une petite quantité de ce produit puisse accompagner la matière mucilagineuse et qu'il soit difficile dès lors d'en priver cette dernière d'une manière rigoureuse.

En résumé, cette matière mucilagineuse ne doit pas être regardée comme l'un des principes purgatifs du séné.

II. — LIQUIDE EXTRACTIF.

L'infusion du séné, privée par l'alcool de la matière précédente, a été évaporée au bain-marie à une douce chaleur, de manière à la débarrasser en grande partie de l'alcool et à obtenir finalement une quantité de liquide égale au poids de feuilles primitivement employées.

Le liquide ainsi obtenu, d'une couleur jaune brun foncé, possède une saveur amère, légèrement nauséeuse. Il ne précipite ni par l'eau ni par l'alcool ordinaire, mais il donne avec l'alcool absolu un précipité abondant, comme nous l'indiquerons plus loin.

Effets physiologiques. — Les effets de ce liquide, qui représente à proprement parler l'infusion du séné, sont, comme on devait s'y attendre, très-marqués sur la sécrétion et les contractions de l'intestin. Nous l'avons déjà dit plus haut en comparant chez le même sujet l'action purgative de cette préparation avec celle de la précédente. Même sans faire d'observation comparative, l'action plus énergique du liquide extractif se révèle d'une façon absolue par l'étendue des effets produits.

Ainsi, nous avons administré le liquide purgatif à trente et un enfants de cinq à quinze ans, et nous n'avons rencontré que trois malades chez lesquels il n'y ait pas eu d'effet purgatif.

Il y a été administré à la dose de 6 à 30 grammes, et dans les trois cas où il a été sans action, nous en avions fait prendre, 10, 15 et 20 grammes seulement.

2 fois il n'y a eu qu'une selle. .	une.
7 fois il y en a eu.	deux.
2 fois —	trois.
6 fois —	quatre.
5 fois —	cinq.
3 fois —	six.
3 fois —	sept.

Ces évacuations étaient jaunâtres, liquides, plus ou moins abondantes, et il n'y a eu après la purgation ni malaise ni fièvre.

Quelques malades ont eu des nausées, d'autres des coliques; quelques-uns des vomissements.

Ainsi, un des sujets chez lesquels le liquide extractif à la dose de 20 grammes n'a pas eu d'effet purgatif, a vomi le médicament, et c'est sans doute pour cela qu'il n'y a pas eu purgation.

Trois autres ont eu des nausées, et quatorze enfin ont eu quelques coliques, ce qui montre l'action convulsivante intestinale de la préparation employée.

(1) *Annales de physique et de chimie*, t. 16, 1821.

FEUILLETON

L'AMBULANCE NÉERLANDAISE À BORDEAUX.

I

Si les gouvernements ont cru de leur intérêt de laisser écraser la France, et s'ils n'ont pas craint d'étaler une ingratitude que l'histoire saura flétrir, les gouvernés, les peuples, n'ont pas oublié ce que la civilisation devait à notre pays, et nous ont donné leur assistance dans la mesure de leurs forces.

Ils n'avaient pas d'armée, pas de canons, mais ils avaient leur cœur et leur bourse, et ils sont venus à notre aide, affirmant ainsi la solidarité qui unit les nations entre elles, solidarité qui, en dehors des dynasties, au-dessus des différences de races, fait de l'humanité une seule famille.

Leur tâche a été noble, mais obscure, et si le fracas des batailles et des désastres a couvert le bruit de leur charité, il n'en reste pas moins ce fait qu'ils nous ont aidés dans le matheur qui nous frappe; et grande serait notre ingratitude si la France pouvait l'oublier.

Si l'épreuve a été terrible, elle a eu sa consolation; dans le monde entier, jusqu'aux confins de la terre habitée, le cri de la France a été entendu, les secours les plus humbles comme les plus magnifiques sont venus l'attester, et j'ai pu lire, non sans émotion, sur un simple paquet de charpie maculé par son immense voyage, les mots suivants :

Aux blessés français, les dames d'Archange-Tauride.

C'est à cette notion universelle de la charité que sont dues la convention de Genève et la Société internationale de secours aux blessés militaires, œuvre grandiose qui a su organiser les secours venus de toutes parts, a rendu d'immenses services et a suppléé à l'insuffisance de l'administration militaire.

Parmi les peuples qui nous ont porté aide, les petits ont marché à l'égal des grands, mieux peut-être; ainsi la Suisse, la Belgique, la Hollande. C'est à cette dernière nation que nous devons le secours apporté à nos blessés par l'ambulance néerlandaise dont j'ai le désir d'entretenir le lecteur.

Dès le début de la guerre, le conseil central de la Société de la Croix-Rouge, siégeant à La Haye, envoya sur le théâtre des hostilités une grande ambulance. C'est une partie de cette ambulance qui est venue s'établir à Bordeaux, vers le 15 décembre dernier, avec la pensée que le théâtre de la guerre s'étant déplacé, elle pourrait rendre des services dans le midi de la France.

Son organisation était complète, son matériel considérable.

Voici les noms de ses membres:

Délégué du conseil central de La Haye : M. Merkus; médecins et chirurgiens: MM. Dumontier, Vermyne, Vander Host; aides-chirurgiens: MM. Hoogkamer, Snellen van Volhenhoven, Lehmann, Sleeswyck. Plus, six dames infirmières, dont quatre volontaires: Mme Merkus, Mme Vermyne, Mlle Dumontier, Mlle Kendhefer, et trois infirmiers domestiques.

Ce personnel, considérable autant par le savoir que par le dévouement, était accompagné de 180 caisses renfermant un précieux matériel. Quelques mots en donneront l'idée.

Les Hollandais nous apportaient toute la literie nécessaire à 150 malades au moins, des comestibles de toute nature, des vêtements de laine, plus de 12,000 cigares, des lits mécaniques, des appareils de chirurgie de toute sorte, et une très-grande quantité de linge à pansement, etc., etc., plus une pharmacie de campagne richement garnie.

Dès son arrivée, le 15 décembre, l'ambulance néerlandaise

III. — CATHARTINE.

Pour préparer ce produit, Lassaigne et Feneulle ont suivi un procédé assez compliqué. Ils épuisent d'abord le séné par l'éther, puis traitent le résidu par l'eau et distillent en partie. Le décoctum resté dans la cornue, exprimé et filtré, est ensuite traité par l'acétate neutre de plomb, ce qui donne lieu à un précipité abondant que l'on rejette. Le liquide, débarrassé de l'excès de réactif par un courant d'acide sulfhydrique, est repris par de l'alcool rectifié, et la solution alcoolique est ensuite évaporée jusqu'en consistance d'extrait; celui-ci est repris par de l'alcool acidulé par de l'acide sulfurique, puis filtré pour séparer le sulfate de potasse insoluble qui s'est formé. Précipitant enfin l'acide sulfurique par l'acétate de plomb, isolant l'excès de ce dernier réactif par l'acide sulfhydrique, filtrant de nouveau et évaporant à siccité, on obtient la cathartine, corps qui suivant les auteurs est au séné ce que l'émétine est à l'ipécacuanha.

Le traitement par l'éther et la distillation sont deux opérations inutiles. On peut préparer très-exactement le même produit, et cela beaucoup plus simplement, de la manière suivante :

Un kilogramme de séné est traité à deux reprises différentes par huit à dix fois son poids d'eau distillée; on porte à l'ébullition, on laisse refroidir, et après vingt-quatre heures, on exprime fortement, puis on filtre. On réunit les deux liquides et l'on évapore de manière à obtenir un litre de produit que l'on traite par son volume d'alcool ordinaire pour séparer la matière mucilagineuse. On chasse l'alcool au bain-marie et l'on ajoute au résidu de l'acétate neutre de plomb, ce qui donne lieu à un abondant précipité que l'on rejette. On sépare l'excès de plomb à l'aide de l'acide sulfhydrique, puis le liquide filtré, évaporé en consistance sirupeuse, est traité par de l'alcool à 85 degrés; on filtre et l'on ajoute avec précaution de l'acide sulfurique très-étendu jusqu'à cessation de précipité; on filtre de nouveau et l'on évapore au bain-marie.

La matière ainsi obtenue est d'une couleur jaune rougeâtre, d'une saveur amère et nauséeuse, rappelant celle de l'infusion du séné. Elle est hygrométrique, soluble dans l'eau et dans l'alcool, mais non complétement insoluble dans l'éther comme l'indiquent Lassaigne et Feneulle. Enfin la solution aqueuse, qui précipite abondamment par le sous-acétate de plomb, prend une coloration plus foncée sous l'influence des alcalis.

Effets physiologiques. — Ne voulant pas employer des doses capables de nuire aux malades que nous avions à purger, nous avons d'abord donné 20 centigrammes, puis 1 gramme à des enfants de six à treize ans. N'ayant rien obtenu, nous avons élevé la dose en la portant de 5 à 10 grammes, selon l'âge des enfants.

Dans sept cas, où la cathartine a été administrée à la dose de 5 grammes, il n'y a eu qu'un seul résultat négatif : chez les six autres malades, d'une à quatre évacuations liquides, deux fois accompagnées de nausées, trois fois de coliques, mais chez aucun d'eux il n'y a eu aucun vomissement, de malaise ou de fièvre.

Trois fois la cathartine a été donnée à la dose de 10 grammes chez les enfants les plus âgés : l'effet purgatif n'a pas été plus énergique, car il n'y a eu qu'une, deux et quatre évacuations sans nausées ni vomissements, et une seule fois avec quelques coliques.

Si l'on observe que le séné ne fournit environ que la trentième partie de son poids de cathartine, on reconnaîtra que cette préparation n'a évidemment pas la puissance du liquide extractif et que par suite elle ne peut prétendre à représenter à elle seule le principe purgatif du séné.

(*Sera continué.*)

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

IX. L'Académie de Médecine tient séance.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 septembre 1870. — Présidence de M. WURTZ.

Correspondance officielle.

M. le ministre de la marine et des colonies adresse, au nom du commandant en chef de la division navale des mers de Chine et du Japon, une demande d'envoi de vaccin dans ces parages où règnent fréquemment des épidémies de variole. (Renvoi à M. le Directeur de la vaccine.)

M. DEPAUL fait observer qu'il est de plus en plus difficile d'avoir, dans les circonstances actuelles, du vaccin pour le service de vaccination de l'Académie.

Trois sources de vaccin existent en temps ordinaire : 1° les Enfants-Assistés, auxquels M. Depaul n'aime guère, et pour cause, à s'adresser pour avoir du vaccin irréprochable; — 2° les enfants du service de la clinique d'accouchements qui servent habituellement aux vaccinations pratiquées par M. Depaul à l'Académie; cette source manque depuis que le service de la clinique d'accouchements a été transformé en service de chirurgie pour les blessés; — 3° enfin, il y a les enfants de la ville; mais il est extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible, d'obtenir des parents, même à prix d'argent, d'amener à l'Académie leurs enfants vaccinifères pour y fournir du vaccin.

Dans cette pénurie de vaccin, M. Depaul, sans vouloir faire à cet égard de proposition formelle, demande si le conseil de l'Académie ne serait pas d'avis d'employer un autre mode de vaccination qui permît de satisfaire aux exigences de la situation actuelle.

M. MARROTTE dit que le mode de vaccination choisi de préférence par M. Depaul pour le service des vaccinations de l'Académie est le même que celui auquel on a recours dans les services d'accouchements des divers hôpitaux de Paris.

M. CHAUFFARD pense que l'Administration de l'assistance publique pourrait toujours mettre à la disposition de M. Depaul les enfants vaccinifères des services d'accouchements des hôpitaux de Paris.

M. HUSSON est disposé à faire tout ce qui sera possible à cet égard; outre les enfants vaccinifères des services d'accouchements des hôpitaux, il y aurait la possibilité d'utiliser les vaches des parcs existant actuellement à Paris, et qui pourraient devenir une source de cow-pox artificiel.

M. MAGNE fait remarquer qu'il n'est pas nécessaire d'avoir des génisses pour créer une source de cow-pox; des taureaux peuvent fort bien servir à cet usage.

M. FAUVEL propose que l'Académie émette l'avis qu'en présence de l'épidémie de variole qui règne à Paris, et du grand danger qui en résulte par l'agglomération de jeunes soldats *non vaccinés*, il y a lieu de vacciner et de revacciner d'urgence les soldats de la garde mobile présents à Paris.

La proposition de M. Fauvel, appuyée par l'Académie, est mise aux voix et adoptée.

M. LE PRÉSIDENT fait remarquer, en ce qui concerne la proposition de M. Depaul, qu'il y a lieu de continuer purement et simplement le système de vaccination actuellement existant à l'Académie, c'est-à-dire de vacciner concurremment avec le vaccin jennérien et avec le cow-pox.

M. DAREMBERG voudrait que l'Académie, dans les circonstances actuelles, n'eût pas l'air de se désintéresser des questions dont l'examen et la solution lui incombent. Elle peut les discuter sans en être saisie officiellement. Il ne faudrait pas qu'en l'absence de toute provocation officielle l'Académie eût l'air d'un corps inerte, incapable d'initiative individuelle. M. Daremberg fait appel à cette initiative, seule capable de rendre à l'Académie l'activité féconde qui paraît lui faire complétement défaut actuellement.

MM. le Président et le Secrétaire annuel font observer à M. Daremberg que l'Académie reste ouverte aux communications officielles et à celles de l'initiative privée.

La séance est levée à trois heures et demie.

(1) Voir le dernier numéro.

21 SEPTEMBRE.

X. **Garde nationale.** — Par décret en date du 19 septembre, M. Jules Worms a été nommé au grade de chirurgien-major à l'état-major général de la garde nationale.

XI. **Ambulances.** — Le bureau des ambulances, installé à l'Hôtel-de-Ville, pour la centralisation des services relatifs aux secours à donner aux blessés, a décidé que le drapeau blanc de la convention de Genève ne sera désormais accordé par lui qu'aux personnes qui peuvent disposer au moins de six lits complétement installés.

XII. **Hygiène publique.** — A. *Service des eaux.* On ne saurait trop engager les habitants de Paris à se conformer aux instructions suivantes :

1° Les eaux de la ville n'étant plus distribuées d'une manière continue pendant le siége, chacun fera sa provision pendant les heures de distribution.

2° On tiendra toujours au complet cet approvisionnemant, c'est-à-dire qu'on maintiendra constamment pleins les fontaines, seaux, etc.

Pendant le siége, certains quartiers pourront se trouver privés des eaux de la Ville pendant un jour ou deux et toujours par des causes imprévues; le petit approvisionnement du ménage suffira presque toujours aux besoins des habitants pendant ces interruptions de service. Au besoin, d'ailleurs, la ville fera transporter dans ces quartiers de l'eau avec des tonneaux.

3° Dans le cas où l'eau de la ville viendrait à manquer, on fera usage de l'eau de puits qui peut être bue sans inconvénient.

4° Mais on peut remplacer avantageusement cette eau dure par l'eau de pluie, surtout pour certains usages, tels que cuisson des légumes, savonnages, etc. Les eaux pluviales seront recueillies dans des seaux, cuves en bois, etc., installés sous les tuyaux de descente qui seront coupés, à cet effet, à une hauteur au-dessus du sol.

B. *Service des incendies.* 5° Dans l'hypothèse d'un bombardement, on peut en neutraliser les effets en prenant les mesures suivantes :

Descendre à la cave les objets les plus combustibles, tels que rideaux en coton, linge, etc., en ne conservant que ceux nécessaires aux besoins du jour; placer dans les cours et sur les paliers d'escaliers des tonneaux ou des seaux remplis d'eau. Après l'explosion d'un projectile incendiaire, il suffit, presque toujours, pour éteindre le faible commencement d'incendie qui suit cette explosion, d'une petite quantité d'eau, même d'un linge mouillé. Chaque locataire d'une maison doit, dans son propre intérêt, se hâter d'éteindre le feu.

Les locataires absents déposent les clefs des appartements chez le concierge, qui ouvrira les portes aux pompiers dès que le feu sera signalé (recommandations très-importantes).

C. *Service des vidanges.* 6° L'accumulation de la population de la banlieue dans les logements des Parisiens exige qu'on tienne dans le plus exact état de propreté les cabinets d'aisance à l'usage de plusieurs ménages. Le concierge ou, à son défaut, les locataires, les laveront à grande eau tous les jours, veilleront à ce que les liquides déversés sur le sol n'y restent pas stagnants, et s'écoulent dans la fosse et non à l'extérieur; ils signaleront à la commission des logements insalubres, à l'Hôtel-de-Ville, les cabinets, les plombs et les cours mal tenus.

7° La vidange se fera par alléges, c'est-à-dire en extrayant seulement ce qui peut être enlevé avec la pompe, ce qui diminuera considérablement les inconvénients; toutefois, il convient de rappeler aux concierges qu'ils doivent demander la vidange avant que les fosses soient entièrement remplies, auquel cas la désinfection devient absolument impossible.

XIII. **Commission centrale d'hygiène et de salubrité.** — Un bureau spécial a été établi à l'Hôtel-de-Ville pour le service des ambulances. La commission fait appel au dévouement des médecins, chirurgiens et étudiants en médecine, spécialement en ce qui concerne les ambulances de rempart. Ceux qui voudront bien donner leurs soins aux blessés dans ces premières stations de secours, sont priés de venir s'inscrire, au plus vite, au bureau de l'Hôtel-de-Ville.

Même appel est adressé aux personnes disposées à remplir la fonction d'infirmier.

Le bureau est établi au n° 25, galerie des contributions, au troisième étage.

XIV. **Les Luxembourgeois après Sedan.** — On écrit à l'*Avenir du Grand-duché de Luxembourg :*

Vivent les Luxembourgeois, da kommen die Luxemburger, telles

---

s'établit dans les vastes bâtiments du Petit-Fresquet, boulevard de Caudéran, mis à sa disposition par l'administration municipale. Bientôt elle pût y recevoir 130 malades dans les meilleures conditions, et ainsi près de 400 blessés ou malades militaires ont reçu de ces généreux étrangers des soins intelligents et dévoués. Il y a environ six semaines, la plus grande partie du personnel a quitté Bordeaux. Mais M. le docteur Vermyne et Mme Vermyne nous sont restés jusqu'à ces derniers jours, dirigeant l'ambulance avec le même dévouement. La conclusion de la paix vient de les rappeler en Hollande.

Tous leurs actes portaient, nous ne saurions trop le dire, le caractère de la charité la plus éclairée; ainsi les frais, quels qu'ils soient, ont été supportés par le comité central de La Haye; les fonctionnaires de tout ordre ne recevaient aucun appointements; 3 infirmiers seuls étaient payés. Dès leur arrivée, ils ont refusé le prix de journée que l'intendance militaire alloue à tout établissement privé qui reçoit des soldats. Pendant leur séjour, ils ont largement distribué, non-seulement de grandes quantités de provisions et de vêtements de toute nature, mais des secours d'argent aux nécessiteux. Enfin, à leur départ, ils ont laissé cette vaste ambulance, largement munie d'un matériel considérable, d'une valeur de plus de 15,000 fr., et le comité bordelais, sans autres frais que l'entretien, a pu en continuer le fonctionnement. Il est facile de comprendre avec quelle sympathie a dû être accueillie à Bordeaux l'ambulance néerlandaise : le maire, le cardinal, le général l'ont visitée; mais les administrateurs ont été particulièrement touchés du grand nombre de visites privées qu'ils ont reçues; toutes les classes de la société ont tenu à leur témoigner notre reconnaissance.

Enfin, à son départ, M. Vermyne, alors directeur de l'ambulance, a reçu du comité de Bordeaux une lettre de remercîments, signée de tout ses membres, et exprimant les sentiments les plus élevés; et le maire de Bordeaux, interprète de l'opinion publique, lui a écrit la lettre suivante :

Bordeaux, le 9 mars 1871.

Le maire de la ville de Bordeaux à M. le docteur Vermyne, chef de l'ambulance néerlandaise.

Monsieur le docteur,

Je manquerais à mon devoir si, au moment où vous allez quitter notre ville, je ne vous témoignais pas officiellement notre reconnaissance pour les sympathies si généreusement manifestées que vous avez prodiguées à nos malheureux blessés.

La Société internationale, dont vous avez diminué la tâche et qui vous a compté parmi ses plus utiles auxiliaires, vous a déjà exprimé sa profonde gratitude; elle a été ainsi l'interprète particulier des nombreux blessés que vous avez soignés et guéris. Je me fais, comme maire, l'interprète de la population entière, et, en son nom, je vous remercie du fond du cœur de votre humanité et de vos sacrifices. Dans les malheurs dont notre patrie vient d'être accablée, c'est un honneur pour elle d'avoir éveillé des sympathies patriotiques, et celles qui nous sont venues, par votre intermédiaire, de votre généreuse nation, ne s'effaceront jamais de notre mémoire.

Agréez, etc.

Émile FOURCAND, *maire de Bordeaux.*

Espérons que ces témoignages publics diront bien haut à ces généreux étrangers que leur dévouement a été compris. Espérons aussi que Bordeaux n'oubliera jamais qu'au milieu d'une saison rigoureuse, la Hollande nous a envoyé ces hommes, qui ont quitté leur pays, leurs affaires, pour venir à notre secours, n'ayant qu'un but : faire le bien; qu'un mobile : la charité.

Dr AZAM,
Professeur à l'Ecole de médecine de Bordeaux.

(*A suivre.*)

sont les exclamations qui ont partout salué la colonne de vivres à laquelle j'étais attaché comme aide. Français, Prussiens, Bavarois et Nassoviens, tous enfin, ne tarissent pas en éloges; tous, blessés ou valides, médecins et infirmiers racontent avec émotion que sans les prompts secours des Luxembourgeois après cette terrible bataille de quatre jours autour de Sedan, mainte ambulance tant française qu'allemande, aurait succombé à défaut de bandages et de vivres.

Nous avons le droit de le dire, le Luxembourg a fait beaucoup, il a fait plus qu'on n'avait osé espérer, plus que ne semblait lui permettre de faire l'étendue restreinte de son territoire et les mauvaises récoltes de l'année 1870. Depuis la bataille de Sarrebruck, tous les champs de bataille ont été visités par nos colonnes composées de médecins et de leurs aides, de prêtres et de commissaires, accompagnés d'une file de chariots chargés d'objets de pansement, de literie, de linge et surtout de vivres.

Aujourd'hui les médecins ayant terminé leur funèbre besogne autour de Sedan, l'action du comité central de Luxembourg se borne à envoyer chaque jour au moins un convoi de vivres et d'habillements sur les lieux; des voitures luxembourgeoises font sans interruption le service entre Marbehan et Sedan, et pour se faire une idée de l'importance des envois, je n'ai qu'à faire remarquer que depuis le 9 septembre plus de 23,000 kilos de pain ont été expédiés, qu'on envoie le vin et les spiritueux par tonneaux et les chemises et bas par quantités considérables.

Toutes les communes rivalisent à tel point que le comité central a cru devoir prier les administrations communales de cesser pour un moment les envois et de les réserver pour un avenir, peut-être très-prochain, où de nouvelles batailles pourraient faire naître de nouvelles misères à soulager.

On le croira sans peine, que j'ai été profondément ému, que je rougissais d'orgueil patriotique quand les malheureux blessés des ambulances me serraient la main et appelaient les Luxembourgeois leur providence, quand les officiers français et allemands nous félicitaient de notre dévouement et proclamaient à haute voix qu'aucun pays n'a fait autant dans cette guerre que le Luxembourg.

Les envois du comité luxembourgeois sont considérables, mais ces secours gagnent cent pour cent plus d'importance encore par la manière dont ils sont distribués. Dès le premier jour après la bataille, les ambulances luxembourgeoises, suivies de colonnes de vivres et de bandages sont là, la distribution se fait aussitôt et de manière à ce que tout le monde en ait sa part immédiate.

Les services des autres pays ne viennent que huit à quinze jours plus tard, et c'est grâce à cette diligence des secours, si j'ose m'exprimer ainsi, que les Luxembourgeois ont mérité, non sans raison, ce nom de *Providence des blessés*.

XV. **Alimentation publique.** — La 2e compagnie du 55e bataillon installe, rue Barbette, 2 bis, un fourneau économique administré par des délégués appartenant à ladite compagnie.

Ce fourneau fournira les vivres à prix réduits. Il sera ouvert tous les jours de 10 à 11 heures du matin et de 5 à 6 heures du soir.

Les rations seront délivrées contre espèces, ou contre des bons signés de l'un des délégués.

Les gardes nationaux appartenant à la 2e compagnie du 55e bataillon, qui se trouveraient sans ressources, sont priés de s'adresser, en personne, à M. Franck de Préaumont, 2 bis, rue Barbette, qui communiquera aux délégués leurs demandes et y fera droit, s'il y a lieu.

XVI. **Nécrologie.** — Un des plus charmants esprits du temps, Auguste Villemot, le *Bourgeois de Paris* du *Figaro*, ouvre la liste des victimes du siége. Il succombe à une attaque d'apoplexie.

22 SEPTEMBRE.

XVII. **Ambulances.** — Tous les élèves en médecine ayant douze inscriptions et tous les docteurs qui étaient inscrits au Val-de-Grâce, et qui n'ont jusqu'alors reçu aucune destination, sont priés de se faire inscrire à l'Hôtel-de-Ville, bureau des ambulances, pour prendre immédiatement service aux ambulances de rempart.

XVIII. **Ambulance belge.** — L'*Indépendance belge* reçoit de Sarrebruck les détails suivants sur l'ambulance belge :

Elle se compose de 12 baraques construites en plein air, dans le faubourg Saint-Jean, formant une sorte de rue d'une largeur de 5 mètres. Ces baraques sont numérotées, avec des numéros pairs d'un côté, impairs de l'autre. Elles se présentent donc dans l'ordre suivant: à droite, les baraques 1, 3, 5, 7, 9 et 11; à gauche, les baraques; 2, 4, 6, 8, 10 et 12.

Dans celle qui porte le no 5 sont installées la pharmacie, la lingerie, l'office, la cuisine, le bureau du directeur, le magasin de la pharmacie, la salle de bains et celle des opérations. Cette baraque a un grenier où sont déposés les vêtements des malades et leur fourniment militaire, groupés en lots portant des numéros qui correspondent à celui du lit qu'occupe leur propriétaire. Le no 11 contient une salle d'autopsie et la salle des morts, qui, jusqu'ici, n'a été que très-peu occupée. Cette baraque est assez éloignée des autres, et pour cause : c'est dans ces parages que l'on brûle le linge qui a servi aux pansements.

Chaque salle a son infirmerie, son infirmier et son homme de peine. Entre elles on a réservé un espace de cinquante mètres carrés que l'on va transformer en jardinets. Elles sont ventilées avec soin et éclairées au gaz.

La direction de l'ambulance appartient à M. Eloin, et le personnel féminin est sous les ordres de Mme la baronne de Crombrugge. Il y a six médecins, deux pharmaciens, des aides, des infirmiers. Avec ce personnel, le service est assuré.

L'ambulance a des malades et des blessés. Parmi les malades on a certains cas de typhus et de dyssenterie. Mais il est bon de le répéter, jusqu'ici peu de décès, tandis que l'on compte nombre de guérisons.

Tout le monde rivalise de zèle et de dévouement, et les médecins inspecteurs ont été prodigues de félicitations à l'adresse de Mme de Crombrugge, de M. Eloin et de tous ceux qui les secondent. L'ambulance de Sarrebruck, on peut le dire, fait honneur à la Belgique.

XIX. **Ambulances.** — Une ambulance de plus de 100 lits est installée dans les salons du ministère de la marine.

Le Cirque des Champs-Elysées ouvre une ambulance de 400 malades.

La prison de la rue de Clichy reçoit les arrangements nécessaires à l'installation d'une grande ambulance.

23 SEPTEMBRE.

XX. **Convention de Genève.** — Le public ne se rend pas compte des conditions qui régissent l'usage du drapeau et des insignes de la convention de Genève. Cette convention est un contrat international, dont l'efficacité est subordonnée à la rigoureuse exécution des clauses souscrites par les nations contractantes.

Ainsi, deux conditions essentielles doivent être réalisées pour constituer une ambulance qui puisse être protégée par la convention : il faut que l'ambulance contienne réellement des malades ou des blessés (article 1er de la convention); il faut surtout que l'ambulance soit ouverte sans distinction aux blessés des deux nations belligérantes (article 6).

Ces règles sont absolues; et comme le drapeau de la convention de Genève, pour conserver son efficacité protectrice, ne doit pas être prodigué, le Gouvernement a décidé, sur la proposition de la commission centrale d'hygiène, en premier lieu, que les ambulances contenant six lits seraient seules admises à arborer le drapeau de la convention; en second lieu, que le drapeau devrait porter la double estampille de la Société internationale et du ministère de la guerre, et que le propriétaire du local devrait être muni d'une carte nominative, comme celle qui est délivrée aux personnes qui portent le brassard de Genève.

Le Gouvernement rappelle au public que le port illégal des insignes de la convention de Genève est un délit.

24 SEPTEMBRE.

XXI. **Ambulance de rempart.** — Les ambulances de rempart, organisées par la commission centrale d'hygiène au nom de la municipalité de Paris et sur la réquisition formelle du général gouverneur, sont déjà, pour un certain nombre, en voie de fonctionnement.

L'organisation, néanmoins, rencontre quelques obstacles : des sociétés privées ou même des corps réguliers, s'emparent sur certains points des locaux organisés pour ce service de premier ordre.

Le maire de Paris demande que toutes ces localités soient expressément réservées et il prie toutes les autorités civiles ou militaires de lui prêter leur concours à cet effet.

Il rappelle que les ambulances de rempart sont ouvertes à tous les blessés sans distinction, et par conséquent, aux chirurgiens et aides-chirurgiens qui auraient à donner leurs soins aux blessés.

XXII. **Ambulances.** — Un grand nombre de demandes sont adressées, chaque jour, à l'effet d'obtenir des drapeaux distinctifs pour des ambulances particulières et des brassards pour le personnel de ces ambulances.

Pour s'en tenir aux termes de la convention de Genève, il est nécessaire d'apporter une grande réserve dans la distribution de ces drapeaux et brassards; c'est le seul moyen d'assurer aux blessés une protection efficace. En conséquence, un drapeau ne pourra être délivré que dans les ambulances complétement organisées et fonctionnant déjà, c'est-à-dire lorsqu'elles auront reçu des blessés.

La distribution en sera faite dans les mairies de chaque arrondissement. Tous les drapeaux placés sur les établissements qui ne rempliraient pas les conditions ci-dessus indiquées devront être immédiatement retirés.

En ce qui concerne la délivrance des brassards, elle sera faite, soit par l'autorité militaire, soit par la mairie de Paris. La distribution devra être fort restreinte, individuelle, et sera accompagnée d'une carte constatant l'identité de la personne qui sera porteur de cet insigne. Selon les besoins et à mesure que le nombre des blessés pourra augmenter, on apportera des modifications aux dispositions précédentes.

XXIII. **Alimentation.** — Au moment où les nécessités du siége placent la population dans une situation exceptionnelle au point de vue alimentaire, la commission centrale d'hygiène et de salubrité croit devoir rappeler que la viande de cheval fournit à la consommation un précieux et considérable appoint.

Paris renferme un si grand nombre de chevaux que chaque jour les abattoirs sont largement pourvus d'animaux en parfait état.

La viande de cheval s'apprête exactement comme celle du bœuf, quoique d'un prix beaucoup moins élevé; elle est aussi nourrissante et aussi saine.

On fournira au public la liste exacte des boucheries de viande de cheval, qui sont au nombre de dix-huit.

XXIV. **Personnel des ambulances fixes de la Presse.** — Nous reproduisons cette énumération d'après l'*Union médicale*.

AMBULANCE DE L'ÉCOLE DES PONTS ET CHAUSSÉES, RUE DES SAINTS-PÈRES

Directeur de l'Ecole des ponts et chaussées : M. Reynaud;
Sous-directeur : M. Emery.
Chirurgien en chef : M. Demarquay, de l'Académie de médecine.
Chirurgiens consultants : MM. les docteurs J. Guérin, de l'Académie de médecine (chargé d'un service spécial); — J. Cloquet, membre de l'Institut.
Médecins consultants : MM. Béhier, professeur à l'Ecole de médecine; — Dujardin-Beaumetz, médecin de l'Ecole des ponts et chaussées.
Internes : MM. les docteurs Barlemont, Cousin, Destreim, Duhomme, Voelker.
Externes : MM. Decaisse, Lasché, Lejoult, Sicard.
Pharmacien en chef : M. Chevrier.
Pharmaciens internes : MM. Ledanois et Letailleur.

AMBULANCE DE L'AVENUE D'IÉNA (DÉPENDANCE DU CONSERVATOIRE DES ARTS ET MÉTIERS)

Chirurgien en chef : M. le docteur Périer, professeur agrégé à la Faculté de médecine.
Médecins consultants : MM. les docteurs Horteloup père, médecin des hôpitaux; — Fauvel, médecin des hôpitaux, de l'Académie de médecine; — Danyau, de l'Académie de médecine.
Internes : MM. les docteurs Legroux, chef de clinique de la Faculté; — Genouville, ancien interne des hôpitaux; Dufour, ancien interne des hôpitaux; — Fisher, ancien interne des hôpitaux; — Saint-Laurent, ancien externe des hôpitaux; — Garnier.
Pharmacien en chef : M. Raynal.
Pharmaciens internes : MM. Horrette, Dépernet, Vaucheret.

AMBULANCE DES ARTS ET MÉTIERS. — Premier service chirurgical.

Chirurgien en chef : M. le docteur Cusco, chirurgien de l'hôpital de Lariboisière.
Médecins consultants : MM. les docteurs Hervez de Chégoin, membre de l'Académie de médecine; — Fournier (Alfred), médecin des hôpitaux, professeur agrégé.
Internes : MM. les docteurs Leriche, Leliou, Gérin-Roze, Topinard, Chatillon, Bouçard, Garnier, Laugier.

Deuxième service chirurgical.

Chirurgien en chef : M. le docteur Léon Labbé, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé.
Médecins consultants : MM. les docteurs Bouchut, médecin de l'hôpital des Enfants, professeur agrégé; — Gourraud.
Internes : MM. les docteurs Lolliot, Gouguenheim, Thévenet, Fouquet, Lamenardière, Germain, Verlier, Levrat.
Pharmacien en chef : M. Cellier.
Pharmaciens internes : MM. Traverse et Sabathé.

AMBULANCE THÉNARD, 17, RUE DE SÈVRES

Chirurgien en chef : M. le docteur Horteloup fils, chirurgien des hôpitaux.
Médecins consultants : M. le doceur Dumontpalier, médecin des hôpitaux; — M. le docteur Dominique Calvo, médecin en chef des prisons de la Seine.
Internes : M. le docteur Charpentier, ancien chef de clinique de la Faculté; — M. le docteur Bottentuit.
Pharmacien en chef : M. Arnaud.

AMBULANCE DE LA RUE MONCEAU, 24 (médico-chirurgicale).

Chirurgien : M. le docteur Nicaise, prosecteur des hôpitaux.
Médecins : MM. les docteurs Bourdon, médecin des hôpitaux; — Cazalis, médecin des hôpitaux; — Frémy, médecin des hôpitaux; Richelot, Ortiguier.
Internes : MM. les docteurs Bouchart, Gouin, Pastoureau.
Pharmacien en chef : M. A. Dethan.
Pharmaciens internes : MM. Duriez, E. Dethan.

AMBULANCE DU COUVENT DE LA MISÉRICORDE, RUE TOURNEFORT, 39

Chirurgien : M. le docteur Bastien. Médecin résidant : M. Carville, ancien interne.
Pharmacien en chef : MM. Mussat. Externes : Larue et de Caballos.
Pharmaciens internes : MM. Girard et Massignon.

AMBULANCE DES IRLANDAIS (collége des Irlandais), RUE DES IRLANDAIS 6

Médecins : MM. les docteurs de Ranse et Lapeyrère.
Internes : MM. Farges et Chailloux.
Pharmacien en chef : M. Desnoix.
Pharmaciens internes : MM. Lebègue, Pelisse.

AMBULANCE BÉHAGUE, RUE BOSQUET, 16

Médecin : M. le docteur Amédée Latour.
Pharmacien en chef : M. Petit.
Pharmaciens internes : MM. Herbelin, Labordette.

AMBULANCE DE L'HOTEL DE L'ATHÉNÉE, 15, RUE SCRIBE

Médecins : MM. les docteurs Ernest Besnier, médecin des hôpitaux; — Saint-Vel.
Médecin consultant : M. le docteur Otterbourg.
Pharmacien : M. Meynet.
Interne : M. Vautier.

AMBULANCE COMTE DE MONTESSUY, 190, RUE SAINT-DOMINIQUE

Interne : M. le docteur Mitivier, ancien interne des hôpitaux.
Pharmacien en chef : M. Guyot.
Pharmacien interne : M. Mahoudeau.

PHARMACIE CENTRALE DES AMBULANCES DE LA PRESSE

Pharmacien en chef : M. Ferré.
Aides-pharmaciens : MM. Matrat, Chapès, Durant-Boizard, Nicout.

XXV. **Nécrologie.** — On annonce que M. le docteur Niepce, attaché au 14e corps, a été tué au combat de Châtillon, par un boulet prussien, pendant qu'il donnait ses soins aux blessés.

25 SEPTEMBRE

XXVI. **Hygiène publique.**—Il résulte des renseignements parvenus à la commission centrale d'hygiène que l'état sanitaire des animaux réunis à Paris est excellent, et que les ressources en viande de boucherie sont suffisantes.

La commission a, toutefois, constaté avec regret, qu'en raison du prix élevé des fourrages, un grand nombre de chevaux très-propres à la consommation sont livrés chaque jour à l'équarrissage.

Dans les circonstances actuelles, il n'est pas permis de laisser perdre une ressource aussi précieuse, car la viande de cheval est à la fois salubre et d'un goût agréable.

L'administration prend des mesures pour que les chevaux puissent être *amenés, vendus et tués* dans les différents abattoirs de Pa-

ris où les inspecteurs constateront la bonne qualité de la viande. Sous l'influence de ces mesures, le nombre des étaux où la viande de cheval sera débitée, va s'accroître dans les différents quartiers.

La commission a été heureuse de constater que le public commence à affluer dans ceux qui sont établis dès à présent.

XXVII. **Eaux.**—Un puits va être percé devant la rotonde de l'Institut. Les ingénieurs de la Ville ont, en effet, signalé en cet endroit l'existence d'une nappe d'eau potable, située plus bas que le fond de la Seine et recouverte de couches de terrains faciles à percer.

Le maire de Paris,

Attendu l'état de siége,

Considérant que la défense nationale est intéressée à la régularité du service des eaux, à la propreté et à la sécurité des égouts, et à la salubrité des voies publiques ;

Arrête :

Art. 1er. Le directeur des eaux et des égouts est autorisé à retenir, au besoin par voie de réquisition, tous ouvriers plombiers, égoutiers et vidangeurs nécessaires à son service. Ces ouvriers seront dispensés du service journalier de la garde nationale sédentaire.

Art. 2. Le présent arrêté sera notifié à qui de droit par le directeur des eaux et des égouts chargé de son exécution.

Fait à Paris le 24 septembre 1870.

Étienne Arago.

XXVIII. **Ambulances.**—Le gouvernement vient de requérir toutes les voitures de factage du chemin de fer du Nord pour les employer au service des ambulances. Ces voitures sont plus particulièrement destinées aux remparts, comme l'indique une large bande de calicot appliquée sur les panneaux.

(A suivre.)

NÉCROLOGIE

M. Marchant, de Charenton, praticien estimé, bien connu de nos lecteurs par des études persévérantes sur plusieurs points d'obstétrique, et en particulier sur l'emploi du levier dans les accouchements, mort à l'âge de 62 ans, à Paris, où la guerre l'avait obligé de chercher un refuge et où il avait utilisé les loisirs que lui avait créés l'éloignement de sa clientèle, en donnant tout son temps et ses soins aux ambulances.

M. Cocteau, agrégé de la Faculté et chirurgien du Bureau central, enlevé tout jeune et au début d'une carrière qui semblait s'annoncer d'une manière si brillante, par une affection à laquelle l'excès du travail et les fatigues du service dont il a été chargé dans les hôpitaux et les ambulances n'ont certainement pas été étrangers.

M. Coindet, médecin principal des armées, qui, après les fatigues et les dangers sans nombre de la campagne de Crimée et de la campagne du Mexique, dans laquelle il avait puisé les matériaux d'un important ouvrage à peine achevé, après avoir échappé au désastre de Sedan, est venu périr misérablement sous une balle française pendant l'une des fatales journées du siége, le 22 janvier, en face de l'Hôtel-de-Ville.

M. Blain, médecin à l'hôpital militaire de Vincennes, qui a succombé le 5 février dernier à une infection purulente, suite d'une piqûre qu'il s'était faite au doigt en donnant ses soins à un blessé prussien.

M. Erhmann, médecin principal, fils du vénérable professeur et doyen honoraire de la Faculté de médecine de Strasbourg, mort au Mans des suites d'une blessure reçue à l'une des batailles livrées par l'armée de la Loire.

(A suivre.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Curation des maladies organiques de la langue et des cancers en général, par le docteur Déclat. Gr. in-8. — Prix : 8 fr.

Traité des fractures non-consolidées ou pseudarthroses, par le docteur Bérenger-Féraud, médecin principal de la marine. In-8 de 700 pages. — Prix : 10 francs.

Armées en campagne. — Considérations relatives aux hommes et aux chevaux. — 2 fr. au profit des pauvres.

De l'intervention chirurgicale dans les étranglements internes, par M. Charpentier (P.), 1 vol. in-8, 1870. — Prix : 2 fr. 50 centimes.

Etude sur les fistules vésico-intestinales, par M. Blanquinque (E.), 1 vol. in-8, 1870. — Prix : 2 fr.

Plaies pénétrantes de l'abdomen et procédé de suture nouvelle pour la guérison des anus contre nature, par M. Goyard, 1 vol. in-8, avec figures, 1870. — Prix : 2 fr.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 1er avril 1871.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Maladies régnantes. — État sanitaire de Paris pendant le siége. — Variole. — Rougeole. — Scarlatine.

VARIOLE

Nous sommes loin d'avoir épuisé, dans notre Revue précédente, tout ce qui a trait à l'épidémie de variole, et nous n'avons pas la prétention de l'épuiser, tant s'en faut, dans celle-ci. Nous aurons certainement à revenir sur plusieurs points cliniques de son histoire, de ses complications et de ses suites, qui ont déjà fait l'objet d'études et de recherches spéciales. Nous ne voulons, pour aujourd'hui, nous occuper que d'un point important que cette épidémie a mis en lumière, l'influence de l'isolement des varioleux et de leur concentration dans des services et des hôpitaux spéciaux.

On n'a pas oublié qu'à l'occasion d'un rapport présenté par M. Vidal en 1864, à la Société médicale des hôpitaux, sur la variole et sur la nécessité de la séparation et de l'isolement des services de varioleux, la question fut naturellement soulevée de savoir si la réunion des varioleux dans des services spéciaux ne présenterait pas plus d'inconvénients que leur isolement n'offrirait d'avantages, soit pour les malades, soit pour la population valide elle-même, en créant ainsi des foyers de renforcement du contagium varioleux. Cette crainte, exprimée par plusieurs médecins, était fondée sur cette idée que la propriété infectio-contagieuse de la variole se multiplirait par l'agglomération des sujets infectés, et qu'il en résulterait tout à la fois une sorte de survariolisation des sujets déjà atteints et un foyer d'infection porté à sa plus haute puissance, menaçant, par ses irradiations, toutes les populations placées à proximité. Il fallait répondre à des idées par des faits. On objecta alors à cette manière de voir toute spéculative l'exemple de ce qui se passe depuis longues années en Angleterre, où les varioleux sont réunis dans des établissements spéciaux sans que l'on ait eu à regretter, jusqu'à présent, les résultats funestes qu'on semblait appréhender chez nous. L'épidémie actuelle devait fournir de nouveaux éléments pour la solution de cette question. C'est M. Hervieux qui en a soulevé l'examen devant la Société médicale des hôpitaux.

D'après M. Hervieux, accumuler les varioleux dans une localité déterminée, c'était violer l'un des principes les plus élémentaires de l'hygiène hospitalière, c'était créer une agglomération dangereuse au premier chef, c'était grossir le chiffre de la mortalité fournie par la variole et établir un foyer d'où s'échapperaient incessamment, dans toutes les directions, des irradiations contagieuses. Ces agglomérations constituraient, à ses yeux, un double danger, danger pour les malades agglomérés, danger pour les populations au milieu desquelles ils se trouveraient placés. Et comme exemple de ces deux effets funestes de ces agglomérations, il citait l'aggravation des caractères et de la marche de la maladie, et la prédominance constatée dans le cours de cette épidémie des formes les plus meurtrières, de la forme hémorrhagique en particulier, enfin l'augmentation graduelle du chiffre absolu et du chiffre proportionnel de la mortalité.

Malgré quelques apparences qui, au premier abord, sembleraient devoir donner raison à M. Hervieux, il faut le reconnaître, une appréciation attentive et une analyse réfléchie des faits qui viennent de se passer montreront bientôt que cette opinion n'est point justifiée et que la concentration des varioleux dans les services spéciaux n'a réellement pas eu les dangers qu'il lui attribue.

M. Isambert, chargé du service spécial des varioleux de l'hôpital Saint-Antoine, a déclaré qu'un examen attentif ne lui avait révélé aucune influence spécifique du milieu dans lequel étaient apportés les malades. Aucune aggravation de la variole ne lui a paru résulter de la réunion de plus de 30 varioleux dans une même salle. « Tous les jours, a-t-il dit, nous voyions entrer dans ce service spécial des varioles discrètes et même des varioloïdes si bénignes qu'elles se réduisaient à cinq ou six pustules; les malades étaient placés entre des sujets atteints de varioles confluentes les plus graves, ou de varioles hémorrhagiques les plus foudroyantes, et leur maladie restait bénigne, et se terminait en quelques jours sans avoir rien à souffrir de ce voisinage. Dans de certains instants, où le service tout entier n'était plus composé que de varioloïdes ou de varioles très-discrètes, ce prétendu foyer d'infection n'avait pas par lui-même la puissance d'aggraver tous ces cas bénins. Quand les cas graves reparaissaient, c'est qu'ils étaient apportés du dehors.

M. Isambert a résumé à cet égard les résultats de son observation pendant une grande partie de la durée de cette épidémie par cette formule, qu'un malade n'a jamais que l'espèce de variole qu'il devait avoir, dans quelque milieu qu'il se trouve, et qu'alors même qu'il est placé dans un service spécial de varioleux, il garde la variole qu'il avait en y entrant.

La même opinion a été soutenue par M. Vidal. Allant plus loin encore que M. Isambert, M. Vidal n'a pas craint de dire, en parlant de l'opinion émise par M. Hervieux, qu'il ne fallait pas laisser propager une opinion qui conduirait aux résultats les plus désastreux. D'abord il n'est pas exact, a fait remarquer M. Vidal, que la proportion de la mortalité se soit élevée à dater du moment où l'on a commencé à concentrer les varioleux, et en raison même de cette concentration; les chiffres invoqués étant discutables par des raisons qu'il est inutile d'exposer ici. En second lieu, il serait parfaitement démontré que la proportion de la mortalité s'est notablement accrue, que ce ne serait pas encore une raison pour en accuser la concentration des malades; est-il nécessaire d'aller chercher les causes de cette malignité et de la léthalité exceptionnelle que la maladie a acquise ailleurs que dans l'aliment nouveau que lui ont fourni le surcroît de la population et les conditions générales, physiques et morales dans lesquelles elle s'est trouvée placée. L'une des preuves que cette malignité et cette léthalité de la variole étaient dues à une autre cause qu'à l'agglomération, c'est qu'on la retrouvait aussi bien dans les cas isolés de la pratique civile que dans les hôpitaux spéciaux. C'est là un fait d'une haute valeur dans la question et qui nous avait déjà frappé.

M. Guibout a fait la remarque, à l'hôpital Saint-Louis, que l'isolement des varioleux avait non-seulement fait disparaître les cas intérieurs, mais qu'il avait encore fait diminuer le chiffre de la mortalité.

M. Brouardel, dans les nombreux cas de variole qu'il a eu à traiter à l'hôpital de la rue de Sèvres (plus de 700), n'a jamais rien vu qui tende à prouver l'influence infectieuse des malades les uns sur les autres. Il lui a paru, en un mot, que la variole ne se survariolisait pas. M. Brouardel a fait remarquer, en outre, que dans un autre service de varioleux, dont il a été chargé dans une ambulance militaire de Grenelle, il a vu naître l'infection, non pas parce qu'il y avait agglomération de varioleux, mais parce qu'il y avait véritable encombrement. Dans ce cas, ce n'était pas par l'aggravation de la variole que les effets de l'encombrement se manifestaient, mais par l'invasion de dysenteries, de diarrhées, de fièvres typhoïdes et de diverses autres complications.

Enfin M. Colin, chef du service des varioleux de Bicêtre, a constaté l'indépendance de la mortalité et de l'accroissement du nombre des malades, la mortalité ayant baissé notablement dans cet hôpital, au moment même où le nombre des varioleux augmentait tous les jours.

S'il m'est permis d'ajouter aux témoignages autorisés de nos confrères, celui que j'ai pu tirer d'une expérience très-circonscrite, il est vrai, et qui n'a eu qu'une très-courte durée, je dirai qu'à l'époque où l'ambulance du Luxembourg avait un service de varioleux confié à mes soins, j'ai pu plusieurs fois constater, comme l'ont fait M. Isambert et M. Brouardel, que les malades atteints de variole bénigne, de varioloïde ou même de simple varicèle, ne paraissaient nullement se ressentir du voisinage de ceux qui étaient en proie aux accidents les plus formidables de la variole confluente; leur affection suivait son cours habituel avec la bénignité qui l'avait caractérisée dès le début et sans être modifiée en rien par l'infection du voisinage; et j'ajouterai que c'était là précisément l'objet d'une de mes plus sérieuses préoccupations.

A la suite de la vaste expérience qui vient d'être faite, dans les conditions les plus défavorables assurément, nous sommes plus que jamais convaincus que l'isolement des services de varioleux doit être désormais adopté et généralisé dans la pratique hospitalière, et qu'il y a beaucoup plus d'avantages à attendre que d'inconvénients à redouter de la réunion des varioleux dans des établissements spéciaux.

ROUGEOLE.

Nous avons dit que la rougeole et la scarlatine s'étaient montrées comme satellites de la variole. Voici les chiffres des décès par rougeole que donnent les relevés statistiques hebdomadaires. Du 4 septembre au 3 mars la rougeole a donné 540 décès. L'époque où les cas de rougeole se sont montrés les plus nombreux et les plus graves est le mois de janvier. Il compte pour lui seul près de 175 décès, la moyenne hebdomadaire étant de

---

FEUILLETON

L'AMBULANCE NÉERLANDAISE

A BORDEAUX (1).

II

Les Hollandais, en s'établissant chez nous, apportaient, avec leur précieux concours, des habitudes différentes des nôtres, et pour ceux qui, comme moi, ont visité leur pays, cette ambulance représentait fidèlement leur assistance publique, leurs hôpitaux, leur hygiène. J'étonnerai certainement bien du monde, en disant que sur ces points nous avons fort à apprendre, du moins quant à la mise en pratique.

Aussi, la comparaison de ce qu'ils font et de ce qui se fait couramment chez nous, présente-t-elle un vif intérêt.

Il existe en France un certain nombre d'institutions qui ressemblent aux monuments historiques, les fonctionnaires en sont les conservateurs. Le lierre les couvre, la pluie les ronge, mais il est défendu d'y toucher, elles sont grandioses, elles ont du prestige, cela doit suffire. Nos voisins qui font autrement que nous, et souvent beaucoup mieux, mettent en pratique des idées qui, pour la plupart, viennent de chez nous; ils ne craignent même pas d'en changer avec le temps, et rient de notre immobilité, de nos routines. Nous nous en consolons en levant les épaules, car il est entendu que rien ne peut atteindre des institutions que l'Europe nous envie.

L'assistance publique est de ce nombre.

Aussi dans cet ordre d'idées, bien des choses étonnaient les Hollandais, et leurs appréciations n'avaient pas évidemment la même base que les nôtres.

Pour eux, dans l'assistance publique le malade, civil ou militaire, est l'élément principal, le pivot sur lequel tout repose.

Pour nous, il faut le dire, le malade est encore au même rang administratif que le chauffage ou l'entretien des bâtiments, et à certains points de vue, il n'est même qu'un accessoire et un prétexte. Cela se comprend; au civil comme au militaire, la direction appartient à des hommes dont l'honorabilité et le dévouement dépassent la compétence. Ces hommes ont le désir d'être utiles, mais ils sont en général étrangers aux questions difficiles d'assistance et d'hygiène publiques. Désignés à des fonctions à un âge où on n'apprend plus, et où le temps est pris par d'autres soins, la haute direction des malades n'est qu'un accessoire à leurs carrières; les plus généreux font de grands efforts pour bien faire; mais après quelque temps ils s'arrêtent, rebutés qu'ils sont par les paperasses, la réglementation et l'immobilité de la routine.

Sait-on, par exemple, combien il faut de signatures pour qu'un soldat reçoive des soins dans un hôpital militaire?... Dix-huit !

Si le même soldat est envoyé en convalescence, il en faut 26; et il ne peut mourir réglementairement à moins de 27 signatures.

J'ai vu, et on ne saurait le démentir, des militaires désignés pour des congés de convalescence, attendre jusqu'à 22 jours le bienheureux morceau de papier permettant de donner à un autre leur lit d'ambulance. Pendant ce temps, le budget paye à chers deniers le traitement d'un homme qui se porte bien, et le vrai malade attend dans la rue.

A l'étranger, et aussi dans tous les hôpitaux civils, deux heures et deux signatures suffisent, et les malades n'en sont pas plus mal soignés.

Je n'insisterai pas sur ces détails. Je n'ai voulu donner qu'un exemple. Bien d'autres choses encore étonnaient nos Hollandais.

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

43 environ. Cette moyenne s'est un peu abaissée en février, où elle est de 30 ; en mars elle s'est abaissée à 20.

La rougeole a paru un peu tardivement sur la scène pathologique; elle n'a guère fait son apparition dans l'armée qu'en décembre, avec les premiers grands froids: et bien qu'elle n'ait jamais atteint un très-grand développement, comme on en peut juger par les chiffres ci-dessus, elle s'est montrée très-grave et a fourni un contingent relatif assez considérable à la mortalité, que l'on peut évaluer pour la population militaire, sur laquelle elle s'est plus particulièrement abattue, à un bon tiers au moins. C'est dire qu'elle a été relativement plus meurtrière que la variole. C'est surtout aux complications thoraciques qu'elle a été redevable de cette léthalité.

Voici quelques-unes des circonstances qui nous ont été signalées sur l'épidémie de variole à la maison de Bicêtre. On évalue à environ 400 le nombre de rubéoleux qui y ont été admis. Presque toutes les rougeoles se compliquaient de bronchopneumonie, de bronchites capillaires, de pneumonies et de pleurésies. La bronchite capillaire surtout a été extrêmement meurtrière; elle s'est abattue sur les malheureux rubéoliques, surtout vers le milieu de janvier, et a fait parmi eux des ravages extraordinaires. « Vers le 4e ou le 5e jour de l'éruption variolique, dit M. Blachez, un malade était pris d'une recrudescence de catarrhe classique. Le lendemain, malgré le vomitif, la bronchite se généralisait ; un deuxième vomitif ne produisait déjà plus d'évacuation, et deux ou trois jours après, le malade succombait paisiblement, progressivement asphyxié, sans que ventouses, vésicatoires, saignées, etc., retardassent d'une heure l'évolution fatale de la maladie. »

Un autre fait qui a été remarqué aussi et signalé par plusieurs médecins des hôpitaux et des ambulances, c'est l'influence réciproque qu'ont eue l'une sur l'autre la rougeole et la phthisie pulmonaire.

Les médecins des hôpitaux d'enfants avaient déjà remarqué depuis longtemps que la phthisie est une des conséquences les plus ordinaires de la rougeole lorsque les malades ont déjà une prédisposition à la tuberculose. Le même fait s'est reproduit dans le cours de cette épidémie sur les jeunes gens de l'armée. Nous avons vu entre autres cas de ce genre, à l'ambulance du Luxembourg, deux exemples très-frappants de cette influence réciproque de la rougeole sur la phthisie et de la phthisie sur la rougeole.

Un jeune soldat venant de Bicêtre, où il avait eu une variole confluente, fut pris dans nos salles d'une rougeole qui parcourut ses phases ordinaires sans complication grave apparente; mais bientôt, comme il entrait en convalescence de cette seconde affection exanthématique, il se mit à tousser, la fièvre persistant, et nous ne tardâmes pas à constater tous les signes d'une phthisie tuberculeuse aiguë, galopante, à laquelle il succomba rapidement.

Un autre militaire, entré pour une bronchite, et chez qui nous reconnûmes bientôt après tous les signes physiques et rationnels d'une phthisie commençante, fut pris tout à coup d'un mouvement de fièvre très-intense avec mal de gorge, céphalalgie, injection vive des conjonctives palpébrales et larmoiement, coryza, etc. Il n'était pas malaisé de prévoir une éruption rubéolique imminente. L'éruption eut lieu, en effet, le troisième jour de l'invasion de la fièvre; mais elle disparut entièrement au bout de quelques heures, sans qu'aucun des moyens d'appel vers la peau qui furent immédiatement mis en œuvre pussent la faire reparaître, et le malade succomba rapidement avec tous les symptômes de l'asphyxie.

LA SCARLATINE

La *scarlatine* s'est montrée aussi coïncidemment avec la variole ou la rougeole, mais dans des proportions beaucoup plus restreintes. Bien que dans les divers services où on en a constaté des exemples, elle se soit montrée généralement grave, elle n'a fourni en réalité qu'un contingent assez modéré à l'ensemble de la mortalité. Nous ne trouvons, en effet, pour toute la période que comprennent nos recherches (du 4 septembre au 3 mars) que 254 décès par la scarlatine. Il n'y a pas eu pour la scarlatine comme pour la rougeole d'époque marquée de recrudescence, de summum ou de minimum d'intensité. Ces 254 décès se sont répartis d'une manière assez égale entre les divisions septénales de toute cette période. Le chiffre le plus élevé que nous trouvons sur notre relevé est celui de 17 décès, du 20 au 26 novembre. Bien que cette proportion de décès pour la scarlatine soit assez sensiblement supérieure à celles des années moyennes (en 1869 il n'y a eu pour toute l'année, à Paris, que 67 cas de mort par scarlatine), on ne peut cependant voir dans cette élévation le fait d'une épidémie à proprement parler. Nous ne la mentionnons donc qu'à cause de sa gravité relative et du petit appoint qu'elle a apporté à la mortalité générale. Nous n'avons, du reste, quant à présent, rien de particulier à signaler dans ses caractères et sa marche.

Nous aborderons dans la prochaine Revue l'examen des maladies qui ont été plus directement liées et à l'état climatérique et aux conditions générales du siége.

Dr Brochin.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

—

26 SEPTEMBRE.

XXIX. **Ambulances.** — Le maire de Paris,

Attendu l'état de siége,

Considérant que la défense nationale est intéressée à l'exécution immédiate des travaux de baraquement pour la garde mobile et à l'établissement, à l'extrémité de la périphérie, d'ambulances dites ambulances de rempart.

Arrête :

Art. 1er. Le directeur de l'administration préfectorale et le directeur du service d'architecture sont autorisés à retenir, au besoin par voie de réquisition, tous les ouvriers nécessaires aux services ci-dessus indiqués. La réquisition faite par eux tiendra lieu de dispense provisoire du service de la garde nationale sédentaire.

Art. 2. La même dispense s'appliquera aux médecins, pharmaciens, infirmiers, et toutes personnes considérées comme nécessaires au service des ambulances de rempart.

Art. 3. Le présent arrêté sera notifié à qui de droit par le directeur de l'administration préfectorale et par le directeur du service d'architecture chargés de l'exécution.

Fait à Paris, le 25 septembre 1870.

ÉTIENNE ARAGO.

XXX. **Bibliothèque nationale.** — La Bibliothèque nationale est fermée au public depuis le commencement de la semaine, et on y prend des précautions contre les cas d'incendie par suite de bombardement. La prévision d'une semblable éventualité pour Paris serait une véritable injure dans une guerre où l'ennemi n'aurait pas mis de côté tout principe de civilisation; mais après ce qui s'est passé à Strasbourg, on doit s'attendre à tout; l'invasion prussienne est l'invasion des Huns du XIXe siècle.

Dans toutes les galeries de la Bibliothèque nationale, on a installé de vastes cuves en zinc remplies d'eau et des seaux également en zinc sont placés à côté de ces cuves pour y puiser selon les besoins. Des amas de sable sont également disposés dans les galeries des imprimés et des manuscrits La cour donnant sur la rue des Petits-Champs a été dépavée, ainsi que certaines parties du préau de la rue Vivienne, afin d'amortir l'effet des bombes dans leur chute.

Les manuscrits les plus précieux, qui se trouvaient au premier étage, ont été transportés dans les salles basses.

Enfin tout le personnel de la Bibliothèque est organisé en escouades qui, en cas de bombardement, feront alternativement un service de jour et de nuit.

On prend également des précautions à l'Ecole des Beaux-Arts; on a commencé déjà à murer les fenêtres du grand amphithéâtre, décoré de peintures de Delaroche.

XXXI. **Une monomanie.**—La manie des « espions » et des « signaux » continue à sévir avec une déplorable intensité. Nous avons publié, dit M. Molinari dans les *Débats*, la lettre d'un de nos abonnés dont le domicile a été violé, et qui a été brutalement insulté par des gens sans mandat, se disant gardes nationaux, par ce motif qu'il demeure dans un appartement avec balcon, et qu'il a cru pouvoir allumer sa lampe.

Dans la soirée d'hier, rue des Dames, aux Ternes, un appartement habité par une dame seule a été envahi de la même manière. Des passants affirmaient avoir vu agiter un drapeau rouge devant un réflecteur. Le drapeau rouge était un vieux châle, et le réflecteur une lampe de ménage.

Dans la même soirée, un signal, « vert et rouge » est dénoncé dans une maison de l'avenue des Ternes. Une troupe affolée par le soupçon et la peur monte au cinquième étage et se précipite dans la chambre suspecte, où elle trouve une bonne vieille occupée à faire de la charpie. Mais le feu vert et rouge? On somme la bonne femme de donner l'explication de ce phénomène suspect; elle balbutie, elle se trouble. Heureusement un perroquet — vert et rouge, — dont la cage était placée près de la fenêtre, se met à battre des ailes. Aussitôt on crie de la rue que le « signal » est en mouvement. Le phénomène suspect est expliqué; les auteurs de cette honteuse escapade redescendent l'escalier, assez penauds, mais non sans avoir enjoint à l'infortunée propriétaire du « signal » d'éteindre sa lampe; il est vrai qu'ils ont eu la modération de ne pas exiger la mort du coupable.

On nous fait remarquer à ce propos que, depuis la fermeture des théâtres et des cafés-concerts, la foule qui les remplissait naguère parcourt les rues et les boulevards, en quête d'émotions, quand elle ne va pas au club, et que la recherche des « signaux » et des « espions » est devenue le passe-temps favori de cette foule nerveuse et affolée.

Ne serait-il donc pas préférable de laisser ouverts les lieux ordinaires de délassement de la population parisienne, sauf à les fermer un peu plus tôt que d'habitude?

N'oublions pas que la situation où nous sommes peut se prolonger. Grâce à l'activité qu'a déployée depuis quelque temps le comité de défense, Paris est maintenant à l'abri d'une surprise ou d'un coup de main, et l'exemple de Strasbourg, de Toul et d'autres forteresses de second et de troisième ordre atteste qu'une place énergiquement défendue peut braver longtemps les efforts de l'assiégeant.

Il faut donc que la population parisienne s'accoutume à un état de choses si nouveau pour elle, et moins elle se dérangera de son train de vie ordinaire, moins elle aura de peine à s'y faire, mieux son moral résistera aux privations, aux anxiétés et aux ennuis inséparables d'un siége.

Nous ne voyons donc point pourquoi on ne permettrait pas aux théâtres de faire diversion aux clubs, aux groupes en plein vent, à la chasse aux signaux et aux espions. A la vérité, les théâtres ont l'inconvénient assez grave, au temps où nous sommes, de coûter cher, tandis que le tarif des clubs varie de 10 c. à 25 c., et que la chasse aux espions ou aux signaux se fait gratis; mais pourquoi les théâtres n'abaisseraient-ils pas leurs prix, sauf à ne donner que des demi-représentations?

Les propriétaires des bateaux de la Seine ont donné ce bon exemple en abaissant leur tarif de 25 c. à 15 c., et ils n'y ont certainement pas perdu.

Malgré tant de causes qui ont ralenti le mouvement ordinaire de la circulation urbaine, les bateaux de la Seine regorgent de monde, et si la réduction du prix a été avantageuse au public, elle ne l'a pas été moins aux propriétaires des *Mouches*.

La chasse aux espions entraîne encore des inconvénients plus sérieux que la chasse aux signaux pour les malheureux qui en sont victimes; car il est facile de prouver *de visu* à la foule ameutée qu'elle a pris un châle pour un drapeau et un perroquet pour un signal vert et rouge; mais quand un prétendu espion est empoigné au bruit des vociférations — bienheureux encore si l'on s'en tient aux vociférations, — et conduit tumultueusement chez le commissaire de police du quartier, qui le renvoie à la Permanence, la situation peut tourner au tragique. Le plus souvent, jusque aujourd'hui du moins, les victimes de ces méprises désagréables en ont été quitte pour la peur.

On racontait hier par exemple, dans un groupe du boulevard Montmartre, que deux prétendus espions, après s'être dévisagés d'un air soupçonneux, s'étaient mutuellement pris au collet et con-

(1) Voir le dernier numéro.

Les visiteurs s'extasiaient à l'envi sur la beauté et la grandeur des salles principales de l'ambulance; l'une contient 45 lits, l'autre 71. Ils laissaient dire, mais avouaient volontiers que cette magnificence leur était particulièrement désagréable. Il est en effet reconnu à l'étranger qu'une salle d'hôpital ne doit pas contenir plus de 12 lits, et que chaque série de malades doit être absolument isolée et ventilée à part. Ainsi sont ou seront aménagés presque tous les hôpitaux des pays qui nous entourent. Là est en effet la vérité, là est l'intérêt de l'assisté.

Je reconnais que cela n'a rien de grandiose et n'approche pas de la beauté de nos salles de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, qui contiennent 40 lits surmontés de rideaux blancs.

Dès leur arrivée, nos visiteurs ont installé des lits commandés sur dessin. Rien de plus simple et de plus hygiénique ; un seul matelas sur un sommier non fermé au-dessous, et point de rideaux.

Ces lits, comme toute l'installation, portent le caractère de la nation hollandaise, que deux mots résument : *Simplicité, bon sens.*

Tout le monde sait que les rideaux sont des obstacles à la ventilation et des réceptacles de miasmes et d'infection. Mais la décence française ne peut pas s'en passer, et *le malade et le médecin n'ont rien à dire.* En Hollande, en Angleterre, en Suisse, etc., pays où la décence n'est pas inconnue, on préfère avec raison les paravents légers et portatifs, qui, à un moment donné, abritent parfaitement le malade.

A l'ambulance néerlandaise, après le pansement, on emporte, le plus loin possible des bâtiments, le linge et la charpie, et chaque soir le tout est arrosé de pétrole et brûlé. Cela se fait ainsi partout, hors de France bien entendu, et la raison en est élémentaire.

Chez nous quelle dépense cela serait!... Aussi on recueille ces ordures, et on les lave plus ou moins, même la charpie, et dans certains établissements cette charpie se transmet de génération en génération, sans autre perte que l'usure. La sage économie n'est-elle pas le caractère des administrations paternelles?...

Je pourrais même citer un grand hôpital où ces loques immondes et dangereuses sont étalées et triées chaque jour dans une cour étroite, sous les fenêtres de deux salles de chirurgie. Rien n'a pu changer cela, et rien ne le changera..., car cela c'est toujours fait.

J'ai ri quelquefois de la propreté hollandaise; je n'en ris plus aujourd'hui, depuis que je l'ai admirée dans son pays. La propreté est la base de l'hygiène; elle est aussi une des formes de la dignité de l'homme. Je n'ai pas à développer cette pensée; je dirai seulement qu'on la comprend dans le Nord beaucoup mieux que chez nous : les Hollandais la mettent en pratique, et le soldat, au sortir de la caserne ou des ambulances militaires, s'étonnait de leurs justes exigences; il n'en avait jamais entendu parler.

On me permettra de ne pas insister sur ce sujet; j'aurais quelque honte à dire ce que j'ai vu et ce que je vois chaque jour.

III

Si dans les lignes qui précèdent il m'est échappé des appréciations un peu vives, je ne voudrais pas qu'il en fût déduit que je ne reconnaissais pas tout le bien qu'a fait en France et que fait chaque jour l'assistance publique.

Une expérience déjà longue m'a appris le dévouement, la charité, des hommes qui la dirigent; et leur caractère les met personnellement au-dessus de toute critique.

L'institution seule est en cause... et au moment le plus critique de notre histoire, lorsque tout manque à la fois sous nos pieds, lorsque la nécessité d'une réorganisation générale s'impose à tous les bons esprits, signaler le mal est un devoir; c'est le commencement de la cure.

A ce moment, il est permis de se demander pourquoi l'expérience et l'exemple des autres pays ne profiteraient pas à l'assistance publique, et pourquoi, dans le choix de ceux qui la diri-

duits sans se lâcher chez le commissaire de police, où ils avaient fini par reconnaître réciproquement leur parfaite innocence, aux éclats de rire de la foule. Mais les choses ne tournent pas toujours aussi bien.

Certains journaux accoutumés à flatter tous les appétits et toutes les passions du maître du jour ont accrédité le bruit que la préfecture de police relâche les « espions prussiens », et par conséquent qu'il est plus sûr d'en faire une justice sommaire. Ce conseil tombe malheureusement dans des oreilles trop disposées à l'écouter. Voici par exemple un fait que nous apporte une de ces feuilles :

« Jeudi, les grenadiers du 28e de marche ont arrêté un agent prussien muni de plans et qui les avait reçus à coups de revolver.

« *Dans l'ignorance où on les laisse de ce que deviennent les espions, ils l'ont fusillé, — séance tenante — pour avoir tous leurs apaisements.* »

Nous nous plaisons à croire qu'il s'agissait réellement d'un agent prussien, et non point d'un ingénieur ou d'un conducteur de travaux, affligé d'un accent alsacien ou flamand; mais, n'en déplaise au journal que nous citons, cette manière de prendre « ses apaisements », en fusillant sans jugement, — par ce motif qu'on ne sait pas ce que deviennent les espions, — pourrait bien n'être pas tout à fait digne d'un peuple civilisé.

On s'étonnera sans doute plus tard que des journaux se soient rencontrés pour la justifier, sinon pour la recommander. On s'en étonnera d'autant plus, lorsqu'on saura que ces mêmes journaux comptent au nombre des adversaires les plus implacables de la République rouge, et que rien n'égale l'horreur qu'ils ressentent pour le terrorisme et les moyens révolutionnaires. Ils ne laissent échapper aucune occasion de condamner la Terreur, et le mot « guillotiner » leur paraît, à bon droit, odieux. Mais ils ont constamment à la bouche le mot « fusiller », et ils trouvent même assez naturel qu'on fusille sans jugement.

Cependant, entre les procédés de 93, qui leur font horreur, et ceux qu'ils approuvent et qu'ils conseillent, la différence n'est elle pas assez mince ? Cette différence même n'est-elle pas à l'avantage des procédés de l'ancienne Terreur ? En 93, on prenait volontiers ses « apaisements » vis-à-vis des « suspects », mais encore se donnait-on la peine de les faire passer devant un tribunal révolutionnaire. Le Comité de Salut public ne permettait point à la foule de se transformer, — séance tenante, — en un tribunal, de condamner le « suspect », et de l'exécuter. Cela n'empêchera pas, bien entendu, les journaux dont nous parlons de flétrir la Terreur et les abominables journaux qui s'étaient faits les pourvoyeurs de la guillotine. Ah! s'ils s'étaient contentés de demander qu'on fusillât au lieu de guillotiner, c'eût été bien différent!

Pour en finir avec ce sujet lugubre, nous ferons remarquer que le comité de défense a dû certainement s'occuper du danger de l'espionnage et des signaux. Laissons-lui donc le soin d'aviser aux moyens les plus propres en nous préserver. Les espions n'ont pas l'habitude de négliger les précautions, et il faut, pour déjouer leurs ruses, tout le flair et toute l'expérience des agents spéciaux les plus habiles. C'est une tâche dans laquelle une foule nerveuse et surexcitée est incapable de les suppléer; elle arrêtera, elle fusillera même « pour prendre ses apaisements » des milliers d'honnêtes gens avant de mettre la main sur un véritable espion; quant aux « signaux », le jour où l'autorité compétente jugera utile de nous obliger à éteindre nos lampes, au cinquième étage et même au rez-de-chaussée, nous nous empresserons de lui obéir; mais, en attendant, il nous est impossible de nous incliner devant des comités de défense en plein vent qui envahissent brutalement notre domicile, en terrorisant des femmes occupées à faire de la charpie, parce qu'ils ont pris un vieux châle pour un drapeau et un perroquet pour un « signal. »

XXXII. **Ambulances.** — La mairie du 1er arrondissement vient de faire connaître, par voie d'affiches, le tableau du service des ambulances fondées et entretenues par les habitants de ce: arrondissement. On ne saurait trop applaudir à cette publication que nous proposons en imitation à toutes les mairies de Paris et que nous avons déjà recommandée à diverses reprises, aux autorités compétentes. Ce tableau comprend par quartier, et, dans chaque quartier par rues et numéros, la liste des lits disponibles et des locaux où ils sont préparés. Ainsi le quartier Saint-Germain-l'Auxerrois a 150 lits; le quartier des Halles, 39; le quartier du Palais-Royal, 123; enfin, celui de la place Vendôme, 400; en tout 762 lits, sans compter les ambulances qui sont encore en voie de formation.

Avec une pareille liste, il sera aisé de diriger promptement et sûrement les blessés et les malades, et même chaque blessé pourra choisir l'ambulance qui est soit plus dans ses goûts, soit plus à proximité de sa résidence fixe ou accidentelle suivant qu'il est garde national ou garde mobile. Nous avons dit : les blessés et les malades, car nous supposons qu'un certain nombre de lits ont été disposés dans des locaux vastes, aérés et autant que possible éloignés des grandes agglomérations pour y recevoir les combattants atteints d'affections internes. Peut-être les hôpitaux ne pourront pas suffire à les loger tous; les conditions hygiéniques pourraient du reste y devenir mauvaises, et puis beaucoup de gardes nationaux et de mobiles ont une répugnance invincible à entrer dans les hôpitaux.

On avait songé un moment pour ce genre de maladies à une série de baraquements placés sur les points les plus excentriques et les moins exposés de chaque arrondissement; il est à regretter que la rapidité des douloureux événements par lesquels nous passons n'ait pas permis de donner suite à ce projet. Peut-être serait-il encore possible de l'exécuter dans de certaines limites.

En parcourant le tableau du 1er arrondissement, nous sommes frappés des efforts généreux de la charité privée; mais nous remarquons en même temps avec quelque inquiétude les disséminations des lits isolés dans les diverses rues. Nous comptons un assez grand nombre de ces lits offerts par unité. Cela, nous le craignons, doit rendre difficiles le service médicale et la surveillance hygiénique; nous sommes du moins assurés que le zèle et la science des médecins du 1er arrondissement ne feront pas défaut.

Non-seulement les soins médicaux sont gratuits, cela va de soi, mais les pharmaciens se sont engagés à fournir les médicaments aux prix de revient, générosité dont les officines de plusieurs autres arrondissements ont déjà donné l'exemple. — Ch. Daremberg.

XXXIII. L'Académie des sciences tient séance.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 26 septembre 1870. — Présidence de M. Liouville.

Hygiène publique. — **M. Grimaud** (de Caux), lit la note suivante sur *l'alimentation*. — Nous avons rapporté jour par jour les divers actes administratifs ayant pour objet l'approvisionnement de Paris pendant le siége ou l'investissement de cette ville. Au moment, tristement solennel, où les portes de la capitale sont fermées, il est bon de relever les résultats obtenus, pour montrer à la population quelles justes raisons elle a d'avoir confiance dans les mesures qui ont été prises et quelle part de prévoyance reste à sa charge.

On se souvient que c'est dans la seconde quinzaine du mois d'août seulement que ce genre de préoccupation a pris un caractère d'urgence, alors que la certitude a été acquise d'un danger sérieux. Dès l'origine, une ordonnance de police avait prescrit aux boulangers de se constituer un approvisionnement de farine de quinze jours à maintenir toujours au complet. Bientôt après, le Corps législatif, sur la proposition de M. de Jouvencel et les observations de M. de Kératry, fortement appuyées par M. Thiers, prescrivait au gouvernement d'aviser aux moyens de faire le vide devant l'ennemi, en soustrayant à ses déprédations les bestiaux et les récoltes, pour lesquels l'intérieur de Paris offrait un asile plus sûr.

En vue de cette immigration, on autorisa aussitôt la mise en entrepôt, dans les lieux publics, des richesses agricoles que les cultivateurs voudraient y introduire. Les matières ou les animaux vivants, passibles de droits d'octroi, purent être dirigés sur les locaux ou magasins autres que les dépôts publics, à la condition de s'engager à payer ultérieurement les taxes pour ce qui ne serait pas réexporté. Cette faculté s'étendit même aux boissons, grevées de droits d'entrée au profit du Trésor. Et enfin un arrêté plus récent — regrettable retard, — a supprimé tout droit d'octroi ou d'entrée au profit de ces expéditions étrangères à toute spéculation commerciale. A la première lecture de l'arrêté, on avait cru à la suppression, — totale quoique provisoire, — de tout droit d'octroi ; cette interprétation a été écartée par un second avis qui limite la franchise aux denrées expédiées par l'agriculture des départements voisins de Paris, et et elle a été refusée aux denrées commerciales par deux considérations : la première, c'est la diminution des recettes que subirait la ville de Paris; la seconde est tirée de l'inégalité qui existerait entre les commerçants qui se sont déjà approvisionnés sous le régime de l'octroi et ceux qui achèteraient sous le régime de la pleine franchise. Sans dénier toute valeur à ces deux objections, nous les trouvons bien secondaires auprès de l'immense avantage qu'il y aurait eu de provoquer les rapides et importants achats du commerce, d'où résultent, mieux que de toute intervention administrative, la surabondance — et, partant, le prix modéré — des ressources alimentaires, Tandis qu'on fait d'énormes sacrifices, par voie administrative, pour atteindre ce résultat, en même temps par tarifs fiscaux on amortit l'activité commerciale, mille fois plus puissante. Pour la ville de Paris, ce n'eût été qu'une réduction de recette de quelques millions de francs au plus à joindre à celle qu'entraînera le siége même de son mur d'enceinte; et quant aux commerçants, la loi étant la même pour tous, nul n'aurait à se plaindre, car il est de la nature même du commerce d'avoir toujours à côté des marchandises en magasin des renouvellements à faire, des assortiments à compléter. Comme il est toujours temps d'élargir cette excellente mesure, nous la recommandons. La franchise maintenue même pendant le siége susciterа des efforts inouis; c'est en ces moments que l'amour du gain se montre sous son plus utile aspect.

Les mesures qui précèdent avaient surtout pour objet de sauver les richesses agricoles en leur offrant des garanties de conservation ou un prix convenable : ce n'eût pas été assez pour l'approvisionnement complet de Paris. C'est à quoi l'administration politique et l'ancien conseil municipal de Paris ont avisé par des acquisitions. On a parlé de 2 millions que le ministre du commerce, M. Clément Duvernois, n'a pas craint, en cette crise suprême, d'engager pour cet objet. Tout en croyant à quelque exagération dans ce chiffre, parce qu'il a bien fallu réserver la part financière de l'armée, de la marine, des autres services publics, il est certain que des achats extrêmement considérables ont pourvu aux besoins de toute nature, soit par l'acquisition directe de bestiaux et des récoltes venus des départements circonvoisins, soit par des opérations faites auprès du commerce, à Paris ou ailleurs. Grace à toutes ces mesures promptes et énergiques, quoique nécessairement trop vite improvisées pour n'être pas mêlées d'un peu de confusion, Paris est devenu en deux semaines, comme on l'a dit, un grenier d'abondance.

Des troupeaux de bœufs, de moutons, de porcs, comme jamais on n'en avait vu dans ses murs, ont envahi d'abord le bois de Boulogne, et, de proche en proche, les jardins publics, les avenues, les boulevards. Il y a quelques jours on parlait de 75,000 bœufs et de 2 à 300,000 moutons : ces chiffres, d'une apparence fantastique, sont probablement dépassés à cette heure. Et toutes ces masses vivantes ont le fourrage sec (l'herbe verte du bois de Boulogne n'a été l'affaire que de quelques bouchées), avec la litière et l'eau, et les soins, distribués par leurs bergers, sous l'inspection de vétérinaires. A ces pauvres bêtes dépaysées, il ne manque que l'espace pour se mouvoir en liberté ; mais c'est beaucoup, que cette privation ! Aussi faut-il s'attendre. — et l'accident, assure-t-on, est déjà survenu, — à une mortalité exceptionnelle. Puisse cette perte inévitable ne pas se compliquer de quelque épizootie ! Les journaux agricoles annoncent avec effroi l'apparition de la peste bovine sur les bords du Rhin, entre Sarrebrück et Coblentz : que les préposés au service de tout ce bétail veillent, avec la rigueur la plus intraitable, à prévenir toute entrée, toute approche de bêtes atteintes, en songeant au désastre qui suivrait l'infection des troupeaux accumulés sur un espace si restreint, et en dehors de leur régime naturel ! Même dans les conditions hygiéniques les plus satisfaisantes que permet le cantonnement de ces troupeaux, il sera bien difficile d'écarter les maladies. Avec la moindre contagion, une vraie épidémie éclaterait, dont la population humaine ressentirait le contre-coup, ne fût-ce que par la rareté et la cherté excessive de la viande. Aussi a-t-on eu raison de ne pas compter exclusivement sur le bétail vivant, et de faire d'amples provisions de viandes salées, qui, sans valoir la viande fraîche, ne laissent pas d'être une précieuse ressource. Ici encore l'on s'est heurté dès le début (et peut-être la difficulté n'est-elle pas tout à fait vaincue) à un obstacle fiscal : l'impôt du sel, qui en mesure la production aux besoins courants et le fait manquer pour des besoins exceptionnels, bien que la mer le prodigue en quantités illimitées. On parlait naguère de 60 millions de rations de salaisons en viandes de bœuf, de mouton, de porc, ou en poisson; ce n'est pas trop, si même c'est assez.

Dès à présent, on a autorisé le colportage de la viande, vainement réclamé depuis longtemps. Si l'on avait voulu en attendre l'effet, cette sage mesure aurait peut-être suffi pour dispenser de la taxe qui vient d'être rétablie.

Pour les autres denrées alimentaires, d'immenses provisions ont été faites avec la même activité: blés et farines, légumes secs, fruits secs, conserves, riz, cafés, sucre, épices diverses, boissons de toute sorte, vins surtout, si bien que l'administration s'est crue en droit d'afficher sur les murs de Paris que des vivres étaient assurés pour deux mois de siége. Sans avoir aucune raison d'en douter,

---

gent, on a toujours remplacé la compétence et le savoir par des accessoires dont je ne méconnais pas la valeur, mais qui ne sont que des accessoires: tantôt par l'ancienneté et les galons, tantôt, et suivant les époques, par la foi religieuse, par l'honorabilité, par la conviction politique.

Du reste, je dois le dire, on commence à comprendre que ce qui est n'est pas la perfection, et que les étrangers peuvent être dans le vrai. Ainsi, à Paris, à leur imitation, les seuls hommes compétents à diriger la santé publique, les hygiénistes, les médecins ont été appelés en certain nombre au conseil des hôpitaux, et ce conseil est présidé par un médecin. On fait aussi de grands efforts pour rendre la médecine militaire indépendante de l'intendance, nous avons payé assez cher leur singulière union.

Mais en province, presque tout est à faire, et il est permis au progrès de trembler devant la force d'inertie, devant la routine qui se dresse devant lui.

On n'ignore pas en haut lieu ce qu'il y aurait de bon à imiter chez nos voisins. Les ministères et les administrations sont encombrés de rapports faits par des hommes compétents quelquefois consultés. Mais ces rapports dorment dans les cartons. Car le progrès dérange trop de monde. Il est si facile de dire : ce a doit être bien puisqu'on l'a toujours fait; la France est la première des nations, elle marche à l'avant-garde du progrès... et autres clichés qui ne prouvent que notre ignorance et notre forfanterie !

Sommes-nous donc condamnés à voir se transmettre d'âge en âge, comme la charpie, ces machines imposantes, sans qu'on ose y changer un clou? Le bon public les admire de loin; il a confiance ; il en est même très-fier, car il sait ce qu'elles lui coûtent.

Il est des pays, les Etats-Unis par exemple, où l'initiative privée remplace la plupart des institutions administratives; là on croit avec raison que les classes riches doivent l'assistance aux classes pauvres, sans l'intermédiaire de cet être impersonnel qu'on nomme le budget ; et cette initiative privée a fait des prodiges; ainsi, dans la guerre de la sécession, elle a secouru un million de blessés.

En Europe, elle a fondé la Société de secours aux blessés qui, dans la dernière guerre, a donné de grands exemples, et, à Bordeaux, a fonctionné d'une façon vraiment admirable.

Grâce à cette société, grâce surtout au dévouement et à l'intelligence du comité bordelais, notre ville peut comprendre qu'en dehors de la tutelle administrative, il est possible de faire beaucoup de bien Bien plus..., serait-ce là un heureux présage?... l'administration elle-même a dû le reconnaître.

Cette association généreuse a eu un mérite non moins grand. Elle a répandu dans toutes les classes de la société la notion pratique de la charité. Par elle, bien des gens ont appris qu'il existait des souffrances et des pauvres, et les bourses se sont ouvertes, comme les cœurs.

Dr Azam,

Professeur à l'École de médecine de Bordeaux.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouvelles applications de l'acide phénique en médecine, etc., par le docteur Déclat. In-8, planches photogr. — Prix : 5 fr.

Des troubles de la sensibilité générale dans la période secondaire de la syphilis et notamment de l'analgésie syphilitique, par le docteur Faid, médecin de l'école du Caire (Égypte). In-8 de 134 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Recueil de questions posées aux 5 examens de médecine et aux accouchements. 1 fr. 50 le volume. — Chez A. Delahaye, place de l'École-de-médecine.

Traité des maladies chroniques, par le docteur Thompson, traduction de l'anglais. Brochure in-12 de 80 pages. — Prix : 1 fr.

nous aimons encore plus à compter sur les agissements du commerce, toujours à l'affût du gain, et qui saura bien, même malgré l'investissement, faire pénétrer à l'intérieur des convois de denrées; si la cherté nous paraît inévitable, la disette, encore moins la famine, semblent peu à craindre. Il est du moins bien certain que l'on aura l'essentiel : le pain, tant à l'aide des farines déjà emmagasinées par centaines de milliers de quintaux, qu'à l'aide des blés achetés ou entreposés, et dont la mouture sera faite, soit dans les moulins de l'assistance publique, soit dans des moulins mécaniques d'une facile installation. Quant aux prix du pain, on compte modérer les prétentions des boulangers par la concurrence même des ventes administratives de préférence à la taxe officielle; il serait bien désirable, — et cela ne paraît pas impossible, — de se passer de l'un et de l'autre expédient par l'abondance même des approvisionnements des boulangers et du commerce.

Mais il est un autre danger qui a été déjà maintes fois signalé, et sur lequel on ne saurait trop insister, le danger d'incendie. Des meules de paille et de foin, des dépôts d'huiles et d'esprits, de houille, de bois et de pétrole, sans parler de tant d'autres matières combustibles, sont une proie offerte à toutes les flammes; ces amas dangereux seront très-nombreux et disséminés dans tous les arrondissement de Paris, souvent exposés aux explosions des projectiles incendiaires. Nul malheur ne porterait plus vite l'émotion jusqu'à l'épouvante, et il importe d'y aviser en adjoignant au service des pompes de Paris, si admirablement organisé pour les risques ordinaires, un renfort extraordinaire d'appareils et d'hommes.

L'eau est un dernier objet non moins indispensable que le pain et plus que la viande, dont l'approvisionnement doit être assuré, car on sait que, dans tout siége, une des premières entreprises des assiégeants consiste à couper les conduites d'eau extérieures. Les Prussiens n'y manqueront pas; mais heureusement le cours de la Seine échappe à leurs atteintes. L'ancien conseil municipal avait du reste pris des mesures, que la municipalité nouvelle saura maintenir et développer, pour remplir tous les bassins et réservoirs que contient l'enceinte de Paris. A cette ressource, qui paraît suffire pour longtemps aux besoins de la commission, une récente ordonnance de police prescrit d'ajouter l'eau des puits à entretenir ou restaurer, puisque nous n'avons pas de citernes publiques et privées comme les Romains. Malgré la sécurité acquise de ce côté, il sera prudent, chacun l'a proclamé d'avance, de ne pas gaspiller inutilement l'eau des fontaines publiques, qui désormais doit être réservée pour l'utilité domestique ou hygiénique et épargnée pour l'agrément. A cet égard il y a un sacrifice à demander à nos habitudes de prodigalité.

Habilement combinés, et soutenus avec une persévérante et énergique sollicitude, les divers moyens d'approvisionnement suffisent aux besoins de la situation la plus difficile que jamais aient connus la ville et la population de Paris, dans le cours de sa longue histoire, car il s'agit de la subsistance de près de deux millions d'habitants, en comptant les gardes mobiles qui ont remplacé les citoyens ou les étrangers réfugiés au dehors. Rarement un plus vaste et plus difficile problème a dû être abordé par un gouvernement et une municipalité; espérons que par l'union de la volonté, de la science et du patriotisme, ce problème sera résolu, et qu'une fois de plus se vérifiera la devise à la fois historique et prophétique, de la noble capitale : *Fluctuat, nec mergitur*. Courage donc et sachons utiliser les forces civiles de résistance comme les forces militaires!

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Laskowski, prefesseur libre, recommencera son cours d'anatomie descriptive le mercredi 5 avril, à midi, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera tous les jours à la même heure.

Ce cours, spécialement destiné aux élèves qui préparent leur premier examen de doctorat et leur deuxième de fin d'année, sera terminé dans deux mois et demi.

Les élèves seront exercés à disséquer sous la direction du professeur et pourront étudier sur des pièces naturelles conservées.

M. le docteur Laskowski fera en même temps des conférences de médecine opératoire sous le pavillon n° 7, et exercera les élèves à pratiquer toutes les opérations sur les cadavres.

— Bonne clientèle à prendre à une heure de Paris. S'adresser au bureau du journal.

Des méthodes générales d'opération de la cataracte et en particulier de l'extraction linéaire composée, par Paul Yades, docteur en médecine. Paris, 1870, 1 gr. in-8 de VIII-77 pages. — Prix : 3 fr.

De l'équitation considérée au point de vue physiologique, hygiénique et thérapeutique, par le docteur R. Chassaigne. 1870, gr. in-8 de 116 pages. — Prix : 2 fr. 50.

De quelques applications de l'électricité à la thérapeutique (courants continus, bains électrisés), par le docteur Chapot-Duvert. In-8 avec figures dans le texte. — Prix : 1 fr. 75.

Annuaire des eaux minérales, des bains de mer et de l'hydrothérapie en France et à l'étranger, publié par la *Gazette des eaux*. 12e année, 1870. — Prix : 1 fr. 50.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire; 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 3 avril 1871.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES.

Recherches chimiques et physiologiques sur la nature des principes purgatifs du séné de la Palte (1).

Par les docteurs Ed. Bourgoin, pharmacien en chef de l'hôpital, et M. Bouchut, médecin des Enfants Malades.

IV. MATIÈRE NOUVELLE.

Cette substance (catharto-mannite?), qui est très-soluble dans l'eau, insoluble dans l'alcool concentré et dans l'éther, s'obtient comme produit secondaire dans la préparation de la cathartine. On opère ainsi qu'il suit : Après avoir séparé de l'infusion de séné la matière mucilagineuse, on concentre la solution et l'on y ajoute de l'acétate de plomb ; le liquide filtré, débarrassé de l'excès de plomb par l'acide sulfhydrique, est évaporé en consistance sirupeuse, puis traité par l'alcool concentré : le résidu insoluble dans le véhicule contient le produit en question. On dissout le tout dans un peu d'eau, on filtre et l'on précipite de nouveau l'alcool ; en répétant deux ou trois fois ce traitement, cette matière ne paraît pas encore assez pure pour être soumise à l'analyse chimique, mais néanmoins nous avons cru devoir la soumettre à quelques expériences cliniques, afin d'être fixé sur sa valeur thérapeutique. Elle a été dissoute dans de l'eau, de manière à obtenir une solution au dixième.

Effets physiologiques. — Nous l'avons fait prendre à la dose d'un gramme à cinq enfants qui n'en ont aucunement ressenti les effets. Il n'y a eu ni nausées, ni coliques, ni évacuations. Les mêmes enfants, deux jours après, ont pris tous les cinq 2 grammes de ce produit, et le résultat a été également négatif. Même insuccès le jour suivant à la dose de cinq grammes : aucun malaise ne s'est produit. Ces cinq enfants non-seulement n'ont pas éprouvé d'effet purgatif, mais paraissent plutôt avoir été constipés sous l'influence de cette préparation.

En présence de ce résultat, nous avons donné à chacun de ces enfants 15 grammes du liquide extractif, et tous ont eu des évacuations dont le nombre a varié de quatre à sept dans la journée.

V. — ACIDE CATHARTIQUE.

Nous avons préparé cet acide de la manière suivante :

Une infusion faite avec un kilogramme de séné de la Palte a été concentrée de manière à obtenir un litre de produit qui a été additionné de son volume d'alcool à 75 degrés. La matière mucilagineuse qui se précipite a été séparée par filtration, puis le liquide évaporé en consistance sirupeuse a été précipité par de l'alcool absolu. Ce nouveau traitement donne un corps noirâtre que l'on dissout dans l'eau et que l'on précipite par de l'acide chlorhydrique étendu. Ce produit, qui est l'acide cathartique impur de Dragendorff et Kubly, a été dissous à chaud dans l'alcool à 60 degrés. Enfin, la solution ainsi obtenue ayant été évaporée en partie et exactement saturée par une solution étendue de potasse, l'acide cathartique a été de nouveau mis en liberté par l'acide chlorhydrique.

Un kilogramme de séné donne 6 à 7 grammes d'acide cathartique ainsi purifié.

Cet acide est insoluble dans l'eau ; afin de l'administrer en solution aqueuse et dans un état analogue à celui dans lequel il paraît exister dans la plante, c'est-à-dire à l'état de sel, il a été exactement saturé par une dissolution étendue de potasse, de manière à obtenir une solution au centième, chaque gramme de ce liquide répondant par conséquent à un centigramme d'acide cathartique.

Effets physiologiques. — Nous avons donné l'acide cathartique, ou mieux la solution dont nous venons d'indiquer la préparation, à des enfants de six à quinze ans et à la dose de 15 à 30 centigrammes.

Sur sept malades qui ont pris la plus faible dose, quatre fois la préparation a été sans effet ; dans les trois autres cas, il y a eu une fois une selle, une fois trois, une fois quatre, sans nausées ni vomissements, mais avec quelques coliques.

Dans deux autres cas, où nous avons cru devoir donner 30 centigrammes, nous avons obtenu qu'une seule évacuation sans nausées ni vomissements et sans coliques.

Dans deux autres cas, où nous avons cru devoir donner 30 centigrammes, nous n'avons obtenu qu'une seule évacuation sans nausées ni vomissements et sans coliques.

Il résulte de là que l'acide cathartique ne peut à lui seul représenter toute l'action purgative du séné. En effet, en admettant que le séné renferme la centième partie de son poids de cet acide, ce qui est certainement un maximum, 30 centigrammes correspondent à 30 grammes de feuilles et par suite répondent à 30 grammes de liquide extractif ; or, nous avons vu que ce dernier exerce à cette dose une action beaucoup plus énergique.

VI. — ACIDE CHRYSOPHANIQUE.

Nous venons de dire que la cathartine de Lassaigne et Feneulle n'était pas un principe indéfini, mais qu'elle devait être considérée comme un mélange de plusieurs corps dont l'un au moins était purgatif.

Sans chercher à définir ici exactement la nature de ce mélange, ce que l'un de nous se réserve le droit de faire ultérieurement, il nous a paru intéressant de rechercher à quelle partie de ce produit il fallait attribuer les propriétés purgatives de la cathartine. Nous y sommes parvenu très-simplement de la manière suivante :

La cathartine a été agitée fortement avec de l'éther privé d'alcool, et ce traitement a été répété un grand nombre de fois, car l'épuisement est difficile. La solution éthérée, fortement colorée en jaune, a été évaporée au bain-marie. Le résidu ayant été repris par l'alcool absolu, la solution filtrée a été évaporée en consistance d'extrait. Nous avons ainsi obtenu un produit contenant deux principes différents ; l'un d'eux est une matière colorante et l'autre jouit de toutes les propriétés de l'acide encore assez mal défini désigné sous le nom d'acide chrysophanique. En effet, ce corps est presque insoluble dans l'eau, fort soluble au contraire dans l'alcool et dans l'éther ; sa solution alcoolique, qui est jaunâtre et qui rougit le papier de tournesol, prend une belle couleur rouge sous l'influence des acalis. Les sels ainsi formés sont très-solubles dans l'eau, ce qui permet d'en séparer l'acide organique au moyen de l'acide acétique. Ce produit, comme il vient d'être dit, a été transformé en pilules contenant chacune 10 centigrammes.

A la dose de 60 centigrammes, l'effet a été nul. En donnant un gramme, nous avons obtenu un effet purgatif marqué.

Quoi qu'il en soit, nous reconnaissons volontiers que l'action de l'acide chrysophanique du séné ne saurait être précisée d'après ces expériences, puisqu'il n'a pas été expérimenté à l'état de pureté. Nous nous proposons, dans un autre mémoire, d'opérer sur de l'acide chrysophanique pur retiré de la rhubarbe et non du séné, car celui-ci ne paraît en renfermer qu'une très-faible quantité, ce qui explique pourquoi la présence de cet acide a été mise en doute par quelques expérimentateurs.

Il résulte de ce qui précède que le principe purgatif contenu dans la cathartine devait se retrouver dans la partie insoluble dans l'éther : c'est en effet ce qui a eu lieu. Débarrassée par l'éther de tout principe soluble dans ce véhicule, la cathartine a donné les résultats suivants :

Sur une jeune malade de quatorze ans, 2 grammes en potion ont amené du malaise, avec perte d'appétit, des nausées, quelques coliques et cinq évacuations. Dans un second cas, chez une jeune fille de douze ans et chez un jeune garçon du même âge, la même dose donnna lieu à des phénomènes exactement semblables.

Conclusions. — Il résulte des faits que nous venons d'exposer dans ce mémoire que le séné ne peut être rangé dans la série des plantes qui ne possèdent qu'un seul principe purgatif. C'est évidemment à cette circonstance qu'il faut rapporter et les difficultés qui ont été rencontrées jusqu'à ce jour dans l'analyse de ce corps et l'incertitude qui règne encore dans la science sur la nature de son principe actif.

Nous venons de faire voir d'une manière très-nette que l'un quelconque des principes constituants de la plante, considéré isolément, ne peut prétendre à représenter l'ensemble des principales propriétés de cette dernière ; en d'autres termes, si l'on met de côté l'acide chrysophanique qui n'existe qu'en petite quantité, le séné renferme encore au moins deux principes purgatifs : l'un représenté par l'acide cathartique, l'autre contenu dans la préparation de Lassaigne et Feneulle, improprement appelée cathartine. Cette conclusion est très-nette, parce que la cathartine ne renferme pas trace d'acide cathartique, comme nous nous en sommes assuré.

Ajoutons aussi, comme conséquence générale de ce travail, que la meilleure préparation du séné est l'infusion avec ou sans la matière mucilagineuse, par exemple celle que nous avons étudiée sous le nom de liquide extractif, puisque seule elle renferme tous les principes purgatifs de la plante.

(*Journal de pharmacie et chimie*).

(1) Fin. — Voir le numéro du 13 octobre 1870.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du lundi 27 mars 1871. — Présidence de M. FAYE.

MÉMOIRES ET COMMUNICATIONS DES MEMBRES ET DES CORRESPONDANTS DE L'ACADÉMIE

M. DELAUNAY offre à l'Académie la collection complète du *Bulletin international de l'observatoire de Paris* pour les six derniers mois (septembre, octobre, novembre et décembre 1870, janvier et février 1871). La presque totalité de ces bulletins, qui paraissent jour par jour, a été publiée à Tours et à Bordeaux, où le service météorologique international de l'observatoire avait dû se transporter pendant la durée du siége de Paris.

Sur les caractères de l'hiver 1870-1871 et sur la comparaison de la température moyenne, à l'observatoire de Paris et à l'observatoire météorologique central de Montsouris, par M. Ch. SAINTE-CLAIRE DEVILLE. Notre confrère, M. Delaunay, a lu dans la dernière séance un travail qui contient quelques observations critiques sur trois notes que j'ai récemment soumises à l'Académie (1) Dans ces trois notes, je présentais d'abord les résultats sommaires des observations thermométriques de l'observatoire météorologique central de Monsouris, pendant les mois de décembre 1870, janvier et février 1871, puis je les comparais aux températures moyennes de ces trois mois, obtenues par M. Renou, en discutant cinquante ans des observations faites à l'Observatoire de Paris. Les critiques ne portent que sur cette dernière partie de mes recherches, et je vais les examiner successivement.

Je voudrais d'abord constater une inadvertance dans l'interprétation de mes notes. Je n'ai établi mes comparaisons qu'avec les moyennes mensuelles des cinquante ans qui se sont écoulés du 1er janvier 1816 au 1er janvier 1866, les seules qui aient été calculées par M. Renou. Il faut donc supprimer, dans les remarques critiques de M. Delaunay, tout ce qui est relatif aux années antérieures à 1816.

J'ai dit seulement, en m'appuyant sur le grand travail de discussion fait par M. Renou sur ces cinquante années, que la moyenne de décembre 1870, observée à Montsouris, avait été inférieure de 4°,6 à la moyenne des cinquante ans de décembre, observée par les astronomes de Paris, et celle de janvier 1871 inférieure de 3°,7 à la moyenne de janvier pour la même période, enfin, que l'ensemble des trois mois du dernier hiver avait présenté, en nombres ronds, une moyenne inférieure de 2 degrés à la moyenne des cinquante hiver, et supérieure de 3 degrés à la moyenne des 3 mois d'hiver de 1829-1830.

Toutes assertions dont on peut contrôler l'exactitude.

J'ai constaté, d'ailleurs, que les froids de cet hiver avait été « plus considérables par leur continuité que par leur intensité. » Ce que M. Delaunay confirme par ces mots : Que ces mois « ont été remarquables plutôt par la persistance du froid que par l'intensité de la gelée », et il ajoute avec grande raison, que « le caractère exceptionnel de l'hiver 1870-1871 a été que ces deux mois (décembre et janvier) ont été froids tous deux, particularité qui, dit-il, depuis 1806, ne s'était présentée qu'une fois, dans l'hiver de 1829-1830 » : ce qui équivaut à ceci que, depuis l'hiver de 1829-1830, jamais une si grande masse de froid n'était venue s'abattre sur ces deux mois que durant l'hiver qui vient de s'écouler. On ne pouvait pas mieux faire ressortir l'analogie qui existe, en effet, entre ces deux hivers remarquables. C'est ce qui explique les phénomènes singuliers comme les blés et même les herbes sauvages perdant, à Vendôme, toute leur verdure et prenant l'aspect de la mort ; des plantes indigènes très-communes, gelant à Collioure, où janvier présente seize jours de gelée, et où plusieurs fois le thermomètre descend à — 6°,0 et même à — 6°,6.

Mais je vais plus loin. Isolé encore de toute communication scientifique, je n'ai pu ni voulu d'abord présenter que les faits observés à Paris. Mais l'étude d'une seule localité, surtout d'un point placé aussi exceptionnellement que l'est Paris, ne peut, on le sait, suffire pour apprécier exactement un phénomène général comme celui d'un grand hiver. C'est pourquoi j'ai annoncé mon intention de réunir et de discuter un grand nombre de documents européens, avant de rien affirmer sur le caractère de cet hiver.

(1) Séances des 2 janvier, 6 février et 6 mars 1871. (Seront publiées dans les documents.)

Déjà, si les renseignements qui m'ont été communiqués par notre confrère, M. Naudin, sont exacts, comme tout doit le faire penser, on a éprouvé — 16 degrés à Montpellier, — 17 degrés à Bordeaux, — 23 degrés à Périgueux (1). Un excellent observateur, M. Marchand, a obtenu, sous le ciel de Fécamp, le 5 janvier, un minimum de — 12°,3.

La douceur de notre mois de février n'a nullement été générale. Je reçois, en effet, du savant secrétaire perpétuel de la Société royale de Danemark, M. Steenstrup, un tableau qui prouve que sous le climat marin de Copenhague, la température du 12 février s'est abaissée à — 18 degrés R. et que la température moyenne de ce même jour ne s'est élevée qu'à — 14°,6 R. La température moyenne du mois entier n'a été que de — 2°,72 R. Le mois de février, si doux autour de nous, a été, à Copenhague, aussi froid que le mois de décembre dernier et plus froid que le mois de janvier.

Il faut donc, comme je l'ai montré dans mes recherches sur les variations périodiques de la température, quand on veut pouvoir tirer des conclusions générales, élargir le cercle de ses comparaisons dans l'espace comme dans le temps. Alors seulement nous saurons si nous venons de traverser un véritable hiver *central*, ou si la période *quarantenaire* de 1870 ne doit pas se disséminer, comme celle de 1749, en un certain nombre d'hivers latéraux, rigoureux, mais non extraordinaires, comme l'ont été les hivers *centraux* de 1829 à 1830, de 1789 à 1790, de 1708 à 1709.

Quoi qu'il en soit de cette dernière conclusion, que j'ai réservée, le retour quarantenaire du froid, prévu par M. Renou sous ces deux formes, n'en aurait pas moins fait son apparition au moment indiqué. Le rapprochement constaté par M. Delaunay lui-même entre les deux hivers de 1829-1830 et de 1870-1871 confirme clairement le fait que j'avais énoncé.

Je pourrais m'arrêter ici : car c'est exactement la seule conséquence que j'aie formulée dans mes trois Notes, et le genre de comparaison qui m'a servi à l'établir étant évidemment d'une précision suffisante pour le besoin, j'ai, par cela même, répondu au seul grief qui existe réellement contre mon travail dans la Note de M. Delaunay.

Mais je désire démontrer la chose mieux encore en précisant, autant que possible, les limites d'erreur que comporte la comparaison que j'ai faite. La question offre, d'ailleurs, un très-grand intérêt : car elle constitue une des plus sérieuses difficultés pour l'établissement des lignes isothermes.

Je n'ai pas besoin, j'ose l'espérer, d'assurer notre confrère que je suis aussi persuadé qu'il peut l'être lui-même de la nécessité de connaître les corrections à appliquer à deux instruments avant de les comparer entre eux. En ce qui touche les thermomètres, je traitais accessoirement la question devant l'Académie, il y a quelques semaines. Dans ma carrière météorologique déjà longue, puisqu'elle a commencé à la Trinidad, en janvier 1840, cette question, sous ses principales faces, est une de celles que j'ai le plus étudiée : et, dès 1843, aux Antilles, je constatais non-seulement l'influence des lieux, mais, à égalité de position, l'influence, qui peut être très-considérable, de la nature et de la coloration du liquide thermométrique (2).

En ce qui regarde la correspondance entre les températures de l'observatoire de Paris et celles qu'on recueille à l'observatoire météorologique de Montsouris, je m'en suis tellement préoccupé que, dès le mois de mars 1869, c'est-à-dire quand nos observations commençaient à peine à Montsouris, je lisais dans cette enceinte une note, dans laquelle je faisais remarquer que le défaut de transparence de l'air dans les grandes villes situées dans les vallées tenait à deux causes différentes : l'une, naturelle, dépendant de la position même; l'autre, beaucoup plus importante au point de vue des observations astronomiques et météorologiques, liée à l'accumulation des habitations, des usines, etc., d'où s'exhalent constamment, avec des masses d'air échauffé artificiellement, des flots de vapeurs et de fumée, qui obscurcissent l'air. Faisant application de la chose à l'observatoire de Paris, je rappelais le très-grand nombre d'expériences comparatives qu'on doit à M. Renou pour déterminer l'erreur qu'introduit, dans les observations thermométriques que l'on y fait, la position défavorable de l'établissement, et j'ajoutais:

« Pendant le mois de janvier 1869, la moyenne des observations de température de 9 heures du matin, à l'observatoire, est de + 1°,98 ; sur le petit plateau de Montsouris, situé au sud de Paris, près des fortifications, cette moyenne n'a été que de + 0,65 (3). La moyenne des minima à Paris est de + 0°,37, et à Montsouris — 0°,44; la moyenne des maxima est respectivement 6°,06 et 5°,17. »

Depuis lors, le nombre de nos observations s'est accru, sans être suffisant encore pour permettre de calculer la correction avec toute exactitude.

Néanmoins, en comparant nos moyennes mensuelles (demi-somme des maxima et des minima) avec celles qui sont publiées

(1) Voici de nouveaux détails sur le froid éprouvé dans le Midi de la France, que je reçois de M. Naudin, par une lettre en date du 10 ma·s :

« Tout le Midi a été fortement éprouvé par les froids de décembre et de janvier. A Montpellier, la température, pendant ces deux mois, est fréquemment descendue aux alentours de — 16 degrés; aussi y a-t-il eu une mortalité énorme d'arbres ou d'arbrisseaux dans les jardins. C'est un point sur lequel M. Martins nous donnera prochainement des observations détaillées. A Bordeaux, le froid a touché à — 17 degrés; ce qui a amené aussi de grands dégâts. Toulon paraît avoir eu le même degré de froid que Collioure, ainsi qu'Antibes, où le docteur Bornet a observé des températures de — 5, — 6 et — 7 degrés. On m'apprend qu'à Hyères les orangers ont perdu leurs feuilles, ce qui suppose un froid de — 6 à — 7 degrés; à Perpignan, le froid n'a pas été sensiblement plus grand qu'ici; d'après le docteur Fines, la plus forte gelée, en rase campagne, aurait été de — 7°,5. »

Enfin, notre savant confrère, M. Duchartre, m'annonce, en ce moment même, qu'on a ressenti à Béziers un froid comparable à celui qui a sévi sur Montpellier. Les oliviers ont été gelés en partie, surtout ceux qui étaient situés dans les bas-fonds.

(2) On a pu voir, à l'exposition de 1865, très-habilement construite par M. Baudin, une sorte de *rose thermométrique spectrale*, composée de thermomètres à alcool, dont j'avais gradué la coloration d'après les cercles chromatiques de notre illustre confrère M. Chevreul, et dont chacun donnait la température correspondante à sa teinte, température variable d'ailleurs avec les heures du jour et l'état lumineux de l'atmosphère.

(3) En ne tenant pas compte, de part et d'autre, des cinq dimanches, pour lesquels il n'y a pas de lectures à l'observatoire de Paris.

par le *Bulletin de statistique municipale*, et signées par le directeur de l'observatoire de Paris, je trouve les différences suivantes:

Décembre (1869)	0°,40
Janvier (1869 et 1870)	0°,16

Ce n'est donc, en moyenne, pour les deux mois, qu'une différence de 0°,28, qu'il faudrait retrancher aux observations de Paris, pour les ramener à celles de Montsouris. Si l'on tenait compte des observations de 1870-1871, données par M. Delaunay et par moi-même, dans les dernières séances, cette dernière comparaison offrirait :

Pour décembre, une différence de	— 0°,39
Pour janvier, une différence de	— 0°,29
En moyenne, pour les deux mois	— 0°,34

Février donne, au contraire, en moyenne, un excès de 0°,19, de Montsouris sur Paris.

Lors donc que, comme je l'ai fait, *on se borne à comparer les moyennes mensuelles* pour l'ensemble des trois mois d'hiver observés dans les deux stations, l'erreur que l'on commet en négligeant la correction n'atteint, en moyenne, qu'un demi-dixième de degré; la correction de 0°,3 qui s'applique aux moyennes mensuelles de décembre et de janvier, est elle-même très-faible devant les 4°,2, dont la moyenne de ces deux mois, en 1870-1871, est inférieure à la moyenne des cinquante ans.

Voilà, jusqu'à présent, ce que l'on peut dire de plus précis sur la correction *moyenne* à appliquer pour les trois mois d'hiver aux résultats thermométriques de Paris, afin de les rendre comparables à ceux de Montsouris, ou réciproquement. Les observations subséquentes permettront de mieux déterminer cette correction.

Malheureusement, il n'en est plus de même quand on discute les résultats des années précédentes, obtenus à l'observatoire de Paris. M. Renou a traité cette question dans un travail très-remarquable, modestement intitulé *Instr ctions météorologiques* (1), et dans un grand nombre de notes insérées, comme ce mémoire lui-même, dans les divers volumes de l'*Annuaire de la Société météorologique*. Je ne puis qu'y renvoyer, en priant l'Académie de me laisser reproduire en quelques lignes le petit tableau de moyennes mensuelles sur lequel je me suis appuyé, et que tous les météorologistes me sauront gré de mettre ici à leur portée.

Températures moyennes des cinquante années (1816-1866) *à l'observatoire de Paris.*

	Mois.	Saisons.
Décembre	3°,54	3°,54
Janvier	2°,32	
Février	3°,91	
Mars	6°,41	10°,16
Avril	10°,17	
Mai	13°,89	
Juin	17°,24	18°,12
Juillet	18°,69	
Août	18°,44	
Septembre	15°,59	11°,15
Octobre	11°,27	
Novembre	6°,58	
Moyenne de l'année	10°,67	

« Ces résumés, ajoute l'auteur, doivent être notablement différents de ceux qui ont été calculés par d'autres personnes, parce que j'ai corrigé les thermomètres, de 1841 à 1853, de l'erreur de l'instrument, en supposant la correction constante dans cet intervalle et égale à — 0°,4 à zéro et — 0°,5 à 24 degrés (2), parce que j'ai corrigé d'innombrables erreurs d'impression et comblé les lacunes, d'après mes propres observations, depuis qu'on néglige les observations du dimanche. »

Par tout ce que je viens de dire, je crois avoir parfaitement justifié mon mode de comparaison, en tant qu'il s'applique aux *moyennes mensuelles :* ce qui est la seule chose que j'ai faite dans mes trois notes.

J'ai eu bien soin, en effet, de ne rien dire des *écarts* extrêmes de la température ; d'abord, parce que cela n'entrait pas dans mon plan, puis, parce que la question est tout autre. Mais, M. Delaunay l'ayant abordée dans sa communication, comme elle offre un intérêt capital, je désire présenter quelques réflexions à ce sujet.

Qu'il me soit d'abord permis de signaler deux erreurs manifestes qui se sont glissées involontairement dans sa rédaction. Il y est dit, en effet, que le minimum thermométrique de décembre 1870, à l'observatoire de Paris, a été de — 9°,2 et le minimum thermométrique de janvier 1871 de — 7°,2, tandis qu'on peut s'assurer, en examinant les tableaux qui accompagnent sa communication, que la température s'est réellement abaissée à — 11°,2 le 24 décembre et à 11°,0 le 5 janvier. Les minima absolus correspondants ont été, à Montsouris, — 11°,7 et — 11°,9 (3) : différence *en moins* pour Montsouris 0°,7 et 0°,9. Les deux maxima à l'observatoire de Paris

(1) Ce Mémoire, suivi de *Tables usuelles*, avait été tiré à part et mis en librairie. Mais l'édition en a été promptement épuisée. C'est un véritable manuel du météorologiste.

(2) Si l'on accepte cette correction de M. Renou, sur les cinquante ans (1816-1866), on ne trouve plus qu'un seul mois de décembre (1840) dont la température soit inférieure à celle (— 0°,7) de décembre 1870, et quatre mois de janvier (1826, 1829, 1838 et 1861) dont la température moyenne soit inférieure à celle (— 0°,85) de janvier 1870. Je mets, bien entendu, hors de cause l'hiver central de 1829-1830.

(3) Le minimum de décembre a été à Collioure, de — 6°,6 le 24; à Vendôme, de — 12° le 24; à Versailles, de — 11°,5 le 25; à Fécamp, le phénomène a été plus complexe : il y a eu un premier minimum de — 10°,3 le 25, puis un second minimum qui a atteint — 11°,7 et — 11°,4 les 30 et 31.

Le minimum absolu de janvier a présenté une marche remarquable. Il est tombé à Collioure les 1 et 2 qui ont tous deux donné — 6°; le 2, à Vendôme, avec — 12°; le 5 (comme à Paris), à Versailles et à Fécamp, où le thermomètre s'est abaissé relativement — à 13° et à — 12°,3. Cet abaissement de la température a donc, en décembre comme en janvier, été de plus en plus tardif du sud vers le nord, en France. A Copenhague, au contraire, le minimum de décembre est tombé le 21 et le minimum de janvier les 1 et 2, comme à Vendôme et à Collioure. Toutes ces circonstances ne pourront être étudiées que dans un travail d'ensemble.

ont été, le 15 décembre et le 22 janvier, 14°5 et 6°,3, et les mêmes jours, à l'observatoire de Montsouris, 14°4 et 6°,7, c'est-à-dire sensiblement égaux pour le premier jour et présentant une différence *en plus* de 0,°4 pour le second.

Ce fait, qui se présentera presque toujours à peu près sous la même face, explique comment le climat de Montsouris (distant seulement de 1200 mètres de l'observatoire astronomique), étant relativement *extrême* ou *continental* par rapport à celui du carrefour où est situé le gros bâtiment de l'observatoire, les deux extrêmes de la température diurne y sont sensiblement plus éloignés, tandis que la moyenne ne diffère que d'un très petit nombre de dixièmes (l'altitude des instruments étant d'ailleurs à très-peu près la même).

Ce fait démontre aussi combien le local mis généreusement à la disposition du ministère de l'instruction publique, par la municipalité parisienne, était bien choisi pour y établir l'observatoire météorologique central, qui y fonctionne depuis vingt-sept mois, et qui, grâce aux encouragements qui nous ont soutenus dans cette œuvre d'initiative et de bien public, grâce surtout au zèle et au désintéressement de mes jeunes collaborateurs, a pu, bien qu'à peine constitué, traverser, sans faillir un seul instant à sa tâche, des ruines sans exemple et des désastres comme ceux qui nous frappent encore aujourd'hui.

Je veux ajouter un dernier mot. Relativement aux perfectionnements que le service météorologique a reçus ou va recevoir à l'observatoire de Paris, et dont son jeune frère peut s'honorer de lui avoir donné l'exemple, qu'il me soit permis d'extraire encore quelques lignes de la note que j'ai déjà citée, et dans laquelle, à une autre époque, j'indiquais l'influence que pourrait avoir sur les progrès de la météorologie la fondation, toute récente alors, de Montsouris.

« Depuis qu'il est question, disais-je, de la fondation de l'observatoire de Montsouris, j'ai entendu souvent exprimer la pensée que cette mesure diminuerait sans doute le nombre ou l'importance des observatoires météorologiques existants. Mais, tout au contraire, si quelque météorologiste ou directeur d'observatoire songeait à interrompre ses observations, il faudrait le supplier de n'en rien faire, afin de donner des termes de comparaison et des moyens de correction à ceux qui viendront après nous. Les observatoires météorologiques, dont l'établissement est heureusement peu coûteux, ne seront jamais trop nombreux ni trop rapprochés. D'ailleurs, les routes de la science sont vastes; la nature ne manquera jamais à l'homme; en météorologie, comme en astronomie, une noble et généreuse émulation ne peut qu'être féconde, et bien à plaindre serait celui qui, dans une voie qui se consolide encore à peine et sur laquelle chaque pas est un progrès, ne croirait pouvoir avancer qu'à la condition de restreindre ou de supprimer ce qui existe autour de lui, sans se douter qu'il se refuserait ainsi, pour son œuvre, de véritables collaborateurs. »

M. DELAUNAY. En entendant la lecture que vient de faire M. Ch. Sainte-Claire Deville, il semblerait que, dans ma communication de lundi dernier, je me suis proposé de critiquer les notes présentées antérieurement à l'Académie par notre confrère. Il n'en est rien. J'ai seulement fait remarquer que les observations recueillies cet hiver à Montsouris ne peuvent pas être comparées sans inconvénient avec celles qui ont été faites, pendant un grand nombre des années précédentes, à l'Observatoire de Paris; parce que, les conditions n'étant pas les mêmes dans les deux lieux d'observation, il résulte de cette comparaison une altération sensible du caractère spécial de l'hiver que nous venons de traverser. Cet hiver paraît, par là, avoir été plus rigoureux qu'il ne l'a été en réalité. Il m'a semblé que cette remarque était assez importante pour être produite devant l'Académie.

M. GRÉGOIRE adresse une nouvelle note relative aux procédés d'incinération dont il a déjà proposé l'emploi, pour l'assainissement des grands champs de bataille, procédés qui auraient été mis en pratique à Sedan.

(Commissaires précédemment nommés : MM. Nélaton, Bouley.)

Faune des dépôts littoraux de la France. — MM. P. FISCHER et DELESSE adressent la note suivante :

Les recherches entreprises par l'un de nous sur la lithologie des mers de la France exigeaient la réunion d'une nombreuse collection de nos dépôts littoraux. Comme ces derniers sont en partie formés des débris d'êtres organisés marins vivant dans leur voisinage, il était possible par leur examen de signaler les plus abondants et les plus caractéristiques, et d'arriver à quelques notions intéressantes sur la faune maritime qui peuple nos rivages à l'époque actuelle.

Les débris observés appartiennent surtout à neuf classes d'invertébrés marins : les crustacés, les annélides, les mollusques, les bryozoaires, les échinodermes, les actinozoaires, les hydrozoaires, les foraminifères et les spongiaires. En outre, il convient d'y ajouter les algues.

Parmi les crustacés, des débris de décapodes, d'amphipodes, d'isopodes se rencontrent parfois dans les sables littoraux dans lesquels ils vivent; mais les carapaces d'entomostracés sont surtout très-abondantes. Elles sont répandues à profusion sur les côtes de Noirmoutier et de quelques points de la Bretagne, ainsi que dans nos golfes de la Méditerranée.

Les ballanes pullulent sur les côtes de Bretagne et dans la Manche, et caractérisent leurs dépôts littoraux. Ils manquent, au contraire, dans la Méditerranée, ainsi que sur les côtes sableuses des Landes et des Pays-Bas.

Parmi les annélides, celles qui sécrètent un tube calcaire laissent seules des traces dans le dépôt littoral, en particulier les serpules, les vermilies; les spirorbes sont fréquentes dans le voisinage des rochers, les sabellaires sont communes autour de la Bretagne et du Cotentin; les pectinaires sont très-répandues sur les côtes des Pays-Bas.

Les mollusques sont prédominants dans tous les dépôts. On y trouve seulement des gastéropodes et des acéphales. Les espèces diffèrent d'ailleurs dans la méditerranée et dans l'Océan.

Parmi les mollusques caractéristiques de la Méditerranée, on peut citer : *Columbetta rustica, Conus Mediterraneus, Cerithium Mediterraneum, Nassa corniculum, Rissoa Europæ, Rissoa auriscalpium, Marginella, Mesodesma cornea, Corbula Mediterranea, Pectunculus piltosus, Cordita,*

Les mollusques les plus abondants de nos dépôts littoraux dans l'Océan sont les espèces suivantes :

Littorina obtusa, L. rudis, L. littorea, Skenea planorbis, Rissoa parva, R. membranacea, R. striata, R. costata, Trochus cinerarius, T. umbilicatus, T. magus, T. Zizyphinus, T. exiguus, Adeorbis subcarinatus, Phasianella pullus, Paludestrina muriatica, Murex erinaceus, Purpura lapillus, Nassa incrassata, Ostrea edulis, Anomia ephippium, Mytilus edulis, Lucina lactea, Tapes decussata, Lasea rubra, Venus ovata, Erycina bidentata, Arca lactea, Donax anatinum, Donax trunculus, Nucula nucleus, Mactra subtruncata, Scrobicularia piperata, Tellina fabula, Tellina tenuis, T. Balthica, Cardium edule.

Diverses espèces sont communes à la Méditerranée et à l'Océan ; on peut citer notamment *Cerithium scabrum, Cardium edule*, etc.

Les mollusques dont on retrouve les débris dans les dépôts littoraux ou sous-marins sont essentiellement phytophages, tandis que les zoophages sont peu nombreux ou bien parqués à des profondeurs plus grandes.

Les bryozoaires sont beaucoup plus abondants dans les dépôts littoraux de la France qu'on ne serait porté à le croire. Mentionnons les *Crisia*, qui sont très-fréquentes dans l'Océan et particulièrement au nord de Belle-Ile, tandis qu'elles deviennent rares dans la Méditerranée. Elles sont accompagnées de *Salicornaria*, de *Bicellaria*, de *Scrupocellaria*.

Les échinodermes fournissent surtout des radioles qui, à cause de leur légèreté, s'accumulent quelquefois en quantité prodigieuse sur nos rivages. Dans l'Océan comme dans la Méditerranée, ils appartiennent surtout aux *Echinus*. Ceux des *Amphidetus cordatus, Echynocyamus pusillus* et *Spatangus purpureus* s'observent spécialement sur tout le littoral de la Manche et jusque dans la Hollande.

Parmi les débris d'actinozoaires, on peut indiquer les spicules d'Alcyons qui vivent sur les grosses coquilles de la Manche. Quant aux polypiers, ils sont très-rares sur nos côtes, et leurs débris ne sont dragués qu'à de grandes profondeurs.

Parmi les hydrozoaires, quelques débris de *Tubularia*, de *Sertularia*, de *Thoa* sont apportés par le flot sur nos rivages.

Quant aux spongiaires, ils sont représentés seulement par des spicules d'éponges siliceuses.

Les foraminifères s'observent dans un grand nombre de nos dépôts littoraux, mais ils abondent surtout dans les golfes où des sables vaseux peuvent se former tranquillement.

Dans la Méditerranée, ce sont des *Orbulina, Nodosaria, Polystomella, Planorbulina, Truncatulina, Polymorphina, Rotalia, Miliola, Spiroculina*. Quelques espèces, notamment *Peneroplis planatus* et *Truncatulina variabilis*, paraissent lui être spéciales.

Dans l'Océan, les foraminifères sont assez variables : toutefois, le plus souvent ils appartiennent aux trois espèces suivantes : *Polystomella crispa, Rotalia Beccarii, Miliola seminutum*, qui sont les plus communs de notre faune. Ils sont particulièrement très-abondants à Noirmoutier, dans la Manche, autour du Cotentin et à l'embouchure de l'Escaut.

Enfin, parmi les débris organisés, les algues incrustantes jouent encore un rôle important dans nos dépôts littoraux. Ainsi le *Maerl* ou *Nullipora* est très-commun autour de la Bretagne et du Cotentin. Le maerl en plaques, qui se développe à diverses profondeurs, se retrouve même sur presque toutes nos côtes. Les corallines se montrent encore dans quelques dépôts, soit dans l'Océan, soit dans la Méditerranée.

Les résultats qui viennent d'être formulés s'appliquent seulement aux dépôts littoraux de nos côtes. On voit qu'ils renferment une faune plus uniforme qu'on ne serait tenté de le croire au premier abord ; car, malgré les variations tenant à la nature des plages, les espèces les plus communes se retrouvent sur les rivages de toute la France. Si l'on descendait à de grandes profondeurs, ou même à des profondeurs moyennes, on rencontrerait d'ailleurs des faunes très-différentes : il serait donc à désirer que ces faunes devinssent en France l'objet de recherches parallèles à celles qui, depuis plusieurs années, sont faites si activement en Angleterre.

Symptômes du temps, déterminés par l'étude des régions supérieures de l'atmosphère. — M. W. DE FONVIELLE Ayant été chargé, au mois de janvier dernier, par M. Steenackers, directeur délégué des postes et télégraphes, de diriger des rentrées aéronautiques à Paris, je m'adressai à M. Buys-Balot, directeur de l'observatoire d'Utrecht, en le priant de m'indiquer les meilleures symptômes pour déterminer à l'avance la direction du vent qui régnerait dans quelques heures. Ce savant me donna l'avis de regarder, avec la plus grande attention, la direction que suivent les nuages de l'étage supérieur, ajoutant que probablement cette direction ne tarderait point à régner dans les régions inférieures. J'espère que M. Buys-Balot me pardonnera cette indiscrétion, et que ses précieux avis ne seront point considérés comme une rupture de la neutralité néerlandaise.

La couleur rouge du soleil couchant est considérée communément comme un symptôme annonçant qu'il fera beau le lendemain. Cette opinion est fondée, en fait, sur ce que la direction des vents supérieurs, manifestée par la sécheresse de l'air, ne tardera point à devenir celle des vents inférieurs.

Comme l'on n'admet pas généralement que l'air sec teint en rouge les rayons du soleil, j'indiquerai une observation très-simple, que j'ai répétée bien des fois dans ces dernières semaines. Toutes les fois que le ciel est dégagé de nuages vers le zénith, on peut admettre que la couche d'air reposant sur l'horizon est assez sèche ; lorsque le soleil se couche derrière des nuages jaunes ou même verts, on reconnait que les nuages de l'orient sont revêtus d'une teinte rouge qui, quoique souvent très-légère, est presque toujours appréciable. Cette teinte rouge a été donnée aux rayons solaires par leur passage à travers la couche d'air à peu près exempte de vapeurs, qu'ils ont dû percer pour atteindre les nuages opposés au point de l'horizon d'où ils émanent.

Vendredi 17 mars, on a ressenti à Preston, ville du Lancashire, une assez violente secousse de tremblement de terre, qui a été suivie de phénomènes analogues, ressentis pendant une période de plusieurs jours, dans un certain nombre de villes de l'Angleterre septentrionale. Une seconde secousse, accompagnée de bruits souterrains et de lueurs lointaines plus ou moins analogues à des éclairs de chaleur, a même été ressentie à Preston le mercredi suivant. Le commencement de cette période d'activité seismique a été considéré, par des correspondants du *Times*, comme lié avec une brusque saute de température. Ce qui donnerait un démenti aux théories précédentes, puisque le flux de chaleur aurait été d'origine volcanique.

Il est vrai que la température moyenne, qui était, le vendredi, de 3°,8 Fahrenheit inférieure à la moyenne semi-séculaire, s'est trouvée, pour le samedi, de 3°,8 Fahrenheit supérieure à la moyenne semi-séculaire, d'après les observations de M. Glaisher, directeur de l'observatoire météorologique de Greenwich. Mais, tout en notant cette coïncidence, il faut faire remarquer que la *saute de température* ne paraît point avoir été moins brusque à Paris, quoique l'on n'y ait constaté aucun tremblement de terre, et que nous soyons séparés par un bras de mer du district où les actions souterraines ont pu agir.

Nous sera-t-il permis de faire remarquer que les ascensions aérostatiques donnent un moyen très-simple d'étudier la direction des courants supérieurs, et de sonder systématiquement des couches très-éloignées de la surface de la terre? N'est-il pas opportun de signaler cet usage scientifique des voyages aériens, qui peuvent fournir, dans certaines circonstances, un moyen d'apprécier les chances de durée d'une période de temps, ou la nature du temps qui va venir?

M. DÉCLAT demande et obtient l'autorisation de faire prendre copie d'un mémoire précédemment adressé par lui, sur l'emploi de l'acide phénique en médecine.

La séance est levée à 5 heures.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 26 septembre 1870. — Présidence de M. LIOUVILLE.

Des habitants dans une ville en état de siége, par M. Grimaud (de Caux). — Dans une ville en état de siége et bien fortifiée, la question est dans les vivres. Si les vivres ne font pas absolument défaut, il suffit du courage de quelques combattants énergiques et expérimentés, pour maintenir la résistance. Les irrésolus s'entraînent ; les timides eux-mêmes sont stimulés, et, la valeur montant au cœur, ils réalisent à la lettre le vers du poëte latin :

Sæpè etiam victis redit in præcordia virtus.

Ainsi on gagne du temps ; des secours arrivent, souvent d'où on les attendait le moins, car la Providence est grande, et le triomphe est assuré.

Une instruction populaire a été publiée, dans laquelle on parle de suppléer au pain par le riz, les pommes de terre et le sucre. On n'y fait pas mention du blé, dont on a emmagasiné de grandes quantités, tant en gerbes qu'en grains provenant de la première récolte. Il ne sera pas inutile de dire ici, d'après les résultats d'une expérience personnelle, comment on peut utiliser le blé en grains, sans le réduire en farine, pour le transformer en pain et comment on peut se passer ainsi du moulin et du four.

J'habitais Venise, avec ma famille, quand la révolution éclata. Venise était imprenable, comme toute ville inondée. Si Venise eût tenu trois ans, il n'y a pas de puissance européenne qui se fût opposée à la résurrection de cette république ; et la France, en la soutenant, eût réparé une grande injustice.

Dans cette capitale, les approvisionnements pouvaient être poussés au delà de trois ans. La terre ferme resta ouverte pendant plusieurs mois, ainsi que la mer, occupée par la flotte sarde, jusqu'après la bataille de Novare. Les besoins sérieux se firent sentir aussitôt qu'il fallut renoncer à sortir du port et de la lagune. Bientôt pour la population plus de pain, plus de viande, plus de poisson, plus de vin, plus de vinaigre, plus d'eau, si ce n'est celle de puits artésiens, dans laquelle prédominait la matière organique azotée, c'est-à-dire l'élément constituant du typhus. Le typhus ne fit pas défaut, il vint se joindre au choléra et à la famine qui secondèrent les boulets jusque-là impuissants des Autrichiens.

Le jour où le pain nous manqua, ce fut une rude épreuve. J'avais un sac de blé dont je m'étais approvisionné à tout hasard ; mais il n'y avait plus de moulins dans Venise. J'essayai de l'écraser ; les pierres s'égrugeaient, et j'obtenais plus de sable que de farine.

Je fis tremper le grain et frotter longtemps, pour enlever les aspérités de l'enveloppe. Le blé se gonfla, il prit un aspect brillant et doré, qui faisait plaisir à voir. Je le fis bouillir dans de l'eau à la façon du riz, avec tout ce que je pus me procurer d'aromates et d'épices. Au bout de quatre heures de cuisson, rien n'était plus savoureux. Je savais que ce serait nourrissant, et que le mélange naturel du gluten et de la fécule ne pouvait être que salubre.

Il suffisait d'une cuillerée de grain, puisée dans le sac, pour l'alimentation d'une personne. Maîtres et serviteurs, nous étions quatorze dans la maison ; on puisait donc dans le sac quatorze cuillerées. Nous atteignîmes le moment de la délivrance (2), sans qu'aucun de nous souffrît de la maladie ou de la faim, pendant que, deux mois durant, des barques chargées de morts prenaient le chemin du cimetière (30 morts par jour, dans une ville où la moyenne était de 6.)

M. DUMAS prie l'Académie de l'excuser si, contrairement à l'usage qui interdit à ses membres d'engager une discussion devant elle à l'occasion d'une lecture faite par une personne qui n'appartient pas à la compagnie, il ajoute quelques indications à la note de M. Grimaud (de Caux). Les circonstances justifient trop cette infraction.

Il est certain, comme le dit M. Grimaud (de Caux), que le blé peut être consommé en nature, et qu'il forme un aliment complet; il ne l'est pas moins que la mouture en réduit le poids utile, d'une manière digne d'attention, et qu'elle en écarte des parties que la digestion mettrait à profit.

Or, dans l'approvisionnement de Paris, qui, au moment de l'investissement, comptait environ 400,000 quintaux de farine et 100,000 quintaux de blé, il était évident que le blé jouait un rôle important, et qu'il n'était pas indifférent de le considérer comme représentant seulement 70,000 quintaux de farine ou bien, au contraire, son propre poids d'aliment.

Il n'a pas semblé douteux que cette dernière supposition fût la meilleure. Un administrateur très-distingué, M. Gauldrée Boileau, s'est souvenu que les Romains des premiers siècles vivaient de blé grillé, moulu et converti en bouillie; qu'on avait attribué à cette nourriture la bonne santé et l'énergie robuste de leurs soldats, et qu'on avait regardé l'habitude de manger du pain, introduite plus tard, chez ce peuple, comme une cause d'affaiblissement. De leur côté, les Arabes mangent réellement le blé en nature, après l'avoir décortiqué et cuit à la vapeur en quelque sorte, comme nous mangeons le riz crevé. M. Grimaux (de Caux) veut qu'on fasse bouillir le blé ; c'est un troisième procédé culinaire.

L'expérience seule peut apprendre de quel côté la population parisienne portera sa préférence. Mais le problème est à l'étude ; chacun peut s'en occuper ; la solution proposée par M. Grimaud (de Caux) vient s'ajouter à celles qui étaient en voie d'examen; il peut s'en produire d'autres et, assurément, il faudra les examiner avec bonne volonté.

Il convient de se souvenir que 4 de blé donnent 3 de farine, qui reproduisent 4 de pain seulement. Sans être perdu pour l'alimentation humaine, le quart du poids du blé pourrait recevoir en ce moment une application plus directement utile.

M. Dumas ajoute que, si l'on a provoqué de grands approvisionnements en blé, cependant, on a jamais songé à donner chaque jour satisfaction aux besoins de Paris par la mouture de ce blé. Ce n'est pas ainsi que le problème s'est posé. On a cherché à donner au blé le rôle d'auxiliaire et à préparer les moyens de mouture pour une quantité de blé suffisante au tiers ou au quart de la consommation.

Les meules de la manutention militaire et celles de l'assistance publique ne suffisaient pas. Mais M. Cail s'est chargé de monter un nombre considérable de petites meules verticales à rotation rapide, et l'administration a demandé à l'habile ingénieur de l'Exposition universelle, M. Krantz, d'installer dans tous les points de Paris où se trouvaient des moteurs, des moulins ordinaires à meule horizontale. On peut donc dire que le problème est résolu. Le blé entrera, sous forme de farine faite à Paris même, pour un tiers ou un quart au moins dans la consommation, à moins qu'on ne préfère le consommer en nature.

Il n'est peut-être pas inutile de remarquer, dit encore M. Dumas, qu'il existe à Paris, en quantités importantes, de l'orge et de l'avoine propres à fournir des gruaux qui constituent d'excellents aliments.

La farine d'avoine entre, en particulier, dans l'alimentation de certains peuples d'une façon normale. Il n'y a pas en Ecosse, par exemple, une seule famille, riche ou pauvre, où le déjeuner ne débute par une bonne assiettée de bouillie d'avoine, qui forme un mets très-agréable, très-sain et très-nourrissant.

A l'appui d'une opinion énoncée par notre confrère M. Payen, je constate, dit enfin M. Dumas, que le pain renfermant tout le son du blé, est un pain de luxe en Angleterre, et qu'on regarde comme hygiénique d'en manger deux fois par semaine.

On est en présence, dans tout ceci, d'habitudes prises à modifier, et de procédés de cuisine à découvrir ; mais le rôle de la science n'est-il pas de combattre tous les préjugés? sa mission n'est-elle pas d'aborder les problèmes les plus humbles, dès qu'il s'agit de l'intérêt public ?

M. CHEVREUL. Le pain fut connu, dès la plus haute antiquité, de quelques peuples, notamment des Égyptiens, comme l'atteste la distinction admise par les Israélites, du *pain* d'avec le *pain azyme*, distinction qu'ils tenaient de la civilisation égyptienne.

Persuadé depuis longtemps de la circonspection qu'il faut apporter dans toutes les questions relatives à l'alimentation, et considérant combien sont nombreuses et variées les influences que l'eau, le sel et la cuisson exercent sur les qualités des légumes et des viandes (1), je suis fort réservé lorsqu'il s'agit de questions relatives à la nutrition et surtout à la substitution d'un aliment nouveau à un aliment connu de tous, depuis une époque fort reculée.

Dieu me garde de critiquer la communication de M. Grimaud (de Caux); car je suis pénétré, dans les circonstances actuelles, de reconnaissance pour tous ceux qui, de bonne foi, tendent à en atténuer la gravité ! Ce que je veux dire, c'est que le grain de froment cuit dans l'eau ou à la vapeur n'est pas du *pain*, c'est-à dire un aliment préparé avec de la farine de froment ou de seigle, réduite en pâte avec de l'eau et du sel, puis levée par fermentation et cuite enfin; ce pain, qui présente à l'état solide ses parties au canal intestinal, est, à mon sens, dans une condition différente d'un aliment liquide ou à l'état de bouillie. Bien entendu que je ne parle pas d'une circonstance accidentelle, mais d'un état de choses permanent.

Quant aux progrès faits en boulangerie, eu égard au plus grand rendement de pain, tiré d'un poids donné de froment, on ne peut oublier dans cette Académie la part qui revient à M. Mège-Mouriez,

---

(1) Voir le dernier numéro.

(2) A cette occasion, je fis connaissance avec tous les livres de cuisine que je pus me procurer. Ce fut Beauvilliers qui me servit le plus. La mer ne nous livrant pas de poisson et la lagune étant épuisée, il ne restait que du fretin dont personne ne savait se servir. J'y trouvai l'élément de réductions très substantielles, qui servirent plus d'une fois à varier nos repas.

Je m'étais préparé à subir d'autres extrémités, et, si le siége eût duré plus longtemps, Beauvilliers aidant, plus d'un rat de lagune aurait été préparé aux fines herbes.

(1) Voir *comptes rendus* de la séance du 12 de janvier et du 2 de mars 1857.

ainsi qu'en rendent témoignage plusieurs rapports, notamment un premier rapport qui lui fut soumis en 1857, et le compte rendu par le directeur de l'assistance publique d'une pratique de deux ans de ce procédé à la boulangerie des hospices de la ville de Paris.

Un fait ressort encore des recherches de M. Mège-Mouriez, c'est la coloration du *pain bis* (*brun noirâtre*), due, non au son, comme tout le monde le croyait avant lui ; mais à une altération d'une certaine quantité de la matière fermentescible ; fait mis hors de doute par M. Mège-Mouriez, qui présenta à l'Académie du pain blanc dans lequel le son visible à la loupe et même à l'œil nu était disséminé, et qui expliqua le résultat d'une expérience faite antérieurement à Scipion par trois personnes, y compris l'inventeur d'un procédé qui s'était engagé, dans une lettre adressée à l'empereur Napoléon III, à faire du pain blanc avec la totalité du grain de froment simplement décortiqué. Les juges du procédé, M. de Salonne, le directeur de la boulangerie de Scipion, et le général Favé, alors colonel, furent bien surpris de constater que le pain obtenu d'une farine privée de son était *bis !*

Ce fait inexpliqué alors, fut expliqué plus tard par le travail de M. Mège-Mouriez.

Que l'Académie me permette de revenir sur l'histoire des connaissances chimiques.

Deux *grands faits chimiques*, relatifs aux sociétés humaines, remontent à une haute antiquité. D'abord la *découverte du feu*, puis celle du *pain fermenté*, ou du *pain* proprement dit, connu des anciens Égyptiens, comme je l'ai dit ; c'est de l'Égypte que la préparation du pain passa en Grèce, puis de la Grèce à Rome.

Le phénomène de l'accélération de la fermentation dans une pâte de farine, produite par l'introduction qu'on y fait d'une pâte déjà en fermentation très-avancée, ou de la levûre, agit fortement sur l'esprit d'un certain nombre d'esprits observateurs ; car il présentait ce fait qu'une pâte en fermentation ou *ferment*, introduite dans une pâte, la faisait entrer en fermentation qu'elle n'aurait pas éprouvée sans cette introduction. La conclusion scientifique était que le *ferment* était un corps qui en transformait un autre en sa propre substance.

Voilà le fait sur lequel j'ai insisté dans mes écrits sur l'histoire de la chimie, parce qu'il est le point de départ de tous les *systèmes de médecine dont la base est la* FERMENTATION et celui de *l'hypothèse alchimique*, telle que je l'ai développée et telle que la résume le deuxième tableau de *l'Histoire des principales opinions que l'on a eues de la nature chimique des corps* (1).

Cette hypothèse, tout à fait conforme aux idées de Platon sur la nature des éléments, énoncées dans le *Timée*, et conséquemment aux idées des néoplatoniciens, devait sortir de l'Ecole d'Alexandrie, et je crois cette opinion incontestable.

D'après les écrits alchimiques, théoriques ou spéculatifs, l'hypothèse alchimique peut se résumer en ces termes :

*L'*OR *et l'*ARGENT *de la nature sont morts, l'art alchimique consiste à communiquer la* VIE *à des parcelles de ces métaux qui, acquérant ainsi la vertu d'un* FERMENT, *ont la propriété de transmuer des métaux imparfaits en leur propre substance.*

Cette conclusion explique très-bien pourquoi, dans l'épître apocryphe de la reine *Isis à son fils Horus*, l'auteur se résume en disant que *l'*OR *produit l'*OR (2).

(*A suivre.*)

(1) *Voir* le tome XXXVIII des *Mémoires de l'Académie.*

(2) Pour montrer la différence existant entre ma manière de comprendre l'hypothèse alchimique, je reproduis le passage suivant de l'*Histoire de la Chimie* du docteur Hoefer, t. I (1re édition), p. 276 : « Cette épître, écrite « dans un langage tout mystique, me paraît une *satire sanglante* des divagations théoriques et obscures sur la pierre philosophale ; car l'auteur, « après avoir fait jurer le silence par toutes les puissances du ciel et de « l'enfer, apprend à l'initié que *pour faire de l'or, il faut de l'or*, en pro- « clamant que c'est *là tout le mystère.* »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 22 février 1871, M. Saunier, pharmacien en chef de l'ambulance militaire d'Alfort, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— La Société médicale du VIe arrondissement vient de voter à l'unanimité la radiation de deux de ses membres titulaires, qui appartenaient à la nationalité allemande.

— Bonne clientèle à prendre à une heure de Paris. S'adresser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Curation des maladies organiques de la langue et des cancers en général, par le docteur DÉCLAT. Gr. in-8. — Prix : 8 fr.

De l'hémiplégie pneumonique, par le docteur R. LÉPINE, préparateur du cours de pathologie comparée et expérimentale à la Faculté de médecine de Paris. 1870, in-8 de 40 pages. — Prix : 1 fr. 25.

De l'hyoscyamine et de la daturine. Étude physiologique et applications thérapeutiques, par le docteur LAURENT, ancien interne des hôpitaux de Paris. Brochure in-8, avec figures dans le texte. — Prix : 3 fr.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Le journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois.. 16 — Un an..... 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — Documents pour servir à l'histoire du mouvement scientifique pendant le siége de Paris. — Formules. — Nécrologie. — Thèses. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 4 avril 1871.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

—

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 27 septembre 1870. — Présidence de M. LIOUVILLE.

(Suite.)

M. PAYEN désire ajouter un document de quelque importance aux faits intéressants qui viennent d'être signalés à l'attention de l'Académie. Mais d'abord il s'empresse de reconnaître que, si l'on consommait le blé en nature, conformément aux indications contenues dans la note dont M. Grimaux (de Caux) vient de donner lecture, on gagnerait en substance nutritive pour l'homme, environ les 25 à 30 centièmes du poids du grain, qui restent dans le son suivant les procédés usuels de mouture.

On réaliserait ainsi une alimentation plus complète, plus salubre et plus économique : le son contenant, en plus grande abondance que les parties sous-jacentes du périsperme, certains principes azotés, gras et salins, assimilables ou favorables à la digestion.

Les portions non digestibles éliminées des farines blanches auraient pu remplir elles-mêmes un rôle utile, car on a depuis très-longtemps constaté en Angleterre que, pour entretenir normalement l'intégrité des fonctions digestives, il convient de consommer de temps à autre un pain confectionné avec le produit de la mouture du froment, sans en rien séparer, c'est-à-dire le produit que l'on désigne communément sous la dénomination de *pain de son*. On fabrique, dans plusieurs grandes boulangeries de Paris, ce pain spécial dont la mie est brune, et que l'on pourrait, à juste titre, nommer *pain de froment*.

Le problème de la fabrication économique d'un pain de ce genre me semble, dit M. Payen, être aujourd'hui résolu. En effet, dans une des dernières séances de la Société centrale d'agriculture, M. Sézille voulut bien, à ma demande, présenter un remarquable spécimen d'un pain qu'il fabrique couramment en Hollande, et qui subvient à une alimentation économique et salubre. Le procédé est simple, et dispense d'ailleurs de la mouture et des blutages.

Voici en quoi il consiste : le blé, d'abord superficiellement humecté, est soumis à une légère décortication qui le dépouille de son épicarpe, formant environ 5 centièmes seulement du poids total. Le grain, ainsi décortiqué, est immergé dans l'eau à + 30 ou 35 degrés, pendant sept à huit heures, jusqu'à ce qu'il en ait absorbé une assez grande quantité (50 à 60 centièmes) pour céder à la pression sous les doigts. On le malaxe alors entre des cylindres, pour le réduire en pâte. Cette pâte est aussitôt soumise aux procédés usuels de panification, à l'aide de levain ou de levûre.

Les échantillons qui nous ont été présentés ont paru d'excellente qualité; la nuance un peu brune de la mie a pu être sensiblement améliorée, à l'aide d'une fermentation plus rapide de la pâte. Cette nuance était d'ailleurs bien moins foncée que celle des pains dits *de son*, qui sont consommés périodiquement en Angleterre et habituellement aussi par un assez grand nombre de personnes en France, comme alimentation hygiénique.

Sans doute, il serait bien désirable que l'on parvînt à obtenir ce pain de froment exempt de la coloration brune, qui déplaît aux consommateurs, bien qu'elle soit exempte de toute influence sur les qualités alimentaires; peut-être l'intérêt de ménager nos subsistances, tout en améliorant le régime alimentaire, viendra-t-il apporter son concours pour vaincre ce préjugé.

Il serait sans doute convenable de songer aussi à utiliser, au profit d'une saine alimentation, d'autres approvisionnements qui existent à Paris, par exemple en associant, dans une juste mesure, à parties égales, le riz, si abondant en matière féculente, aux graines ou farines de légumineuses; celles-ci, plus riches en substances azotées, grasses et salines, compenseraient ce qui manque au riz sous ce rapport; on composerait ainsi une des rations alimentaires douées des propriétés nutritives convenables, et de nature à être, avec avantage, partiellement substituées au pain.

M. CHEVREUL fait remarquer que le pain présenté à la Société d'agriculture par M. Sézille était très-coloré, et celui qu'il présenta huit jours après l'était sensiblement moins, comme l'a dit M. Payen; ce fait ne semble-t-il pas prouver, ainsi que le pain bis obtenu à la boulangerie de Scipion d'un blé décortiqué, qu'il y a une cause favorable à la coloration du pain dans la confection d'une pâte où se trouvent tous les principes immédiats internes de la farine de froment?

M. MILNE EDWARDS insiste sur l'importance du rôle physiologique des condiments ou autres substances très-sapides et aromatiques dans le travail de la digestion, particulièrement quand les parois de l'estomac ne sont pas stimulées par le contact d'aliments solides. En effet, la sécrétion des principaux agents de la digestion (le suc gastrique et le suc pancréatique) ne se fait souvent que d'une manière insuffisante lorsque l'estomac ne reçoit que des aliments à l'état pultacé, à moins que le goût de ceux-ci ne soit relevé par des épices ou autres substances dont l'action stimulante sur cet organe est analogue. Cette observation s'applique également à l'emploi du riz, qui, additionné d'une très-faible quantité d'aliments azotés, est susceptible de constituer pour l'homme une excellente nourriture, et peut être d'une grande ressource pour la population de Paris, dans les circonstances actuelles.

M. CHEVREUL. Personne n'est plus convaincu que moi de l'influence des matières odorantes dans les aliments, mais l'effet de l'une d'elles est loin d'être le même sur tous les individus. Je sais par ma propre expérience que les aliments solides que l'on consomme en grande quantité ne sont pas très-odorants, et que l'organe de l'odorat est plus tôt *rassasié* que l'organe du goût. Quant à moi, par exemple, je ne pourrais prendre, avec le même plaisir, autant de raisin muscat que de chasselas de Fontainebleau.

A 4 heures un quart, l'Académie se forme en Comité secret.

La séance est levée à 4 heures et demie.

27 SEPTEMBRE

XXXIV. **Établissements de l'instruction publique.** — Décret du 26 septembre par lequel : le Gouvernement de la défense nationale :

Considérant que les établissements consacrés à l'éducation de l'enfance et de la jeunesse ont et conservent, dans les circonstances mêmes les plus graves, une importance capitale,

Décrète :

A l'avenir, les lycées, les écoles, les asiles, ne pourront être mis en réquisition. Le ministre de l'instruction publique pourra donner l'autorisation d'y établir des ambulances, des magasins, d'y faire des casernements, et même d'y tenir des réunions après s'être assuré que le service des écoles n'en souffrira pas.

XXXV. **Académie de médecine.** — L'Académie de médecine tient séance.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 septembre 1870. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

Correspondance officielle

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Martin, médecin des épidémies, sur les épidémies de fièvre typhoïde qui ont régné à Pézénas en 1868 et 1869.

2° Un rapport de M. le docteur Antelles sur une épidémie de diphthérie qui a régné en 1869 dans la commune de Blanzais (Vienne). — (Commission des épidémies.)

Le même ministre écrit à l'Académie pour la prier de vouloir bien examiner si, par l'emploi de certaines substances dans la ration alimentaire des enfants et des malades, il ne serait pas possible de parer aux inconvénients qui résultent pour leur santé de l'insuffisance de l'approvisionnement actuel du lait dans la ville de Paris.

M. BOULEY. Il existe en ce moment à Paris environ 3,000 vaches laitières, fournissant en moyenne 30,000 litres de lait par jour. Sans doute, c'est là une proportion minime relativement aux besoins de la population parisienne; mais elle doit entrer en sérieuse ligne de compte comme supplément de l'alimentation que les enfants trouvent dans le sein de leurs nourrices. Il importe de se mettre en garde contre les drogues de toute espèce que les spéculateurs ne manqueraient pas de proposer comme succédanés du lait.

M. MAGNE. Dans le seul quartier du Jardin des Plantes, il existe de 200 à 250 vaches laitières.

M. WURTZ. Ce n'est pas le moment de faire des conserves de lait, puisque le lait manque; quant à trouver un succédané du lait, c'est là un problème extrêmement difficile à résoudre. M. Wurtz propose de nommer une commission chargée d'examiner cette question.

M. GUBLER. On pourrait donner aux enfants, comme supplément à l'insuffisance de leur alimentation lactée, des potages ou bouillies faits essentiellement avec de la farine de froment, à laquelle on ajouterait une certaine proportion de phosphate bibasique de chaux.

M. BUSSY. Si, comme l'a dit M. Wurtz, il n'est pas possible de faire actuellement des conserves de lait, ces conserves existent dans le commerce. Elles consistent en du lait réduit par l'évaporation à un degré convenable de concentration; il suffit d'y ajouter une certaine quantité de sucre et de l'eau tiède pour en faire une boisson alimentaire réparatrice.

M. BOULEY. Les matériaux réellement nutritifs du lait n'existent dans ces conserves qu'en proportion infinitésimale.

M. LE PRÉSIDENT propose de nommer, pour l'examen de la question posée par M. le ministre, une commission composé de MM. Bouchardat, Bouley, Wurtz, Gubler et Béclard.

VACCINATIONS

M. CHAUFFARD appelle de nouveau l'attention de l'Académie sur la question, déjà traité dans la dernière séance, de la nécessité et de l'urgence des vaccinations et des revaccinations dans la garnison de Paris, afin d'enrayer les progrès de l'épidémie de variole. L'observation démontre que beaucoup de jeunes militaires, appartenant surtout à la garde mobile, n'ont jamais été vaccinés.

Aussi voit-on se développer dans cette partie de la garnison de Paris un nombre considérable de cas de variole, et ce développement a été singulièrement favorisé par la mesure qui a prescrit de loger les soldats de la mobile chez l'habitant. Il est à présumer que si l'on eût, dès le début, tenu les jeunes gens éloignés de l'enceinte de Paris, ils eussent échappé à la contagion qui a fait chez eux de trop nombreuses victimes. Au Gros-Caillou, au Val-de-Grâce, il est entré, dans ces derniers jours, bon nombre de malades atteints de varioles très-graves et souvent mortelles. Il faudrait insister pour la dissémination de la garde mobile dans des baraquements placés hors du centre de Paris et sur la revaccination générale de cette partie de la garnison.

M. HARDY a eu l'occasion d'observer à l'hôpital Saint-Martin, depuis le commencement du mois, environ 120 varioleux, parmi lesquels beaucoup de soldats de la garde mobile. Bon nombre de cas sont graves et même mortels. Parmi les malades, plusieurs n'avaient jamais été vaccinés, aucun n'avait subi la revaccination. Quelques-uns avaient évidemment apporté la maladie de leurs provinces, puisqu'elle s'est déclarée pendant les premiers jours de leur arrivée à Paris. Quoi qu'il en soit, il est vrai de dire que l'épidémie de variole a éprouvé dans ces derniers temps une fâcheuse recrudescence, et qu'il est urgent de s'opposer aux progrès du mal par des revaccinations faites successivement sur de petits groupes de soldats de la garde mobile, afin de ne pas gêner le service auquel ils sont astreints.

M. DAREMBERG. Un grand nombre de soldats de la garde mobile d'Ille-et-Vilaine, venus à Paris, y ont contracté la variole dès les premiers jours de leur arrivée; ils n'ont jamais été vaccinés.

M. DEPAUL. L'administration militaire n'est pas restée indifférente devant la discussion soulevée dans l'Académie, et les observations présentées dans la dernière séance ont porté leur fruit. En huit jours, M. Depaul a vacciné ou revacciné environ une cinquantaine d'infirmiers du Gros-Caillou et un détachement de gardes mobiles de la Vendée.

Pour que la mesure de la revaccination de l'armée se généralise et devienne efficace, il faut agir auprès des chefs de l'armée, afin qu'ils imposent aux jeunes soldats l'obligation de la revaccination, pour laquelle ils éprouvent une répulsion instinctive, parce qu'ils craignent d'être mis pendant une huitaine de jours hors d'état de faire leur service.

M. BOULEY. La question dont il s'agit a été agitée dans les comités central et consultatif d'hygiène. Les objections et les empêchements soulevés dans le principe par l'autorité militaire sont tombés devant la nécessité et l'urgence reconnues de parer à l'imminence d'un grave danger. Déjà un bataillon entier de la garde mobile a été vacciné par M. Constantin Paul. Une vingtaine de génisses ou de bœufs ont été mis à la disposition du service de vaccine pour une revaccination en grand de cette partie de la garnison de Paris.

Une épidémie heureusement peu grave de clavelée s'est déclarée dans les troupeaux de moutons rassemblés à Paris; des mesures ont été prises pour l'inoculation de ces troupeaux, afin d'enrayer les progrès de l'épidémie.

M. FAUVEL a été chargé par M. Constantin Paul d'informer l'Académie qu'il a vacciné tout un bataillon de la garde mobile, et que cette mesure est due à l'initiative privée du commandant de ce bataillon. M. Fauvel ajoute qu'il est nécessaire d'insister auprès de l'autorité militaire pour la généralisation de cette mesure à la garde mobile tout entière.

M. BOULEY propose de faire à ce sujet une démarche directe auprès de M. le général Trochu, gouverneur de Paris, muni d'un pouvoir discrétionnaire devant lequel devront disparaître les obstacles et empêchements que pourrait soulever l'administration militaire.

La séance est levée à quatre heures.

XXXVI. **Alimentation publique.** — A partir du mercredi 28 septembre, la viande de 500 bœufs et de 4,000 moutons sera mise chaque jour à la disposition des habitants de Paris.

XXXVII. **Hygiène militaire.** — Le *Peuple français* donne les détails suivants sur les baraquements des mobiles :

Depuis trois jours une partie de la garde mobile des départements a pris possession des baraquements construits pour elle sur les boulevards extérieurs, entre le boulevard de Courcelles et la place du Trône.

Nous avons visité en détail tous ceux qui s'élèvent sur la ligne de

(1) Voir le dernier numéro.

Batignolles à Ménilmontant. Ils sont au nombre de quatre-vingts et occupent, y compris les intervalles laissés pour la circulation des voitures, en face les grandes voies de communication qui coupent les boulevards, une étendue de sept kilomètres.

Chaque baraque a en moyenne 45 mètres de long sur 7 de large et 4 de haut.

72 sont établies sur deux rangs et 8 sur un seul. Ces dernières sont construites sur le boulevard de la Chapelle.

Chaque baraquement contient deux lits de camp parallèles, séparés par une allée de 1 mètre.

La tête du lit de camp est adossée à la cloison, de telle façon que les pieds des dormeurs de chaque rangée sont vis-à-vis des pieds des dormeurs de l'autre rangée.

Les lits de camp sont surélevés de 27 centimètres au-dessus du sol pour préserver de l'humidité. Ils sont construits en planches de sapin très-épaisses et unies.

La toiture est en sapin, elle s'arrondit en dos d'âne et est garnie de feutre goudronné imperméable.

Cette toiture est supportée par une légère armature en bois et en tringles de fer, de façon à laisser un jour entre l'espèce d'imposte et la couverture pour la circulation de l'air.

Les côtés sont garnis d'une toile épaisse clouée sur l'imposte et la plinthe, qui descend jusque sur le sol.

A chaque extrémité, fermée par une porte et percée de deux fenêtres, on a ménagé un premier espace à couvert, où se tient soit le sergent-fourrier pour les écritures, soit le tailleur ou le cordonnier de la compagnie, puis un second compartiment avec lit de camp pour les officiers.

Sur le milieu, de chaque côté, on a pratiqué une croisée destinée à servir de ventilateur et à laisser pénétrer la lumière du dehors, car on ne souffre pas de bougie dans le baraquement.

Le lit de camp est garni d'une couche épaisse de paille qui, avec la couverture d'ordonnance forme toute la literie du mobile.

Des factionnaires montent jour et nuit la garde autour des casernes improvisées.

Le public ne peut plus se promener que sur les bas-côtés du boulevard.

De deux en deux baraques on a établi des privés mobiles, dont le service se fait chaque jour.

Rien de plus curieux que le spectacle du lever.

La toilette se fait à grande eau sous une pompe placée *ad hoc*. Les raffinés ont une serviette, les autres se sèchent au soleil.

Les cheveux sont généralement courts et nécessitent peu l'appel du coiffeur.

Après la toilette vient le savonnage : les mouchoirs, les chaussettes, les chemises sont étendus sur les côtés des baraquements avec un soin qui ferait rougir plus d'une blanchisseuse.

Après vient le nettoiement des armes, s'il n'a pas eu lieu le soir, puis le départ pour l'exercice dans un ordre parfait.

Tout cela se fait sans embarras, régulièrement ; à voir ces jeunes gens vaquer à tous ces détails, on ne se douterait guère qu'il y a un mois à peine la plupart étaient encore au foyer paternel, tranquilles, heureux, choyés.

Il y a un mois, on riait de leur air emprunté; ils étaient des *conscr ts*. Aujourd'hui, on admire leur attitude résolue; ce sont des soldats.

XXXVIII. **Ambulances.** — Le foyer du Théâtre-Lyrique est transformé en une ambulance contenant trente lits.

XXXVIII. **Poste aérostatique.** — Par décret en date du 26, l'administration des postes est autorisée à expédier par la voie d'aérostats montés les lettres ordinaires à destination de la France, de l'Algérie et de l'étranger.

Le poids des lettres expédiées par les aérostats ne devra pas dépasser 4 grammes.

La taxe à percevoir pour le transport de ces lettres reste fixée à 20 centimes.

L'affranchissement en est obligatoire.

L'administration des postes est autorisée à transporter par la voie d'aérostats libres et non montés des cartes-postes portant sur l'une des faces l'adresse du destinataire et sur l'autre la correspondance du public.

Les cartes-postes sont en carton vélin du poids de 3 grammes au maximum et de 11 centimètres de long sur 7 centimètres de large.

L'affranchissement des cartes-postes est obligatoire.

La taxe à percevoir est de 10 centimes pour la France et l'Algérie.

Le tarif des lettres ordinaires est applicable aux cartes-postes à destination de l'étranger.

Le Gouvernement se réserve la faculté de retenir toute carte-poste qui contiendrait des renseignements de nature à être utilisés par l'ennemi.

28 SEPTEMBRE.

XL. **Assistance publique.** — Par arrêté du ministre de l'intérieur, en date du 27 septembre 1870, M. Husson, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, a été admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite.

— M. de Fonbrune, ancien préfet, directeur de l'établissement national des Quinze-Vingts est relevé de ses fonctions.

M. Trélat, médecin en chef de l'hôpital de la Salpêtrière, est nommé directeur de l'établissement des Quinze-Vingts.

XLI. **Faculté de médecine de Paris** — M. le professeur Verneuil fait une conférence que nous reproduisons d'après la *Revue des Cours scientifiques*.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Conférence de M. Ar. Verneuil (1).

Instructions sur les premiers soins à donner aux blessés.

Messieurs,

Les occupations et les préoccupations du moment sont peu favorables au développement des idées scientifiques, aussi devons-nous être surpris de nous trouver en présence, vous pour entendre une leçon de chirurgie, et moi pour la faire. La commission des ambulances instituée à l'Hôtel-de-Ville, non contente de développer toute l'activité matérielle possible, a pensé qu'il serait opportun de rappeler les notions pratiques élémentaires à ceux qui vont consacrer au soulagement des blessés leur zèle et leur dévouement.

On m'a chargé de cette tâche. Laissant de côté tout exposé didactique, toute discussion théorique, je m'attacherai à formuler quelques préceptes courts, clairs, dogmatiques, indiquant ce qu'il convient de faire dans les premiers moments qui suivent les blessures.

Cette leçon s'adresse surtout aux jeunes praticiens nommés dans les ambulances de rempart, au voisinage immédiat du combat; nous nous sommes représenté la position difficile et délicate dans laquelle ils se trouveraient en présence de cas nouveaux pour eux, les blessures par armes de guerre étant rares dans la pratique vulgaire. Dépourvus d'expérience personnelle, privés du conseil des maîtres, sans loisirs pour la réflexion et la lecture, munis de ressources restreintes, installés dans des locaux improvisés, ils seraient sans aucun doute fort embarrassés si on ne leur dictait point une sorte de programme capable de les guider.

Nous avons également voulu leur indiquer nettement ce qu'on attend d'eux, ce qu'ils doivent faire et ne pas faire, quand ils doivent agir ou s'abstenir, dans quelle sphère, en un mot, doivent s'exercer leur activité et leur bon vouloir.

En désignant ainsi la classe de jeunes praticiens à laquelle je m'adresse et le but que je poursuis, j'échapperai, je l'espère, au reproche de me montrer à la fois très-incomplet et très-élémentaire.

Quels sont d'abord les cas qui se présenteront à vous? Malgré leur grande variété, ils peuvent se ranger en deux séries : 1° blessures communes telles que vous les rencontrez journellement dans la pratique des hôpitaux ou de la ville; 2° blessures spécialement dues aux armes de guerre. Les premières seront nombreuses, car dans les batailles et surtout dans les siéges, on aurait tort de croire que les accidents ordinaires font défaut. Vous observerez donc des contusions, des fractures simples, des luxations, des plaies contuses. Pour le traitement, il vous suffira de vous rappeler ce que vous faites et voyez faire chaque jour. Les plaies par instruments tranchants, piquants et par corps contondants autres que les projetiles, n'offrent également rien de particulier. Le sabre, l'épée, la baïonnette, la crosse du fusil, lèsent nos organes comme le couteau, le poignard, le bâton ou tout autre agent de violence.

Il en est autrement des blessures par armes à feu, elles forment une catégorie à part, et, bien que je ne veuille point faire de nosographie, je dois vous donner une idée sommaire de leur nature et de leurs caractères spéciaux.

Elles se rapprochent surtout des plaies contuses avec exagération de toutes les lésions anatomiques : attrition considérable et très-étendue des tissus, fracas multiple des os; déchirure, écrasement, arrachement, broiement des parties molles; section avec perte de substance des vaisseaux et des nerfs, large ouverture souvent béante des cavités viscérales ou articulaires, etc. Les désordres sont parfois latents, peu prononcés à la surface, énormes, irréparables dans la profondeur; le trajet des projectiles peut être direct, rectiligne, mais plus souvent il est irrégulier, anfractueux, bizarre, impossible à prévoir ou difficile à reconnaître. Fréquemment il recèle des corps étrangers : projectiles entiers ou fragmentés, esquilles, débris de vêtements, etc.

La surface d'une telle plaie est tout à fait impropre à la réunion immédiate; sans être empoisonnée comme on le croyait encore au seizième siècle, elle est presque inévitablement condamnée à s'enflammer violemment, à suppurer, et le travail réparateur n'y commence qu'après l'élimination d'une couche plus ou moins épaisse de tissus mortifiés.

C'est à ces conditions anatomiques que les plaies par armes à feu doivent leur marche et leur pronostic; j'ai voulu les rappeler, mais comme les complications qu'elles engendrent ne se développent pas subitement, je n'y insisterai pas davantage, car ce n'est jamais sous vos yeux et dans les premières heures qu'elles surgiront.

Dans les ambulances de rempart, il vous suffira de distinguer cinq genres faciles à reconnaître :

1° Plaies par armes à feu n'intéressant que les parties molles;

2° Plaies avec fracas des os;

3° Plaies avec corps étrangers;

4° Plaies avec hémorrhagie;

5° Plaies avec grand délabrement, larges pertes de substance, séparation complète ou presque complète d'un membre.

Avant de vous dicter des règles de conduite pour chacun de ces genres, je dois examiner les ressources mises à votre disposition et les indications que vous avez à remplir.

Ces ressources sont limitées, et quoi que nous ayons pu faire, il vous manquera bien des choses; aussi nous comptons sur votre économie et surtout sur votre ingéniosité. Il faut vous préparer à faire beaucoup avec peu, et à utiliser tout ce qui vous tombera sous la main : car, à un moment donné, vos petites provisions seront vite épuisées. Ce qu'on vous demande d'ailleurs ne nécessite qu'un matériel restreint et n'exige pas une installation complète. Vous aurez à donner les soins urgents, c'est-à-dire à faire un premier pansement tout à fait provisoire destiné à protéger les plaies, à immobiliser les membres, à calmer les douleurs violentes, à prévenir certaines complications immédiates; en un mot à faciliter le transport dans les ambulances de second rang et surtout dans les hôpitaux, abondamment fournis du matériel et du personnel nécessaires à l'exécution des grandes opérations. Ces opérations elles-mêmes, vous n'aurez point à les pratiquer, et pour plusieurs raisons :

1° Parce qu'elles sont d'ordinaire difficiles et réclament une habileté que vous ne possédez pas pour la plupart;

2° Parce qu'elles sont longues, et que vous devez garder les blessés le moins longtemps possible;

3° Parce que les grandes mutilations sont, en général, contre-indiquées dans les premières heures qui suivent la blessure, et doivent être remises à un certain moment où l'ébranlement primitif a disparu et où la réaction tend à s'établir;

4° Parce qu'enfin le choix à faire entre la conservation des membres, l'amputation, la résection, réclame un examen attentif et un grand tact pratique.

Ne cédez donc pas à la tentation d'opérer, ne prenez pas sur vous une telle responsabilité; restez prudemment dans le programme du premier pansement. Cette réserve ne comporte guère qu'une seule exception, l'arrêt des hémorrhagies, dont je vous parlerai tout à l'heure.

Ceci posé, revenons sur le premier pansement.

Vous avez pour l'exécuter de la charpie, du linge, des bandes et quelques pièces accessoires pour recouvrir les plaies et immobiliser les membres.

Ménagez votre charpie, couvrez-en ou remplissez-en les plaies; vous pouvez la remplacer par de l'amadou et du coton cardé ou ouate, sans vous arrêter à ce préjugé ridicule qui accuse le coton d'être nuisible aux plaies récentes. A défaut de charpie, vous pouvez recouvrir la plaie de diachylon ou même de feuilles fraîches si elle n'est pas étendue. La seule condition essentielle est de placer sur la solution de continuité un corps quelconque propre et peu irritant.

Des compresses doivent recouvrir ce premier corps. Si elles vous manquent, prenez toute substance molle et souple qui vous tombera sous la main : les vêtements du blessé lui-même; des lambeaux de sa chemise, de sa tunique, de l'étoupe, de l'herbe, etc. Vous pouvez être moins scrupuleux en ce qui touche la propreté de cette seconde couche, qui n'est pas en contact immédiat avec les plaies.

Pour fixer le tout vous avez des bandes, le moindre pansement en emploie beaucoup; votre provision épuisée, déchirez en lanières des serviettes, des draps, des chemises; faites des bandages de corps avec des ceinturons; coupez circulairement des tuniques, des capotes, et faites-en des ceintures larges de 20 centimètres. Servez-vous surtout du mouchoir, que vous trouverez partout, dans la poche du blessé ou de ceux qui l'entourent. Plié en triangle, en rectangle, en cravate, le mouchoir remplacera la compresse, la bande roulée, l'écharpe; il s'applique partout, à la tête, au cou, aux membres, et si vous vous exercez d'avance à son emploi vous reconnaîtrez que Mathias Mayor, Rigal, et plus récemment Esmarch, à qui je conserve mon estime et mon amitié, bien qu'il soit dans les rangs ennemis, ont eu raison de préconiser un moyen de déligation si simple et si efficace.

Vous aurez souvent l'occasion d'immobiliser les membres fracturés ou violemment contus; vous n'aurez ni appareils de Scultet, ni gouttières, ni plâtre, ni dextrine, à peine quelques attelles et quelques coussins. Heureusement il est facile de construire de toutes pièces un appareil provisoire suffisant.

Une serviette pour remplacer le drap fanon; deux ou trois coussins disposés parallèlement au grand axe du membre; deux ou trois supports inflexibles placés sur les coussins; quelques liens circulaires pour maintenir le tout, et l'indication est convenablement remplie. Vous ferez d'excellents coussins avec des faisceaux de paille du volume du poignet, de l'avant-bras ou du bras, et de longueur convenable. Vous les préparerez d'avance en liant la paille avec des bouts de ficelle espacés de 10 à 15 centimètres.

Pour attelles, vous prendrez des bouts de planche mince, des lattes à empiler les bouteilles, des fourreaux de baïonnette ou de sabre, etc.

Pour liens, du ruban de fil, de la corde, des lanières de cuir, des bandoulières de fusil, des bretelles, des ceinturons, etc.

Pour immobiliser le membre supérieur, il suffit souvent de le mettre en écharpe. Une serviette, un ou deux mouchoirs réunis satisfont à ce besoin.

Si vous êtes pauvres en pièces de pansement, vous pouvez craindre une pénurie plus grande de médicaments, sans avoir le pouvoir de les improviser. Je dois vous rassurer sur ce point. Le topique par excellence, dans les plaies récentes, est par bonheur, toujours à votre disposition. Je veux parler de l'eau fraîche. Vos petites pharmacies contiennent de l'eau-de-vie camphrée, de l'eau blanche, que vous ajouterez à l'eau en proportions minimes. Vous trouverez souvent de l'alcool ordinaire, de la teinture d'arnica et autres principes analogues, c'est tout autant qu'il vous en faut. L'eau seule, par sa température, calme déjà les douleurs, vous en imbiberez généreusement vos appareils. Vous n'avez besoin ni de cérat, ni d'onguents, surtout si vous avez du diachylon, dont il suffit d'appliquer un morceau carré sur la plaie.

Je vous parlerai plus loin des hémostatiques et de quelques agents pharmaceutiques qui doivent être donnés à l'intérieur; mais j'insiste ici sur ce seul point que, dans les plaies récentes, l'eau pure et froide remplace très-bien tous les topiques.

Vous appliquerez votre premier pansement le plus possible dans les locaux que nous avons choisis et aménagés de notre mieux. Lorsque plusieurs blessés vous arriveront à la fois, vous ferez un triage : les moins gravement atteints seront assis ou déposés sur les lits de paille préparés à l'avance; les plus sérieusement affectés seront couchés sur vos propres lits; vous vous occuperez d'eux tout d'abord. En cas de pansement un peu long, surtout douloureux, et si une petite opération ou une ligature est nécessaire, vous coucherez aussitôt le patient sur votre table d'opération. Toutes les fois que votre local le permettra, vous placerez celle-ci dans un endroit écarté ou dans une pièce isolée, de façon que les blessés déjà pansés ou qui attendent leur tour n'assistent pas à vos actes et n'entendent pas les plaintes de leurs camarades. Autant que possible, avant de procéder à un nouveau pansement, vous ferez disparaître les vestiges du premier : taches de sang, linges souillés, vêtements en lambeaux, etc. En un mot, vous prendrez toujours soin du moral des victimes. Parfois vous ferez les pansements soit sur le rempart lui-même ou hors de l'enceinte, si l'accident a lieu à quelque distance de votre poste de secours. Dans ces cas, vous disposerez le malade le plus commodément possible, assis ou couché, en profitant de tous les accidents de terrain, ou en vous servant de vos brancards portatifs comme de lits improvisés.

Vous aurez à agir la nuit comme le jour, sous la pluie et le vent, comme sous le soleil. Vous prendrez grand soin de préserver les blessés contre l'impression trop prolongée du froid; vous recouvrirez donc rapidement la région mise à nu par les nécessités du pansement.

Ces règles générales établies, revenons au traitement qui convient aux divers cas précédemment énumérés.

Contusions simples. — Applications froides et résolutives, bandage légèrement compressif. Immobilisation du membre, si les mouvements sont douloureux.

(1) Cette conférence a été recueillie par M. Brunet, sténographe à l'Hôtel-de-Ville.

Fractures simples. — Réduction, contention exacte avec un appareil approprié.

Luxations. — La réduction est souvent difficile lorsqu'elle est tentée après un certain nombre de jours; elle est d'ordinaire très-aisée dans les premières heures qui suivent l'accident. Essayez-la, puis immobilisez le membre.

Plaies par armes blanches sans complications. — Pansement simple, si elles sont étroites ou peu profondes; réunion avec les agglutinatifs, favorisée par l'attitude du membre, si elles sont larges et à lambeaux.

Ne vous préoccupez pas outre mesure de cette réunion, que le transport pourra d'ailleurs détruire, et soyez très-sobres de sutures sanglantes. C'est dans les ambulances fixes qu'on l'effectuera complétement, s'il y a lieu. Rappelez-vous que l'adhésion primitive réussit mieux après quelques heures que dans les premiers moments.

Plaies par armes à feu n'intéressant que les parties molles. — Elles sont souvent exemptes de douleurs et d'hémorrhagies et fort bénignes, au moins pendant quelques temps. Recouvrez-les d'un pansement simple et résolutif, sans jamais tenter la réunion. Abstenez-vous de toute exploration intempestive dans le but de fixer le diagnostic; n'introduisez ni stylet ni sonde, pas même votre doigt. En cas d'ouverture unique, tout porte à croire que le projectile est encore dans la plaie. Ne cherchez pas à vous en assurer; laissez ce soin aux chirurgiens des ambulances fixes; vous feriez souffrir le blessé et perdriez du temps à cette recherche inopportune.

Plaies par armes à feu avec fracas des os. — Il faut tenir compte des os atteints. S'il s'agit du crâne, de la face, du rachis, du sternum, des côtes, du bassin, vous n'avez, malgré la gravité des cas, aucune indication spéciale à remplir; le pansement protecteur suffit. Si les membres sont atteints, votre rôle est moins limité : vous immobiliserez soigneusement le segment blessé si la fracture a atteint l'humérus, le fémur, les deux os de la jambe et de l'avant-bras. Même précaution pour les articulations de l'épaule, de la hanche, du coude et du genou. Pour les fractures des os du pied ou de la main, et d'un seul des deux os de la jambe ou de l'avant-bras, le pansement simple suffira d'ordinaire.

Plaies d'armes à feu avec corps étrangers. — Le cas est commun; alors même que le projectile a traversé les parties de part en part, on trouve dans le trajet, soit des fragments de ce projectile, soit des débris de vêtements qu'il a poussés devant lui, soit des esquilles osseuses disséminées au loin dans les parties molles, soit enfin des corps non métalliques, fragments de pierre ou de bois, devenus projectiles à leur tour. Le séjour de ces corps étrangers étant manifestement nuisible, leur extraction est indiquée. Rappelez-vous toutefois qu'elle est souvent très-laborieuse et rarement urgente. Je vous engage donc à ne l'entreprendre qu'avec réserve. En faisant le premier pansement, enlevez tout ce qui est facilement accessible et se présente sous vos yeux. Si vous trouvez sous la peau une balle mobile et proéminente, pratiquez une boutonnière pour l'extraire. Mais sauf ces cas fort simples, abstenez vous. Pour reconnaître, atteindre et enlever les corps étrangers plus profonds, il faudrait vous livrer d'abord à des explorations pénibles que j'ai précédemment condamnées, puis faire de véritables opérations que le temps, l'expérience et l'outillage convenable peuvent seuls conduire à bonne fin. Il y moins d'inconvénients à laisser quelques heures un corps étranger dans une plaie qu'à faire laborieusement, et souvent en vain, des tentatives d'extraction. Que vous servirait, d'ailleurs, de chercher le projectile dans les plaies des cavités viscérales : crâne, poitrine, abdomen et dans les cas de fracas étendus des os, alors que l'amputation ou la résection sont les seules ressources à mettre en usage?

En résumé, permettez-moi donc de vous défendre formellement toute action chirurgicale dans les cas de ce genre.

Plaies par armes à feu avec hémorrhagie. — Je vais ici changer de langage et vous conseiller au contraire une intervention prompte, énergique, radicale. L'hémorrhagie est une des causes les plus communes de la mort rapide sur les champs de bataille. Jadis on croyait que les projectiles respectaient jusqu'à un certain point les gros vaisseaux, ou les blessaient du moins de telle sorte que l'écoulement sanguin était empêché comme dans les plaies par contusion ou par arrachement.

L'expérience a fait justice de cette erreur. Plus le danger est grand, plus vous devez être préparés à le combattre. Pour vous tracer une conduite, il faut distinguer plusieurs cas. Au moment où vous abordez le blessé, l'hémorrhagie peut être arrêtée spontanément par le fait d'une syncope ou par toute autre cause. Vous soupçonnerez l'existence d'une hémorrhagie antérieure si le patient est très-faible, très-pâle, si le pouls est misérable, filiforme, si les vêtements ou le sol sont inondés de sang, si la plaie siége et pénètre dans une région où passent des vaisseaux importants. Défiez-vous de l'arrêt momentané du sang. Un mouvement intempestif, un effort du blessé, une exploration imprudente peuvent ramener l'hémorrhagie. Prenez donc vos précautions en relevant, en transportant, en pansant le malade. Placez d'avance et par précaution un appareil compressif sur la plaie ou sur le trajet du vaisseau suspect de blessure. Quelquefois vous devrez sur le terrain même procéder à l'hémostase définitive. C'est ce dernier parti qu'il faut prendre d'ordinaire si vous êtes dans le second cas, c'est-à-dire si le sang coule au moment de votre premier examen. Vous devez encore agir différemment suivant que le vaisseau est accessible ou non, suivant que le jet sanguin est visible ou que le sang s'échappe en bouillonnant des profondeurs de la plaie. Donc, toutes les fois que vous pouvez atteindre le point blessé, vous devez faire la ligature, quelque minime que soit le vaisseau. Si le suintement est peu intense, qu'il vienne de la profondeur ou d'une source inconnue, remplissez la plaie de boulette de charpie, recouvrez de compresses pliées en plusieurs doubles, maintenez le tout avec un bandage compressif un peu serré, et imbibez d'eau froide ou d'eau blanche.

Si l'hémorrhagie, plus violente, vient d'un vaisseau indéterminé, arrêtez-la au moyen de la compression digitale pratiquée dans la plaie avec le concours de vos aides et des assistants intelligents.

Profitez du répit pour établir une compression au-dessus du point blessé, avec le garrot, le tourniquet, et cherchez à lier le vaisseau dans la plaie, c'est le mieux, et à la rigueur à une certaine distance au-dessus. Pour atteindre le vaisseau, faites avec les précautions nécessaires les incisions, les débridements indiqués. Il est presque indispensable de lier les deux bouts dans la plaie, et il faut se rappeler qu'ils peuvent être assez distants, le projectile leur ayant fait subir une sorte de perte de substance.

Les ligatures d'artères médiates ou immédiates sont des opérations difficiles pour tout le monde. Je ne saurais donc trop vous engager à y réfléchir, à vous y exercer, à faire appel à toutes vos connaissances anatomiques. Il restera trop de cas encore où la blessure portant sur des vaisseaux de gros calibre ou cachée dans les cavités viscérales, tous vos efforts seront stériles.

Je ne veux pas quitter ce sujet sans vous prémunir contre une pratique funeste par malheur trop usitée. Il nous arrive souvent, dans nos hôpitaux, des blessés dont les plaies sont remplies de charpie imbibée de perchlorure de fer. Cet agent empêche absolument la réunion immédiate, provoque une inflammation violente et rend très-difficiles les ligatures ultérieures; s'il rend de temps à autres quelques services dans les hémorrhagies secondaires fournies par de petits vaisseaux, il est tellement nuisible aux plaies récentes, que je voudrais le voir proscrire d'une manière absolue. Son utilité hémostatique est d'ailleurs contestable : si le vaisseau blessé est important, le perchlorure ne sert à rien; s'il s'agit d'un petit vaisseau, tout autre agent, le froid, la compression, le tamponnement, sont aussi efficaces et moins dangereux. J'espère donc que vous ne commettrez pas la faute d'inonder les plaies de ce médicament détestable. Vous trouverez à votre disposition d'autres préparations hémostatiques moins dangereuses: l'alcool pur, l'eau de Pagliari, etc. Je ne vous les recommande pas, mais je les condamne moins énergiquement. Elles conviennent dans les cas de suintement sanguin fourni par les petits vaisseaux d'une large plaie.

Large solutions de continuité, écrasement, arrachement, séparation presque complète d'un membre. — Les projectiles de gros calibre : boulets, éclats de bombes ou d'obus, les explosions de mines causent parfois des dégâts effroyables que je ne saurais mieux comparer qu'à ceux que provoquent les machines à vapeur ou les wagons des chemins de fer. Si les cavités viscérales sont largement ouvertes, la mort survient rapidement, souvent précédée de douleurs violentes. Pour calmer ces dernières et adoucir les horreurs de l'agonie, vous pouvez, suivant le conseil de Scrive, ancien chirurgien militaire, chloroformiser vos blessés pour engourdir la douleur.

Si un membre ne tient plus que par quelques lambeaux de chair ou de téguments, vous pouvez achever la séparation. L'amputation régulière est indiquée, mais le patient n'est guère en état de la supporter immédiatement. Contentez-vous de lier les gros vaisseaux à la surface du moignon irrégulier, recouvrez cette surface d'un pansement protecteur, et dirigez le blessé sur l'hôpital ou l'ambulance fixe la plus rapprochée.

J'arrête ici, quoique à regret, l'énoncé de mes conseils, et je laisse de côté les faits particuliers et exceptionnels. Si vous êtes bien pénétrés de mes paroles, vous exécuterez d'une façon convenable tous les premiers pansements, tous ceux qui sont indispensables dans les heures qui suivent immédiatement la blessure.

Mais à côté des soins locaux vous devez songer encore à l'état général. Les blessés nous arrivent tantôt épuisés par les douleurs, la fatigue, l'inanition, la perte de sang, la terreur; tantôt excités par la lutte, par la colère ou même par l'ingestion inopportune de liqueurs alcooliques. Ces dispositions exigent l'administration de remèdes intérieurs : à ceux dont les forces faiblissent, ingérez un peu de bouillon, quelques aliments légers s'ils le demandent, une certaine dose de vin pur ou coupé d'eau. En un mot, quelques cordiaux, une liqueur, une teinture alcoolique quelconque mélangée à de l'eau sucrée.

A ceux qui souffrent, qui ont été privés de sommeil, ou qui sont livrés à l'excitation, prescrivez l'opium; 5 à 6 gouttes de laudanum ou de vin d'opium amèneront du calme et du bien-être. Répétez la dose au bout d'une heure au besoin. Si vous constatez bien dûment l'état d'ivresse chez certains imprudents blessés derrière le rempart, provoquez le vomissement et prescrivez l'éther ou les boissons chaudes, si vous pouvez vous les procurer.

Messieurs, je viens de fixer, autant que possible, vos attributions, et de vous tracer approximativement la ligne de conduite. Comme praticiens, nous sommes convaincus que vous dépasserez nos espérances et que vous accomplirez votre tâche avec zèle, dévouement, intelligence et ponctualité. Ce n'est pas tout encore, et si nous ne réclamons pas formellement de vous d'autres qualités, c'est dans la persuasion que vous nous les offrez d'avance et de grand cœur.

Nous attendons de vous le *courage personnel*, cette qualité brillante qui ne manque guère aux Français. Les postes que nous vous confions dans le siége de Paris seront à coup sûr périlleux; parfois vous partagerez les dangers des combattants : vous prendrez exemple sur vos camarades de l'armée et de la marine, hier vos condisciples et en tout temps vos amis, et vous vous rappellerez que, sans souci de leur vie, ils bravent la mort sur les champs de bataille, ne songeant qu'à remplir leur glorieux devoir.

Vous pratiquerez l'*humanité* dans toute son ampleur. Peut-être vous aurez à secourir des ennemis; si vous étiez armés du fusil vous les frapperiez sans pitié, mais comme médecins vous ne devez point connaître la haine pour celui qui est tombé et qui a droit à votre compassion. Vous soignerez donc l'adversaire comme le compatriote.

Nous vous recommandons encore une vertu plus modeste, la *confraternité*. Nos ambulances de rempart appartiennent à tous; quiconque y viendra frapper sera le bienvenu. Vous vous rencontrerez avec des chirurgiens de la garde nationale et des corps militaires, avec des praticiens de la ville, désireux de se rendre utiles, avec des membres de l'Internationale, des ambulances de la Presse, avec les inspecteurs de l'Intendance, de la ville de Paris, des commandants du secteur. Offrez à tous aide et assistance; tout en ménageant vos ressources, partagez-les fraternellement. Évitez soigneusement tout conflit, toute récrimination, toute question de prééminence, soyez partout et toujours conciliants et complaisants. Par cette conduite, vous provoquerez la sympathie et commanderez le respect. Montrez enfin une dernière qualité, très-rare dans notre pays, surtout dans les classes éclairées, la *discipline* qui implique l'*obéissance* aux règles et à ceux qui sont investis du pouvoir. L'initiative et l'indépendance ne sont profitables qu'à la condition de ne point engendrer l'anarchie et la confusion.

Sur tous ces points, nous avons pleine confiance en vous. Parisiens de fait ou par nécessité, vous montrerez à tous que les enfants de la grande ville, qu'on dit insouciants, légers et frivoles dans la paix, sont braves dans le danger, fermes dans le malheur, indomptables et inébranlables dans l'accomplissement des devoirs que leur impose le salut commun de la Patrie.

Après cette conférence, M. Brisson, adjoint au maire de Paris, a pris la parole et prononcé l'allocution suivante :

« Mes chers concitoyens, en ma qualité d'adjoint au maire de Paris, dont les habitants sont appelés à combattre, je tiens à remercier M. Verneuil de l'utile et savante leçon qu'il vient de nous faire entendre.

« Il y a quelque quinze ou seize ans, étant étudiant en droit, mais passionnément curieux des choses de la science, d'autant plus curieux que la science seule offrait alors des consolations à ceux qui venaient d'être témoins de la chute du droit, j'assistais, dans cet amphithéâtre même, à la première leçon de M. Verneuil; j'étais bien sûr qu'un jour nous retrouverions sa parole au service de la Patrie et de la République. (Applaudissements.)

« Si je rappelle ce souvenir, mes chers concitoyens, c'est parce que ceux qui du dehors ou même du dedans observaient la surface, et, passez-moi le mot, je dirais volontiers, l'écume de la société que nous étions il n'y a pas un mois encore, ceux-là disaient, « Il n'y a plus en France que des hommes de proie et des femmes de plaisir. Il y a bien aussi quelques spécialistes, quelques savants, enfouis dans leurs laboratoires, voués à des études utiles; mais les sentiments généreux et les idées générales se sont retirés d'eux ». Eh bien! ceux qui parlaient ainsi, et je le dis parce que j'en ai fait l'expérience depuis trois semaines que les hasards des événements m'ont mis en collaboration avec les princes de la science, eux qui parlaient ainsi calomniaient les savants, calomniaient la France. Les vertus de la nation sommeillaient, elles n'étaient pas mortes. Et je puis le dire pour ma part, à l'honneur de ces hommes que l'on calomniait, partout où j'ai été mis en rapport avec l'un d'eux j'ai rencontré un citoyen (applaudissements), et je suis sûr que ce que je dis ici des hommes spéciaux qui sont à mes côtés, je puis le dire de ceux qui sont en face de moi. Vous êtes tous des citoyens, vous êtes tous des défenseurs de la République. (Applaudissements.)

« Oui, ces hommes d'étude, ces hommes de science, se sont voués au travail de jour et de nuit qui nous est imposé à l'Hôtel-de-Ville, avec la même passion, la même ardeur, que les hommes politiques, que les républicains les plus ardents, et ils y ont ajouté cette vertu française par excellence qui donne le charme à toutes les autres et que j'appellerai la bonne humeur. Il nous ont donné leurs journées et leurs veilles avec autant de bonne grâce que de dévouement.

« Je tiens donc, au début de ces conférences, qui seront continuées par M. Sée, par M. Béhier, et par ses confrères, je tiens à les remercier au nom de la ville de Paris, c'est-à-dire, aujourd'hui que cette ville combat pour toute la France, au nom de la France, au nom de la République. » (Vifs applaudissements.)

XLII. **Hygiène publique.**—Désireux de se renseigner sur la valeur de quelques critiques qui s'étaient produites relativement à l'installation du bétail parqué dans Paris, la commission centrale d'hygiène et de salubrité a fait visiter tous les parcs par un de ses membres.

Il résulte des constatations les plus minutieuses que les animaux sont aujourd'hui presque partout attachés, que là où ils ne le sont point encore, il n'y a aucune accumulation qui puisse faire craindre que les gros animaux ne nuisent à l'alimentation des plus faibles; qu'enfin, sur divers points, on a commencé à couvrir les parcs de façon à ce que le bétail fût à couvert.

Les conclusions de la commission d'hygiène et de salubrité sont, en conséquence, que l'aménagement des bestiaux est des plus satisfaisants et ne justifie en rien les critiques qui ont été formulées.

(Sera continué.)

SIROP D'IODURE DE POTASSIUM ET DE FER

PAR LAHACHE

Iodure de potassium........................	20 grammes.
Iodure de fer en solution au 1/3...	15 —
Eau de fleur d'oranger.....................	30 —
Sirop simple bien concentré.......	1 litre.

Faites dissoudre l'iodure de potassium dans l'eau de fleur d'oranger, ajoutez l'autre solution et incorporez au sirop. Conserver au frais et à l'abri de la lumière.

MELLITE DE RACINE DE RATANHIA

PAR LAHACHE

Racine de ratanhia.................... 300 grammes.

Faites une décoction dans

Eau .... 100 —

Passez, exprimez et faites dissoudre dans le liquide :

Miel blanc .... 800 grammes.

Concentrez pour obtenir 1 kil. 200 à 1 kil. 300 de mellite. S'emploie à la dose de 30 grammes dans 200 grammes de gargarisme astringent. *(Union pharmaceutique.)*

NÉCROLOGIE

M. Ed. DAMICOURT, de Châtillon, mort de la variole aux Ponts-de-Cé, où il s'était mis au service de l'armée de la Loire.

M. le docteur DE BAUDRE, tué par une balle prussienne dans un trajet de Sedan à Mézières pour une affaire relative au service des ambulances.

M. le docteur MORIN, médecin-major, et M. le docteur MILLIAT, assassinés dans la nuit du 21 au 22 janvier dans une ambulance du village d'Hauteville, pendant qu'ils donnaient leurs soins à nos blessés.

Nous réservons la dernière mention et le dernier hommage pour la mémoire du docteur Kuss, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, maire de cette ville et doyen de la députation de l'Alsace, l'un des signataires de la fameuse protestation des représentants de l'Alsace et de la Lorraine, et qui n'a pu survivre aux désastres et au sacrifice de sa patrie. Le jour viendra de rappeler ici les travaux de M. Küss et les titres qu'il s'était acquis à l'estime de tous comme professeur et comme savant. Qu'on nous permette pour le moment de pleurer surtout en lui le noble et généreux citoyen.

Dr B....

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1870.

159. Tournebize (François). Des hémorrhagies utérines qui surviennent durant la grossesse pendant et après l'accouchement.

160. Laurens (Pierre). De la variole du fœtus.

161. Mazery (L.-E.). De l'anus artificiel chez l'adulte.

162. Off (Mohammed). Altération des membranes internes de l'œil dans l'albuminurie et le diabète.

163. Emin (Mohammed). Etude sur les affections glaucomateuses de l'œil.

164. Aube (Paul). Quelques considérations sur les amputations tibio-tarsiennes. Relation d'un procédé nouveau.

165. Liégeard (Gustave). De la *plegmatia alba dolens*.

166. Tostain (Hilaire). Des sympathies entre le cerveau et l'estomac.

167. Jacquème (César). Des matières albuminoïdes.

168. Charpentier (Eugène). Résumé historique de l'intervention chirurgicale dans les étranglements internes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouvelles applications de l'acide phénique en médecine, etc., par le docteur DÉCLAT. In-8, planches photogr. — Prix : 5 fr.

Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte, rédigé par Benj. Anger, Bailly, Barrallier, Bernutz, P. Bert, Bœckel, Buignet, Cusco, Demarquay, Denucé, Desnos, Desormeaux, A. Després, Devilliers, Alfr. Fournier, Ach. Foville, T. Gallard, H. Gintrac, Gombault, Gosselin, A. Guérin, A. Hardy, Heurtaux, Hirtz, Jaccoud, Jacquemet, Kœberlé, O. Lannelongue, S. Laugier, Ledentu, P. Lorain, Lunier, Luton, A. Nélaton, A. Ollivier, Oré, Panas, Péan, M. Raynaud, Richet, Ph. Ricord, Jules Rochard (de Lorient), Z. Roussin, Saint-Germain, Ch. Sarazin, Germain Sée, Jules Simon, Siredey, Stoltz, A. Tardieu, S. Tarnier, Valette, Verjon, Aug. Voisin.

Directeur de la rédaction : le docteur Jaccoud.

Se composera d'environ 25 volumes grand in-8° cavalier de 800 pages. Prix de chaque volumes de 800 pages avec figures intercalées dans le texte, 10 fr.

Les tomes 1 à XIII sont en vente. Le tome XIII comprend 800 pages avec 150 figures. Les principaux articles sont : ENCÉPHALE, par Jaccoud, Hallopeau et S. Laugier; ENDÉMIE, par J. Rochard; ENDOCARDE, par Jaccoud; ENDOSCOPE, par Desormeaux; ENTOZOAIRES, par L. Vaillant et Luton; ÉPAULE, par Panas; ÉPIDÉMIES, ÉPIDÉMIQUES (maladies), par P. Lorain; ÉPILEPSIE, par Aug. Voisin; ÉPITHÉLIUM, par Ranvier; ÉRECTILES (appareils, mouvements, tumeurs), par Bœckel, etc.

Plaies pénétrantes de l'abdomen et procédé de suture nouvelle pour la guérison des anus contre nature, par M. GOYARD, 1 vol. in-8, avec figures, 1870. — Prix : 2 fr.

Des troubles de la sensibilité générale dans la période secondaire de la syphilis et notamment de l'analgésie syphilitique, par le docteur FAID, médecin de l'école du Caire (Égypte). In-8 de 134 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Recueil de questions posées aux 5 examens de médecine et aux accouchements. 1 fr. 50 le volume. — Chez A. Delahaye, place de l'École-de-médecine.

Traité des maladies chroniques, par le docteur THOMPSON, traduction de l'anglais. Brochure in-12 de 80 pages. — Prix : 1 fr.

Etude sur les fistules vésico-intestinales, par M. BLANQUINQUE (E.), 1 vol. in-8, 1870. — Prix : 2 fr.

Armées en campagne. — Considérations relatives aux hommes et aux chevaux. — 2 fr. au profit des pauvres.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Comité pour l'assainissement des champs de bataille. — Lettre du préfet de la Sarthe. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Documents pour servir à l'histoire du mouvement scientifique pendant le siége de Paris. — Thèses de Paris. — Bibliographies.

Paris, le 5 avril 1871.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La discussion sur l'infection purulente a continué hier à l'Académie, malgré les graves préoccupations qui pesaient sur toutes les poitrines. M. Alph. Guérin, l'instigateur de la discussion, se trouvait dans cette situation assez embarrassante d'avoir à répondre à des objections et des critiques faites il y a près de deux ans, à travers Dieu sait quels sujets de distraction; si bien qu'il a dû, tout ce temps durant, rester sous le coup des reproches d'erreurs, d'opinions fausses qu'il aurait avancées, sans qu'il ait pu jusqu'ici s'en justifier. Tel a été l'objet de son argumentation d'hier.

Il a tenu, tout à la fois à décliner toute solidarité d'opinion avec MM. Sédillot et Darcet et à montrer la complète dissemblance de sa doctrine et de celle de ces deux savants, avec laquelle on l'a faussement comparée ; et à la dégager également de la théorie de M. Verneuil, qu'il s'est attaché à combattre d'autant plus vivement qu'on avait cru voir plus d'analogie entre elles, le virus de l'une et le miasme de l'autre n'ayant paru à quelques-uns différer que par une nuance dans les termes. En accentuant beaucoup plus nettement qu'il ne l'avait fait dans son premier discours les arguments et les motifs qui séparent sa manière de voir de celle de ses collègues et des auteurs cités, M. Alphonse Guérin a pu porter plus de précision peut-être dans les termes de la discussion, mais il n'y a introduit en réalité aucun fait ni aucun élément nouveau, — autant du moins qu'il nous a été possible d'en juger.

Au début de la séance, M. le secrétaire annuel a donné lecture d'une lettre de M. le docteur A. Dechambre, sur le scorbut, ou plutôt à propos du scorbut, pour ne rien préjuger sur la valeur nosologique du mot, ce qui est précisément un des points en question. Dans cette lettre notre savant confrère présente, en effet, la question sous un jour nouveau. Il se demande si l'épidémie d'anémie dont nous venons d'être tous témoins, et beaucoup d'entre nous même plus ou moins victimes, ne rappellerait pas, dans ses formes graves, celles que nous avons généralement et d'un commun accord qualifiées du nom de scorbut, quelques-uns des traits appartenant à certaines maladies exotiques, très-répandues dans certaines contrées, et notamment à la maladie connue des voyageurs et des médecins de la marine sous le nom de *beri-beri*.

En un mot, M. Dechambre inclinerait à croire, avec un médecin néerlandais, M. Praegue, qu'il existe, sinon une similitude complète, du moins des analogies très-étroites entre ces deux affections, qui ont toutes deux cela au moins de commun, de procéder d'une même circonstance étiologique, la misère organique. Nous n'avons pas devers nous les éléments suffisants pour apprécier en ce moment le bien ou mal fondé de cette opinion; mais nous reprendrons prochainement l'examen de la question générale du scorbut à l'occasion des faits récemment publiés et de ceux que nous avons été à même d'observer.

Dr BROCHIN.

Le *Comité pour l'assainissement des champs de bataille*, qui s'est constitué à Bruxelles, sous la présidence de M. le prince Orloff, a envoyé à Sedan l'un de ses membres, M. le docteur Guillery. Notre honorable confrère vient de lui adresser cet intéressant rapport sur l'état des travaux de désinfection du champ de bataille de Sedan.

Bruxelles, le 21 mars 1871.

Messieurs et chers collègues,

Me conformant à votre désir, je me suis rendu à Sedan, où je suis arrivé le 16 courant, vers midi.

Ce jour-là, il faisait froid et humide, la neige tombait à gros flocons, je dus à cette circonstance de rencontrer immédiatement à l'hôtel de l'Europe, où je suis descendu, mes compatriotes, MM. Lente, Créteur et Wauthier; ils avaient renoncé à se rendre sur un terrain par un temps aussi peu favorable.

Je me mis immédiatement en relations avec eux, je leur exposai le but de mon voyage, je leur demandai quelques explications relativement à leurs travaux, et nous convînmes de nous rendre ensemble au champ de bataille dès le lendemain matin.

Je me rendis alors chez M. Malinet, membre de l'administration municipale, auprès de qui j'avais une lettre d'introduction. M. Malinet n'était pas chez lui ; mais il vint me trouver à l'hôtel dans la soirée et me prévint que deux délégués de l'administration nous attendraient, mes compatriotes et moi, le lendemain, vers neuf heures et demie du matin, à l'Hôtel-de-Ville.

C'est par cette entrevue que commença notre journée du 17. Les deux représentants de l'autorité municipale étaient MM. Gollnisch, premier adjoint du maire de Sedan, et M. Martinot.

Après quelques mots d'explication il fut convenu en principe que la ville de Sedan, tout obérée qu'elle est, concourrait à la dépense exigée par les travaux de désinfection et, nous donnant le temps de la réflexion, nous remîmes au lendemain la détermination de ce concours.

Pour nous rendre au champ de bataille, nous sortons de la ville, non loin de l'entrée de la Meuse, et nous arrivons dans une vaste plaine qui fait partie du village de Balan. Pour entrer dans la prairie, nous suivons un chemin au bord duquel nous sommes étonnés de rencontrer des sépultures marquées par des petites croix en bois; sur ces croix sont inscrits des noms français ; je me rappelle ceux de Dupuis, Petit, Moreau, Gaillard. Nous appelons à nous les habitants du village; ils nous apprennent que ces braves ne sont pas morts le jour même de la bataille, mais bien quelques jours après, dans une ambulance du voisinage. Leur inhumation a été faite avec soin et à une profondeur que l'un d'eux compare au manche de la bêche qu'il tient à la main. Et, en effet, nous nous procurons un bâton pointu, nous l'enfonçons dans le sol, et nous constatons que rien ne l'arrête.

Nous demandons si d'autres inhumations n'ont pas été faites dans les environs, précipitamment, le jour même du combat. On nous répond affirmativement, on nous conduit dans la prairie, au bord d'un fossé, et on nous dit : « Ici se trouve le corps d'un Allemand, il n'est recouvert que d'une couche légère de gazon. » Et effectivement, en écartant la neige, on voit clairement que du gazon a été enlevé de chaque côté du fossé ; mais cela ne me suffit pas, je veux voir au moins une partie du cadavre; un piocheur se met à l'œuvre : chaque pelletée de terre argileuse, compacte, fait un vide qui se remplit d'eau, cette eau est écartée avec difficulté ; mais bientôt nous découvrons à 30 ou 35 centimètres de profondeur un pied chaussé d'une botte dont la semelle porte de gros clous. J'en ai assez vu.

Les habitants du village nous disent qu'il y a dans les environs beaucoup d'inhumations semblables à celle-ci; ils en indiquent dans un potager et dans plusieurs jardins appartenant à des maisons de campagne.

Nous nous remettons en route, nous traversons Bazeilles et Rubécourt, remarquant de chaque côté de la route des élévations légères, surmontées d'une petite croix : ce sont des sépultures dont il faudra vérifier la profondeur. Nous arrivons à la Moncelle : c'est ici que nos compatriotes opèrent; mais pendant qu'une opération se prépare au centre du village, nous nous rendons avec le maire et un ouvrier au bord d'un champ élevé. A proximité d'une baie se trouve un petit tumulus. Des débris de carton en forme de soustasse nous font croire qu'une batterie d'artillerie a été placée en ce lieu. Le maire et son ouvrier enlèvent du tumulus une couche de terre profonde à peine de 10 ou 12 centimètres, et mettent au jour le cadavre d'un officier allemand.

L'inhumation, quoique précipitée, n'a pas été faite sans un certain soin respectueux : la tête est plus élevée que le reste du corps; la face est recouverte par la casquette; les cheveux et les vêtements sont encore intacts; les traits de la face sont décomposés et méconnaissables. Le cadavre ne répand pas d'odeur appréciable. Il est vrai que le sol recouvert de neige n'absorbe pas encore les rayons de soleil qui échauffent l'atmosphère.

Un peu plus loin, une petite élévation nous indique l'enfouissement d'un cheval. Il suffit d'enlever la neige pour apercevoir le thorax de l'animal, deux côtes sont mises à nu, la cavité plurale est ouverte, le moindre coup de pioche entame la peau et la chair. Ici l'odeur est infecte.

Le maire nous raconte que ce cadavre est déjà depuis quelques jours la proie des corbeaux : le chien d'un habitant du village serait mort pour en avoir mangé. A quelques pas de là, un second cadavre de cheval est enfoui comme le premier. Nous le découvrons avec la même facilité. Nous abandonnons ce champ élevé pour regagner le centre du village. Après avoir décrit une courbe à grand rayon, nous traversons une couche d'air que le vent du nord amène du premier cheval jusqu'à nous: l'odeur est insupportable.

Revenus au centre du village, dans une pépinière, à proximité d'un cours d'eau, nous apercevons trois cadavres humains encore couverts de leurs vêtements.

On vient de les déblayer; ils n'étaient enterrés qu'à quelques centimètres au-dessous du sol.

On dirait trois corps déposés dans un bassin large et peu profond. Des ouvriers versent dans le bassin environ deux tonneaux de goudron; sur le goudron, ils jettent du chlorure de chaux. En présence du goudron, le chlore se dégage et protége la santé des assistants. Le goudron est rendu plus combustible par l'addition d'une certaine quantité d'huile de pétrole. Quelques fagots de paille et de bois sont ajoutés au mélange, on y met le feu, et bientôt s'élève une colonne immense de fumée noire et de vapeur d'eau.

Dans le bassin, l'incandescence est des plus vives, rien ne résiste à une telle coction.

De temps en temps, une détonation se fait entendre. MM. Laate et Créteur l'attribuent à ce que les gibernes de ces victimes de la guerre contiennent encore des cartouches.

Après deux heures de cette combustion ardente, hâtée encore par les ouvriers qui, armés de pelles, remuent le goudron enflammé, il ne reste plus que les ossements recouverts d'une couche épaisse de résine concrète. Ces restes sont encore recouverts de chaux, la chaux est recouverte de terre amoncelée formant un tumulus dont la surface est destinée à être ensemencée de chanvre ou d'avoine.

Pendant l'opération, un homme du village vient se placer à côté de nous; il est remarquablement pâle et amaigri.

— Êtes-vous malade? lui dis-je.

— Oui, je suis atteint de fièvre périodiques.

— Condition désastreuse devant des miasmes délétères!

Nos compatriotes ont déjà opéré dans des fosses contenant plus de cent cadavres superposés; ils ont obtenu un affaissement de la surface supérieure de 1 mètre 50 centimètres.

Le procédé qu'ils emploient a été adopté à l'unanimité par le conseil d'hygiène et de salubrité de l'arrondissement de Sedan.

L'expérience me parut décisive. Le danger existe ; mais il est conjuré par un procédé efficace et certain. Nous rentrons en ville pour en sortir encore par un côté opposé. En traversant les fossés des fortifications, nous apercevons des tumulus nombreux ; là ont été enfouis des bœufs destinés au ravitaillement de l'armée envahissante, et morts de la peste bovine. Ces enfouissements sont-ils bien faits? Il serait prudent de le vérifier.

Nous arrivons au bord de la Meuse, dans une vaste plaine située en face du château de Bellevue.

On nous raconte que des chevaux y ont été immolés par centaines et qu'ils ont été enfouis au bord du fleuve en un lieu qu'on nous indique avec précision; nous y trouvons des parties de neige convertie en glace par une semi-fusion.

Cette neige condensée est jaunâtre et contient bon nombre de bulles de gaz; j'en prends un morceau dans la main, je l'y fais fondre, et je constate une odeur qui est bien celle de la décomposition cadavérique.

M. Créteur a déjà étudié cette question des bords de la Meuse : il a son plan; mais le premier coup de pioche n'est pas encore donné.

Des cadavres d'hommes ont-ils été jetés dans la Meuse? On me répondit : oui. — Et à cette objection que la décomposition doit les avoir ballonnés et ramenés à la surface de l'eau, on me répond : Le fait était prévu, et les cadavres jetés à l'eau ont été éventrés.

Le champ de bataille de Sedan est-il le seul qui puisse menacer notre pays? On me répond : Non. Celui de Beaumont le menace tout autant.

Le 18, à neuf heures et demie du matin, nous nous rendons à l'hôtel-de-ville et nous recevons la promesse que MM. Golinisch et Martinot proposeront au conseil municipal d'accorder à l'œuvre de la désinfection :

1° Douze journées d'ouvriers à 3 fr., soit 36 fr. par jour pendant deux mois;

2° Tout le goudron nécessaire aux opérations ;

3° Tous les transports gratuits sur le territoire de la ville.

Nos compatriotes désirent pouvoir employer à leurs travaux une douzaine de bons terrassiers flamands. Les représentants de la municipalité n'y voient pas d'inconvénient; cependant ils désirent l'emploi de quelques ouvriers français.

Je crois pouvoir conclure de ce qui précède :

Qu'il y a péril et urgence d'agir; qu'il y a un commencement d'exécution sur le champ de bataille de Sedan; qu'il y a intention d'aborder la question de la Meuse, mais que le champ de bataille de Beaumont n'a pas même été exploré.

Dr GUILLERY.

De son côté, le préfet de la Sarthe a adressé aux sous-préfets et maires du département la lettre suivante :

Le Mans, le 21 mars 1871.

Messieurs,

Les inhumations des soldats tués dans les divers combats qui ont été livrés dans la Sarthe ont été faites presque partout dans des conditions qui peuvent nuire à la santé publique. En effet, par suite de la rigueur de la saison, les corps n'ont été enterrés dans beaucoup de localités qu'à une faible profondeur et ne sont recouverts que d'une légère couche de terre. Il est vrai que, dans un certain nombre de communes, les autorités ont fait procéder, aussitôt que la température l'a permis, à des exhumations et réinhumations ; mais cette sage mesure n'a pas été accomplie sur tous les points.

J'ai consulté le conseil départemental d'hygiène sur les disposi-

tions qu'il convenait de prendre dans la circonstance pour sauvegarder la salubrité publique. Le conseil a été d'avis qu'aujourd'hui l'exhumation et la réinhumation ne seraient pas sans présenter quelque danger, et qu'il valait mieux rapporter sur les fosses une quantité suffisante de terre pour donner à la couche de recouvrement une épaisseur d'un mètre au moins; qu'il fallait en outre ensemencer la surface de ces fosses avec de l'orge, de l'avoine, du ray-grass, de la luzerne ou toute autre plante de saison, de végétation abondante et herbacée.

Je vous prie donc, messieurs, de vouloir bien faire rechercher dans vos communes les fosses qui existent, de les faire sonder à la pelle et de vous conformer aux indications du conseil d'hygiène.

Des animaux ont été enfouis avec beaucoup de négligence et répandent déjà autour des lieux où ils sont déposés une odeur putride fort incommode. Vous voudrez bien aussi, dans ce cas, appliquer une mesure analogue.

Je vous engage vivement, messieurs, à prendre toutes autres précautions que vous paraîtrait réclamer l'intérêt de la salubrité publique dans vos communes respectives.

Agréez, messieurs, l'assurance de ma considération très-distinguée.

Le préfet de la Sarthe par intérim,

AUBERGE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 avril 1871. — Présidence de M. BARTH.

CORRESPONDANCE.

Elle comprend : 1° un rapport fait à la Société des crèches sur les propriétés des lactigènes du galéga, par M. le docteur Moynier; — 2° un pli cacheté déposé par M. le docteur Lantier et renfermant une note relative au nouveau pansement des blessures sur le champ de bataille (accepté).

M. le secrétaire annuel donne lecture de la lettre suivante de M. le docteur Dechambre sur le scorbut.

A M. le président de l'Académie de médecine.

Monsieur le président,

L'Académie, dans sa dernière séance, sur la demande de M. Verneuil, a renvoyé à l'examen d'une commission la communication de M. le docteur Leven relative au scorbut. Me sera-t-il permis d'appeler, par votre intermédiaire, l'attention de la commission sur un point qui n'a encore été touché, je crois, dans aucune des communications, écrites ou verbales, dont l'épidémie actuelle a été l'objet devant les Sociétés savantes, et que des faits récemment observés me paraissent pourtant imposer à l'investigation clinique : je veux parler des rapports du scorbut avec les formes graves d'anémie ou plutôt d'hydrémie qui se sont montrées concurremment avec lui, se détachant avec netteté de l'état anémique plus ou moins prononcé, mais compatible avec la santé, dont a été frappée une grande partie de la population sédentaire ou immigrée de Paris. Il y aurait lieu, à mon sens, de rechercher notamment si ces formes graves n'ont pas revêtu quelques-uns des traits appartenant à certaines maladies exotiques caractérisées également par la pâleur, l'augmentation proportionnelle du sérum du sang et l'anasarque. Il s'agit surtout ici du beri-beri; car il n'y aurait aucune comparaison à faire avec la *cachexie aqueuse* ou *mal de cœur* des nègres, s'il se confirme que cette affection se lie à l'existence de l'enkylostome duodénal.

Un certain nombre de travaux récents, mais surtout ceux de L. F. Praeger, médecin de la marine néerlandaise, tendent à établir entre le beri-beri et le scorbut des analogies tellement étroites, qu'elles équivaudraient à une entière assimilation, si l'on n'avait soin de réserver, dans l'expression symptomatique, la part de ce qu'on appelle *le milieu*. Je crois, avec M. Le Roy de Méricourt, qui vient de publier, avec des annotations, dans les *Archives de médecine navale*, un des mémoires de M. Praeger, que les pétéchies et ecchymoses, les extravasations sanguines dans la profondeur des membres, à la surface des membranes muqueuses et dans les cavités closes, les ulcérations, la dégénération fongueuse des plaies préexistantes, l'état du sang, suffisent, jusqu'à plus ample informé, pour séparer nosologiquement le scorbut du beri-beri; et il est à penser que la disjonction sera rendue plus complète encore par le résultat des recherches anatomo pathologiques qui se poursuivent présentement. Mais aussi il ne faut pas oublier que la seconde maladie se développe, comme la première, sous l'influence de l'inanition; de l'insuffisance, de la mauvaise qualité ou de l'uniformité des aliments; des privations de toutes sortes, de la nostalgie. C'est aussi une maladie de misère. Il faut se rappeler encore un fait, qui est le corollaire naturel du précédent; c'est que des médecins de marine ont dit avoir observé simultanément, dans la même traversée, sur le même navire, dans les mêmes conditions d'alimentation et d'hygiène générale, le beri-beri et le scorbut, chacun dans sa forme classique; que d'autres, décrivant des épidémies de beri-beri, notent chez quelques-uns de leurs malades la stomatite scorbutique, le ramollissement des gencives, en l'absence d'extravasions sanguines dans les autres parties du corps; qu'un certain nombre enfin, déroutés par un assemblage insolite de symptômes, hésitent sur le diagnostic et placent, sous le nom d'*hydropisie*, à côté du scorbut, une affection qui paraît bien se rapporter à la forme hydropique du beri-beri.

Rien n'autorise à dire que le beri-beri soit une maladie cosmopolite; mais elle ne passe plus, comme autrefois, pour appartenir exclusivement au littoral indien. M. Le Roy de Méricourt qui, avec M. Fonssagrives, avait émis cette opinion, l'a abandonnée; et, faisant la revue des contrées où cette maladie a été bien et dûment constatée, il la signale jusque sur les croisières de la mer Rouge. En présence de cette sorte d'expansion, qui n'est sans doute pas terminée, on ne saurait s'étonner de voir M. Praeger convier les médecins à la recherche du beri-beri dans les pays septentrionaux où la misère exerce endémiquement ses ravages : par exemple, en Irlande.

Quoi qu'il en soit, cette lettre est, comme je l'ai dit en commençant, motivée par les faits. Je déclare avoir observé cinq ou six fois chez des soldats de ligne ou chez des gardes mobiles, à l'ambulance du conseil d'État, un ensemble de symptômes dont le trait dominant était, il est vrai, l'anémie, mais qui m'a paru différer sensiblement de celui que produit l'anémie simple, même portée au plus haut degré, et se rapprocher, à plus d'un égard, de celui qui est propre au beri-beri. Je signale principalement les particularités suivantes, dont mon collègue de l'ambulance, M. le docteur Bonnefin, s'est montré également frappé :

1° A une période peu avancée de la maladie, raucité de la voix; douleur à la région du larynx, augmentant au toucher. Aucune apparence d'inflammation dans le gosier. Ces symptômes résistent à l'emploi de tous les moyens locaux, tels que gargarisme, frictions avec l'huile de croton sur le devant du cou, etc.;

2° Apparition précoce et marche rapide de l'œdème des membres inférieurs et de la bouffissure de la face, très-prononcés déjà au bout d'une quinzaine de jours de maladie;

3° Dyspnée rapidement croissante, traversée, chez un sujet, par des accès aigus de suffocation, dans lesquels les battements du cœur deviennent précipités et confus. Pouls misérable, fréquent, souvent irrégulier;

4° Chez deux sujets, fourmillements pénibles dans les membres inférieurs, accompagnés chez l'un d'eux d'une hyperesthésie cutanée rendant insupportable le moindre frôlement;

5° Débilité musculaire remarquable dès le début, arrivant promptement (dans l'espace d'un mois, par exemple) à un degré que l'anémie ordinaire n'amène qu'à la dernière période, et ne permettant plus aux malades de se traîner qu'à grand'peine dans les salles.

Parmi ces divers symptômes, on remarquera plus particulièrement la raucité de la voix (sur laquelle insiste Praeger), les fourmillements des membres et l'hyperesthésie cutanée, comme se rapprochant davantage du beri-beri. Mais j'ai hâte d'ajouter que j'entends moins encore identifier, sous le rapport de l'ensemble symptomatique ou sous celui de la pathogénie, l'anémie régnante avec le beri-beri, que celui-ci avec le scorbut. Je ne me hasarderais pas d'ailleurs à confondre deux termes dont l'un au moins ne m'est pas suffisamment connu. Mon désir serait seulement que la commission voulût bien examiner si cette anémie n'emprunte pas aux circonstances spéciales dans lesquelles elle s'est produite des caractères spéciaux aussi; et si, concomitante du scorbut, qui a de grandes analogies avec le beri-beri, née de conditions hygiéniques propres à les engendrer l'un et l'autre, elle n'offre pas avec le beri-beri lui-même une certaine ressemblance de traits, rendue moins accusée par des différences de race et de climat. Ce n'est pas une opinion formelle que j'exprime, mais seulement une vérification que je propose à de plus compétents.

A. DECHAMBRE.

(Commission : MM. Vulpian, Verneuil, Fauvel et Sée).

PRÉSENTATIONS

M. PIORRY offre en hommage différents mémoires et manuscrits sur la défense de Paris, sur les armes défensives propres à protéger les combattants contre les projectiles ennemis, sur un nouveau système d'organisation de l'armée, sur le pansement des blessures par armes à feu, sur le traitement de la variole, sur la mortalité des nourrissons, etc., etc.

M. ALPHONSE GUÉRIN dépose sur le bureau une thèse inaugurale de M. le docteur Alfred Dibos, sur l'infection purulente.

Suite de la discussion sur l'infection purulente.

M. ALPHONSE GUÉRIN commence en faisant remarquer que tous les orateurs qui ont pris la parole dans cette discussion ont montré une tendance manifeste à s'éloigner de l'ancienne doctrine dite physiologique, ce qu'il a fait lui-même depuis longtemps, dès qu'il l'a soumise au contrôle des faits. Cependant il ne paraît pas avoir été compris par ses contradicteurs et il se croit, en conséquence, obligé de réfuter quelques-uns des reproches qui lui ont été adressés.

M. A. Guérin répond d'abord au reproche que lui a fait M. Legouest d'avoir émis comme sienne, une opinion semblable à celle de M. Sédillot et à celle de M. Darcet qui, avant M. Sédillot avait déjà admis l'hypothèse de l'absorption des matières sanieuses. Mais cette absorption de détritus professée par Sédillot, celle d'une matière sanieuse et infecte, admise par Darcet, la physiologie les repousse. Dans l'une et l'autre ce sont des substances corporelles morpholagiques qui devraient être absorbés; ce sont des matières visibles et tangibles qui devraient entrer dans les vaisseaux et y circuler. Pour que l'opinion de Sédillot et celle de Darcet fussent soutenables, dit-il, il faudrait démontrer la possibilité de l'absorption des globules du pus, des matières sanieuses et de l'étude des plaies que les physiologistes repoussent. On voit combien mes opinions et celles des auteurs cités se ressemblent peu.

Je comprends, ajoute t-il, que M. Legouest se range à l'opinion de M. Sédillot, l'un des chirurgiens qui ont le plus étudié la question de l'infection purulente; mais ce qui me surprend, c'est qu'avec sa rectitude d'esprit ordinaire il ait pu trouver une grande ressemblance entre cette opinion et la mienne. J'ai été plus étonné encore de voir assimiler ma doctrine à celle de Copland. Je dois avouer que, peu familiarisé avec la langue anglaise, je connaissais peu les idées de Copland sur ce sujet; j'ai lu depuis les œuvres de cet auteur et je me suis convaincu que Copland n'a jamais eu l'idée qu'on lui a prêtée. On voit, en effet, par une citation que fait ici M. A. Guérin, que Copland considère les sécrétions purulentes sanieuses ou autres agents morbides, comme produisant la fièvre hectique aiguë, des fièvres rémittentes ou adynamiques, et souvent des phlébites ou des dépôts purulents dans les viscères ou dans les articulations.

Copland traite d'une manière générale des agents d'infection, et il n'a jamais visé d'une manière particulière l'infection purulente, qu'il considère comme n'étant autre chose que le résultat d'une phlébite.

N'est ce pas là l'opinion soutenue par M. Sédillot? N'est-ce pas à lui que M. Legouest aurait dû opposer Copland?

Je regrette encore que M. Legouest m'ait fait d'autres reproches qui n'ont pas plus de fondement, comme, par exemple, d'admettre avec Virchow que ce que l'on a pris pour du pus mêlé au sang, ce sont des leucocytes.

En citant ce passage de Virchow, j'ai avoué mon incompétence à cet égard. Je n'ai donc point méconnu, comme on me l'a fait dire, l'existence du pus dans le sang.

Si M. Legouest avait lu mon travail, il ne m'aurait pas fait dire que l'infection purulente n'existe pas dans les petites villes, à la campagne et dans la pratique civile. J'ai dit sa rareté et non nié son existence.

M. Legouest, après m'avoir critiqué, a formulé sa propre opinion; il a expliqué l'empoisonnement des blessés par le mauvais état des plaies, l'érosion des veines, et c'est absolument l'opinion de M. Sédillot, qu'il considère comme péremptoirement démontrée. Mais pour que cette démonstration fût péremptoire, il faudrait ne pas admettre l'infection purulente au nombre des maladies infectieuses, c'est-à-dire contagieuses par l'air. Or, M. Legouest en cite des exemples. Pour moi ces faits sont communs, mais ils cadrent avec la théorie que j'ai adoptée, tandis qu'ils sont inexplicables pour la théorie qui attribue l'affection purulente à l'érosion des veines et à la pénétration du pus dans le sang.

Arrivant à l'argumentation de M. Verneuil, M. A. Guérin déclare qu'il serait très-sensible au reproche qu'il lui a fait s'il était mérité. J'admettrai, d'après lui, l'absorption d'un principe miasmatique d'origine animale par une voie indéterminée. Rien n'est plus loin de ma pensée. Il suffit, pour la rétablir, de rappeler quelques passages de mes travaux sur ce sujet, et il cite, entre autres, le passage suivant, extrait de la thèse de l'un de ses élèves, M. Dibos, sur l'infection purulente (1868) :

« L'infection purulente étant une maladie que l'on peut considérer, jusqu'à un certain point, comme spéciale aux hôpitaux, M. A. Guérin a cru que c'était dans les miasmes dégagés par la décomposition du pus à la surface des plaies et des pièces à pansement que l'on devait chercher la cause de cette maladie. » Et plus loin : « C'est à l'action des miasmes, produits de cette décomposition, que M. A. Guérin rattache les phénomènes de l'infection purulente. C'est par la plaie que l'absorption se fait, et les traumatismes intéressent les surfaces osseuses, en même temps que les parties molles créent une réceptivité plus grande pour les poisons. »

Après cette citation, M. A. Guérin ne croit pas devoir insister davantage sur le reproche que M. Verneuil lui avait adressé.

Quant aux idées exposées par M. Verneuil, il y a, dit M. A. Guérin, une opinion qui n'est autre que la mienne : décomposition du pus à la surface des plaies, absorption du produit putride, et, comme conséquence, abcès métastatique. Mais il y en a une autre que je suis loin de partager.

Ici M. A. Guérin entre dans l'examen et la discussion de la théorie des Allemands, et il s'attache à démontrer qu'elle est loin d'être aussi claire, aussi nette que le prétend M. Verneuil.

D'après Billroth, l'un des auteurs sur lesquels il s'est appuyé, l'infection purulente serait bien une forme maligne et spéciale de la fièvre traumatique; mais il ne repousse pas la possibilité de l'absorption du pus en nature. Ainsi, pour lui, c'est la pénétration du pus, c'est son absorption qui explique les frissons. Ceci est clair, mais pas nouveau. Ce qui suit est moins précis. Ici M. A. Guérin cite un passage de Billroth, duquel il résulte que l'inflammation joue un rôle important, idée complétement renouvelée de l'ancienne doctrine de l'irritation.

En résumé, tandis qu'on pouvait croire que Bilroth considérait la pyohémie comme étant le produit de l'absorption d'un miasme, il n'en est rien, il en admet bien la possibilité, mais sous toutes réserves, et il n'a pas plus besoin des miasmes que du virus invoqué par M. Verneuil pour expliquer la production de l'infection purulente. En effet, il finit par confondre les miasmes avec les matières purulentes et peut-être aussi avec des organismes vivants, etc. En un mot il se place sur le terrain des hypothèses.

Si Billroth concède la possibilité de la nature miasmatique de la pyohémie, M. Verneuil aura bien de la peine à lui faire admettre le virus propre à cette maladie.

Enfin, pour faire apprécier jusqu'au bout la valeur des théories de Billroth, M. A. Guérin termine en citant un passage relatif au traitement, pour lequel ce chirurgien propose l'amputation, si celle-ci pouvait encore être faite sur des parties saines du membre.

... Laissons donc de côté de pareilles idées, dit M. A. Guérin, et examinons la théorie qui fait de la fièvre traumatique la première période de l'infection purulente.

On ne trouve guère sur ce point dans le discours de M. Verneuil autre chose qu'une assertion.

Ici M. A. Guérin rappelle les huit propositions de M. Verneuil. La plupart des propositions, d'après M. Verneuil, pourraient se passer de commentaire, et il n'insiste que sur la quatrième qui renferme le point fondamental de la théorie.

— Existe-t-il un virus traumatique?

A l'expérience d'Otto Weber, sur laquelle se fonde M. Verneuil pour résoudre affirmativement cette question, M. A. Guérin oppose tout simplement ce qui se passe chaque jour à l'hôpital. Si les liquides provenant d'une plaie étaient si généralement contagieux, quel est le chirurgien qui n'aurait pas dans sa vie cent fois la fièvre traumatique?

Voit-on davantage que les infirmiers qui sont continuellement en contact avec le pus et les linges à pansement, aient la fièvre traumatique?

Ce n'est pas par contact, ce n'est point par inoculation que se produit la transmission de l'infection purulente, pas plus que celle de l'infection putride, c'est par les émanations dont l'air est le véhicule.

Si la proposition de M. Verneuil était démontrée on arriverait à dire que presque tout les malades qui ont un traumatique étendu sont affectés de l'infection purulente. Qu'y a-t-il d'étonnant à ce qu'un travail aussi important que celui qui s'opère dans une grande

plaie, donne lieu à de la fièvre? Si la fièvre traumatique provenait d'un virus quelle en serait la source ?

M. A. Guérin termine en répondant aux objections qui lui ont été faites relativement à sa comparaison de l'infection purulente aux typhus. L'infection purulente, a-t-on dit, se contracte par une plaie, les typhus ne pénètrent dans l'économie que par les voies aériennes. Est-il vrai d'abord que les typhus n'ont pas d'autres portes d'entrée que les voies aériennes? Mais si l'infection purulente, d'ailleurs, avait pu se produire sans plaie, je ne l'aurais pas, dit-il, appelé un typhus chirurgical. Je l'ai appelée ainsi, non pour introduire un nouveau nom dans la science, mais pour mieux faire comprendre combien la maladie dont je m'efforçais de pénétrer la nature, était distincte de la classe des inflammations.

La suite de la discussion est renvoyée à mardi prochain.

A 4 heures et demie l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de M. H. Roger sur les candidats aux places vacantes de correspondants nationaux.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

---

29 SEPTEMBRE.

XLIII. **Garde nationale.**—M. le docteur de Wecker a adressé au commandant supérieur des gardes nationales de la Seine sa démission du grade de chirurgien major à l'état-major général.

La démission de M. le docteur de Wecker a été acceptée.

XLIV. **Garde nationale.**—Par décret en date du 29 septembre 1870, M. le docteur Lannelongue, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, a été nommé chirurgien-major à l'état-major des gardes nationales de la Seine, en remplacement du docteur de Wecker, démissionnaire sur sa demande.

XLV. **Hygiène publique.** — La hausse considérable qui s'est produite sur le charbon de bois, par suite de sa raréfaction, a été l'objet de l'attention de l'autorité, et des mesures ont été prises pour remédier au plus tôt à cet état de choses.

Des bois provenant des coupes faites à Vincennes et au bois de Boulogne ont été transportés, par les soins de l'administration, dans des terrains vagues de Passy, où ils seront aussitôt transformés en charbon. De plus, l'autorisation nécessaire a été donnée à l'un des plus importants marchands de bois de la capitale, pour installer des charbonneries qui transformeront sans relâche une partie des bois emmagasinés par lui.

XLVI. **Hygiène publique.**— M. le docteur Daremberg appelle, dans *les Débats*, l'attention de l'administration sur plusieurs points de l'hygiène publique.

«Nous avions réclamé avec insistance une mesure analogue à celle que vient de prendre M. le maire de Paris, et qui donne aux directeurs des eaux et des égouts le droit de « requérir tous ouvriers plombiers, égoutiers et vidangeurs, afin de pourvoir à la propreté, à la sécurité des égouts et à la *salubrité des voies publiques*. » Aucune mesure n'était plus opportune, et ne sera accueillie avec plus de reconnaissance par la population parisienne. On avait déjà depuis huit jours tenté de sérieux efforts, mais ils n'étaient ni assez efficaces, ni convenablement dirigés. Aujourd'hui que cette question capitale de la salubrité des voies publiques est remise en une main ferme, nous sommes pleins d'espoir. Nous l'avons déjà dit ici même : il y a beaucoup d'hommes ou trop jeunes ou trop vieux pour porter le mousquet et qui sont parfaitement en état de seconder M. le directeur des eaux. Ces hommes trouveront au moins dans ce travail une juste rémunération de leur peine, et Paris ne sera pas obligé de les nourrir gratuitement. Depuis plusieurs jours nous voyons, non sans regret des jeunes gens de seize à dix-huit ans *jouer au bouchon* sur nos places; c'est un véritable anachronisme, auquel l'arrêté de M. Etienne Arago va mettre fin, nous en sommes convaincus du moins.

Nous oserons signaler à M. le directeur des eaux quelques points principaux : d'abord l'inspection sévère du cours de la Seine, où nous avons vu (vers le pont de Grenelle, par exemple) flotter de gros animaux morts. C'est une cause d'infection des plus graves. De plus, il importe de surveiller les berges, afin qu'on n'y dépose pas d'immondices. En second lieu, — nous l'avons déjà demandé, — qu'on ne tolère plus le séjour sur la voie publique des ordures qu'y laissent les chevaux. Nous avons remarqué avec satisfaction que l'eau coulait dans plusieurs ruisseaux pendant quelques heures de la journée ; mais ce que nous aurions voulu voir en même temps, c'est qu'on profitât de ce moment pour faire balayer ces ruisseaux et repousser dans les égoûts toutes les matières qui les remplissent; nous ajoutions qu'à défaut de balayeurs *ex professo*, les concierges ou riverains devaient être invités à leur venir en aide dans certaines limites, soit pour donner un coup de balai, soit pour projeter l'eau des ruisseaux sur la chaussée, afin de suppléer à l'arrosage régulier quand il ne peut pas avoir lieu.

Nous avons déjà appelé à diverses reprises l'attention de l'édilité sur la nécessité urgente qu'il y aurait à multiplier les *vespasiennes mobiles* (tonneaux revêtus d'une feuille de métal à l'intérieur ou seulement fortement goudronnés). Il est impossible de voir quelque chose de plus hideux et de plus malsain que les lacs d'urine (puisqu'il faut appeler les choses par leur nom) au milieu desquels on patauge aux abords de tous les monuments, dans les petites rues comme dans les grandes, autour de la colonne Vendôme ou de la colonne de Juillet comme au pied de l'Arc-de-Triomphe de la place du Carrousel, tout le long des Tuileries, de l'Hôtel-de-Ville, de l'Institut, etc., etc. Le placement des vespasiennes qu'on viderait chaque soir, des affiches répandues à profusion, des ordres précis donnés aux chefs de corps et aux habitants, mettraient vite fin à cet abus, qui bientôt dégénérera en fléau (1). Encore une fois, une hygiène bien entendue fait partie intégrante, essentielle de la défense nationale ; c'est une des lois du *salus populi*. Nous le répéterons jusqu'à ce que notre voix soit entendue. On prend, nous le savons, de très-bonnes mesures pour tout ce qui regarde les voiries, les lieux d'équarrissage et autres établissements insalubres, etc.; mais on ne fait pas assez pour la voie publique. Il conviendrait d'exciter sur ce point l'initiative privée, et d'avoir, comme surveillant, un délégué sanitaire responsable dans chacune des mairies, et auquel la plus grande activité serait prescrite.

Enfin il y a encore une question des plus importantes, mais celle-là ne regarde peut-être pas M. le directeur des eaux, nous voulons parler des fosses qu'il est de toute nécessité de creuser au plus vite là où campent les troupes, quelles qu'elles soient. Faute de cette précaution vraiment élémentaire, les environs des remparts et autres places de séjour des gardes nationaux sont transformés en immenses latrines; les exhalaisons en dedans des remparts sont infectes, et les premières victimes de cette infection seront certainement les gardes nationaux eux-mêmes, à qui on n'a pas encore enseigné ce qui se pratique autour de tous les camps bien tenus (2). Nous sommes certains que nous n'aurons plus désormais à entretenir nos lecteurs de pareils sujets, car nous savons ce que nous pouvons attendre du zèle de la municipalité et du gouvernement de la défense nationale.

XLVII. **Ambulances mobiles de la Presse.**—Le Comité des ambulances de la Presse, après avoir organisé un grand nombre de services pour les blessés, s'est occupé d'organiser un service destiné à aller ramasser les victimes de la guerre sur le champ de bataille. Pour atteindre ce but, elle a formé un certain nombre d'ambulances mobiles placées près des fortifications, à proximité des forts. Ces ambulances mobiles, dont le personnel est considérable, sont munies de tout un matériel nécessaire au transport des blessés; des médecins veillent jour et nuit dans ces ambulances, et, au premier coup de canon tout le personnel doit se réunir au siége même de l'ambulance, afin de pouvoir se porter en nombre sur le champ de bataille. Au moyen d'estafettes, l'ambulance mobile la plus voisine est appelée, les membres du Comité sont prévenus, et chacun se trouve en position de remplir son devoir.

Comme le Comité des ambulances de la Presse n'a qu'un but, celui d'être utile, et n'apporte dans tous ses actes aucun esprit personnel, il a instamment prié les chefs de ses ambulances mobiles de se mettre en rapport avec les chirurgiens de l'armée et de la garde nationale mobile et sédentaire, de tous ceux, en un mot, qui se proposent de porter secours aux blessés. Quant à ces derniers, une fois recueillis et secourus, il sera tenu compte de leurs désirs, et on les dirigera suivant leur volonté.

Les grands postes médicaux établis par le Comité des ambulances de la Presse sont au nombre de cinq, et sont placés de la manière suivante :

1° A Ouest-Ceinture, au bout de la rue de Vanves, près les fortifications. Il correspond aux ambulances fixes groupées autour de la grande ambulance des ponts et chaussées.

2° Boulevard Flandrin, n° 11. Il correspond aux ambulances groupées autour de celle du boulevard d'Iéna, n° 3.

3° Boulevard Pereire, n° 119. Il correspond aux ambulances fixes groupées autour de la grande ambulance, n° 24, rue de Monceau.

4° Rue Bagnolet, n° 152, à Charonne. Il correspond à la grande ambulance des ponts et chaussées.

5° Station de la Maison-Blanche (chemin de fer de Ceinture), avenue d'Italie, n° 115. Il correspond aux ambulances de la rue des Irlandais et de la rue Tournefort.

Le Comité des ambulances de la Presse aurait pu augmenter le nombre de ses postes. Mais c'eût été peut-être au détriment du but qu'il veut atteindre. Pour aller porter secours aux blessés, il faut du monde, des appareils spéciaux et un matériel roulant. Or, en multipliant ses postes, il eût certainement diminué ses forces. Tels sont dans leur ensemble la composition et le but des ambulances mobiles de la Presse. Nous allons d'ailleurs publier leur règlement en y ajoutant toutefois ce fait intéressant, à savoir : que les étudiants qui font partie des ambulances mobiles de la Presse recevront chaque jour une indemnité de 2 francs, indépendamment de celle qu'ils recevront le jour de garde. Nous félicitons hautement le Comité de la Presse de cette mesure, qui assure l'existence de beaucoup de jeunes gens qui, par le fait du siége, ne reçoivent plus rien de leur famille.

RÈGLEMENT DES AMBULANCES MOBILES

1° Leur durée est limitée à la durée de la guerre;

2° Leur but est de porter secours aux blessés au moment du combat;

3° Le lieu de leurs réunions est placé près des fortifications;

4° Chaque ambulance mobile est divisée en escouades de cinq membres;

5° Chaque escouade sera de garde pendant vingt-quatre heures;

6° Les ambulances mobiles ont un chef qui règle le service et veille activement à l'exécution du règlement;

7° Pendant la durée de la garde, chaque membre présent recevra une indemnité de 5 francs;

8° A chaque ambulance mobile seront attachées des voitures pour le transport des blessés;

9° Quatre hommes de peine seront constamment attachés à chacune des ambulances mobiles;

10° Un service d'estafettes, destiné au moment du combat à relier tout le personnel des ambulances, ainsi que les membres du Conseil des ambulances de la Presse, est attaché aux ambulances mobiles;

11° Le chef de chaque ambulance touchera chaque semaine, à la caisse des ambulances de la Presse, la somme nécessaire pour payer les dépenses. (*Union médicale.*)

XLVIII. **La Bibliothèque de Strasbourg.**—La destruction de la bibliothèque de Strasbourg constitue une perte irréparable pour la science. La collection se composait de plus de 200,000 volumes; elle était donc une des plus riches de la France et même de l'Europe. Ce qui lui donnait une valeur extraordinaire, c'était le grand nombre d'ouvrages rares, de manuscrits précieux, d'incunables qui s'y trouvaient réunis.

La bibliothèque était formée, à vrai dire, de trois collections.

La plus ancienne était celle du séminaire protestant. Le fonds en était composé de la bibliothèque de l'Université, établie en 1831 par le magistrat de Strasbourg. Elle avait été augmentée considérablement, dans la suite, par des achats, des dons faits surtout par des professeurs de l'Université.

Au mois de mai 1803, à la suite de la nouvelle constitution des Eglises, elle passa définitivement en la possession et sous la direction du séminaire protestant.

Elle avait été, presque dès le début, établie dans le cœur du Temple-Neuf, vaste local séparé de la nef par un mur construit à cet effet. Le Temple-Neuf appartenait primitivement à un couvent de dominicains bâti en 1254; il avait été fermé lors du départ des dominicains à la suite de la Réformation, et cédé aux protestants lorsque la cathédrale eut été attribuée par l'intérim au culte catholique. C'est en 1681 que l'église reçut le nom de Temple-Neuf.

Parmi ceux qui contribuèrent le plus puissamment à enrichir la collection, nous nommerons Jérémie-Jacques Oberlin, frère du vénérable et célèbre pasteur du Ban-de-la-Roche. D'après le catalogue fait par lui, le nombre des imprimés, dont la date est antérieure à 1520, est de 4,300 environ; 1,134 d'entre eux ne portent pas de date précise. Au nombre des livres imprimés en Alsace dans la première période de l'imprimerie se trouvaient 600 volumes de la plus grande rareté et du plus haut prix. Strasbourg avait eu des imprimeurs célèbres au quinzième et au scizième siècle; il nous suffira de rappeler les noms de Jean Mentel, Marc et Jean Reinhard, Georges Husner, Jean Beckenbub, Martin Flach, Henri Knobloahzer, etc.

La collection de manuscrits de cette première bibliothèque contenait de très-beaux exemplaires, mais heureusement peu d'*unica*. Parmi les portraits, on en remarquait deux du fondateur de la bibliothèque, le *stettmeister* Jacques Sturm de Sturmeck, celui de Gustave Adolphe, celui de Jean Képler, et une série de portraits de professeurs de l'Université.

La collection avait été enrichie, en outre, en 1860, par un legs du professeur Kreiss, helléniste distingué, qui avait fait don au séminaire de toute sa bibliothèque, comprenant un grand nombre de volumes magnifiquement reliés, et surtout des éditions rares de classiques grecs et latins.

La seconde collection, celle de la ville, était plus considérable encore. Elle était due en grande partie aux efforts d'Oberlin. Lors de la suppression des couvents par la grande Révolution, les différentes bibliothèques des couvents de Strasbourg menaçaient d'être dispersées. Oberlin sut empêcher cette perte et fit réunir promptement tous les volumes. La collection fut abritée d'abord dans la « Maison des Chevaliers, » puis dans l'ancien séminaire épiscopal, ensuite dans l'école centrale, enfin dans le chœur du Temple-Neuf, où le directoire de l'Eglise de la confession d'Augsbourg lui accorda un asile à côté de la bibliothèque du séminaire protestant.

Une partie considérable de cette seconde collection était formée par la bibliothèque de l'ancienne commanderie de Saint-Jean de Strasbourg. Avant la réunion de cette bibliothèque avec celle de la ville, elle avait perdu un grand nombre de manuscrits, environ 400, sans qu'il eût été possible de rentrer dans leur possession ou d'en découvrir la trace dans une autre collection.

Un seul manuscrit « *Mer von der Minne,* » de maître Golfried, fut retrouvé par hasard. La plupart des manuscrits perdus se rapportaient à la théologie; quelques-uns, plus précieux et plus rares, contenaient d'anciennes poésies allemandes. Le catalogue des imprimés de cette bibliothèque avait été fait par Nicolas Weisslinger, celui des manuscrits par le professeur de l'Université Witter.

Enfin, à cette bibliothèque se rattachait une troisième collection, rangée à part mais également accessible au public, et qui portait le nom de Schoepflin. L'illustre historiographe de l'Alsace, Jean-Daniel Schoepflin, avait légué, de son vivant, sa riche bibliothèque et sa précieuse collection d'antiquités égyptiennes, grecques, romaines et allemandes, fruit d'un travail intelligent et persévérant, poursuivi pendant quarante-sept ans, à la ville de Strasbourg. Il disait dans son testament que Strasbourg « œil de l'Alsace, » devait posséder tout ce qui pouvait donner quelque lumière, porter quelque honneur à l'Alsace. Il n'avait réservé pour lui-même et après sa mort pour sa sœur, qu'une rente de 2,400 francs.

En droit, l'administration des trois bibliothèques établies au chœur du Temple-Neuf était séparée. De fait, elle était toujours concentrée en une seule et même personne: Ce n'est qu'en 1863, à la mort du bibliothécaire Jung, que la collection de la ville et celle du séminaire furent placées chacune sous une direction spéciale. Depuis cette époque, on travaillait à refaire les catalogues à nouveau.

La salle de lecture était restée commune aux lecteurs des deux bibliothèques.

Ce sont tous ces trésors de manuscrits et de livres rares qui attiraient chaque année des savants de toute l'Europe qu'un soldat, obéissant à un ordre barbare, a fait réduire en cendres en un jour de colères et d'aveuglement. Son nom restera tristement attaché à l'incendie de cette collection unique. Quant à la France, elle ne pourra la remplacer ; nous espérons du moins qu'elle tiendra à honneur de la restaurer en quelque mesure et en ne reculant pas devant des sacrifices réels et considérables —A. MARCHAND. (*Temps.*)

XLIX. **Ambulances de la presse.**—Le comité des ambulances de la Presse a l'honneur d'informer MM. les chirurgiens de l'armée

---

(1) Voir le dernier numéro.

(1) Autrefois on prenait soin de verser chaque jour de l'eau sur les encoignures garnies d'asphalte; nous ne voyons plus qu'on le fasse. On jette du chlorure de chaux çà et là, mais combien de places où il en manque et qui en exigent.

(2) Nous avons lu avant-hier qu'on a distribué de nombreux *privés* dans les baraquements des mobiles en dehors du mur d'enceinte. Pourquoi ne pas prendre les mêmes précautions pour les gardes nationaux, qui réclament aussi des abris, si je ne me trompe ?

et de la garde nationale qu'il met entièrement à leur service tout son personnel, tout son matériel, tous ses locaux.

Les postes à proximité des remparts, où sont donnés aux blessés les premiers soins, sont situés :

1° Avenue Flandrin, 11 ; — 2° boulevard Pereire, 119; — 3° rue de Bagnolet, 152 ; — 3° gare du chemin de ceinture (avenue d'Italie) ; — 5° gare Ouest-Ceinture.

Les ambulances centrales, où seront hospitalisés les blessés, sont situées :

1° Avenue d'Iéna, 3; — 2° rue Monceau, 24; — 3° Conservatoire des arts et métiers ; — 4° rue des Irlandais, 5, et rue Tournefort, 39 ; — 5° École des ponts et chaussées, rue des Saints-Pères, 28.

Autour de ces ambulances centrales se trouvent groupées de nombreuses ambulances annexes, dont nos confrères trouveront la liste détaillée dans nos postes ou dans nos grandes ambulances centrales.

Le comité des ambulances de la Presse est heureux de s'associer ainsi au dévouement et au patriotisme des chirurgiens de l'armée et de la garde nationale.

Le président du comité, Dr RICORD ; *l'aumônier en chef*, Mgr BAUER ; *les membres du comité*, Dr Jules GUÉRIN, Dr DEMARQUAY, Edmond TARBÉ.

Le secrétaire des ambulances de la Presse,
Armand GOUZIEN.

(*A suivre.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1870.

169. Blanquinque (Paul). Etude sur les fistules vésico-intestinales.

170. Raybaud (Félix). Usage interne des composés alcalins de soude et de potasse.

171. Carpentier (Georges). Quelques considérations sur les plaies pénétrantes de l'abdomen avec issue de l'épiploon.

172. Poirier. Essai sur le traitement de la variole.

173. Viaud (Fortuné). Etude sur les effluves des marais.

174. Dessoliès (Félix). De l'ictère grave.

175. Bourgeois (Ernest). De la congestion pulmonaire simple.

176. Mohammed Salem. Etude comparative des chancres, chancre simple et chancre syphilitique.

177. Gourvat (Pierre). Action physiologique de la digitale et de la digitaline.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

—

De l'hémiplégie pneumonique, par le docteur R. LÉPINE, préparateur du cours de pathologie comparée et expérimentale à la Faculté de médecine de Paris. 1870, in-8 de 40 pages. — Prix : 1 fr. 25.

De l'hyoscyamine et de la daturine. Étude physiologique et applications thérapeutiques, par le docteur LAURENT, ancien interne des hôpitaux de Paris. Brochure in-8, avec figures dans le texte. — Prix : 3 fr.

Curation des maladies organiques de la langue et des cancers en général, par le docteur DÉCLAT. Gr. in-8. — Prix : 8 fr.

Revue photographique des hôpitaux de Paris. Bulletin médical publié sous le patronage de l'administration de l'Assistance publique (2e année, n° 5, mai 1870; nos de mai et juin 1870), avec 3 photographies. — Prix : 2 fr.

Du fonctionnement des ambulances civiles et internationales sur le champ de bataille, par J.-P. BONNAFONT, médecin principal des armées, en retraite, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, etc. In-8. — Prix : 50 centimes.

Traité des fractures non-consolidées ou pseudarthroses, par le docteur BÉRENGER-FÉRAUD, médecin principal de la marine. In-8 de 700 pages. — Prix : 10 francs.

De l'intervention chirurgicale dans les étranglements internes, par M. CHARPENTIER (P.), 1 vol. in-8, 1870. — Prix : 2 fr. 50 centimes.

Des méthodes générales d'opération de la cataracte et en particulier de l'extraction linéaire composée, par Paul YADES, docteur en médecine. Paris, 1870, 1 gr. in-8 de VIII-77 pages. — Prix : 3 fr.

De l'équitation considérée au point de vue physiologique, hygiénique et thérapeutique, par le docteur R. CHASSAIGNE. 1870, gr. in-8 de 116 pages. — Prix : 2 fr. 50.

De quelques applications de l'électricité à la thérapeutique (courants continus, bains électrisés), par le docteur CHAPOT-DUVERT. In-8 avec figures dans le texte. — Prix : 1 fr. 75.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 6 avril 1871.

HOPITAL SAINT-JEAN DE BRUXELLES.

M. Van den Corput.

Nouveau mode de traitement de la phthisie tuberculeuse, au moyen de l'huile de foie de morue saponifiée par la chaux.

Quelle que soit la théorie que l'on adopte quant à la genèse et au développement de la tuberculisation pulmonaire, il est un point sur lequel tous les praticiens sont d'accord, c'est le peu de succès des différents moyens recommandés pour combattre cette cruelle maladie et le résultat trop souvent funeste de son évolution.

Parmi les innombrables substances auxquelles la thérapeutique a eu recours jusqu'à présent pour tenter d'enrayer la marche fatale de cette affection, l'huile de foie de morue produit, comme l'a dit Walshe, « une amélioration plus réelle et plus prompte que n'importe quel autre médicament. » (*Traité clinique des maladies de poitrine*, trad. par le docteur Fonssagrives, p. 596.)

Mais s'il n'est guère de praticien qui n'ait pu apprécier les bons effets de cet agent dans certains cas de phthisie pulmonaire, il n'en est pas non plus qui n'ait éprouvé le regret de devoir s'abstenir de son emploi chez bien des malades, qu'une répulsion invincible oblige de renoncer aux bénéfices de ce puissant modificateur, ou dont l'appareil digestif se montre réfractaire à son absorption.

Le docteur Williams, de Londres, estime à 5 pour 100 le nombre des phthisiques chez lesquels on est obligé de renoncer à l'huile de foie de morue.

Si l'on y ajoute ceux chez qui l'on est forcé d'en suspendre l'usage avant qu'elle ait eu le temps de produire quelque effet favorable, cette proportion sera certes beaucoup plus élevée.

Une infinité de moyens ont été proposés dans le but d'obvier aux inconvénients qui résultent de la saveur repoussante et de l'assimilation très-souvent difficile de cette huile. Différents correctifs, des adjuvants variés lui ont été associés, sans que les conditions cherchées aient, jusqu'à ce jour, pu être obtenues.

Le sirop de Vanier, tant vanté par un grand nombre de médecins, a le défaut de ne contenir qu'une quantité d'huile de de foie morue à peu près illusoire.

Quant aux succédanés de cette dernière, aucun n'approche de la composition très-complexe ni, partant, des propriétés du remède.

Aussi est-ce en vain que Trousseau avait imaginé de lui substituer l'emploi du beurre salé à l'iodure de potassium; l'absence, dans ce composé, de la gaduine et des autres éléments actifs de l'huile de foie de morue, fit oublier bientôt cette contrefaçon imparfaite.

Jusqu'à présent, le procédé le plus simple et le moins défectueux pour faire ingérer cette substance, consiste dans l'emploi de capsules de gélatine. Mais le moindre des inconvénients de ce mode d'ingestion est d'occasionner souvent un sentiment de pesanteur à l'estomac, qui s'accompagne d'éructations pénibles, rapportant, jusque dans la bouche, la saveur désagréable et nauséeuse de l'huile brute.

Fréquemment encore, celle-ci amène un relâchement d'entrailles.

En somme, si, dans quelques-uns des cas où l'on parvient à la faire assimiler, l'huile de foie de morue produit réellement des résultats remarquables, il n'arrive que trop souvent que cette substance, en troublant les fonctions digestives et provoquant la pyrose, conduit à des effets précisément opposés à ceux que l'on cherche à obtenir.

D'autre part, lorsque nous nous plaçons au point de vue anatomo-pathologique de la tuberculisation pulmonaire, les nécroscopies nous montrent que le mode le plus fréquent de guérison spontanée de cette maladie est la crétification ou régression calcaire des masses tuberculeuses.

Partout, en outre, où dans l'organisme se concentre la chaux, nous trouvons également des dépôts de graisse (mœlle dans les os) ou nous voyons celle-ci accompagner l'induration calcaire comme dans l'athérome.

C'est guidé par ces considérations que, depuis nombre d'années, dans l'espoir d'imiter le processus heureux de la nature, j'ai été conduit à administrer la chaux sous différentes formes, concurremment avec l'huile de foie de morue, sinon comme médication curative, au moins comme palliatif dans la phthisie.

Les bons effets de cette base, qui entre pour une si large part dans l'évolution physiologique de l'économie, avaient d'ailleurs été depuis longtemps reconnus par différents observateurs de mérite.

Vantée déjà par les anciens médecins, la chaux fit, surtout vers le milieu du dix-huitième siècle, l'objet de nombreuses recherches thérapeutiques.

Fick (*De calce viva*, Jena, 1725), Cartheuser (*De aquæ calcis vivæ usu interno*, Francof. ad. Od., 1743), Detarding (*De aquæ calcis vivæ usu interno salutar.*, Rostock, 1746), Schaller (*De usu calcis dissert.*, Ingolstadt, 1767) et quelques autres proposèrent son usage pour diverses affections, telles que la goutte, la gravelle, la diarrhée, etc.

Quarin (*Animadversiones*) recommandait l'eau de chaux dans la phthisie pulmonaire.

Burlet (*Mémoires de l'Académie de Paris*, 1699) en a fait mention également d'une manière élogieuse.

Fourcroy la proposa contre les scrofules et les affections de poitrine (*Hist. de la Soc. de méd. de Paris*, t. V, p. 268).

Meyer et Ollenroth (*Sobernheim. Arzencimitt.*, p. 315) vantèrent à leur tour l'eau de chaux dans le traitement de la phthisie pituiteuse.

Defontenay a préconisé, en 1846, l'eau de chaux édulcorée par le sirop de Tolu contre la phthisie tuberculeuse à marche chronique.

Beldoes (*Essay on Pulmonary Consumption*, London, 1799), ainsi que Herzog de Posen (*Græfe und Walther Journ.*, Berlin, 1831) ont, de leur côté, recommandé le chlorure de calcium.

En 1857, des expériences peu connues, quoique d'un haut intérêt pour la thérapeutique, furent instituées dans l'un des hôpitaux de Moscou, sur l'emploi des os calcinés dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

De quatre-vingt-dix femmes atteintes de cavernes tuberculeuses et traitées par ce moyen, vingt-cinq quittèrent l'hôpital guéries, ou tout au moins dans des conditions de santé relative.

C'est vraisemblablement le même composé calcaire qui joue le principal rôle dans la poudre de James, dont l'efficacité, reconnue dans certains cas de phthisie, a maintenu jusqu'à nos jours la juste réputation.

Les écailles d'huîtres pulvérisées, qui sont, comme on sait, composées de carbonate calcique, d'une petite quantité de phosphate et d'une matière animale, furent également recommandées en 1860 par Despiney, de Lyon, dans le traitement de la première période de la phthisie pulmonaire.

Le docteur Stone, de la Nouvelle-Orléans, employait le phosphate de chaux dans le traitement de la scrofule et de la tuberculisation pulmonaire, et associait fréquemment à ce sel l'huile de foie de morue.

Enfin, dans ces dernières années, M. le docteur Piorry appela de nouveau l'attention sur l'utilité de la chaux pour favoriser l'induration des tubercules. Il annonça dans sa *Médecine du bon sens*, publiée vers la fin de l'année 1864, l'intention de se livrer à des recherches dans ce but.

Les salutaires effets produits chez quelques tabescents par le régime lacté, tant recommandé depuis Hippocrate par la majorité des praticiens, ne pourraient-ils pas aussi se rattacher à la présence du phosphate calcique qui existe dans ce liquide en même temps que le beurre?

Parmi les eaux minérales qui ont été préconisées contre la tuberculose, les sources calcaires de Weissenburg, dans l'Oberland bernois, prises avec du lait de chèvre riche en beurre et en phosphate de chaux, sont celles qui fournissent les plus nombreux succès.

Ne serait-ce pas également grâce à la chaux qu'elles contiennent en forte proportion, bien plutôt qu'à leur principe sulfuré, que les Eaux-Bonnes doivent leur excellente réputation dans le traitement de la phthisie pulmonaire, et qu'elles étaient employées, au temps de Bordeu, pour cicatriser les plaies?

Mes expériences dans la direction précédemment indiquée portèrent d'abord sur l'emploi du sucrate de chaux, puis sur celui du chlorure de calcium.

Le premier de ces sels me parut entraîner une délitescence plus rapide des tubercules, sans doute par suite de la formation d'acide lactique aux dépens du sucre. C'est le chlorure qui, associé à l'huile de foie de morue, me donna les résultats les plus favorables. La formule que je prescris depuis longtemps dans mon service d'hôpital est la suivante :

Pr. Huile de foie de morue.	250	grammes.
Chlorure de calcium	4	—
Essence d'amandes amères ou d'anis .	2	—

Mêlez.

A prendre deux ou trois cuillerées à soupe par jour, immédiatement après les repas.

Agiter fortement, à chaque prise, le mélange.

Quoique plus efficace déjà, dans la plupart des cas, que l'huile simple, cette préparation est loin cependant de présenter les avantages que m'a donnés le *savon* que j'ai nommé *jécorocalcaire*.

(*Sera continué.*)

NOTE

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE L'OVARIOTOMIE

Par M. le docteur Natta-Soleri Vincenzo.

En 1752, l'idée de l'ovariotomie était venue à l'esprit d'un illustre italien, le toscan Jean Targioni Tozzetti, d'après un cas où l'ovaire avait été heureusement extirpé chez une jeune femme par un homme tout à fait étranger à la science. Il annonça alors qu'elle prendrait un jour rang dans la chirurgie, lorsque de nouveaux cas engageraient les chirurgiens à y recourir.

Morgagni vint ensuite, qui après avoir distingué les kystes de l'ovaire en simples ou uniloculaires et en multiloculaires, déclara les premiers opérables, dans le cas où ils sont exempts d'adhérences. C'était faire un grand pas vers l'admission de cette opération, que de tracer, dès 1761, les indications des conditions qui semblaient la réclamer. Le temps et l'observation devaient faire le reste.

On voit bientôt Monteggia qui, tout en redoutant les suites de l'opération de l'ovariotomie, à cause de l'étendue de la plaie nécessaire pour extraire l'ovaire, conseille cette opération pour les kystes d'un petit volume, et près du début pour éviter de rencontrer des adhérences.

Enfin, c'est en 1815 qu'un modeste chirurgien, le docteur Emiliani Gaetano di Faenza, homme plein de sagacité et en même temps de hardiesse, s'appuyant sur les données de la science, osa tenter l'ovariotomie chez une jeune femme de 26 ans, atteinte d'un squirre de l'ovaire. Les bonnes conditions générales qu'offrait d'ailleurs cette malade l'autorisant à espérer qu'il pourrait triompher de cette affection, il n'hésita pas à lui proposer cette opération comme une chance de salut. La patiente le comprit, et elle fut opérée en présence des docteurs Brunetti et Bucci.

Le docteur Emiliani fit sur la ligne blanche une incision de 12 centimètres, comprenant toute l'épaisseur de la paroi abdominale jusqu'au péritoine qu'il ouvrit avec précaution. L'ovaire gauche squirreux se présenta, et on reconnut qu'il était adhérent à la portion inférieure de l'intestin colon. Les adhérences anormales rompues, la tumeur fut tirée hors du ventre, fut excisée, et les vaisseaux liés à mesure qu'ils étaient coupés; après quoi les deux lèvres de la plaie ayant été réunies par une suture, on les recouvrit d'un plumasseau de charpie, qu'on maintint à l'aide d'un bandage de corps qui avait en outre l'avantage d'opérer une légère compression. La guérison vint couronner cette première tentative qui eût jamais été faite par un homme de l'art inspiré par des principes judicieux.

Il s'agit donc bien véritablement d'une ovariotomie pratiquée non par hasard, mais dans un but thérapeutique bien précis. Par conséquent, ce n'est pas le docteur Lizars d'Edimbourg, qui a pratiqué le premier l'ovariotomie en Europe, puisqu'il n'exécuta son opération qu'en 1825, tandis qu'elle l'avait été dix ans auparavant par le docteur Emiliani de Faenza.

L'ovariotomie a donc fait son entrée en Europe en 1815 par la voie d'Italie. Du reste, on peut vérifier l'exactitude de mon assertion, en consultant le *Bullettino delle scienze mediche di Bologna*, où se trouve le récit détaillé de ce fait, qui mérite de prendre rang parmi ceux qui occupent les premières places dans les annales de l'art.

DE LA DÉNUDATION DES ARTÈRES (1).

Par le docteur A. Delbarre
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Dans les opérations qui intéressent les régions importantes (cou, aine, aisselle, région parotidienne, etc.), si les grosses artères ont

(1) Paris, 1870. — Broch. in-8°. Prix : 1 fr. 50.

conservé leur gaine celluleuse, la cicatrisation de la plaie ne présente rien de particulier; les bourgeons charnus se produisent au niveau de l'artère comme sur les autres organes et cachent peu à peu les pulsations du vaisseau.

Si la gaine celluleuse a été ouverte, les tuniques étant intactes, même phénomène.

La tunique externe et la tunique moyenne dans une partie seulement de son épaisseur, ont-elles été enlevées avec une tumeur? Dans la grande majorité des cas, le vaisseau résiste; il ne se produit ni hémorrhagie, ni anévrysme, ni altération des parois; la cicatrisation suit sa marche habituelle.

Quand la gaine cellulaire a été enlevée dans toute la circonférence de l'artère (expériences sur les animaux), la cicatrisation se fait par première intention, ou si la suppuration se produit, il se forme de la périartérite et de l'artérite dans les tuniques externe et moyenne; la tunique interne reste étrangère à l'inflammation et il n'y a pas de coagulation à l'intérieur du vaisseau.

Dans les plaies des artères, l'hémorrhagie est plus abondante quand le vaisseau est privé de la gaine celluleuse.

Dans les ligatures d'artères, la dénudation joue un rôle important, attribué trop exclusivement peut-être à la destruction du vasa-vasorum.

Quand, à la chute du fil de la ligature, les deux bouts de la tunique externe se séparent, il y a un rapport entre l'écartement des deux bouts et l'étendue de la dénudation.

Or, plus les deux bouts seront éloignés, plus sera grande la surface suppurante de la gaine, plus sera vive l'inflammation, et par conséquent plus nombreuses seront les chances de ramollissement du caillot et d'hémorrhagies secondaires.

Si on fait la ligature dans une gaine enflammée, la rétraction est moins grande que quand elle est faite dans un tissu sain; l'écartement des deux bouts de l'artère n'est plus proportionnel alors à l'étendue de la dénudation.

Tous les procédés anciens de ligature (ligatures médiates, d'attente, par écrasement, etc.) forçant à dénuder l'artère dans une étendue plus considérable que dans la ligature avec le fil simple, sont inférieurs à cette dernière méthode.

Une dénudation trop étendue expose à la gangrène des deux bouts du vaisseau sectionné.

Les troubles circulatoires que peut amener la lésion des vasomoteurs par le fait de la dénudation dans les ligatures, ne sont pas encore bien établis.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE

PENDANT LE SIÉGE DE PARIS.

30 SEPTEMBRE

L. **Assistance publique.**—Le Gouvernement de la défense nationale,

Considérant qu'il importe de réorganiser l'administration de l'Assistance publique à Paris et dans le département de la Seine sur la base d'un contrôle sérieux, en restituant aux représentants de la science et des intérêts municipaux leur légitime influence,

Décrète :

Art. 1er. La direction générale de l'Assistance publique est supprimée.

Art. 2. Le service des secours à domicile est exclusivement confié à l'autorité municipale.

Art. 3. Le service des hôpitaux et hospices civils constitue une administration distincte placée sous l'autorité d'un conseil d'administration qui prendra le titre de : *Conseil général des hospices du département de la Seine.*

Art. 4. Le conseil général des hospices a la direction des hôpitaux et hospices civils du département de la Seine et l'administration de leurs biens; il fixe, sous l'approbation du ministre de l'intérieur, les recettes et dépenses de tous genres; il représente en justice les établissements hospitaliers; il a la tutelle des enfants trouvés, abandonnés et orphelins et la tutelle des aliénés; il règle, par des arrêtés soumis à l'approbation du ministre de l'intérieur, tout ce qui concerne le service des hospices et la gestion de leurs revenus.

Art. 5. Un agent général des hospices est chargé de l'exécution des arrêtés du conseil général.

Il est nommé par le ministre de l'intérieur sur une liste de présentation de trois candidats désignés par le conseil.

Art. 6. L'agent général nomme et révoque les employés simples gagistes. Tous les autres fonctionnaires sont nommés sur la présentation du conseil général.

Art. 7. Le conseil général des hospices nomme son président, deux vice-présidents et un secrétaire à la majorité absolue des suffrages.

Art. 8. Le conseil général des hospices est ainsi composé :

MM.

Étienne Arago, maire de Paris;

Henri Martin, maire de 16e arrondissement de Paris;

Carnot, maire du 8e arrondissement de Paris;

Ranc, maire du 9e arrondissement de Paris;

Brisson, adjoint au maire de Paris;

Robinet, adjoint au maire du 6e arrondissement;

Axenfeld, Millard, Trélat père, Potain, Siredey, médecins des hôpitaux;

Broca, Le Fort, Verneuil, Laugier, chirurgiens des hôpitaux;

Wurtz, doyen de la Faculté de médecine;

Gavarret, professeur à l'École de médecine;

Bussy, directeur de l'École supérieure de pharmacie;

Paul Fabre, procureur général à la Cour de cassation;

Leblond, procureur général à la Cour d'appel de Paris;

Péan de Saint-Gilles, notaire à Paris;

Baraguet, membre du conseil des prud'hommes;

Diéterle, membre du conseil des prud'hommes;

Edmond Adam, ancien conseiller d'État de la république;

Laurent Pichat, publiciste;

André Cochut, publiciste;

Bertillon, président du comité d'hygiène du 5e arrondissement.

Art. 9. Le conseil général des hospices a mission de préparer, dans le plus bref délai, un projet d'organisation définitive, dont le principe électif sera la base.

Art. 10. Le membre du Gouvernement délégué par l'administration du département de la Seine est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à l'Hôtel-de-Ville de Paris, le 29 septembre 1870.

(*Suivent les signatures.*)

LI. **Alimentation publique.** — Quelques journaux ont insisté dans leurs derniers numéros sur l'importante questions des salaisons.

Le public peut être rassuré sur ce point. Des ateliers de salaisons sont installés sur la plus vaste échelle, de façon à répondre à tous les besoins de cet intéressant service. Les animaux ainsi traités constitueraient pour l'alimentation publique une réserve considérable.

— La commission centrale d'hygiène et de salubrité vient de nommer une sous-commission chargée d'examiner un nouveau système de panification qui donnerait un rendement de 20 pour 100 supérieur au rendement des procédés actuels. La sous-commission aura à s'occuper des diverses manières de faire dans les ménages, avec le blé, des préparations comestibles.

— Des renseignements authentiques, résultant d'une enquête faite dans le parc de Montrouge, ont fourni la preuve que, ni dans ce parc, ni dans aucun autre, aucun animal n'a été empoisonné, ainsi que le bruit en avait été répandu à tort.

LII. **Santé publique.**—Voici la liste des décès causés par les principales maladies régnantes du 18 au 24 septembre :

Variole, 158; scarlatine, 15; rougeole, 6; fièvre typhoïde, 43; scorbut, 1; érysipèle, 3; bronchite, 61; pneumonie, 62; diarrhée, 3; dysenterie, 9; angine couenneuse, 6; croup, 5; affections puerpérales, 6; autres causes, 852. — Total, 1272.

1er OCTOBRE.

LIII. **Faculté de médecine de Paris.** — M. le professeur Sée fait une conférence que nous reproduisons d'après la *Revue des cours scientifiques* :

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Conférence de M. G. Sée.

Sur le régime alimentaire pendant le siége.

Dans les circonstances difficiles que nous traversons, une des graves préoccupations des hommes d'État et de science, c'est l'approvisionnement de Paris, c'est l'alimentation de la population. Il s'agit, en effet, de soutenir les forces physiques du peuple à la hauteur de la force morale qu'il déploie.

Le problème est complexe, mais il n'est pas insoluble, et il peut se réduire, en définitive, à la solution des questions suivantes :

1° Déterminer quel est le rôle des aliments dans l'entretien de la vie? comment ils s'élaborent, ils se transforment dans l'organisme pour arriver à faire partie intégrante du corps humain et à ranimer nos forces.

2° Préciser la ration normale de l'homme; savoir quels sont nos besoins nutritifs; en d'autres termes, quelle est la quantité de principes alimentaires que l'homme doit prendre, doit s'assimiler, pour se maintenir dans l'état normal.

3° La troisième question consiste à fixer la qualité de chaque aliment; quels sont les aliments nutritifs, quelles en sont les parties utiles, et comment il faut procéder au choix de la nourriture.

4° Lorsque nous aurons résolu ces questions, c'est-à-dire quand nous connaîtrons la destination, la quantité et la composition des aliments nécessaires à l'homme sain, nous aurons à appliquer ces données à la situation actuelle; il me suffira de vous faire connaître alors l'approvisionnement de Paris pour pouvoir vous indiquer les lois du régime à suivre pendant la période de l'état de siége.

5° Je n'aurai plus qu'à ajouter quelques réflexions sur ce que j'appellerai les moyens auxiliaires.

PREMIÈRE QUESTION

Quel est le but définitif à atteindre par l'alimentation?

C'est évidemment de suppléer aux déperditions incessantes que nos organes subissent, rien que par le fait de leur fonctionnement. La vie n'est possible que grâce au mouvement et à la mise en activité des divers organes; intervertissant la proposition, on peut même dire que le mouvement constitue la vie; et cela est vrai dans la nature entière, ainsi dans l'ordre moral et politique; à plus forte raison dans la nature physique de l'homme.

Or tout mouvement, toute action est inévitablement liée à une usure plus ou moins prononcée des appareils qui sont mis en réquisition; et cette usure lente, graduelle, latente, finirait par arriver à la destruction de notre organisme, si nous n'avions pas à notre disposition des moyens de compensation suffisants de ces pertes continuelles. Ces moyens de réparation, ce sont précisément les aliments empruntés aux règnes animal et végétal.

Cela posé, il s'agit de savoir comment ces aliments introduits dans le corps humain vont se transformer, se modifier pour arriver finalement à faire partie intégrante de l'organisme.

Dès que les substances alimentaires pénètrent dans le tube digestif, elles subissent une première élaboration, qui leur permet de devenir assimilables et d'être absorbées. Déjà, dans la bouche, le pain et les fécules, les pâtes, subissent par l'action même de la salive qui afflue, par le fait de la mastication, un commencement de véritable digestion.

L'estomac se charge de digérer les viandes, l'albumine des œufs, la caséine ou partie essentielle du lait et du fromage, et, en outre, toutes les substances qui, même dans le règne végétal, offrent quelque analogie avec les principes albumineux de la viande ou de l'œuf.

Les intestins recueillent et digèrent tout ce qui a échappé à l'action de la salive de la bouche et à l'intervention des sucs digestifs de l'estomac; mais, de plus, les intestins ont le double privilége d'agir sur la graisse, en la divisant en parcelles moléculaires, de manière à la rendre assimiliable, et en outre d'agir sur le sucre en le dissolvant, de façon que cette dissolution puisse pénétrer directement dans le sang.

Ainsi chaque aliment s'élabore à une étape fixe, et cette élaboration première, nécessaire, lui permet d'arriver dans le sang dont, désormais, il va faire partie intégrante. En énumérant ces laboratoires spéciaux d'épuration, je viens aussi d'indiquer, sommairement, les principales classes d'aliments; ce sont les aliments albumineux, les féculents, les graisses et les sucres.

Le produit essentiel qui provient de ces diverses sortes d'aliments va circuler maintenant avec le sang, se distribuer à tous les organes, et se répandre comme une véritable sève jusque dans les dernières fibres de l'organisme. C'est dans cette sève que la trame des organes qui sont usés va puiser les éléments de sa reconstitution; le suc alimentaire sert donc, en définitive, à la réparation de nos tissus.

Mais ce n'est pas tout; il a une autre destination encore non moins importante : c'est de former et d'entretenir la chaleur de notre corps; on sait que cette chaleur est à peu près invariable, et que cette fixité, qui est de 37 degrés, est une condition fondamentale pour nous permettre de lutter efficacement contre les variations atmosphériques, contre le froid excessif ou la chaleur tropicale qui, sans cette merveilleuse prévision, nous détruiraient infailliblement.

Cette température innée nous est tout aussi indispensable pour le développement de nos forces physiques; la chaleur est la source de tout travail mécanique, les découvertes modernes l'ont démontré; il s'agit donc de maintenir cette chaleur, et c'est là, précisément, une des fonctions, un des usages de la nourriture.

Ainsi les aliments ont une double destination : ils servent, en s'adaptant à nos organes, à en reconstituer la trame; ils servent, en brûlant, à maintenir notre chaleur fixe. On peut donc considérer les substances alimentaires comme des matériaux de réparation et de combustion.

Cette comparaison est d'autant plus justifiée, qu'en réalité le corps humain suit les mêmes lois physiques et chimiques qu'un appareil à vapeur, mais avec cette différence consolante que la machine n'est rien sans le secours du mécanicien, tandis que notre intelligence est tout pour guider la machine humaine.

Chaque fois que le corps exécute un mouvement, opère un travail quelconque, les instruments sont les mêmes que dans l'ordre mécanique. Tout cylindre à vapeur suppose une paroi métallique qui résiste, du charbon qui produit la chaleur, l'air extérieur, ou plutôt sa partie essentielle, l'oxygène, qui en entretient la combustion.

Nous retrouvons en nous exactement les mêmes éléments. L'organe qui travaille se compare au cylindre lui-même; celui-ci s'use peu; il en est de même de l'organe vivant. Toutefois, il faut l'entretenir intact, et nous en trouvons naturellement les moyens dans les aliments dont la composition se rapproche le plus de celle de notre corps. Or, les tissus animés sont formés surtout par les substances albumineuses, ou fibrineuses, ou azotées, c'est-à-dire par des substances analogues au blanc d'œuf; partout où nous constatons des principes albumineux dans un aliment, qu'il soit d'origine animale ou végétale, peu importe, nous utiliserons ces principes pour réparer la machine; et nous les trouvons surtout dans les viandes fraîches ou salées, le poisson, les œufs, le fromage, les légumes secs, et en partie dans le pain; voilà donc les matériaux de reconstruction.

Allons maintenant à la recherche du combustible; le charbon qui brûle dans le foyer de la chaudière a, de tous points, son analogue dans ceux des aliments qui contiennent le plus de carbone ou d'hydrogène; ce sont là, en effet, les deux éléments qui brûlent le mieux, comme le prouve le gaz de l'éclairage qui, précisément, est un composé d'hydrogène carboné. Supposez maintenant le carbone et l'hydrogène entrant en proportion considérable dans la composition de la graisse, des fécules et des sucres; vous y trouverez des aliments éminemment combustibles capables de maintenir notre chaleur, qui constitue le foyer de la vie intérieure.

Pour compléter l'instrument et mettre en œuvre cet appareil de chauffage, il ne manque plus que l'air, ou plutôt sa partie essentielle, l'oxygène, sans lequel le charbon, ni aucun autre corps, ne peut entrer en combustion; or, l'air que nous respirons librement suffit largement à ce but; il pénètre en nous par une sorte de tuyau qui commence à la bouche et plonge dans un sac élastique appelé poumon, sorte de soufflet qui, en se dilatant, aspire cet air extérieur; de là, l'air pénètre dans le sang et se met ainsi en contact avec tous nos organes où il va, pour ainsi dire, attiser la flamme. Nous savons maintenant le rôle de l'atmosphère et les divers usages des aliments dans le mécanisme humain. La respiration de l'air n'a pas besoin d'être calculée; elle se règle d'elle-même; mais, comment préciser la quantité d'aliments nécessaire? Comment fixer, en un mot, la ration de l'homme? c'est là l'objet de la deuxième question à résoudre.

DEUXIÈME QUESTION

Ration alimentaire

La mesure d'alimentation nécessaire à la conservation des forces n'est pas facile à déterminer. La faim n'est pas un régulateur, car elle n'indique rien de la quantité nécessaire de nourriture; en général, on dépasse singulièrement les limites de la faim, à plus forte raison celle des besoins réels de nutrition. Il est au contraire des individus dont l'appétit est sans cesse atténué au point qu'ils ne

mangent que *par raison*; ici l'*instinct naturel* est éteint, tandis que d'autres fois il parle trop; et il existe, en effet, principalement chez les individus nerveux, des fausses faims qui ne répondent à aucune nécessité. La faim est une sensation *locale* qui peut être soumise aussi aux habitudes; elles peut donc tromper sur le moment, ainsi que sur le nombre et la limitation des repas. Il y a plus, on peut la tromper par l'introduction de quelques substances inertes dans l'estomac, sans que pour cela la nutrition soit satisfaite.

La faim véritable se traduit plutôt par une impression générale sur notre système nerveux, et un sentiment de faiblesse qui se manifeste principalement quand le sang n'a pas reçu une quantité suffisante de matériaux réparateurs; mais ce n'est là qu'un cri d'alarme, ce n'est pas un guide certain pour nous fixer sur la ration alimentaire.

Il n'y a qu'un seul moyen correct pour atteindre ce but, c'est en calculant les pertes que chaque homme subit dans l'état de santé; ce calcul a été fait par les plus éminents physiologistes, depuis notre célèbre Lavoisier jusqu'à nos jours; on sait maintenant quelles sont la quantité et la nature de ces déperditions; on sait, par conséquent, combien d'aliments et aussi quel genre d'aliments il faut pour réparer ces déficits journaliers.

Pour bien préciser ce point, reprenons et complétons notre comparaison de l'organisme avec un appareil à vapeur.

A la suite du travail mécanique, des déchets, des scories, souvent microscopiques, se forment aux dépens de la machine; il en est de même dans nos organes; or, ces débris de nos tissus s'en vont, sous forme moléculaire, par les diverses sécrétions.

On compte, chez un homme sain, qu'il se perd tous les jours assez de substance corporelle pour représenter 120 à 130 grammes de principes albuminoïdes; il s'agit, à tout prix, de retrouver au moins 100 grammes de ces principes; ils existent principalement dans la viande, les légumes secs, le pain, en proportions que nous allons bientôt déterminer d'une manière précise.

Ce n'est pas tout : outre les 130 grammes de principes albumineux qui proviennent de nos organes et qui ont été entraînés au dehors par les sécrétions, nous perdons tous les jours 280 grammes de carbone provenant des combustions intérieures; ce carbone s'échappe par la bouche sous la forme d'un gaz appelé *acide carbonique*, qui est éliminé par l'haleine; il est impropre à la respiration. C'est pourquoi, lorsqu'un grand nombre d'individus se trouvent agglomérés dans un espace trop restreint, ils respirent un air impur : de là les inconvénients de l'encombrement, dont le gouvernement cherche partout à éviter les effets, surtout dans les quartiers populeux.

Le gaz acide carbonique sort de l'organisme par la même voie que celle qui sert à l'introduction de l'air pur, ou oxygène. Le même soufflet élastique, appelé *poumon*, sert à deux fins : pendant qu'il se dilate, il aspire l'air extérieur; dès qu'il vient à se contracter, il chasse l'air impur, ou acide carbonique. Le même tuyau sert aussi tour à tour de tuyau d'appel pour l'air extérieur et de tube d'échappement pour la fumée de la cheminée. C'est par là que s'élimine la plus grande quantité du carbone qui a été consumé dans l'organisme pour entretenir notre chaleur. Or, ce carbone monte à 280 grammes; il faut le récupérer. Tout ce qui est au delà est inutile, tout ce qui est en deçà est insuffisant; il faut une équilibration complète, parfaite, entre les dépenses corporelles et les recettes alimentaires.

TROISIÈME QUESTION

Quels sont les aliments les plus aptes à réparer ces deux genres de pertes? Quelle est la valeur nutritive des divers aliments? En d'autres termes, comment faut-il composer le régime?

Un aliment ne vaut que par la quantité de principes albumineux et de principes carbonés qu'il renferme, puisque les uns servent à réparer les parties usées, et les autres à développer la chaleur; c'est sur cette double base qu'il faut calculer la valeur et les propriétés des aliments.

Autrefois on les envisageait surtout au point de vue de leur origine, soit animale, soit végétale; mais cette manière de voir n'indique rien des qualités nutritives, car les provenances végétales, comme le pain, les légumes secs, le chocolat, peuvent contenir les mêmes principes albumineux que la viande, que le poisson ou les œufs.

Une autre classification des aliments en aliments gras et maigres est encore plus fallacieuse. Celui qui se voue à un régime maigre, comprenant du lait, des œufs, du fromage, du poisson, peut être tranquille sur sa destinée, il peut vivre parfaitement, car, en fait, il prend autant de substances albumineuses ou réparatrices que s'il prenait de la viande; si, au contraire, il ne consommait que des végétaux frais, des légumes verts, des fruits, à coup sûr, il dépérirait promptement.

Les aliments doivent toutes leurs propriétés à leur richesse en principes albumineux et carbonés, c'est-à-dire à leur composition, que nous allons préciser; c'est cette composition chimique qui permet de classer les aliments en réparateurs et calorigères, selon qu'ils contiennent beaucoup de matière albumineuse ou beaucoup de matière carbonée.

Première classe. — Aliments avec principes albumineux ou réparateurs. Le type de ces aliments, c'est la viande; mais on peut en rapprocher le poisson frais ou salé, le fromage, les œufs. En effet :

100 grammes de viande contiennent 21 grammes de substances albumineuses appelées : *fibrine, albumine, créatine.*

100 grammes de poisson salé (le poisson salé contenant relativement moins d'eau que la viande) représentent 24 à 35 parties de substances albumino fibrineuses.

Le fromage est très-chargé en principes nutritifs, qui se chiffrent par 20 à 34 pour 100. Les œufs ont 14 à 15 pour 100 de ces mêmes principes, de sorte que deux œufs équivalent à 80 grammes de chair musculaire.

A cette première classe il faut ajouter une série mixte d'aliments contenant à la fois des principes albumineux et des principes carbonés.

Tels sont : 1° les *légumes secs*, qui contiennent, pour 100 grammes, 31 grammes de substances albumineuses appelées *légumines*, et en outre 40 grammes de substance carbonée; 2° le *chocolat*, qui contient 17 parties d'albumine, et de plus 48 parties de carbone; 3° le *pain*, dans lequel on trouve 7 pour 100 d'albumine ou de gluten, substances réparatrices, et 30 pour 100 de carbone; le *lait*, qui contient 3 pour 100 de caséine analogue à l'albumine, 3 et demi de graisse ou beurre, et près de 4 parties de sucre.

Ces divers aliments mixtes pourraient donc par eux-mêmes suffire au besoin pour l'alimentation, puisqu'ils possèdent les deux qualités réparatrice et combustible.

Deuxième classe. — La deuxième classe comprend les substances alimentaires où prédominent les matières combustibles: 1° les *graisses*, le lard, qui retient encore près de 10 pour 100 de principes azotés, mais qui est formé surtout par 70 parties de graisse; le beurre est à peu près dans la même catégorie; 2° les *fécules*, comprenant le riz et les pommes de terre; le riz se compose de 43 parties de carbone mêlées à 6 parties d'albumine; les pommes de terre sont plus pauvres en albumine (1 et demi pour 100) et en carbone (10 pour 100); 3° les *sucres* de toute espèce, qui complètent cette deuxième série.

Si maintenant on évalue le pouvoir nutritif de ces diverses classes d'aliments au point de vue du régime, on peut, à la rigueur, considérer la classe intermédiaire, c'est-à-dire les aliments mixtes, comme des aliments complets; ainsi on pourrait vivre avec 1,800 grammes de pain, car ils contiennent 126 parties de gluten ou d'albumine, et en outre 540 parties de carbone, mais alors il y a un tiers de carbone de plus qu'il n'est nécessaire; mais surtout l'usage exclusif et journalier de 1,000 grammes de pain finirait par fatiguer le tube digestif, et l'assimilation ne s'opérerait plus; aussi sera-t-il toujours nécessaire d'y ajouter une certaine quantité d'aliments réparateurs et de vin. Ce qui est vrai du pain l'est à plus forte raison des légumes secs, du chocolat, qui pèseraient certainement sur les fonctions digestives, et ne suffiraient pas seuls à la nutrition, bien qu'en théorie ce soient des aliments complets, parfaits. Le seul aliment mixte qui ait été mis à l'épreuve, c'est le lait; deux litres de lait contiennent 85 grammes de principes albuminés et 214 grammes de carbone et de graisse, les enfants s'en nourrissent exclusivement pendant un an, dix-huit mois et même deux ans; cet aliment leur permet non-seulement de réparer leurs pertes par la caséine qu'il contient, mais il permet encore l'accroissement; en outre, par la graisse (beurre) et par le suc qu'il renferme, il fournit une grande proportion de chaleur, ce qui est indispensable aux enfants, car ils perdent, relativement au volume de leur corps, plus de calorique rayonnant qu'il ne s'en perd par la surface du corps d'un adulte.

Les aliments du type de la viande et du type carboné ne sauraient ni les uns ni les autres suffire seuls à la nutrition.

On a vu des individus qui, à l'exemple d'un Anglais appelé Banting, ont consommé jusqu'à 1,500 grammes de viande par jour, sans aucune addition, dans le but de se faire maigrir; mais au bout de quelques semaines il survenait chez eux, en même temps que l'amaigrissement, un tel degré de faiblesse musculaire, qu'ils furent obligés de revenir à leurs anciennes habitudes et de conserver leur embonpoint.

L'expérience sur l'usage exagéré du riz et des pommes de terre est encore plus décisive. Le riz, qui est la nourriture favorite des Indiens, détermine un engraissement excessif sans grand profit pour les forces physiques.

Les pommes de terre, dont les malheureux Irlandais ont été obligés, souvent pendant de longues périodes, de se nourrir d'une manière presque exclusive, ne sauraient suffire en aucun cas pour réparer les pertes; la pomme de terre ne contient en effet que 1 et demi pour 100 d'albumine; une pareille alimentation équivaut pour ainsi dire à l'abstinence et même forcément à l'inanition; de là les maladies qui en sont la conséquence et qu'on a si fréquemment observées en Irlande.

Il est donc impossible de satisfaire à nos besoins par un régime uniquement composé de substances carbonées ou même de substances albumineuses; le régime doit être mixte et combiné de façon à contenir les deux genres de substances et aussi de manière à ne pas fatiguer les fonctions digestives.

QUATRIÈME QUESTION

Dans l'état de siége, comment faut-il, comment peut-on combiner l'alimentation?

Cette question suppose tout d'abord connu l'approvisionnement de Paris. Or, sous ce rapport, la principale difficulté est relative à la viande; l'usage particulier doit en être calculé sans doute, mais le bétail vivant dans nos murs permet à chaque habitant de consommer 100 grammes par jour, si l'on admet que la durée du siége soit de six semaines, et si l'on compte sur deux millions d'habitants, ce qui est au-dessus de la vérité.

Ce n'est pas tout heureusement : il existe à Paris quarante à cinquante mille chevaux qu'on peut facilement livrer à la consommation, et cette viande vaut à tous égards toutes les espèces de viande de boucherie. En outre, il reste une bonne quantité de viande et de poisson salé, dans les magasins de la ville et dans les entrepôts particuliers. Enfin, on a proposé d'utiliser le sang des animaux pour en faire des boudins, et cette ressource sera aussi précieuse que considérable. Avec ces divers éléments, on peut affirmer que, même avec un siége de trois mois et demi, on sera suffisamment pourvu de la quantité nécessaire de viande.

Les farines et le riz sont approvisionnés pour trois à quatre mois, de manière à satisfaire toutes les exigences d'une population de deux millions d'habitants. Les légumes secs n'existent qu'en petites proportions; il en est de même des œufs et du lait; le chocolat, le fromage, le café, le sucre, le sel, sont en quantité suffisante; les graisses, entre autres le lard, ne manqueront pas.

C'est avec ce stock alimentaire que nous pouvons maintenant composer le régime pendant le siége. Voici des combinaisons faciles à réaliser :

1° 100 grammes de viande de bœuf, mouton ou cheval, contenant en principe albumino-fibrineux 21 grammes.

2° 20 grammes de viande salée ou poisson salé, ou de charcuterie, contenant environ 7 grammes.

3° 750 grammes de pain représentant 53 grammes.

4° On peut remplacer 250 grammes de pain par 300 grammes de riz; on arrivera ainsi au même chiffre, à savoir, 500 grammes de pain contenant 35 grammes de principes albumineux.

300 grammes de riz contenant 18 grammes. — Ensemble, 53 grammes.

5° Avec 50 grammes de légumes secs, représentant en principes albumineux 15 grammes, on complétera la série des aliments moyens, contenant, ainsi que le pain et le riz, une certaine quantité de fécules et en même temps l'albumine.

Le quatrième genre contient aussi de l'albumine, et surtout de la graisse.

6° 50 grammes de lard contenant en principes réparateurs 5 grammes.

30 grammes de chocolat remplaceront avantageusement le lard, et représentent le même chiffre de substances réparatrices.

30 grammes de fromage, soit 10 grammes de caséine, compléteront cette série.

Total, 1000 à 1140 grammes contenant en principes albumineux 111 grammes. Ainsi, ces 1000 à 1140 grammes d'aliments contiennent 111 grammes de principes albumineux; c'est là un chiffre qui se rapproche singulièrement du chiffre le plus élevé de pertes albumineuses que nous subissons journalièrement, c'est-à-dire du chiffre de 130 grammes. Il est à noter en effet que la plupart des rations prescrites réglementairement, par exemple aux militaires, atteignent rarement 111 grammes de substances réparatrices.

Il est à remarquer, surtout pour ce qui est de la viande, que 100 grammes par jour dépassent singulièrement la moyenne de consommation en France, et surtout en province, où ce chiffre varie de 55 à 75 grammes par jour, et n'atteint jamais au-delà. Ainsi, notre ration de 100 grammes de viande est plus que suffisante, et les 111 grammes de principes albumineux contenus dans les 1140 grammes d'aliments prescrits peuvent être, sans aucun inconvénient, réduits à 100 et même à 90 grammes par jour pendant plusieurs mois.

Après avoir pourvu aux pertes albumineuses, il ne nous reste plus qu'à nous procurer les 280 grammes de carbone : ceci est d'autant plus facile que déjà, dans les 1140 grammes indiqués ci-dessus, et surtout dans les 500 grammes de pain, les 300 grammes de riz, dans le chocolat, les légumes secs, on trouve plus de 280 grammes de carbone, ce qui complète le régime.

CINQUIÈME QUESTION

Moyens auxiliaires et moyens d'épargne. — Gélatine. — Sels. — Bouillon.

Il est des substances qui ne nourrissent pas par elles-mêmes, mais qui ralentissent cette usure lente, moléculaire, résultant du fonctionnement de nos organes. Ces substances détournent, pour ainsi dire, l'oxygène de l'air, et l'empêchent de consumer autant nos organes et nos aliments; parmi ces substances, il faut citer la gélatine, les sels, l'alcool, le café, qu'on peut donc à bon droit appeler les moyens d'épargne.

La gélatine, qui n'a aucune propriété nutritive, possède à un haut degré le pouvoir de ménager nos ressources. Si vous prenez de la viande en excès, elle ne s'assimile pas tout entière; si vous ajoutez de la gélatine, comme celle qui existe dans la gelée, vous profiterez bien plus de votre ration de viande; il restera ainsi plus d'aliments dans l'organisme, et par conséquent plus d'organes dans leur intégrité.

Sels de soude ou sel de cuisine. — Le sel de cuisine jouit aussi de ce pouvoir jusqu'à un certain point; mais il a d'autres avantages : il remplace les sels de soude contenus dans le sang, il stimule l'appétit, et contribue ainsi singulièrement à augmenter la force; les expériences sur les animaux démontrent ce dernier point, et prouvent que le sel ajouté à leur ration les rend plus agiles, plus vifs, tout en leur donnant de plus belles apparences.

Sels de potasse. — Les sels de potasse font partie de nos tissus, comme les sels de soude font partie du sang; il s'agit de retrouver les uns et les autres, car eux aussi se perdent par le fonctionnement de nos organes.

Dans la viande que nous mangeons, il existe une suffisante quantité de sels de potasse. Lorsqu'on fait bouillir la viande, ils passent dans le bouillon.

Bouillon. — Le bouillon se compose d'eau, de sels de potasse qui présentent l'usage ci-dessus indiqué, une très-petite quantité d'albumine, qui ordinairement s'enlève sous forme d'écume, de la gélatine et une substance aromatique; or, de ces divers principes, il n'y en a pas un directement nutritif; le bouillon stimule utilement l'appétit et parfois les digestions, et c'est tout. Ce n'est pas un breuvage réparateur; bien des populations s'en passent, et il eût été à désirer que l'armée qui a été surprise plus d'une fois à faire la soupe, imitât ces populations; le bouillon, en effet, n'est qu'une préface, mais non une préface obligée du repas.

Bouillon de Liebig. — Que dirai-je maintenant de ce fameux bouillon, et même de cet extrait de viande de Liebig, qui ne vaut pas même notre bouillon, mais qui à force de réclames a fait croire à des qualités nutritives? — Ce sont les Allemands qui nous ont inondé de cette drogue mensongère, maintenant répudiée par l'auteur lui-même; puissent-ils se nourrir ainsi exclusivement pendant deux mois!

Boissons. — Les meilleures boissons sont le vin et le café. — La bière, tout en contenant quelques principes alimentaires, a l'inconvénient d'alourdir l'esprit sans provoquer de forces.

Les liqueurs fortes agissent en vertu de l'alcool, qui, à petite dose, sert aussi à enrayer le mouvement de dénutrition. L'abus des liqueurs entraîne l'hébétude, l'affaiblissement général et moral, et les maladies des organes les plus essentiels à la vie.

Au contraire, le vin est salutaire à tous égards; il contient une petite portion d'alcool qui est très-favorable, des substances salines telles que des sels de potasse et de soude qui ont une action incontestablement utile, enfin des arômes qui stimulent l'appétit et la digestion.

Le vin peut remplacer le bouillon, avec lequel il a de grandes analogies, abstraction faite de l'alcool.

Le café et le thé n'ont pas beaucoup plus de propriétés nutritives que le vin et l'alcool ; ils ne brûlent pas dans l'organisme, ils ne restaurent pas les organes usés, mais ils ont un avantage immense, c'est d'enrayer d'une manière évidente et plus que le vin cette déperdition graduelle contre laquelle nous luttons par l'alimentation. — Les preuves sont formelles à cet égard : celui qui prend du café rend moins de déchets par les sécrétions ; donc il s'use moins, donc le café dans le temps actuel, plus que jamais, constitue le moyen d'épargne par excellence.

Les mineurs d'Anzin prennent une tasse de café, travaillent huit heures dans les souterrains, et ne font ensuite qu'un seul repas ; ils se portent bien et vivent longtemps, malgré la dureté de leur travail.

Résumé. — Aux proportions indiquées de viande fraîche ou salée (120 grammes), de pain et de riz (750 à 800 grammes), de légumes secs (50 grammes), ajoutez surtout une petite quantité, 30 à 50 grammes de lard ou de chocolat et de fromage, sans oublier les moyens complémentaires comme le sucre, le sel, la gélatine ; prenez pour boissons le vin et le café, qui existent en grand approvisionnement, et vous éviterez pendant deux, trois et quatre mois les inconvénients du siége ; avec le régime prescrit, nous sommes bien sûrs de pouvoir conserver nos forces physiques et notre énergie morale qui leur est si intimement liée.

G. Sée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1870.

178. Calmeille (J.-B.). Des hémorrhoïdes et de leur traitement chirurgical et en particulier par le galvano-caustique.

179. Guignard (Victor). Etude critique sur les arthropathies rhumatismales dans le cours de la syphilis secondaire.

180. Septours (J.-A.). De l'anévrysme spontané de la crosse de l'aorte.

181. Leroy (Osmond). Etude sur l'infiltration urineuse dans la loge pénienne.

182. Raymond (Th.). Etude sur l'extirpation des tumeurs.

183. Vals (Jean). Du sulfate de quinine et de ses indications dans la fièvre typhoïde.

Bonne clientèle à prendre à une heure de Paris. S'adresser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie (tome XXI de la collection, année 1869). 1 volume in-8 de 627 pages et 6 planches lithographiées et coloriées. — Prix : 7 francs.

Examen clinique de 396 cas de rétrécissement du bassin observés à la Maternité de Paris de 1860 à 1870, par le docteur Rigaud, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8 de 142 pages. — Prix : 3 francs.

De la congestion pulmonaire simple, par le docteur Bourgeois, ancien interne des hôpitaux de Paris. Brochure in-8 de 90 pages. — Prix : 2 francs.

De la dénudation des artères, par le docteur Delbarre, ancien interne des hôpitaux de Paris. Brochure in-8 de 70 pages. — Prix : 1 fr. 50.

Considérations sur le diagnostic, le pronostic et la thérapeutique de quelques unes des principales formes de la variole, par le docteur Desnos, médecin de l'hôpital Lariboisière. Brochure in-8 de 8 pages. — Prix : 50 c.

De l'hémiplégie pneumonique, par le docteur R. Lépine, préparateur du cours de pathologie comparée et expérimentale à la Faculté de médecine de Paris. 1870, in-8 de 40 pages. — Prix : 1 fr. 25.

De l'hyoscyamine et de la daturine. Étude physiologique et applications thérapeutiques, par le docteur Laurent, ancien interne des hôpitaux de Paris. Brochure in-8, avec figures dans le texte. — Prix : 3 fr.

De l'intervention chirurgicale dans les étranglements internes, par M. Charpentier (P.), 1 vol. in-8, 1870. — Prix : 2 fr. 50 centimes.

Des méthodes générales d'opération de la cataracte et en particulier de l'extraction linéaire composée, par Paul Yades, docteur en médecine. Paris, 1870, 1 gr. in-8 de VIII-77 pages. — Prix : 3 fr.

De l'équitation considérée au point de vue physiologique, hygiénique et thérapeutique, par le docteur R. Chassaigne. 1870, gr. in-8 de 116 pages. — Prix : 2 fr. 50.

De quelques applications de l'électricité à la thérapeutique (courants continus, bains électrisés), par le docteur Chapot-Duvert. In-8 avec figures dans le texte. — Prix : 1 fr. 75.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — HÔPITAL SAINT-JEAN DE BRUXELLES (M. Van den Corput). Nouveau mode de traitement de la phthisie tuberculeuse au moyen de l'huile de foie de morue saponifiée par la chaux. — Documents pour servir à l'histoire du mouvement scientifique pendant le siége de Paris. — Bibliographie.

Paris, le 7 avril 1871.

HOPITAL SAINT-JEAN DE BRUXELLES.

M. VAN DEN CORPUT.

Nouveau mode de traitement de la phthisie tuberculeuse au moyen de l'huile de foie de morue saponifiée par la chaux (1).

Ce fut précisément pendant que je poursuivais l'étude comparative de ces moyens thérapeutiques, que j'eus occasion, en 1864, de constater, à l'hôpital civil de Venise, les excellents résultats obtenus par mon savant ami, M. le professeur Namias, de l'emploi simultané de l'eau de chaux et de l'huile de foie de morue.

Je conçus dès lors l'idée de réunir ces deux éléments actifs de la médication antiphthisique en une combinaison solide, d'une ingestion plus commode et d'une assimilation plus facile, qui permît d'administrer l'huile sans aucun dégoût, et qui complétât en même temps son action curative. Dès cette époque aussi je me livrai à l'aide du savon jécoro-calcaire, auquel j'associai de préférence, comme sédatif aromatisant, l'essence d'amandes amères ou de laurier-cerise.

S'il est d'observation que certaines substances, en émulsionnant ou saponifiant les corps gras auxquels on les mélange, ont pour effet de rendre plus facile le passage de ceux-ci dans l'organisme, il est tout aussi évident que certains agents médicamenteux, et particulièrement les éléments minéraux, acquièrent, lorsqu'ils ont un corps gras comme involvant ou véhicule, une efficacité qu'ils ne posséderaient point sous une autre forme.

A en juger par la composition du chyle et par celle de la bile, les médiateurs par lesquels la plupart des corps simples pénètrent dans l'organisme seraient les graisses, bien plutôt que l'albumine, comme le veut M. le professeur Gubler.

Dans mon opinion, les corps élémentaires ne peuvent être admis à faire partie intégrante du sang ou des tissus vivants qu'après avoir été, pour ainsi parler, *dynamisés*, c'est-à-dire préparés à l'évolution organique par leur combinaison avec certaines substances plus ou moins complexes, telles que les graisses ou l'albumine, etc.

En d'autres termes, il est pour moi hors de doute que, pour prendre part aux mutations de la matière organisée, les éléments minéraux surtout doivent éprouver un commencement de *vitalisation*, en s'associant à des composés ternaires qui permettent leur assimilation histogénétique.

C'est dans le règne végétal que s'élabore, dans l'ordre naturel, cette sorte de préparation de la matière minérale à la vie plus élevée de l'animalité.

Une fois admis dans l'intimité des tissus, les principes les plus combustibles de ces combinaisons y subissent, les premiers une oxydation lente qui les brûle avec production de chaleur, tandis que les corps incombustibles, les métaux, les terres alcalines, et particulièrement la chaux, demeurent fixés, en raison de leur insolubilité, pendant un temps plus ou moins long dans l'organisme où, parmi tous les éléments constituants de l'économie, la chaux représente l'un des plus stables.

Il semble que cette base, en communiquant aux tissus ou aux néoplasmes plus de solidité et une plasticité plus grande, ait pour rôle tout à la fois, de contribuer à l'histogénèse et de ralentir le travail de désassimilation ou de délitescence organique que facilitent, au contraire, les alcalis et les sels alcalins.

Ce retard d'évolution, que nous montre à l'état physiologique la lenteur relative du travail de rénovation des os, se remarque surtout à l'état pathologique dans les produits anormaux qui sont le plus en dehors de l'activité vasculaire.

Benecke n'a rencontré que des traces ou même l'absence complète de chaux dans les tubercules crus. Le même savant a trouvé la proportion des alcalis de beaucoup supérieure dans le tubercule en voie de ramolissement ou de fonte sur celle de la chaux, tandis que cette dernière prédomine de plus en plus pendant la transformation crétacée, véritable travail de pétrification par substitution de la chaux aux éléments graisseux qui sont résorbés ou brûlés.

De même aussi l'obsolescence calcaire accompagne ordinairement la dégénérescence graisseuse ou lui succède.

La chaux paraît donc non-seulement concourir, comme le veulent Carus et Benecke, à la formation des cellules, mais encore ralentir dans une certaine mesure la destruction pathologique.

Sous l'influence de cette base, les sécrétions muqueuses diminuent, la suppuration se tarit, en même temps que la proportion des aliments solides s'accroît dans l'économie.

La chaux prédomine dans la vieillesse à mesure que l'activité organique se ralentit ; elle succède à l'adipose qui caractérise le calme de l'âge mûr chez l'homme et l'époque de la ménopause chez la femme. A ces époques aussi, la phthisie tuberculeuse devient plus rare. Elle est exceptionnelle chez le vieillard, tandis qu'on la voit éclater surtout à l'âge où la fièvre de jeunesse consume de tous ses feux le flambeau de la vie.

Un fait qui me paraît confirmer encore la relation qui existe entre les fluctuations de la chaux et l'évolution des tubercules dans l'organisme, c'est l'incompatibilité qui existe, dans une certaine limite, entre le rachitisme et la tuberculisation pulmonaire. De même que pendant la grossesse nous voyons la chaux se détourner des os de la mère rendus plus flexibles pour se porter sur le squelette du fœtus, de même on s'explique que dans le rachitisme la chaux, déviée des os, favorise la formation des calculs et entrave le développement des tubercules en se fixant sur ceux-ci.

La nature plus ou moins calcaire des eaux ou du sol peut, dans certaines localités, exercer de son côté une influence manifeste sur la marche de la tuberculose.

J'ai trouvé la phthisie tuberculeuse beaucoup moins fréquente à Moscou où les eaux de la Moskowa, très-chargées de chaux, rendent les calculs calciques extrêmement communs, qu'à Vienne où la tuberculisation pulmonaire, le *morbus viennensis*, ne rencontre aucun élément modificateur ou *enrayant* dans les eaux du Danube qui ne charrient que des traces à peine sensibles de chaux.

Dans sa combinaison savonneuse avec l'huile de foie de morue, la chaux — outre les éléments combustibles fournis par les matières grasses — se trouve accompagnée de gaduine et de substances glycogènes éminemment alibiles, ainsi que des traces de phosphore qui, avec l'aide de la base terreuse, favorise, d'après la théorie de Liebig, le travail végétatif.

Le savon jécoro-calcaire satisfait par conséquent à la plupart des indications qui résultent de la tabescence.

Tout en constituant, mieux que l'huile brute, un aliment d'épargne pour l'organisme auquel elle fournit des éléments combustibles, la nouvelle préparation que je propose favorise la régénération plastique par ses éléments phosphorés ou azotés et provoque, par la chaux qu'elle contient, la cicatrisation ou la régression calcaire des lésions tuberculeuses.

En d'autres termes, en réparant les troubles de la nutrition physiologique déviée, le savon jécoro-calcaire paraît enrayer ou ralentir le développement du travail pathologique qui aboutit à la destruction de l'organisme.

Il n'est nullement impossible qu'une certaine quantité de savon calcaire, émulsionnée, par la bile et le suc pancréatique, participe directement, en englobant l'albumine, à la formation des cellules, et que ce composé éprouve plus tard une modification qui aurait pour résultat ultime la décomposition des acides gras en acide carbonique et la fixation, dans les dépôts tuberculeux, du carbonate calcique ainsi formé.

C'est en effet, d'après Lehmann, surtout le carbonate calcique, très-prédominant sur le phosphate, qui se rencontre en même temps que de la cholestérine et de la graisse, dans les tubercules crétifiés.

Quoi qu'il en soit de ces explications, qui peut-être ne satisferont pas certains esprits trop empressés à condamner comme entachée de chimisme toute interprétation qu'ils ne peuvent comprendre, on conviendra qu'elles présentent une garantie scientifique que n'offrent pas toujours les théories proposées, dans ces derniers temps, pour expliquer l'action intime encore si obscure de bien des médicaments.

A défaut même d'une théorie qui n'est d'ailleurs qu'une satisfaction plus ou moins ingénieuse dont se paye notre amour-propre, les faits, qui seuls doivent former la base de la vraie médecine, parlent positivement en faveur de la préparation dont j'indique ici la formule telle que je la prescris d'habitude :

Bols jécoro-calcaires (docteur van den Corput.)

Pr. Huile de foie de morue pure, 100 grammes.
Saponifiez selon l'art en consistance pilulaire par :
Chaux hydratée. . . . . Q. S.
Aromatisez avec :
Huile essentielle d'amandes amères ou d'anis 1 gram.

Mêlez exactement et divisez en bols de 20 à 25 centigrammes.

Involvez dans un mélange de sucre pulvérisé trois parties, et poudre de racines d'iris une partie.

On peut encore enrober ces bols au moyen de la teinture éthérée de Tolu.

A prendre six à huit par jour, par deux à la fois, immédiatement *après* le repas.

Dans quelques cas, j'associe au savon calcaire soit un sel de morphine, soit l'extrait d'aconit ou celui de jusquiame, soit toute autre substance dont l'indication peut se présenter dans les différentes phases de la maladie.

Ce n'est qu'après avoir vérifié pendant plusieurs années et sur plusieurs centaines de malades l'action favorable de cette médication comparée au traitement par l'huile brute et par les autres moyens thérapeutiques ; c'est après avoir vu ses bénéfices confirmés par d'honorables confrères à qui j'avais fait part de mes idées, que je me suis décidé à livrer à la publicité ce nouveau mode de traitement de la phthisie tuberculeuse.

Sans vouloir lui reconnaître en aucune façon une spécificité quelconque et moins encore la considérer comme infaillible, je me crois à même d'affirmer que ma méthode, soutenue par un régime et par des conditions hygiéniques convenables, se fonde tout à la fois sur des données théoriques rationnelles et sur un nombre aujourd'hui suffisant de faits pour pouvoir en tirer des conclusions positives.

Il serait trop long de relater dans cette simple note l'historique des observations que je réserve pour un travail plus complet sur le traitement de la phthisie pulmonaire.

Il me suffira de dire que la généralité des malades soumis à l'usage du savon jécoro-calcaire ont éprouvé sous son influence un amendement manifeste.

A part toute prévention que la paternité d'une idée quelconque, si modeste qu'elle soit, engendre trop souvent chez son auteur, je puis affirmer que, comme fond de traitement, le savon jécoro-calcaire m'a paru être, de toutes les préparations jusqu'à ce jour recommandées, celle qui, dans la majorité des cas, mérite la préférence.

Ce n'est nullement à dire pour cela que cette médication ne puisse et ne doive même parfois être modifiée ou plutôt aidée par l'intervention d'autres agents, suivant les indications qui se présentent.

Il est évident pour tout médecin instruit et consciencieux qu'il ne peut exister pour aucune affection de formules fixes et arrêtées à l'avance. Admettre celle-ci serait tomber dans l'empirisme. Mais entre toutes les médications, c'est croyons-nous, celle que nous venons d'exposer qui pourra le plus souvent et avec le plus d'avantages être mise à contribution pour le bien-être des tabescents.

C'est surtout au début de la tuberculisation que l'usage du savon jécoro-calcaire se montre d'une utilité réelle.

Administré dès les premiers signes de la maladie et pendant un temps plus ou moins long, variable suivant les sujets et surtout suivant la nature ou le degré des lésions, je l'ai presque toujours vu retarder la marche de l'affection, amender d'une manière notable la dégradation organique et, par suite de la modification apportée dans le travail nutritif, amener parfois la guérison, ou tout au moins un arrêt plus ou moins prolongé dans l'évolution pathologique de la tuberculose.

A une période plus avancée de l'affection, son action, quoique moins efficace, m'a paru apaiser encore certains symptômes d'une manière très-notable. L'un des effets les plus évidents de cette préparation est de diminuer sensiblement l'expectoration en même temps que la toux, de modérer la fièvre hectique et de ramener les forces à leur diapason normal en favorisant d'une manière sensible la nutrition interstitielle.

D'autre part, les avantages directs de cette préparation comme médicament sont sa forme solide et une saveur très-peu prononcée qui n'a rien de désagréable.

Par suite de son ingestion et de son assimilation plus faciles, le savon jécoro-calcaire ne trouble presque jamais le travail digestif et n'occasionne point la diarrhée, que provoque si sou-

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

vent l'huile brute non saponifiée. Assez souvent, au contraire, il détermine un peu de constipation.

Cependant lorsque, à la suite de son usage prolongé, un dégoût momentané annonce une certaine fatigue de l'estomac, il convient d'interrompre ou de diminuer pendant quelques jours l'administration du remède. La pancréatine ou les amers pourraient dans ce cas lui être associés avec succès.

Les seules contre-indications réelles à son emploi se présentent dans quelques cas de phthisie très-avancée, lorsque la fièvre hectique est excessive et que les fonctions digestives sont déjà profondément altérées.

Il convient également de surseoir à l'administration de cette préparation lorsqu'il existe de l'hémoptysie.

Dans la troisième période de la maladie, le savon jécoro-calcaire produit, dans bien des cas encore, une sédation très-marquée de la plupart des phénomènes hectiques. Par ses propriétés reconstituantes aussi bien que par suite de son action enrayante, il retarde le mouvement de désassimilation fébrile et ramène l'embonpoint.

Le plus souvent la diarrhée cesse ou se ralentit, l'élévation vespérale de la température s'abaisse, les sueurs colliquatives diminuent et le corps augmente sensiblement en poids. Parfois même le remède a paru, après une administration prolongée, avoir amené la cicatrisation ou le tarissement de cavernes peu étendues.

C'est particulièrement dans la phymatose torpide, dans cette forme de phthisie tuberculeuse entée sur le lymphatisme, qui constitue son expression la plus commune, surtout dans nos contrées, et qui s'accompagne le plus fréquemment d'hypoémie, que j'ai trouvé le savon jécoro-calcaire d'une utilité véritable.

Il ne m'a paru exercer aucune action réellement efficace dans la phthisie aiguë, heureusement beaucoup plus rare.

La médicat on jécoro-calcaire réussit d'autant plus sûrement, que la maladie est moins avancée. Elle ramène dans ce cas l'histogenèse physiologique à son fonctionnement normal, avec d'autant plus de promptitude que la déviation tuberculeuse est moins profonde.

La durée du traitement, qui peut, sans inconvénient, être prolongée d'une manière indéfinie, varie, en général, de six semaines à trois mois.

Ordinairement, déjà après deux ou trois semaines, les râles ou les gargouillements diminuent, la toux devient moins fréquente, l'expectoration se modifie et, après un certains temps, la fièvre tombe, ou tout au moins se ralentit.

L'appétit est presque toujours conservé ou même augmenté.

En tout état de cause, le traitement que je préconise, s'il n'a guère plus qu'aucune autre des méthodes proposées le pouvoir de sauver à coup sûr la vie des tabescents, peut, dans la plupart des cas, rendre celle-ci plus supportable, en prolonger souvent le cours et parfois même éloigner indéfiniment le terme fatal de la maladie.

De ce qui précède, il est donc permis de conclure que si, selon l'expression de Walshe, que nous citions en commençant (*loc. cit.*, p. 599), *l'huile de foie de morue est l'une des conquêtes les plus importantes de la thérapeutique moderne*, il s'en fallait de beaucoup, jusqu'à ce jour, qu'elle fût, à cause de ses nombreux inconvénients, aussi généralement profitable qu'elle pourra l'être désormais, grâce à l'introduction dans la thérapeutique du savon jécoro-calcaire. (*Bulletin de thérap.*)

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

LIV. **Assistance publique.**—M. Ory, directeur des Enfants assistés, est nommé directeur de l'établissement national des Quinze-Vingts, en remplacement de M. Trélat, nommé membre du conseil général d'assistance publique.

LV. **Ambulances mobiles de la presse.** — L'*Union médicale* publie la note suivante :

En donnant en première ligne la composition de l'ambulance Ouest-Ceinture, nous avons la pensée de donner une idée de la composition de ces ambulances. Pour abréger, dans les autres, nous ne donnerons que la composition du personnel, en faisant remarquer que, partout, la composition est la même.

Quant au matériel, il se compose : 1° de boîtes à pansements, 2° de matelas et de lits, 3° de brancards, 4° de voitures.

Chacune de ces ambulances est munie de cartes et de brassards imbrés par l'Intendance, le seul signe qui, au point de vue de la convention de Genève, ait de l'importance. De plus, le chef de chacune de ces ambulances s'est mis en rapport avec les commandants des secteurs du voisinage, afin qu'au moment du combat, chaque ambulance puisse partir avec tout son personnel et tout son matériel derrière les belligérants, pour secourir les blessés.

Il est bien entendu qu'en raison de l'esprit libéral qui a présidé à l'organisation des ambulances de la Presse, tout médecin, au moment du danger, peut venir se joindre au personnel des ambulances.

AMBULANCES MOBILES

Rattachées à l'ambulance centrale de la rue des Saints-Pères, 28.

Poste principal : Gare d'Ouest-Ceinture.

Postes avancés : 1° rue des Vinaigriers, n° 15, à Vanves. Garde de jour et dépôt d'appareils; — 2° route de Vanves, n° 76, et maison isolée au nord-ouest du collége Louis-le-Grand (simples dépôts de brancards).

PERSONNEL MÉDICAL

Chef de service : M. le docteur Lunier.

Première escouade. *Médecins* : MM. Lunier, chef, Lepage et Valdès. — *Élèves* : MM. Bosvieux, Carles et Loze.

Deuxième escouade. *Médecins* : MM. Miot, chef, Braconnot, Lejault et Gourvat. — *Élèves* : MM. Castaigna et Balzer.

Troisième escouade. *Médecins* : MM. Laskowski, chef, Béral et Figueroy. — *Élèves* : MM. Jochelson et Kohly.

Quatrième escouade. *Médecins* : MM. Desmarres, chef, de Courtys, Joly et Vernet. — *Élèves* : MM. Béchard et Mauvoisin.

Cinquième escouade. *Médecins* : MM. Foucaud de l'Espagnery, chef, Darvaris et Goldenslein.—*Élèves* : MM. Christi et Péride.

Sixième escouade. *Médecins* : MM. Boutigny, chef, Jacquet et Martin. — *Élèves* : MM. Durand et Faneau.

AMBULANCE MOBILE, boulevard Pereire, 119.

Reliée à l'hôpital Monceau. — M. Cabanellas, médecin en chef.

Première escouade. *Médecins* : MM. Cabanellas, chef, Urba, Mérandon. — *Élève* : M. Marty.

Deuxième escouade. *Médecins* : MM. Bessc, chef, Waillc, Pillon. — *Élève* : M. Jodebert.

Troisième escouade. *Médecins* : MM. Noblet, chef, Barré.—*Élèves* : MM. Taffin et Gary.

Quatrième escouade. *Médecins* : MM. De Langenhagen, chef, Loaisel, Oliviéri. — *Élève* : M. Loustau.

Cinquième escouade. *Médecins* : MM. Veillard, chef, Rouch, Richard. — *Élèves* : MM. Tapret, Wagner.

Sixième escouade. *Médecins* : MM. Bachelet, chef, Piel, Cattiaux. — *Élève* : M. Boissenot.

AMBULANCE MOBILE, 152, rue Bagnolet,

Liée à l'ambulance des Arts-et-Métiers. — M. Devailly, chef de l'ambulance.

Première escouade. *Médecins* : MM. Dusseris, chef, Gibert, Flutiaux, Basset, Mouton.

Deuxième escouade. *Médecins* : MM. Devailly, chef, Demouy, Darbès, Rivals, Ledreux.

Troisième escouade. *Médecins* : MM. Rougon, chef, Grosjeon, Handvogel, Schvvech, Jozwik.

Quatrième escouade. *Médecins* : MM. Lombard, chef, Gaudoin, Pincau, Lemoine, Micot.

Cinquième escouade. *Médecins* : MM. Lanoix, chef, Rech, Pollerini, Bergeron, Demorant.

AMBULANCE MOBILE DE LA MAISON-BLANCHE

(station du chemin de fer de ceinture), dépendant de la grande ambulance de la rue des Irlandais et Tournefort.

Chef de l'ambulance : M. Andrieu.

Médecins : MM. Isard, Rozier, Jacquème, Bocquillon.

Élèves : MM. Gadey, Mussat, Zdzitowiecki, Bartoszewicz, Jougla, Leboucher, Dubosq, Goldstein, Dorville, Chauvin, Poussin, Mégerand, Mercadier, Kalbfleisch, Ullé, Saint-Joseph, Hermann Lupus, Staes, Ursulesco, Bercaru, Moscovits, Roquetaillade, Mallet, Delguey.

AMBULANCE MOBILE, 11, boulevard Flandrin,

Liée à la grande ambulance de l'avenue d'Iéna, n° 3.

Chef de l'Ambulance : M. Chereau.

Première escouade. *Médecins* : MM. Vivier, chef, Grescher, Bujeon. — *Élèves* : MM. Doudemont, Michon.

Deuxième escouade. *Médecins* : MM. Niox, chef, Dublanchet, Legrip. — *Élève* : M. Nicholson.

Troisième escouade. *Médecins* : MM. Gonard, chef, Sichel. — *Élève* : M. Mora.

2 OCTOBRE.

LVI. **Assistance publique.** — M. le docteur de Saint-Germain s'était mis avec le plus grand dévouement à la disposition de nos confrères qui désiraient revoir rapidement nos diverses études de médecine opératoire. La lettre ci-jointe est l'expression de la gratitude du corps médical de Paris.

Paris, le 2 octobre 1870.

A M. Husson, ancien directeur général de l'assistance publique.

Monsieur,

Vous avez autorisé, dans le courant du mois d'août et de septembre, les chirurgiens de la garde nationale de la Seine à pratiquer des opérations sur le cadavre dans l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, sous l'habile et savante direction de M. le docteur de Saint-Germain.

Les chirurgiens soussignés viennent, en leur nom et au nom de leurs collègues, vous présenter leurs sincères remerciements.

Ils considèrent aussi comme un devoir de signaler le dévouement et le zèle avec lesquels M. le docteur de Saint-Germain a bien voulu les exercer à ces utiles manœuvres, et l'empressement que M. le directeur de Clamart a mis à en seconder l'exécution.

Agréez, etc.

Signé : Dr Linas, Dr Boutin, Dr Contour, tant en leur nom qu'au nom de leurs collègues des 2e, 3e, 4e, 6e, 11e, 12e, 22e, 25e, 40e, 42e, 43e, 44e, 45e, 51e bataillons, du bataillon d'Asnières, du régiment de cavalerie de la garde nationale, et de plusieurs corps de volontaires, etc.

LVII. **Assistance publique.**—Par arrêté en date du 1er octobre 1870, M. Michel Moring, directeur de l'administration préfectorale, a été chargé provisoirement, et à titre intérimaire, des fonctions d'agent général des hospices.

— Par arrêté en date du même jour, l'inspection générale du service des aliénés du département de la Seine a été supprimée. M. Girard de Cailleux, inspecteur général, a été admis à faire valoir ses droits à la retraite.

LVIII. **Hygiène publique.** — Il y a quinze jours environ, nous avons appelé l'attention de la municipalité sur les chiens errants *affamés* ou *malades* (nous ne disions pas encore *enragés*); nous attendions avec confiance un arrêté qui mettrait fin à une cause de grand danger; mais nous n'avons pas encore lu cet arrêté, et nous avons vu, au contraire, durant cette semaine, une assez grande quantité de ces chiens, petits ou gros, sur les quais, dans les rues et à l'entrée des Champs-Elysées. Nous nous sommes adressé aux gardes nationaux et à quelques-uns des gardiens de Paris, personne n'a pu nous donner de renseignements sur les mesures à prendre. Cependant il y a danger d'abandonner ainsi les chiens sur la voie publique : danger de rage, danger d'ajouter, par des cadavres d'animaux, aux sources déjà si nombreuses d'infection; il y a aussi pitié pour ces pauvres bêtes qui se débattent dans l'agonie; nous en avons été témoin deux fois ce matin même.

L'édilité, déjà surchargée, — nous nous empressons de le reconnaître, et nous nous plaisons à louer sa vigilance en beaucoup de choses, — ne peut pas s'occuper directement de tous les détails en ces jours de lourde besogne; il suffirait, du moins, de confier aux gardiens de Paris le soin de pourvoir à ce que les chiens ne restent pas abandonnés et ne meurent pas au coin d'une borne. Ce n'est pas le cas de dire aujourd'hui : *Non minimis curat prætor.* Les plus petites choses ont leur importance.

Un autre fait que nous avons également observé à diverses reprises mérite d'être signalé : nos braves gardes nationaux prennent souvent, quand ils vont monter leur garde, la sage précaution d'écrire sur leur porte fermée : *Parti pour le service des remparts*; mais il leur arrive d'oublier de renfermer leur chien. Or, ces êtres si intelligents et si fidèles restent, en poussant des cris plaintifs, toute une journée et toute une nuit à la porte de leur maître, et refusent même un morceau de pain qu'on leur jette.

On nous pardonnera de parler des chiens, puisque nous avons si souvent parlé des hommes et réclamé ici pour eux avec une insistance qui n'est pas encore, hélas! couronnée d'un plein succès, toutes les mesures d'hygiène qui doivent assurer leur santé. — Ch. Daremberg. (*Débats.*)

LIX. **Alimentation publique.** — Un des traits caractéristiques du siége de Paris a été la préoccupation de l'alimentation; c'est à ce titre que nous reproduisons la note suivante des *Débats* :

Méthode pour conserver pendant longtemps le pain frais. Il faut le placer dans une cave aérée, et le disposer, couche par couche, dans un tonneau bien latté et fait d'un bois léger, tel que le saule.

On établira dans le tonneau cinq à six tablettes ou rangs de claies d'osier, supportées par des tasseaux. Il y aura entre chaque rang garni de pains 3 à 6 centimètres d'intervalle. Ensuite on fermera avec soin le tonneau.

Le pain, en cet état, peut se conserver frais pendant plus de trente jours.

Pain économique. — Voici, en cas de disette, un moyen d'économiser la farine de grain : c'est de composer un pain de dix parties de farine, une de riz et six de pommes de terre.

Cette invention est de M. Pew, cultivateur anglais.

Autre procédé. — On prend 1 kilogramme 225 grammes de riz dans sa balle; on le fait bouillir dans une quantité d'eau suffisante pour en faire une pâte très-ferme; on le laisse reposer toute la nuit, et le lendemain on pétrit avec 2 kilogrammes de farine de froment, deux poignées de sel, deux litres de drèche douce et très-peu d'eau.

Il est nécessaire de faire lever la pâte pendant une heure au moins devant le feu, et de la laisser cuire pendant une heure et vingt minutes dans un four modérément chauffé.

Elle fournira 14 kilogrammes de pain.

Manière de tirer parti des pois secs et des pommes de terre de la plus mauvaise qualité. — On met les pois dans un sac et on les fait sécher de nouveau dans le four deux ou trois heures après que le pain en est sorti. Une fois bien secs, les pois sont portés au moulin, et la farine que l'on en obtient est blutée comme celle du froment.

Cette farine fait une excellente bouillie, et quand on l'emploie par petites portions dans le pain, elle produit un très-bon effet. Lorsqu'on en met un dixième dans la farine de froment, le pain est plus sec et de meilleur goût.

Au moyen de cette farine, on peut encore faire une purée en très-peu de temps : elle cuit sans aucune difficulté.

100 kilogrammes des plus mauvais pois, noirs et moisis, après avoir été séchés, moulus et blutés, fournissent 50 kilogrammes de belle farine. La chaleur du four fait disparaître le mauvais goût et surtout la moisissure.

Avec un demi-kilogramme de cette farine et 50 grammes de lard, on fait une purée abondante pour le repas de trois personnes.

On peut tirer parti de la même façon des pommes de terre avariées dont on jette en ce moment d'énormes quantités aux halles et ailleurs.

LX. **Société hippophagique.** — La viande de boucherie ordinaire devait bientôt faire défaut, il fallait habituer la population parisienne à l'idée de manger du cheval.

M. Bossin, membre du Comité hippophagique, publie la note suivante :

Une grosse et importante question, pleine d'actualité, était hier mise à l'ordre du jour du comité hippophagique ; en effet, il s'agissait d'utiliser et de faire entrer dans la consommation la viande de 20,000 chevaux qui se trouvent en ce moment dans Paris ou sous ses murs. Chaque cheval, en moyenne, peut donner 220 kilogrammes de très-bonne viande, égale, sinon supérieure, à celle des meilleurs bœufs; ce qui donnerait à l'alimentation un total de 4 millions 400,000 kilogrammes de chair fraîche et d'excellente qualité, que l'on peut employer sous toutes les formes, en cuisine, à l'instar de celle du bœuf. Nous en avons mangé en pot-au-feu, en bœuf à la mode, en bifteck, en filet rôti, etc., et nous sommes en mesure de dire et d'affirmer que, sous toutes ces formes, il nous a été impossible, à plusieurs reprises, de trouver la plus légère différence entre ces deux sortes de viandes. Seulement, de l'avis de tous les

(1) Voir le dernier numéro.

consommateurs, le bouillon de cheval est plus léger, plus fin, il a plus de goût et il convient mieux aux estomacs faibles que celui du bœuf.

Grâce au zèle infatigable des membres du comité hippophagique, vingt-six boucheries de viande de cheval sont ouvertes sur différents points de la capitale, où le débit devient de jour en jour plus considérable, et l'une d'elles, le 27 septembre à midi, avait déjà vendu dix chevaux. Ces étaux ne suffisant plus aux besoins et la plupart étant placés dans les quartiers éloignés, il en résulte que la population du centre est privée d'acheter de bonne viande et à bon marché. On sait que la première qualité est vendue 1 franc le kilog., excepté le filet.

Dans cette circonstance, et pour rendre service aux consommateurs en général, nous pensons qu'il serait indispensable que chaque boucher de Paris ait dans son étal, tous les matins, à la disposition des acheteurs, soit 25 kilogrammes, soit 50 kilogrammes ou 100 kilogrammes de viande de cheval; d'un autre côté, les ménagères peuvent être sans crainte sur la qualité, puisqu'aucun cheval n'est abattu sans avoir été au préalable visité par un médecin vétérinaire inspecteur. C'est une mesure et une garantie auxquelles la mairie de Paris tient essentiellement la main, aujourd'hui plus que jamais. De son côté, le comité hippophagique exerce sur la vente de la viande de cheval un contrôle des plus efficaces qui ne laisse rien à désirer sous tous les rapports.

Bossin, *membre du comité hippophagique.*

3 OCTOBRE.

LXI. **Hygiène publique.** —Les eaux auxquelles la ville de Paris peut être réduite, par suite du siége, sont l'eau de Seine, l'eau de puits, l'eau des puits artésiens et l'eau de pluie.

Eau de Seine. — Cette eau est propre à la boisson et aux besoins domestiques. Les quelques impuretés qu'elle peut renfermer sont enlevées complétement par une simple filtration sur du charbon de bois, dans les fontaines-filtres généralement usitées dans les ménages.

Eau de puits. — L'eau des puits de Paris est chargée de plâtre, provenant des terrains dans lesquels elle séjourne. Elle n'est pas nuisible à la santé et peut servir directement comme boisson; mais elle est impropre aux usages domestiques, notamment pour la cuisson des légumes. Pour corriger ce défaut capital, il faut y ajouter du carbonate de soude en quantité suffisante pour décomposer le plâtre. Cette quantité est évaluée à 2 grammes de cristaux de soude par litre d'eau (fragment de la grosseur d'une noisette), et on laisse l'eau se clarifier par le dépôt avant de s'en servir. Pour le savonnage, il ne faut pas craindre d'augmenter un peu cette proportion.

Eau des puits artésiens. — Cette eau peut être utilisée telle qu'elle sort des puits.

Eau de pluie. — Cette eau est bonne et peut être recueillie et conservée dans des citernes bétonnées ou dans des réservoirs en zinc qu'il faut avoir soin de couvrir. Si on recueille celle qui découle des toits, il faut en laisser perdre les premières portions.

Règles générales. Une bonne eau potable doit se conserver limpide, incolore et inodore pendant deux à trois jours dans une carafe. Si une eau ne présente pas cette qualité, elle peut être nuisible comme boisson. Mais il est rare qu'une bonne filtration sur du charbon de bois ne la corrige pas. Il sera donc bon de maintenir une couche de charbon dans le fond de la fontaine-filtre. On se procurera aisément un bon filtre en déposant sur le fond d'un tonneau, placé debout et muni d'une cannelle, deux ou trois couches alternatives de charbon de bois et de sable de rivière, maintenues par un double fond percé de trous. (*Bulletin de la municipalité de Paris.*)

LXII. **Académie des sciences.** — L'Académie tient séance.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 3 octobre 1870. — Présidence de M. Liouville.

LXIII. **Hygiène militaire appliquée.**—M. G. Grimaud (de Caux) lit un mémoire intitulé : *Du soldat en campagne et devant l'ennemi*: La provision d'un soldat en campagne et marchant à l'ennemi ne comprend que deux sortes d'objets : des vivres et des munitions, le tout pour deux ou trois jours, si ce n'est pour quelques heures de marche et de combat. Quant à son armement, il est purement offensif : sabre-baïonnette et fusil; tout pour l'attaque, rien pour la défense : rien qui protége et abrite contre les coups de l'ennemi.

Fournir au soldat le moyen d'assurer sa subsistance, sans avoir besoin d'attendre une distribution de vivres dont il a laissé les magasins derrière lui; le pouvoir de protection contre l'ennemi, sans augmenter le poids du fourniment; ces deux questions se résolvent par une simple modification, ou plutôt dans une meilleure distribution des éléments qui constituent l'équipement, lesquels éléments deviennent une protection efficace, au lieu d'être un embarras sur le dos du soldat.

Du sac militaire.—Le sac actuel a des défauts qui le rendent impropre à porter une charge supérieure à 20 kilogrammes. Par le fait de son épaisseur raccourcie, il force le marcheur à se courber en avant, posture anomale qui contribue à épuiser promptement ses forces. L'attache des bretelles est trop haute; elles scient les aisselles du porteur. La forme bombée de la surface appliquée au dos comprime et échauffe la colonne vertébrale. Ajoutez qu'avec une pareille construction la poitrine n'est point abritée; il n'y a de protégé que le dos, circonstance qui, en bien des cas, peut avoir sa gravité.

Le fourniment d'un tel sac consiste en vivres, linge et chaussures, ustensiles de cuisine et matériaux de campement, tels que fragment de tente et bâton d'étai; distribuez tout cela de la façon suivante, et le problème est résolu. Doublez la surface du sac, en diminuant de moitié son épaisseur; et, pour cela, construisez une carcasse métallique, d'environ 60 centimètres de large et 78 de haut, sur 5 centimètres d'épaisseur; habillez cette carcasse d'une toile imperméable. Divisez, par une gaîne en deux compartiments égaux, le contenant qui en résulte, et vous aurez un sac double plus long, plus large, moins épais que le sac ordinaire, mais bien plus facile à porter, comme il est aisé de le démontrer. Vous ouvrez et fermez ce sac par les deux côtés, au moyen de boucles et de lacets en cuir, comme les porte-manteaux de cavalerie. Vous le remplissez des effets d'équipement et d'habillement ainsi que des vivres et des ustensiles en métal qui complètent le fourniment de chaque homme et de son escouade.

On harnache ce sac de telle manière qu'on peut, à volonté, le porter sur le dos ou sur la poitrine. Si on le porte sur le dos, comme il s'étale sur une plus large suface et qu'il s'appuie sur le bas des reins, il ne tend point à descendre; et ainsi il charge moins les épaules que celui dont nos fantassins se servent actuellement.

Deux autres circonstances contribuent aussi à rendre son poids moins sensible. Il ne gêne pas la colonne vertébrale, dont la saillie vient se loger dans la gouttière formée par la gaîne longitudinale du milieu. De plus, cette gaîne, contenant une tige d'acier, d'une utilité multiple, au moindre repos, on abaisse la tige jusqu'au sol, et le fantassin se déleste de son son sac, absolument comme un joueur d'orgue de son instrument sur le bâton d'appui qui lui sert de canne.

Pour le mettre devant la poitrine, le ceinturon est armé d'un cran qui vient s'articuler avec une pièce en métal correspondante, disposée à cet effet à la partie inférieure du sac. Et ainsi, qu'on porte ce sac par devant, qu'on le porte par derrière, le poids en est moins incommode, et le fardeau paraît allégé, par cela même que sa gravité correspond au bas des reins, soit directement, soit par l'intermédiaire du ceinturon.

Voici comment il protége. Il est garni, à l'intérieur, de plusieurs annexes en cuir. Ces annexes servent à loger : 1° les ustensiles en métal nécessaires, soit à chaque homme, soit à son escouade; 2° une pelle plate, ou plaque de bêche en métal; 3° sur les côtés, en dehors, un bâton de support se divisant et s'ouvrant selon sa longueur, pour former une croix de Saint-André. Ce sont là des éléments de blindage, permettant d'aborder l'ennemi jusqu'à la distance de 150 mètres, sans avoir rien à craindre des petits projectiles. Le fusil se porte en bandoulière; et une cartouchière, en cuir roide, est fixée en haut ou en bas du sac. Si vous marchez à l'ennemi, vous portez le sac par devant; si vous battez en retraite, vous le mettez sur le dos : des deux façons, le torse entier est préservé.

La tête est garantie au moyen d'une coiffure en cuir mou, formant supérieurement une poche plate, dans laquelle on glisse, pour le combat, la plaque métallique. Cette coiffure, en raison de sa mollesse, se prêtant à toutes les inclinaisons, se penche en visière sur la figure, et abrite toute la partie supérieure de la tête, jusqu'aux yeux. Ainsi lestée, une telle coiffure pèse encore moins que le casque de l'infanterie prussienne.

Quant aux jambes, on protége avec le fragment de tente attribué à chaque soldat pour effectuer le campement. Ce fragment de tente, plié en neuf doubles ou feuillets, se suspend à la partie inférieure du sac, au moyen de boutons; son flottage suffit pour amortir, par ses plis, à une distance de 150 mètres, les petits projectiles, et garantir les membres inférieurs jusqu'au dessous des mollets.

L'ensemble de cet équipement défensif a été calculé sur le poids réglementaire du soldat ordinaire en campagne.

Théorie du soldat. — On marche le sac en avant, le fusil en bandouillère, en tirailleurs; à un moment propice, c'est-à-dire quand le canon a dit son mot, on s'aventure à l'encontre de l'ennemi, jusqu'à la distance de 150 mètres. La position étant choisie, le combattant abaisse au point utile la tige engaînée; il fixe au sol, en croix de Saint-André, le bâton de support, et il dépose le sac, en plan incliné, sur cet appui triangulaire. Il a ainsi un abri, derrière lequel il charge et décharge son fusil à volonté, appuyant le canon sur l'un ou l'autre côté du sac. Il peut viser juste et tirer à loisir, surtout sans fatigue, car son arme pèse sur le sac et non sur le bras.

Supposez les combattants disposés en ordre mince, ou même en chaîne clair-semée de tirailleurs, les petits projectiles de l'ennemi n'auront sur eux que peu d'effet. Les balles réussies, celles qui porteront coup, viendront s'amortir : 1° sur le sac rembourré par les effets d'habillement et blindé par les ustensiles de cuisine; 2° sur la plaque mobile du casque; 3° enfin sur les plis multiples du fragment de tente, suspendu en bas du sac.

Campement. — Le combat étant fini, et la victoire acquise ou la retraite accomplie, il s'agit de camper pour se reposer et faire la soupe. Dans l'état actuel des choses, chaque soldat est muni d'un fragment de toile et d'un bâton brisé : on les joint par quatre et l'on construit des *tentes-abris*, occupant un très-petit espace en superficie et en élévation, permettant seulement la position couchée aux quatre fantassins qui en ont fourni les matériaux. La cuisine se fait dehors pour l'escouade de dix ou douze hommes.

Cette cuisine en plein air a plusieurs inconvénients. Elle utilise fort mal le combustible, souvent difficile à trouver dans le rayon occupé. Elle cuit mal et avec lenteur les aliments. Au vent et à la pluie, elle fume et aveugle, sans chauffer et par conséquent sans sécher le soldat. De plus, sa position, en dehors de la *tente-abri*, met le désordre dans la compagnie, en détruisant toute symétrie castra-métative. Enfin, à proximité de l'ennemi, elle décèle le bivouac.

Avec le fourniment du nouveau sac, ces inconvénients sont bien amoindris, s'ils ne sont pas tout à fait éliminés. Pour un campement passager, un repos de courte durée, il suffit de quelques minutes pour accoupler des sacs arcboutés, et, avec leur aide, dresser pour douze hommes une tente et sa cuisine.

S'agit-il d'un campement prolongé, la pelle visière qui sert d'abri à la tête de chaque tireur pendant le combat, fournit le moyen de construire un four de campagne pour la cuisine sous la tente même, et de donner à celle-ci l'élévation que l'on veut, en y pratiquant les rigoles indispensables. En un quart d'heure, les douze pelles de l'escouade font toutes les excavations et les remblais nécessaires; cinq ou six paires de sacs sont arcboutés, et procurent instantanément un échafaudage de grande tente, qu'on recouvre avec la toile à neuf plis dont chaque soldat est en possession. Là, tout le monde est à l'abri, et relativement à son aise; le feu des cuisines est caché aux yeux de l'ennemi, la fumée en est moins intense et moins aveuglante, et, dans la mauvaise saison, on peut s'y sécher et s'y chauffer. Avec de la farine, on cuit instantanément la galette pour lester l'estomac, en attendant les distributions régulières, toujours trop lentes à se réaliser.

L'invention de ce système d'armes défensives, dont je viens d'entretenir l'Académie, appartient au général polonais Miéroslawski. Je n'ai ici que le mérite d'en avoir compris la portée et les avantages au point de vue de la conservation du soldat et de son hygiène.

(Commissaires : MM. Morin, Dupuy de Lôme, Larrey.)

LXIV. **Observations relatives à la panification.** — M. Mège Mouriès. J'ai l'honneur de soumettre à l'Académie quelques observations relatives à la question du pain, observations dont elle appréciera l'opportunité. Mes recherches, les rapports de M. Chevreul et la sanction d'une longue pratique ont prouvé que, pour avoir du pain doué de toute sa puissance nutritive, il faut le préparer avec tous les principes immédiats du grain, moins ses enveloppes les plus grossières; mais ils ont prouvé aussi que ce pain n'est réellement bon que si l'on empêche la formation du pain bis, c'est-à-dire l'altération d'une partie de ces principes immédiats. Cette observation est essentielle, et, en l'oubliant, on s'expose à de tristes déceptions.

Si, en effet, on fabrique du pain avec toutes les parties du grain, et si pour cela on emploie les procédés ordinaires, le ferment contenu dans le tissu embryonnaire (céréaline) change l'amidon en dextrine et en glucose, liquéfie en partie le gluten, et le pain devient bis, lourd et pâteux. Ces défauts ont leur importance; mais ce qui est beaucoup plus grave, c'est que, par cette altération complexe, ce pain change de nature, devient laxatif et perd une partie de sa force alimentaire. On sait, en effet, que le pain de tout grain, dit *de son*, est plutôt un médicament qu'un aliment, et que les médecins le prescrivent depuis longtemps contre la constipation habituelle.

On comprend les graves inconvénients d'un pain de cette nature, introduit dans le régime, alors surtout que la ration de viande serait diminuée. Le pain bis en usage dans les campagnes ne saurait être une objection, parce que la farine qui le produit est toujours blutée, et que la couleur bise provient surtout du seigle et de l'orge. Il faut donc, à tout prix éviter cette altération, et, pour cela, on doit employer les moyens indiqués par moi, approuvés par l'Académie et appliqués à l'usine de la ville de Paris, où, dit l'ancien directeur de l'Assistance publique, dans un exposé officiel daté de 1868, ce procédé, donne depuis plus de six ans, du pain de première qualité, permet de supprimer le pain bis et produit une économie de 100,000 fr. environ par an, selon l'administration, et de 200,000 fr. suivant les calculs faits par les commissions.

Malgré ces résultats satisfaisants, ce procédé n'a pas été poussé jusqu'à la dernière limite du rendement, limite qu'on atteint ainsi qu'il suit :

On humecte le blé avec 5 pour 100 d'eau salée, qui a la curieuse propriété de s'arrêter devant la membrane embryonnaire; puis on enlève les téguments extérieurs, à l'aide d'un décortiqueur, et le blé devient alors si facile à broyer que, si l'on manque de meules, un moulin à café peut suffire à cette opération.

Le blé, broyé est divisé en deux parties : 1° la farine fine provenant de l'intérieur du grain; 2° les gruaux, représentant les couches extérieures. Ces gruaux contiennent les principes nutritifs les plus importants, c'est-à-dire le gluten le plus élaboré pour la nourriture du tissu musculaire, le phosphate de chaux animalisé pour le tissu osseux, l'albumine et l'huile phosphorée pour le tissu nerveux, etc. Mais, ne l'oublions pas, ces gruaux contiennent aussi le tissu embryonnaire et la céréaline dont il faut empêcher l'action.

Pour cela on fait avec la farine fine et du levain, une pâte molle, et, quand cette pâte est arrivée au degré de fermentation voulu, on y ajoute les gruaux.

Les phénomènes qui se passent alors sont bien simples. L'humidité pénètre les gruaux, qui s'hydratent rapidement et font une pâte homogène, tandis que la céréaline, n'ayant plus le temps d'incubation nécessaire pour agir, et retenue du reste dans des cellules restées entières, ne peut plus attaquer les principes immédiats, et laisse le pain avec sa saveur naturelle et avec toutes ses forces nutritives.

On peut dire en résumé que, lorsqu'on prépare le pain avec toutes les parties du grain à l'aide des procédés ordinaires, on n'obtient qu'un aliment débilitant, tandis qu'on obtient un pain normal essentiellement nutritif en empêchant l'altération de la pâte par la céréaline, à l'aide des moyens indiqués, moyens qui, dit le rapport officiel inséré dans le *Moniteur* du 23 décembre 1860, « auraient pour effet, s'ils se généralisaient, d'apporter une économie d'un huitième dans la consommation. »

(Renvoi aux sections de chimie et d'agriculture, auxquelles MM. Dumas et Bussy sont priés de s'adjoindre).

LXV. **Sur l'emploi de la farine d'avoine dans l'alimentation.** — M. Wilson adresse à M. Dumas une lettre dont voici un extrait :

Permettez-moi de confirmer, par ce que j'ai pu constater personnellement, ce que vous avez dit au sujet de la farine d'avoine. C'est un aliment de très-grande consommation, non-seulement en Ecosse, mais surtout en Irlande, où l'on en fait de la bouillie et du gâteau qui se conserve pendant dix à douze jours sans s'altérer.

Pour faire de la farine d'avoine, on n'a qu'à décortiquer le grain et le faire concasser. L'opération est très-simple, et je ne doute pas qu'elle puisse être organisée facilement sur une grande échelle.

Je me mets à la disposition de l'Académie pour tous les renseignements qu'elle pourra désirer sur ce sujet.

(Renvoi à la commission désignée pour la communication qui précède.)

LXVI. **Sur les moyens de faire entrer la farine de blé dans la confection d'aliments doués de propriétés nutritives suffisantes.**—M. L. Aubert. .... J'ai moulu dans un moulin à café *cent* grammes de blé; puis, délayant la farine ainsi obtenue dans *quatre cents* grammes d'eau et en chauffant jusqu'à l'ébullition, j'ai obtenu une bouillie épaisse, ayant un goût de gluten prononcé et désagréable, mais douée de propriétés nutritives.

Pour ôter à cette bouillie le goût désagréable du gluten, on pourrait y ajouter du beurre : le prix du beurre étant en ce moment

trop élevé, j'ai employé le saindoux. Si le saindoux est un peu rare, comme cela arrive souvent, on peut commencer par y faire frire un oignon, puis verser la farine délayée dans l'eau et chauffer jusqu'à l'ébullition. On peut remplacer l'oignon par l'ail, ou bien encore ajouter à cette bouillie du fromage.

En ajoutant du saindoux, je n'ai plus employé que *quatre-vingt-cinq* grammes de blé au lieu de *cent*. Voici exactement les proportions pour deux préparations différentes :

I.	Blé (nettoyé), moulu dans un moulin à café	85gr
	Eau	460
	Sel marin	1,5
	Saindoux	20
	Oignon coupé en petits morceaux et frit dans le saindoux.	15

Par l'ébullition, l'eau est réduite à environ 400 grammes.

II.	Blé (nettoyé), moulu dans un moulin à café	85gr
	Eau	460
	Sel marin	1,5
	Saindoux	15
	Fromage de gruyère	20

On chauffe le tout ensemble, et assez longtemps pour que le gruyère fonde.

Je propose également de préparer un pain ayant la même composition que ces bouillies, mais avec une quantité d'eau moindre, pour obtenir une pâte ferme. On aurait ainsi un pain sans levain, ou biscuit, dont la conservation et le transport seraient faciles.

Ce biscuit ayant une grande valeur nutritive sous un petit volume, le consommateur devrait être prévenu des quantités en pain et en viande que représenteraient 100 grammes du biscuit lui-même. Je demande que des expériences soient faites sur ce sujet.

(Renvoi aux sections de chimie et d'agriculture, auxquelles MM. Dumas et Bussy sont priés de se joindre.)

La séance est levée à 5 heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

—

Nouvelles applications de l'acide phénique en médecine, etc., par le docteur Déclat. In-8, planches photogr. — Prix : 5 fr.

Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte, rédigé par Benj. Anger, Bailly, Barrallier, Bernutz, P. Bert, Bœckel, Buignet, Cusco, Demarquay, Denucé, Desnos, Desormeaux, A. Després, Devilliers, Alfr. Fournier, Ach. Foville, T. Gallard, H. Gintrac, Gombault, Gosselin, A. Guérin, A. Hardy, Heurtaux, Hirtz, Jaccoud, Jacquemet, Kœberlé, O. Lannelongue, S. Laugier, Ledentu, P. Lorain, Lunier, Luton, Ad. Nélaton, A. Ollivier, Oré, Panas, Péan, M. Raynaud, Richet, Ph. Ricord, Jules Rochard (de Lorient), Z. Roussin, Saint-Germain, Ch. Sarazin, Germain Sée, Jules Simon, Siredey, Stoltz, A. Tardieu, S. Tarnier, Valette, Verjon, Aug. Voisin.

Directeur de la rédaction : le docteur Jaccoud.

Se composera d'environ 25 volumes grand in-8 cavalier de 800 pages. Prix de chaque volumes de 800 pages avec figures intercalées dans le texte, 10 fr.

Les tomes I et XIII sont en vente. Le tome XIII comprend 800 pages avec 150 figures. Les principaux articles sont : Encéphale, par Jaccoud, Hallopeau et S. Laugier; Endémie, par J. Rochard; Endocarde, par Jaccoud; Endoscope, par Desormeaux; Entozoaires, par L. Vaillant et Luton; Épaule, par Panas; Épidémies, Épidémiques (maladies), par P. Lorain; Épilepsie, par Aug. Voisin; Épithélium, par Ranvier; Érectiles (appareils, mouvements, tumeurs), par Bœckel, etc.

Plaies pénétrantes de l'abdomen et procédé de suture nouvelle pour la guérison des anus contre nature, par M. Goyard, 1 vol. in-8, avec figures, 1870. — Prix : 2 fr.

Des troubles de la sensibilité générale dans la période secondaire de la syphilis et notamment de l'analgésie syphilitique, par le docteur Faid, médecin de l'école du Caire (Égypte). In-8 de 134 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Recueil de questions posées aux 5 examens de médecine et aux accouchements. 1 fr. 50 le volume. — Chez A. Delahaye, place de l'Ecole-de-Médecine.

Traité des maladies chroniques, par le docteur Thompson, traduction de l'anglais. Brochure in-12 de 80 pages. — Prix : 1 fr.

Etudes sur les fistules vésico-intestinales, par M. Blanquinque (E.), 1 vol. in-8. 1870. — Prix : 2 fr.

Traité des fractures non-consolidées ou pseudarthroses, par le docteur Bérenger-Féraud, médecin principal de la marine. In-8 de 700 pages. — Prix : 10 francs.

Annuaire des eaux minérales, des bains de mer et de l'hydrothérapie en France et à l'étranger, publié par la *Gazette des eaux*. 12e année, 1870. — Prix : 1 fr. 50.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois... 8 fr. 50 c. Six mois... 16 — Un an... 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 8 avril 1871.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Maladies régnantes. — État sanitaire de Paris pendant le siége. — Fièvres typhoïdes.

En commençant cette Revue de l'état sanitaire de Paris pendant le siége par l'épidémie de variole et les autres fièvres éruptives concomitantes, nous avons d'abord fait la part de la maladie dominante, celle qui a primé toutes les autres par l'élévation du chiffre de mortalité et par l'attention spéciale et les mesures prophylactiques et hygiéniques dont elle a dû être l'objet; puis, en procédant ainsi, nous avons éliminé en quelque sorte du même coup du tableau pathologique du siége, les maladies qui en étaient par le fait le plus indépendantes, ou, en d'autres termes, sur lesquelles les conditions inhérentes à l'état de siége ont eu en réalité le moins d'influence. Nous allons aborder maintenant les maladies qui, si elles ne sont pas le résultat ou le produit immédiat de ces conditions, leur ont dû, du moins, une grande partie du développement et de l'intensité qu'elles ont acquis et de la physionomie symptomatique particulière qu'elles ont revêtue, nous proposant de terminer par le petit groupe d'affections qui nous ont paru devoir leur être attribuées exclusivement.

Au premier rang de ce deuxième groupe, nous plaçons la fièvre typhoïde, autour de laquelle viendront naturellement se ranger comme ayant en quelque sorte avec elle un lien étiologique solidaire, les courbatures, les fièvres synoques, les embarras gastriques et gastro-intestinaux, la dysentérie, les diarrhées ou entérites simples, les fièvres intermittentes ou rémittentes.

LA FIÈVRE TYPHOÏDE

Nous avons dit dans l'exposé général de la mortalité par principales espèces de maladies, que la fièvre typhoïde avait donné dans la période de temps comprise entre le 4 septembre et le 3 mars, le chiffre de 4,134 décès. Cette mortalité élevée ne s'est pas produite immédiatement et d'une manière égale pendant toute cette période; elle n'a commencé à devenir très-sensible qu'à dater de la fin du mois d'octobre. Pendant les cinq à six premières semaines, en effet, elle était peu élevée et ne dépassait pas sensiblement la moyenne des périodes hebdomadaires correspondantes des années précédentes (de 54 à 62 environ). Dans l'armée même, où elle devait plus tard sévir particulièrement, d'après un rapport de M. Colin de la fin de septembre, les fièvres typhoïdes étaient rares alors; elles donnaient une moyenne de décès de 40 environ par mois. Ce n'est guère qu'à dater du dernier jour de novembre ou des premiers jours de décembre, que ce chiffre s'est rapidement accru. Il a donné dans le cours des quatre semaines de décembre, 137, 173, 221, 250, et dans les semaines de janvier, 251, 301, 375, 313. Sur ce nombre, c'est l'armée, sans contredit, qui donne le plus fort contingent. Ainsi, tandis que jusque-là elle avait fourni une moyenne de 40 décès environ par mois, le chiffre de la mortalité par fièvre typhoïde dans l'armée a été en décembre de 99, et en janvier de 162.

Plusieurs de nos confrères ont déjà fait une remarque très-juste au sujet du chiffre des décès par fièvres typhoïdes accusé dans les Bulletins officiels. Ce chiffre doit être considéré comme inférieur à la vérité, un très-grand nombre de ces affections ayant figuré sous d'autres noms sur les pancartes ou sur les déclarations, à cause de leur début insidieux et des incertitudes naturelles des premiers diagnostics, qui ont dû souvent être modifiés. Il arrivait très-souvent, par exemple, que des malades entrés pour un embarras gastrique, une simple courbature, une angine légère ou une conjonctivité oculo-palpébrale, comme nous en avons vu quelques cas, après trois, quatre, cinq, six, huit jours et plus quelquefois, étaient pris de céphalalgie, d'épistaxis répétées et présentaient bientôt tous les symptômes d'une fièvre typhoïde grave, trop souvent terminée par la mort; soit que les premiers phénomènes ne fussent en réalité que les prodromes, les signes avant-coureurs d'une fièvre typhoïde en voie d'incubation; soit que cette dernière affection ne se fût déclarée réellement qu'à l'hôpital, sous la double influence du miasme nosocomial et de la prédisposition constituée par l'affection première, à laquelle s'ajoutait toujours un état profond de fatigue et d'épuisement.

D'un autre côté, et cela a pu être encore une source fréquente d'erreurs dans la détermination exacte de la nature de l'affection, un grand nombre d'autres maladies, comme les fièvres éruptives, par exemple et les phlegmasies pulmonaires, présentaient durant leur cours des phénomènes typhiques très-marqués, qui, aux yeux du médecin non prévenu et ignorant les débuts de la maladie, auraient pu facilement donner le change.

Enfin, chez des malades atteints de fièvre typhoïde parfaitement caractérisée dès l'origine, et qui présentaient, à partir des premiers jours, les signes de la bronchite habituelle, nous avons vu plusieurs fois survenir brusquement, en plein état typhoïde, entre le deuxième et le troisième septenaire, une véritable pneumonie occupant la plus grande étendue de l'un des poumons, arrivant très-promptement à la période d'hépatisation et précipitant rapidement la terminaison fatale; les malades succombaient alors non aux progrès de la fièvre typhoïde, mais à une véritable complication de pneumonie.

On pourrait presque déjà déduire de ce qui précède la gravité des fièvres typhoïdes pendant une partie de cette période. Assez bénignes au début, c'est-à-dire dans le cours des mois de septembre, octobre et novembre, elles ont commencé à devenir graves en décembre et très-graves en janvier, où, comme on l'a vu, la mortalité s'est élevée à 375 dans une seule semaine, à 1,240 pour le mois entier.

La forme prédominante de ces fièvres typhoïdes a été la forme ataxo-adynamique. C'étaient, en effet, surtout les symptômes cérébraux, le délire, l'agitation, les troubles des sens, les mouvements désordonnés de toute sorte, avec les accidents fréquents du côté de la poitrine qui dominaient dans les premières phases de la maladie; et lorsque les malades échappaient à cette période de la maladie, cet appareil fébrile et nerveux ne tombait que pour faire place à une prostration, à une adynamie profonde dont les malades ne se relevaient qu'à grand peine, quand ils n'y succombaient pas, et en conservant pendant très-longtemps une grande faiblesse et une véritable cachexie anémique.

Quelques médecins ont signalé comme un des caractères de cette épidémie la fréquence d'une éruption confluente de taches rosées lenticulaires. Nous n'avons, pour notre part, constaté qu'assez rarement cette éruption confluente, elle nous a même paru manquer le plus souvent, et il nous est arrivé plusieurs fois de rechercher vainement les taches lenticulaires, bien qu'il ne pût y avoir aucun doute d'ailleurs sur la nature de l'affection. En revanche, ce que nous avons trouvé assez souvent, en dernier lieu surtout, coïncidemment avec l'épidémie de scorbut dont nous aurons à parler plus tard, c'est la manifestation, pendant la période de convalescence, d'une éruption pétéchiale aux jambes avec œdème des extrémités et des retours fréquents d'épistaxis, et quelquefois de petites ecchymoses sous-cutanées.

Quant aux phénomènes abdominaux, sauf des diarrhées abondantes, parfois incoërcibles, et qui persistaient souvent jusqu'aux limites extrêmes de la convalescence, ils nous ont paru en général assez modérés. Nous n'avons rencontré qu'assez rarement cette sensibilité douloureuse exquise à la pression de la fosse iliaque droite, ces tympanites, ces hémorrhagies intestinales, qui caractérisent particulièrement les fièvres typhoïdes de forme abdominale ou putride.

Parmi les accidents concomitants ou consécutifs, nous avons fréquemment observé, ainsi que beaucoup de nos confrères, des otites et des otorrhées, des angines et des laryngites.

Terminons ce qui concerne les fièvres typhoïdes en disant que, de même que la variole, c'est surtout sur l'armée et sur la population de la banlieue réfugiée dans l'enceinte de Paris, qu'elles ont sévi. Nous ne sachons pas que la population parisienne proprement dite en ait souffert notablement plus qu'avant le siége.

DYSENTÉRIES ET DIARRHÉES

On n'aurait qu'une idée très-imparfaite du nombre des dysenteries observées pendant le siége, si l'on n'en jugeait que par le chiffre des décès qui figurent sous ce titre dans les Bulletins. Nous trouvons pour toute la période du 4 septembre au 3 mars 935 décès par dysenterie. Or les dysenteries ont été fréquentes pendant une partie de cette période, notamment vers la fin de septembre et pendant le mois d'octobre, au point que dans les premières semaines de siége, au début de notre exercice dans l'ambulance du Luxembourg, nous nous attendions à voir l'épidémie de dysenterie prendre un redoutable développement, tout les cas nouveaux se multipliaient et se succédaient rapidement. Si cependant le chiffre des décès est si peu élevé, ce n'est pas qu'il faille l'imputer le moins du monde à erreur de la part des auteurs des Bulletins; les Bulletins n'ont été à cet égard que

---

FEUILLETON

TRAITÉ
DES FRACTURES NON CONSOLIDÉES OU PSEUDARTHROSES (1)

Par le Dr BÉRENGER-FÉRAUD
Médecin principal de la marine.

Notre excellent ami le docteur Bérenger-Féraud vient de publier un livre de chirurgie dont les praticiens apprécieront l'utilité. Ce livre qui traite d'un point très-intéressant et encore peu étudié de la chirurgie, était difficile à faire, vu la complexité et l'obscurité des éléments qu'il fallait rechercher dans les annales de la science; mais notre laborieux confrère ne recule pas devant le travail, et l'œuvre qu'il produit aujourd'hui suffirait pour nous montrer qu'il a fait de longues et patientes recherches, si nous n'avions déjà faite notre opinion sur son compte depuis longtemps.

Il nous semble que le moyen le plus simple de rendre compte du livre de notre collaborateur, est de citer textuellement une partie de l'introduction que nous trouvons en tête de son livre; c'est l'exposé le plus succinct que l'on puisse faire du sujet.

« La terminaison par fausse articulation est un des écueils les plus sérieux du traitement des fractures, car privant le membre de la solidité dont il a besoin pour l'accomplissement de ses fonctions, elle le laisse perpétuellement dans un état valétudinaire, condamnant ainsi le sujet qui la porte à une considérable infirmité. Les inconvénients qui résultent de cette non-consolidation des fragments sont si grands que les chirurgiens de tous les temps ont dû se préoccuper des moyens de la prévenir, et, comme malheureusement elle se produit quelquefois malgré leurs soins, ils ont dû chercher aussi comment on peut la guérir quand elle existe: deux conditions qui ont donné naissance à de nombreux procédés.

« Cette question des pseudarthroses est un des points les moins étudiés de l'histoire des fractures, et, malgré les travaux cependant si complets déjà de la chirurgie moderne sur les moyens de mener les malades à guérison, la plus fâcheuse obscurité règne encore sur mille détails de l'étiologie et de la thérapeutique des fausses articulations. Constituant un accident heureusement assez rare chez les malades soignés selon les principes rationnels et ne se présentant généralement, avec une certaine fréquence, que dans la pratique des chirurgiens qui ont affaire à des malades venus de loin, et ayant manqué de soins intelligents ou de bonnes conditions extérieures dans les premiers temps du traitement; les pseudarthroses n'ont pas encore été étudiées avec toute l'attention qu'elles méritent, et le fait se reconnaît facilement quand on parcourt les livres classiques avec la pensée de rechercher les conditions intimes de la production et de la guérison des fractures non-consolidées.

« En effet, si les auteurs de pathologie interne répètent à l'envi que les fractures restent parfois plus ou moins longtemps, temporairement ou d'une manière définitive sans que le cal, destiné à les consolider, acquière la dureté et le volume nécessaires, dès qu'on recherche les causes de ce phénomène pathologique, on voit qu'ils n'ont donné qu'une énumération des conditions sur la valeur desquelles il est difficile de se faire une opinion solide. Si d'autres fois, laissant la question d'étiologie de côté, on veut seulement étudier les phénomènes matériels de l'altération, en d'autres termes, les diverses variétés anatomiques des pseudarthroses, on voit aussitôt surgir une nouvelle confusion au moins aussi considérable; car, tandis que quelques pseudarthroses ont une certaine laxité, d'autres sont relativement assez serrées, et, d'ailleurs, tandis que les unes sont temporaires, les autres sont permanentes. Parmi les premières mêmes, les unes durent si peu de temps qu'elles ne sont, à vrai dire, que des fractures ayant une évolution de réparation un peu plus lente, tandis que les autres ne permettent la solidité du levier osseux qu'après un très-long temps. Les unes ne font que diminuer ou gêner les fonctions du membre, les autres les abolissent d'une manière absolue, etc., etc.; bref, dès qu'on étudie un peu la question, on s'aperçoit qu'il y a un très-grand nombre de variétés de ces pseudarthroses, et que la plupart des auteurs n'ont point parlé jusqu'ici de leur détail, ou ne l'ont fait que d'une manière tout à fait insuffisante.

« Si, enfin, on se préoccupe des pseudarthroses au point de vue le plus pratique et le plus important, je veux parler du traitement de la fausse articulation, on trouve une obscurité plus grande encore, si bien que le chirurgien, qui n'a pas fait une étude toute spéciale du sujet est étrangement embarrassé. Comment n'en serait-il pas ainsi? on trouve à chaque instant, dans les publications médicales périodiques, les faits les plus contradictoires sur ce sujet;

(1) In-8, 700 pages et 200 figures. Paris, 1871. — Prix : 10 fr.

l'expression exacte de la vérité. La vérité est, en effet, que ces dysenteries si communes, au commencement de l'hiver surtout, ont été généralement très-bénignes. Nous n'avons pas tardé, en effet, comme tous nos collègues à être rassuré sur ce point, en voyant avec quelle facilité et quelle promptitude même elles cédaient le plus souvent aux moyens de traitement, assez divers d'ailleurs, qui leur étaient opposés, tels que l'ipécacuanha par la méthode brésilienne, les purgatifs salins, le bismuth, le ratanhia, le laudanum, le diascordium, etc., où cessaient même spontanément sous la seule influence du repos et du régime hospitalier.

Mais il n'en a pas été de même des diarrhées. Nous trouvons sous ce titre, pour la même période, le chiffre considérable de 3,280, qui se répartit d'une manière assez égale pour chacune des périodes mensuelles. Malgré ce que cette dénomination de diarrhée a d'un peu vague, et en admettant qu'on ait compris sous la même étiquette des cas pathologiques divers, plus ou moins mal déterminés, il n'en ressort pas moins de ce chiffre que les affections des voies digestives ont eu une part considérable dans l'expression pathologique et dans la mortalité de cette époque. Nous aurons donc à en tenir grand compte quand nous chercherons à rattacher chacune des espèces morbides principales à leurs conditions étiologiques respectives. Constatons seulement, pour l'instant, que si ces diarrhées se sont montrées très-communes dans l'armée, c'est encore plus sur la population civile et particulièrement sur les enfants en bas-âge qu'elles ont sévi avec une remarquable intensité. On en pressent déjà la raison, que nous déduirons plus tard de cette étude. Poursuivons notre exposé.

EMBARRAS GASTRIQUES, FIÈVRES SYNOQUES, FIÈVRES INTERMITTENTES ET RÉMITTENTES.

Autant d'affections qui se sont montrées plus ou moins fréquemment, tantôt à l'état simple, tantôt combinées et se compliquant les unes les autres, bien qu'aucune d'entre elles ne figure sur les relevés mortuaires. Le silence des Bulletins à cet égard ne prouve qu'une chose, c'est la bénignité qu'ont présentée ces affections en général. Mais elles ne méritaient pas moins d'être signalées comme faisant partie de l'ensemble de la constitution médicale dont nous esquissons les principaux traits. Il n'était pas sans importance pratique, d'ailleurs, de veiller à la marche de ces affections qui plus d'une fois n'ont été que les prodromes ou les avant-coureurs de la fièvre typhoïde. Il y avait donc toujours intérêt à ne les point négliger et à tâcher d'en enrayer la marche dès le début, ce qui a été fait souvent avec succès par l'administration opportune d'un éméto-cathartique, suivi de quelques purgations légères répétées, pour les embarras gastriques et les fièvres synoques, et de doses modérées de sulfate de quinine pour les affections fébriles à type périodique.

Nous ferons remarquer au sujet du sulfate de quinine, que s'il a presque constamment réussi entre nos mains à enrayer la marche des fièvres intermittentes et rémittentes, que nous avons eu l'occasion d'observer en certain nombre dans notre service, il nous a été de la plus grande utilité dans le traitement des fièvres typhoïdes en modérant presque toujours et régularisant pour ainsi dire le mouvement fébrile.

D[r] BROCHIN.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

3 OCTOBRE.

LXVII. **Faculté de médecine de Paris.** — Nous reproduisons, d'après la *Revue des Cours scientifiques*, la conférence faite le 3 octobre par M. Béhier.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Béhier.

Conférence sur les maladies qui peuvent se développer dans une ville assiégée.

Messieurs,

Lorsque, pendant la conférence que vous faisait ici mon excellent ami M. Verneuil, on m'a passé un papier dans lequel on me demandait de vous entretenir à mon tour des maladies qui peuvent se développer pendant le siége d'une grande ville, j'ai été tout d'abord un peu inquiet. Il m'a semblé que la tâche qu'on m'imposait était d'une utilité moins immédiate que celle dont s'acquittait mon ami Verneuil. La chirurgie semble en effet une actualité plus urgente. Cependant, en y réfléchissant un peu, je me suis dit qu'en raison de ce que nous savons sur les faits de guerre, il y avait encore place, dans la situation où nous sommes, pour une médecine militante et militaire. En effet, messieurs, si l'on s'en rapporte aux documents que nous fournit la statistique, on voit que, bien souvent, les maladies (Dieu nous garde qu'il en soit ainsi, aujourd'hui; mes espérances, mes convictions sont même toutes différentes, et je vous dirai pourquoi tout à l'heure), on voit, dis-je, qu'en général, en temps de guerre, les maladies sont beaucoup plus meurtrières que le feu. Si l'on se reporte à ce qui s'est passé en Crimée, on voit que sur 95,615 individus qui ont succombé dans cette campagne, en ne prenant que l'armée française, 21,000, c'est-à-dire un peu plus de 6 p. 100, ont succombé sous le feu de l'ennemi, et qu'au contraire 74,000, c'est-à-dire 24 p. 100 à peu près, sont morts par le fait de la maladie.

Ce sont là des chiffres douloureux pour la patrie, mais ils semblent légitimer la conférence que l'on m'a demandé de faire.

Nous n'avons rien de pareil à redouter, j'en suis sûr, et je vous en donnerai les raisons tout à l'heure; mais enfin, il est bon de ne pas être pris de court, de ne pas avoir cette incurie fabuleuse dans laquelle nous avons été endormis pendant un certain temps; il est bon d'envisager le mal d'un regard ferme, afin de pouvoir y porter le remède.

Les renseignements que j'ai à vous donner sont en quelque sorte de deux natures, et je dois établir, pour nos jeunes confrères qui sont aux remparts, deux catégories de maladies. Les unes sont les maladies qui seront prises directement au rempart; les autres sont des maladies qui ont leurs caractères propres, si je peux ainsi dire, qui ont des condition d'existence spéciales, distinctes des maladies ordinaires, et qui ne se rencontrent que là où se trouvent certaines dispositions hygiéniques vicieuses contre lesquelles nous aurons à lutter, si elles se produisent.

Les unes, celles de la première catégorie, sont des maladies dont chacun, père de famille, garçon, garde national, soldat ou mobile, peut être affecté aux remparts; ce sont des maladies communes et qui résultent des circonstances habituelles, inévitables, que l'on rencontre lorsqu'on va affronter telle ou telle influence hygiénique, le froid, l'humidité par exemple, l'insomnie, le vent, la mauvaise alimentation.

L'autre catégorie, au contraire, emprunte ses formes, son apparence, à des conditions hygiéniques inhérentes à certaines circonstances du siége.

Voyons les affections de la première catégorie.

Je ne ferai, messieurs, de toutes ces maladies qu'un examen excessivement rapide, une sorte de revue. Je n'ai pas aujourd'hui à compléter un cours de médecine; s'il me fallait étudier chacune d'elles avec détails, nous en aurions pour plus d'un mois : car nous allons voir que la fièvre typhoïde, par exemple, se rencontre parmi ces affections, et j'ai passé dix-huit séances ici même, quand j'ai été nommé professeur de pathologie interne, à faire l'étude de la fièvre typhoïde. Je ne saurais donc évidemment entrer dans des détails qui seraient d'ailleurs tout à fait inutiles pour la plus grande partie de ceux qui veulent bien m'écouter.

La première maladie avec laquelle doit compter le simple soldat, le garde national, qui s'en va au rempart, c'est l'ophthalmie. L'ophthalmie n'a l'air de rien; c'est un mal très-bénin en apparence; cependant c'est un mal très-gênant et qui peut nuire à la défense du rempart. Voyons les conditions qui peuvent aider à la produire. L'individu qui va faire ce métier de soldat pour lequel il n'était nullement préparé, le garde national, a à lutter tout d'abord contre l'insomnie. Chez lui, il dormait grassement, paisiblement; il est obligé de renoncer à son sommeil. Et le seul fait de se tenir constamment éveillé est déjà une cause prédisposante de l'ophthalmie. De plus il affronte le froid, l'humidité, la rosée. La rosée ne semble pas bien dangereuse; c'est cependant déjà une cause considérable de développement de l'ophthalmie chez les nouveaux soldats. Il m'est plusieurs fois arrivé de causer sur ce point avec tel ou tel de mes amis. J'ai trouvé qu'en Afrique, par exemple, tel officier qui était arrivé dans ce pays à l'époque de la conquête, et qui s'était couché paisiblement à la belle étoile sous un ciel superbe, posant son schako auprès de lui comme je pose mon chapeau sur cette chaire, le lendemain, en le reprenant, l'avait trouvé inondé, tant la rosée s'y était déposée avec abondance. La rosée qui tombe sur la figure, non garantie, des individus qui couchent à la belle étoile, peut inonder le visage d'une abondante humidité et devenir ainsi une cause terrible de développement de l'ophthalmie.

Je ne vous ferai pas l'histoire de l'affection qui se développe dans ce cas spécial, c'est ce qu'on appelle la conjonctivite. Les yeux sont rouges, collés le matin; tout le bord des paupières est recouvert d'une couche épaisse de mucosités. De plus, on ressent une horreur profonde pour la lumière. Et vous comprenez que l'individu qui est dans cette situation, lorsqu'il s'agit de viser l'ennemi, est extrêmement gêné. Il y a donc dans cette petite maladie une difficulté véritable pour l'état militaire. De plus, elle rend l'homme qui en est affecté mal en train, grognon, et j'ajouterai que lorsqu'elle se manifeste au milieu d'une collection d'individus, elle peut devenir contagieuse.

Il y a une variété de l'ophthalmie qui est très-contagieuse, je veux parler de l'ophthalmie des enfants. Il n'est pas rare que lorsqu'un enfant est atteint d'une ophthalmie qui au premier abord paraît très-bénigne, sa mère et ses frères et sœurs la contractent. Or, ce fait se manifeste dans la collection des individus appelés soldats aussi bien que parmi les enfants.

Si cela se bornait à une indisposition, ce serait peu de chose. Mais, faites-y attention, la population qui garantit les remparts n'est pas une population de choix au point de vue physiologique. La garde nationale, et même la garde mobile, comptent dans leurs rangs un grand nombre d'individus qui ont échappé à la conscription et qui sont d'une constitution médiocre, déplorablement lymphatique. Chez ces individus, l'ophthalmie peut devenir une affection très-grave, arriver jusqu'à l'inflammation vive de la cornée et même de l'iris. Ces faits là sont rares, mais enfin il faut savoir qu'ils sont possibles.

Que faire en pareille circonstance? Comme toujours, éviter les causes, ne jamais s'endormir aux remparts sans se couvrir la figure d'un linge, afin d'éviter la rosée, les courants d'air et l'humidité; quand vous êtes en faction aux remparts, avoir soin de ne pas trop vous exposer au vent qui souffle; s'il pleut, s'il neige, ne pas vous exposer directement à l'influence de la pluie et de la neige. Voilà des préceptes bien misérables, bien insignifiants en apparence, et qui cependant ont une réelle et sérieuse importance. Quant au traitement, je n'ai pas à vous en parler; mais je puis vous dire cependant que le meilleur remède à employer c'est l'eau fraîche mélangée d'un peu d'eau-de vie, deux cuillerées à café pour un verre d'eau. N'employez jamais l'eau blanche, voici pourquoi : lorsque vous mettez de l'extrait de Saturne dans l'eau, vous la voyez blanchir, c'est qu'un composé insoluble s'est formé, et qu'il y a en suspension dans le liquide, une sorte de petit gravier de sous-acétate de plomb insoluble, qui peut s'incruster à la face interne des paupières et devenir la cause d'un supplice véritable. Je me rappelle, au commencement de mes études médicales, m'être mis de l'extrait de Saturne tout pur dans l'œil. La douleur atroce que j'ai ressentie et que je me suis expliquée depuis m'a servi de leçon.

Je ne vous parlerai par du coryza, de la bronchite. Cependant notez bien que cette bronchite, qui pour beaucoup d'entre vous n'est qu'une gêne, un ennui, une fatigue, peut devenir un grand danger pour certains individus délicats et frêles, prédisposés à la phthisie pulmonaire; car cette bronchite prise aux remparts peut développer une affection tuberculeuse du poumon qui les tuera; il est bon que vous soyez prévenus de ce danger pour ne pas être étonnés de voir tout d'un coup se déclarer une maladie restée jusque-là à l'état latent, et qui prendra une gravité excessive une fois que le développement en aura commencé.

Je n'ai rien à vous dire de bien important sur la pleurésie, sur la pneumonie, qu'on peut prendre aux remparts Il y a quelques jours, j'ai vu un garde national qui y prit ainsi une pleurésie. Vous savez qu'un frisson violent est le premier symptôme de l'une

(1) Voir le dernier numéro.

un auteur fournit une série d'observations dans lesquelles toutes les fois qu'il s'est trouvé en présence d'une pseudarthrose, il a obtenu une guérison facile et solide par le repos et l'immobilité; un autre a vu le même résultat survenir aussi facilement et aussi sûrement par les mouvements imprimés à la fracture.

« Mille autres contradictions absolues se heurtent quand on étudie superficiellement cette question des fractures non consolidées; un bandage serré et comprimant les fragments a tour à tour été indiqué comme cause de production ou comme moyen de traitement des pseudarthroses. Les irritations voisines, les maladies intercurrentes sont dans le même cas, et vraiment ces fausses articulations sont un des points sur lesquels un sophiste pourrait le mieux s'appuyer pour faire, avec un semblant très-spécieux de vérité, la critique la plus sévère de la chirurgie.

« Assurément voilà une chose très-fâcheuse, et cependant, en y réfléchissant un peu, on découvre un inconvénient autrement plus sérieux à cette confusion dans l'histoire de l'affection; en effet, la thérapeutique des pseudarthroses comprend une multitude de moyens d'une énergie très-différente et faisant courir au malade des chances très-variées de dangers : on a dit que ces fausses articulations pouvaient guérir par le repos, la compression des fragments, l'enlèvement de tous bandages, etc., etc. Certes, voilà des moyens bien inoffensifs et qui n'ont, s'ils ne réussissent pas, que l'inconvénient d'avoir laissé le sujet dans le *statu quo*; mais, d'autre part, nous voyons les auteurs préconiser, pour ces mêmes pseudarthroses, les moyens les plus énergiques : les caustiques *intus* et *extra*, les frottements, les ponctions, la résection, l'amputation même, et nous savons qu'à côté de guérisons il a fallu enregistrer non-seulement des insuccès de ces diverses opérations, mais encore des accidents, la mort même. L'esprit le moins clairvoyant ne voit-il pas dans cette divergence si absolue d'opinions l'indice d'une confusion et d'une obscurité des plus regrettables, et tout effort tendant à éclairer la question ne lui paraît-il pas chose louable?

« J'ai cherché à dissiper cette obscurité en étudiant à fond et dans tous ses détails cette question des pseudarthroses; et je dois avouer ici sincèrement que je me suis lancé dans la question sans savoir bien exactement la portée et l'étendue du travail que j'entreprenais; j'ai cru qu'en une centaine de pages je pourrais épuiser le sujet, et je suis arrivé à écrire un gros volume sans avoir pu cependant donner à certaines parties l'étendue qu'elles méritent; néanmoins, j'espère avoir approché du but et contribué à mettre un peu d'ordre dans cette question encore si obscure et si compliquée.

« La marche que j'ai suivie dans mon étude est extrêmement simple et se trouve consacrée déjà par une habitude assez ancienne; après avoir défini le sujet, j'en ai présenté l'anatomie pathologique, l'étiologie, les symptômes qui m'ont porté naturellement à donner les détails du diagnostic, du pronostic et enfin du traitement. On remarquera peut-être que j'ai dans chaque chapitre divisé et subdivisé le sujet autant que je l'ai pu, afin de donner à l'exposition la plus grande clarté possible, et, chaque fois que je suis arrivé à la fin d'un point important, je n'ai pas hésité à jeter un coup d'œil rétrospectif sur le sujet pour l'examiner à un point de vue un peu plus général. Cette manière de faire a sans doute l'inconvénient de donner une plus grande longueur à l'exposition; mais ne doit-on pas tout sacrifier dans un livre de science pratique à la plus compliquée des pseudarthroses; j'espère qu'on me passera au moins que j'ai présenté cette histoire d'une manière claire et méthodique, qui rendra plus faciles les recherches ultérieures sur le sujet.

« Il y a, on le sait, une énorme différence sous les rapports anatomique, pathologique, thérapeutique, etc., etc., entre les os longs des membres et les os courts du tronc ou de la face; or, si j'avais voulu faire l'histoire des pseudarthroses de ces diverses sortes d'os par une seule et même exposition, j'aurais été entraîné à chaque instant à des restrictions, ce qui eût nui considérablement à la clarté de mon étude; d'ailleurs, considérant que ce qui est afférent aux fractures non consolidées du maxillaire, de la clavicule, de la rotule, etc., etc., peut être bientôt appris, quand on connaît d'une manière bien précise l'histoire des pseudarthroses des os longs, j'ai partagé mon travail en deux parties très-inégales. Dans la première, qui fait, à proprement parler, le corps entier du livre, je ne me suis occupé que des fractures non consolidées des os longs des membres, et dans la seconde, placée à la fin et sous le titre d'*Appendice*, j'ai dit rapidement ce qui regardait spécialement les fractures non consolidées de ces os courts que je viens de citer. Cette manière de faire a eu des avantages à mes yeux, et j'espère qu'elle paraîtra bonne; en effet, d'une part, en m'occupant seulement des pseudarthroses des os longs, tout d'abord il m'a été permis de ne pas faire toutes les restrictions, toutes les observations qu'eussent nécessité soit l'anatomie pathologique, les causes, le traitement des fractures non consolidées des os courts de la tête et du tronc; d'autre part, pouvant supposer à la fin de mon travail le lecteur parfaitement familiarisé avec les fausses articulations en général, j'ai pu, en quelques mots très-rapides et très-brefs, dire ce qu'il faut savoir

comme de l'autre de ces deux maladies, qu'il est bientôt suivi de douleurs dans un des côtés de la poitrine, que la fièvre s'allume, que la toux se manifeste, et que si, dans cet état, des crachats rouges sanglants se montrent, c'est plus probablement une pneumonie qui existe. Je passe sous silence la matité et les divers autres symptômes que le médecin doit connaître, et à propos desquels il me faudrait entrer dans une analyse pathologique que je ne puis aborder dans cette conférence, pas plus que l'étude des moyens de traitement à opposer à ces deux affections.

Il y a encore une autre maladie qu'on peut prendre aux remparts, et dont il faut se garer avec une grande sollicitude, c'est le rhumatisme. Au premier abord, c'est peu de chose. S'il était seul, s'il n'avait pas ses conséquences cardiaques, s'il ne pouvait pas devenir mortel dans l'avenir, s'il n'était pas possible qu'il devînt le germe d'une de ces maladies du cœur terribles qui tuent mollement, lentement, insensiblement en quelque sorte, je ne vous dirais pas d'y veiller. Mais il est bon de guérir rapidement l'affection rhumatismale si l'on veut que rien de semblable ne puisse se produire ultérieurement.

Vous dirai-je que, dans certains cas, se manifeste un violent frisson, de la douleur dans la base de la mâchoire, des vomissements? En présence de ce dernier symptôme, vous penseriez que l'homme qui l'éprouve a une indigestion. Prenez garde: examinez si cet homme n'a pas une éruption sur la face, autour des oreilles, s'il n'a pas dans le nez quelques écorchures, car ce que vous venez d'observer est peut-être le début d'un érysipèle; il est fréquent, en effet, de voir un individu soumis à un courant d'air violent prendre un érysipèle qui peut mettre sa vie en danger; il est bon que vous sachiez que les choses peuvent se passer ainsi, que vous n'attribuiez pas à un excès gastronomique l'état de cet individu, alors qu'il est atteint d'une maladie grave dans laquelle sa volonté n'est pour rien. Il y a quelques mois, au commencement du printemps dernier, j'ai vu un individu qui avait contracté un érysipèle de la face tout en péchant à la ligne, occupation bien innocente à laquelle on ne se livre plus guère aujourd'hui, par parenthèse; enfin il avait contracté ainsi un érysipèle de la face. Eh bien, j'ai constaté qu'il avait un peu d'écorchure dans le nez. C'est un signe auquel je vous recommande de faire attention, car je suis de ceux qui pensent qu'un érysipèle ne se développe pas sans une sorte de porte d'entrée traumatique.

Il y a encore une maladie à laquelle on ne fait pas grande attention, l'amygdalite, vulgairement appelée *esquinancie*. Vous trouverez des individus pris d'une fièvre violente, avec un frisson intense, une vive douleur de reins. Ont-ils de la peine à avaler, la voix est-elle nasonnée? Dans ce cas, vous devrez penser à l'amygdalite. Laissez-moi, à ce propos, vous livrer une des petites habiletés de la profession. Un jour, quand vous serez médecins, on vous appellera auprès d'un enfant pris des symptômes les plus violents; à votre arrivée, on vous dira, comme on me l'a dit plusieurs fois, hélas! « Il est au plus mal! » Si à votre première question l'enfant répond avec une voix nasonnée, dites hardiment à la famille: « Rassurez-vous, je sais ce que c'est, c'est une amygdalite. » Vous passerez alors pour un grand médecin Vous n'aurez eu qu'un mérite, c'est d'avoir bien observé. Or, bien observer, ce n'est après tout que mettre en pratique une des qualités maîtresses nécessaires pour être un bon médecin.

Donc, l'individu qui est au rempart a éprouvé ces divers symptômes: il a mal à la gorge, sa voix est nasonnée, il souffre en avalant sa salive; faites-lui cesser sa faction, renvoyez-le dans ses foyers, et demeurez tranquille sur son sort.

Il y a aussi une maladie que je dois vous signaler en passant: l'individu est pris de malaise, de douleurs de reins qui s'étendent dans les jambes; il a des nausées, il est mal en train, il a une fièvre vague, sa face est un peu bouffie, ses chevilles enflent un peu le soir. Ah! prenez-y garde, ce n'est rien en apparence, mais c'est la mort pour plus tard. C'est une maladie particulière que les études de ces dernières années nous ont appris à bien connaître: c'est la néphrite albumineuse. Vous sortez de votre tente, on vous met en faction, il fait un vent violent qui vous saisit, il n'en faut pas plus pour vous faire contracter une néphrite albumineuse, et si vous n'êtes pas soigné immédiatement, vous pouvez voir la maladie persister sous une forme chronique, qui vous tuera dans un temps peut-être rapproché.

Il est bon que je vous indique encore quel est le symptôme caractéristique de cette affection. J'en demande pardon à ces dames, mais c'est là un détail nécessaire: c'est l'existence de l'albumine dans les urines, albumine qui peut être constatée par la chaleur et par l'emploi de l'acide azotique.

Vous le voyez, toutes les maladies dont je viens de vous faire rapidement, incomplétement le tableau, ont pour cause l'action du froid et de l'humidité.

Contre tout cela, je n'ai comme prophylaxie, comme moyen de prévision, qu'à vous engager à faire éviter aux hommes ces deux conditions atmosphériques. Ce sont là les deux ennemis qu'ils trouveront aux remparts avant que d'autres moyens de destruction ne viennent les assaillir et que les ennemis eux-mêmes ne les attaquent. Eh bien, recommandez à tous des précautions spéciales; qu'ils ne croient pas que c'est être brave que d'aller aux remparts sans des moyens suffisants pour se couvrir; qu'ils prennent des ceintures de flanelle, de doubles vêtements. Quant à moi, je crois devoir dès à présent appeler l'attention de l'autorité sur la nécessité de donner aux gardes nationaux, pour faire leur faction, ces grandes capotes que portent les soldats. Lorsque les hommes sortiront du baraquement, de la tente, de l'abri blindé qu'on leur prépare en ce moment-ci au pied des bastions et des courtines, et qu'ils iront sur les remparts sans moyen de protection, puisqu'on ne peut pas, quand on a un fusil sur l'épaule, s'affubler d'une couverture, il faut qu'ils soient garantis par leurs vêtements, et il est nécessaire que l'autorité pourvoie à cette éventualité.

Il faut que les hommes se garent bien des transitions de température, et qu'ayant chaud sous la tente ils n'aillent pas vêtus à la légère sur les remparts. Il faut que ceux qui le pourront se munissent de caleçons, car les jambes se refroidissent beaucoup plus que le reste du corps; et c'est là une des causes les plus fréquentes des maladies que j'ai indiquées tout à l'heure.

Enfin, messieurs, il faut toujours, comme le disait dans le temps la chanson de Nadaud, avoir de bonnes et fortes chaussures; il ne faut pas avoir les pieds humides, car la majeure partie des indispositions que je vous ai indiquées peuvent en résulter. En ce moment, nous avons un assez beau temps; seulement, durera-t-il toujours? Nous pourrions le souhaiter pour les nôtres, en souhaitant le contraire pour ceux qui sont là-bas et qui nous gênent beaucoup. Il n'est pas coupable de désirer que toutes les cataractes du ciel fondissent sur leurs têtes. Ceci est un vœu stérile; mais bénissons toujours le beau temps, car il est favorable à ceux d'entre nous qui vont défendre la patrie et la chose commune.

Une maladie qu'engendrent encore le froid et l'humidité chez certaines personnes, mais qui a besoin d'autres causes adjuvantes, c'est la diarrhée. La diarrhée n'est pas une indisposition bénigne au point de vue auquel nous sommes placés en ce moment; c'est une maladie sérieuse, et vous allez voir pourquoi. Le froid et l'humidité ont une influence sur sa production; mais ces causes ont de puissants adjuvants, vous dis-je. En effet, ce qu'on trouve aux remparts, — j'ai eu l'occasion de le voir plusieurs fois en allant organiser les ambulances, — c'est une collection d'abominables mélanges qu'on donne aux gardes nationaux sous le prétexte d'aliments: des viandes plus ou moins avariées, des charcuteries plus ou moins avancées, et qui sont un véritable poison, cela est démontré par la science. Les vins, les eaux-de-vie qu'on y boit sont souvent d'exécrables composés. Or, ces substances, ingérées pendant le froid et l'humidité, sont de nature à aider puissamment au développement de la diarrhée; il n'est même pas besoin que les boissons alcooliques soient pour cela de mauvaise qualité. M. Claude Bernard, le grand physiologiste, une des gloires de notre pays, qui peut lutter avec tant d'autres que nous admirions beaucoup, mais qui perdent beaucoup dans notre estime aujourd'hui, M. Claude Bernard a montré qu'une petite quantité de boissons alcooliques prise après un repas est un excellent moyen pour stimuler les forces de l'estomac, mais qu'au contraire prises dans une forte proportion, ces boissons occasionnent un trouble considérable de la digestion. Dites donc aux hommes que vous aurez à diriger qu'il faut se garder de ce qu'on fait trop souvent. On débute par mal dîner; on prend un petit verre, un second, on pense qu'on en digérera mieux; tout au contraire, et c'est après cet écart de régime qu'on voit se manifester la diarrhée. Or, la diarrhée est un inconvénient grave, elle affaiblit le soldat, et en outre elle est souvent le point de départ d'autres affections. Il y a encore une autre cause déterminante de la diarrhée qui ne doit pas nous échapper, c'est l'usage des fruits. Cette cause est très restreinte par le temps qui court; cependant on voit encore de mauvais melons, de mauvais raisins, des poires qui ne sont pas mûres, circuler dans les rues de Paris et aux remparts. L'usage de ces fruits divers est dangereux, d'autant plus que, comme on n'a presque rien à faire aux remparts, on en mange, souvent par désœuvrement, plus qu'il ne faut. Mettez les hommes en garde contre ce genre d'alimentation, il est en tout temps si nuisible, que chaque année à l'automne, il entraîne, à Paris des résultats fâcheux au point de vue de la santé publique. Par contre, préconisez l'emploi des boissons chaudes et notamment du café léger, si salutaire en Afrique.

Un autre inconvénient que je dois vous signaler, c'est l'abus du tabac. Il n'est pas rare de voir des hommes, même très-habitués au tabac, être atteints de diarrhée lorsqu'ils fument plus que de coutume. La raison en est simple, c'est que le tabac est un vigoureux excitant de l'estomac, si bien qu'il y a des personnes qui ne peuvent digérer qu'en fumant un cigare après leur repas. Lorsqu'on fume aux remparts, on fume beaucoup trop, par désœuvrement, et l'on peut arriver ainsi à la diarrhée.

Je ne vous dirai que peu de chose des remèdes à apporter à cette affection: c'est d'abord un bon régime, puis un peu d'opium et du sous-azotate de bismuth, et par-dessus tout l'absence de boissons aqueuses trop abondantes. Il n'est pas rare, en effet, de voir la diarrhée augmenter considérablement d'intensité chez les individus qui boivent abondamment des boissons aqueuses.

Cette maladie, cette indisposition, conduit souvent, vous disais-je tout à l'heure, à quelque chose de plus grave. En effet, elle est en quelque sorte le trait d'union qui rattache les maladies de la première catégorie que je viens de vous énumérer à celles de la seconde classe que je vous ai indiquées. Car si vous ajoutez à ces causes occasionnelles de la diarrhée des conditions défectueuses d'hygiène générale, vous voyez tout de suite la diarrhée passer à l'état de *dysentérie*, et c'est la première des maladies véritablement obsidionales sur lesquelles j'ai à appeler votre attention.

La dysentérie règne endémiquement dans certains pays. A Paris, grâce à Dieu, elle n'est pas endémique, mais on en voit cependant périodiquement un assez grand nombre de cas se produire au commencement de l'automne. Elle naît alors surtout sous l'influence des fruits, des boissons aqueuses, et aussi à propos de la température élevée qui existe à cette époque de l'année, à la fin d'août et au commencement de septembre. Cette année même, elle était fréquente dans les hôpitaux militaires au commencement du mois dernier. Les cas de dysentérie étaient assez nombreux à l'hôpital du Gros-Caillou et à l'hôpital Saint-Martin, et mes honorables amis les professeurs Hardy et Chauffard ont cru devoir le signaler d'une façon spéciale.

La dysentérie ne provient pas uniquement de l'abus des fruits, il faut qu'elle rencontre d'autres conditions; et ces conditions sont surtout l'agglomération des hommes dans le même lieu, l'influence des émanations qu'exhalent les matières animales en putréfaction, et surtout les amas de déjections alvines maintenues dans le voisinage des groupes d'hommes agglomérés tels qu'un camp, une caserne, une prison. En 1839, M. Barthélemy a soutenu une thèse sur le sujet que voici: *Du non renouvellement de l'air et de ses altérations produites par l'habitation et la respiration de l'homme.* Il a signalé dans cette thèse l'aggravation constante de la dysentérie lorsque les déjections des malades n'étaient pas enlevées très-rapidement des salles. Mais il y a encore d'autres exemples de ce genre, tels que celui-ci, qu'a signalé Pringle, d'un médecin qui, ayant respiré un flacon de sang altéré, fut pris de dysentérie; celui que signale Chomel, de deux étudiants en médecine atteints de cette affection pour avoir fait l'autopsie d'un individu mort asphyxié par les émanations d'une fosse d'aisance. Moi qui vous parle, il ne m'est pas arrivé, dans ma carrière hospitalière, de faire une seule fois l'autopsie de femmes ayant succombé à des maladies survenues après leur accouchement sans être atteint de diarrhée à forme dysentérique. Vady, qui était un chirurgien militaire, a été pris d'une attaque de dysentérie après avoir procédé à l'exhumation de soldats enterrés précipitamment sur le champ de bataille quelques jours auparavant; et Desgenettes rapporte que dans la campagne d'Egypte il fut pris de dysentérie pour avoir manié une peau de cerf qui était en putréfaction.

Vous voyez que l'influence des matières animales en putréfaction est très-considérable pour le développement de la dysentérie. C'est une affection qui se déclare souvent dans les camps. Elle a régné, il y a deux ou trois ans, au camp de Châlons, et j'ai eu occasion de voir une personne qui, ayant été y visiter un de ses parents, a été atteinte de cette maladie et en est morte cinq mois après par suite d'une complication particulière, un abcès du foie. La dysentérie est caractérisée par une violente diarrhée sanguinolente, accompa-

---

comme complément dans l'étude des fractures non consolidées, de la mâchoire, de la rotule, etc., etc.

« Si les opinions que je suis arrivé à formuler à la suite de recherches persévérantes et de longues réflexions ne sont pas l'expression de ce qui est réellement, je me consolerai de les voir remplacer par d'autres, en songeant que j'ai cherché la vérité avec une absolue bonne foi; et, quoi qu'il puisse arriver, j'espère que mon labeur n'aura pas été inutile, puisque les faits sur lesquels je me suis basé et avec lesquels j'aurais cherché sans succès à dégager les inconnus de la question, resteront au moins colligés, de manière à être facilement consultés par ceux qui auraient le bonheur d'être les meilleurs interprètes de leur signification, et serviront ainsi plus utilement aux progrès de la chirurgie.

« Ayant recueilli à la source même, toutes les fois que cela m'a été possible, les diverses observations de fractures non consolidées que la science possède, j'ai voulu les insérer dans mon livre sous forme de pièces justificatives, afin que le lecteur pût consulter à chaque instant les faits qui m'ont servi de base et vérifier ainsi mes assertions; mais je me suis trouvé bientôt en présence d'une difficulté sérieuse: ces observations détaillées formaient à elles seules un volume de 600 pages, et, pour ne pas donner une étendue trop grande à mon travail, j'ai dû non-seulement choisir les caractères d'imprimerie les plus compactes, adopter la forme d'exposition qui économisait le plus de place, mais encore j'ai été bientôt obligé, vu le nombre croissant des observations, de renoncer à donner les faits *in extenso* et de me contenter d'un simple résumé. Ce résumé, je l'ai fait sur un type assez uniforme, et j'ai, eu autant que j'ai pu, le soin de lui faire mentionner les faits importants. De cette manière, j'ai pu relater 1,005 faits dans 155 pages.

« On trouvera peut-être que j'aurais mieux fait de choisir la forme des tableaux pour présenter les observations que je voulais citer, mais assurément ces tableaux, quelque compliqués qu'ils eussent pu être, n'auraient jamais été aussi complets que l'exposition sommaire que j'ai adoptée et qui laisse à chaque fait, autant que possible, sa figure spéciale; je crois donc que ma décision est bien justifiée.

« Les observations qui constituent mes *pièces justificatives* sont partagées en huit séries: 1° fémur; 2° jambe; 3° bras; 4° avant-bras; 5° métacarpien; 6° clavicule; 7° côtes; 8° maxillaire inférieur. Je n'ai pas recueilli les faits de non consolidation de la rotule, parce qu'ils ne m'ont pas paru devoir entrer en ligne de compte. »

Nous avons parcouru le livre de notre excellent confrère de la marine, et nous avons acquis la conviction que la tâche qu'il s'est imposée a été remplie largement et avec un soin digne de l'éloge des travailleurs.

Nous l'en félicitons d'autant plus que ce livre a été écrit dans des circonstances bien tristes et bien difficiles, alors qu'il fallait deux fois la force de volonté ordinaire pour faire ou continuer un travail intellectuel. D'ailleurs, écoutons l'auteur dire lui-même dans quelles conditions il écrivait:

« Si le lecteur trouvait incommode la disposition à laquelle je me suis arrêté pour l'exposition des pièces justificatives, je le prie de songer, avant de m'accuser de négligence, que les dernières feuilles de ce livre ont été écrites à Metz, au camp de Châlons, à Sedan, au commencement de la déplorable guerre de 1870, qu'il se souvienne surtout que les épreuves du *Traité des fractures non consolidées* ont été corrigées pendant le siége de Paris, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, dans les courts moments de liberté que me laissait un très-important service de chirurgie, c'est-à-dire à une époque et dans un lieu où les obus faisaient des victimes autour de l'écrivain, qui a quitté plus d'une fois sa plume pour panser un blessé ou rechercher si l'incendie n'allait pas éclater dans les salles de ses malades. »

Certes, si le lecteur se représente les difficultés de toute nature que le docteur Bérenger-Féraud a rencontrées dans la disposition de son livre, il est tout d'abord disposé à une grande indulgence; mais le livre qui nous occupe n'en a pas besoin, et nous ne faisons pas de restriction à nos éloges.

Notre laborieux ami n'a pas déposé la plume en finissant le *Traité des fractures non consolidées*, nous savons qu'il prépare déjà, avec l'activité que le monde médical lui connaît, les éléments d'une histoire de la chirurgie du Val-de-Grâce pendant le siége de Paris, et nous comptons que sous peu il nous dira des choses intéressantes touchant les cinq ou six cents grands blessés qu'il a eus à soigner dans son service, touchant les soixante ou quatre-vingts grandes opérations qu'il a pratiquées avec des résultats relativement très-satisfaisants si nous songeons aux tristes conditions dans lesquelles la chirurgie parisienne a dû se faire pendant l'hiver que nous venons de traverser.

Dr E. LE SOURD.

gnée d'un signe particulier qui consiste à éprouver de violents besoins qui ne sont suivis que de déjections fort peu abondantes. Cela s'appelle (j'en demande pardon à une partie de l'auditoire) le ténesme.

De plus, la dysentérie donne lieu à des symptômes généraux fort graves et elle est compliquée fréquemment d'altérations suppuratives du foie. J'ai constaté cette complication et à l'hôpital de la Pitié et sur la personne dont je vous ai déjà parlé, qui a succombé, bien que, avant la dysentérie dont elle fut atteinte, elle se trouvât dans d'excellentes conditions hygiéniques. D'ailleurs, les travaux de bon nombre d'auteurs, tels que M. Gestin, en France, MM. Cambay, Haspel, Catteloup, Rouis, Bertherand, en Afrique, et ceux de M. Dutroulau, médecin très-distingué de la marine, sont là pour nous édifier sur ce côté du sujet.

Un bon moyen et le premier d'éviter la dysentérie, c'est de ne commettre aucun écart de régime, car tout écart de régime a pour résultat inévitable d'affaiblir l'individu; or, il faut toujours considérer la maladie comme le résultat d'une sorte de lutte dans laquelle notre organisme est vaincu par les influences extérieures.

En outre, même quand par un régime régulier vous avez mis les chances de votre côté, défendez-vous contre les influences extérieures. Tenez-vous le ventre très-chaud à l'aide de ceintures de flanelle, et prenez toutes les autres précautions que je vous ai indiquées tout à l'heure à propos de la prophylaxie de la diarrhée. A l'autorité incombe le devoir de veiller à la destruction de toutes les matières animales. C'est pour cela que, dans ce moment même, avec la sollicitude la plus louable le comité d'hygiène et le gouvernement procèdent à l'enfouissement de ces matières et à l'assainissement des lieux de dépôt, soit à l'aide de chlorure de chaux, — nous en avons très-heureusement de grandes quantités en réserve, et une des préoccupations du gouvernement est de tenir ce stock dans un état satisfaisant, — soit à l'aide de l'acide phénique dont nous avons également de fortes quantités, et dont nous augmentons la production tous les jours, car on peut l'extraire des résidus de la distillation du gaz. Ce gaz, qui nous donne notre moyen d'éclairage, produit donc en outre un excellent moyen de préservation contre les émanations malsaines. Quant au régime de vos hommes à propos de la dysentérie, gardez-vous de leur conseiller l'usage de moyens débilitants. Beaucoup d'individus, quand ils sont pris de diarrhée, craignant que leurs organes ne soient enflammés, boivent de l'eau au lieu de vin, mangent des légumes, quand il y en a, au lieu de viande. Faites attention que les boissons débilitantes, que les rafraîchissants et que le changement de régime, dans ce même sens, sont très-favorables à la production et à l'entretien de la dysentérie, et ici encore les faits prouvent toute l'utilité du café léger comme boisson habituelle. Ceci dit, je ne vous parlerai pas du traitement de cette maladie : vous savez qu'on préconise et qu'on emploie l'ipécacuanha à la brésilienne, c'est-à-dire à très-forte dose, pendant trois, quatre et cinq jours; l'état de l'individu est souvent très-vite amélioré par ce moyen; mais cela rentre dans la médecine proprement dite, et je m'arrête.

(Sera continué.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Curation des maladies organiques de la langue et des cancers en général, par le docteur Déclat. Gr. in-8. — Prix : 8 fr.

De la congestion pulmonaire simple, par le docteur Bourgeois, ancien interne des hôpitaux de Paris. Brochure in-8 de 90 pages. — Prix : 2 francs.

Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie (tome XXI de la collection, année 1869). 1 volume in-8 de 627 pages et 6 planches lithographiées et coloriées. — Prix : 7 francs.

Examen clinique de 396 cas du rétrécissement du bassin observés à la Maternité de Paris de 1860 à 1870, par le docteur Rigaud, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8 de 142 pages. — Prix : 3 francs.

De l'hyoscyamine et de la daturine. Étude physiologique et applications thérapeutiques, par le docteur Laurent, ancien interne des hôpitaux de Paris. Brochure in-8, avec figures dans le texte. — Prix : 3 fr.

De l'intervention chirurgicale dans les étranglements internes, par M. Charpentier (P.), 1 vol. in-8, 1870. — Prix : 2 fr. 50 centimes.

De l'équitation considérée au point de vue physiologique, hygiénique et thérapeutique, par le docteur R. Chassaigne. 1870, gr. in-8 de 116 pages. — Prix : 2 fr. 50.

De quelques applications de l'électricité à la thérapeutique (courants continus, bains électrisés), par le docteur Chapot-Duvert. In-8 avec figures dans le texte. — Prix : 1 fr. 75.

De la dénudation des artères, par le docteur Delbarre, ancien interne des hôpitaux de Paris. Brochure in-8 de 70 pages. — Prix : 1 fr. 50.

De l'hémiplégie pneumonique, par le docteur R. Lépine, préparateur du cours de pathologie comparée et expérimentale à la Faculté de médecine de Paris. 1870, in-8 de 40 pages. — Prix : 1 fr. 25.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES. — ACADÉMIE DES SCIENCES. — De la congestion pulmonaire simple (M. E. Bourgeois). Documents pour servir à l'histoire du mouvement scientifique pendant le siége de Paris. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 10 avril 1871.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

Hélas! la guerre est dans l'air. Tandis que tous nous déplorons les luttes fratricides de ces jours à jamais néfastes, l'Académie des sciences elle-même prend part, à sa manière, à des discussions ardentes et personnelles. Un duel est engagé entre M. Delaunay et M. Sainte-Claire Deville. L'un tient pour l'observatoire de Paris, l'autre pour l'observatoire de Montsouris. Qui se fût imaginé jamais que de simples questions de météorologie pussent amener semblables querelles? Nos lecteurs ont les pièces sous les yeux.

Il fait meilleur de se reporter à des travaux sérieux, graves, et que les circonstances douloureuses actuelles mettent plus que jamais à l'ordre du jour. Notre vénéré maître, M. Sédillot, avait publié dans la *Gazette médicale de Strasbourg* un important travail sur la chirurgie de guerre. C'est l'analyse de ce travail qu'en sa qualité de correspondant de l'Institut, M. Sédillot adresse à ses confrères. Nous la reproduisons au compte rendu.

Le choléra commençant à sévir en Russie et en Italie, voici la liste des remèdes anticholériques ouverte à l'ardeur des chercheurs. Aujourd'hui il s'agit du collodion riciné, en badigeon. L'auteur de la note, que l'on trouvera plus loin, recommande ce même badigeon abdominal dans l'hystérie, la fièvre typhoïde, l'érysipèle, la colique de plomb, etc.

Une dernière communication est celle que M. Ch. Robin a présentée au nom de M. Laboulbène.

Il s'agit du sang des scorbutiques. Le siége de Paris a donné naissance à quelques cas de scorbut. M. Laboulbène a soumis au microscope le sang des malades scorbutiques qu'il a traités dans divers services, et il a trouvé une augmentation dans la proportion des leucocytes ; mais l'auteur constate avec raison que cette augmentation n'étant pas uniquement propre au scorbut, ne peut servir de caractéristique. Un seul trait digne de remarque, c'est la coagulation fibrillaire de la fibrine, que l'on peut facilement constater dans le sang des scorbutiques.

Dr E. Le Sourd.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 3 avril 1871. — Présidence de M. Delaunay.

Caractères de l'hiver 1870-1871 — M. DELAUNAY. La note lue par M. Ch. Sainte-Claire Deville dans la dernière séance présente deux points sur lesquels je désire faire une courte réponse.

M. Deville signale d'abord *deux erreurs manifestes qui se sont glissées involontairement dans ma rédaction.* M. Deville se trompe : les chiffres de minima thermométriques qu'il croit erronés sont bien ceux que j'ai voulu donner. Dans l'examen d'une série de nombres tels que ceux que fournissent les observations météorologiques, il y a plusieurs espèces de minima à considérer. Il y a, par exemple, le minimum des indications fournies par le thermomètre à minima, et le minimum des températures moyennes de chaque jour. M. Deville croit que c'est le premier dont j'ai voulu parler, tandis qu'en réalité je parlais du second. Il me dira peut-être que je ne me suis pas expliqué à ce sujet; mais les tableaux numériques annexés à ma Note sont là pour donner l'explication. Ces tableaux jouent le même rôle et doivent produire le même effet que les figures que l'on joint souvent au texte d'un travail scientifique : ils font voir plus clairement les choses dont on parle, et permettent en même temps d'abréger le langage en supprimant des explications inutiles. Avec un peu d'attention toute méprise était impossible.

Le second point est beaucoup plus grave. En lisant la Note de M. Ch. Deville, il semblerait que l'Observatoire de Paris, qu'il qualifie d'observatoire astronomique, se prend subitement d'un beau zèle pour la météorologie et veut marcher sur les brisées de *son jeune frère* de Montsouris, *qui s'honore de lui avoir donné l'exemple.* M. Deville, d'ailleurs, en citant un passage d'une Note lue antérieurement par lui devant l'Académie, donne à entendre que cette manière d'agir de l'Observatoire de Paris ne lui porte aucun ombrage.

En présence de pareilles prétentions, il m'est impossible de garder le silence. Il est de toute nécessité que les choses soient remises dans leur véritable situation. On n'efface pas ainsi, d'un trait de plume, l'histoire d'un établissement bi-séculaire, tel que l'Observatoire de Paris.

Depuis près d'un siècle, cet établissement présente le double caractère d'observatoire astronomique et d'observatoire météorologique. Ai-je besoin de rappeler les bulletins météorologiques mensuels qu'il a fournis pendant de longues années à l'Académie, et qui enrichissent la collection de nos *Comptes rendus?* Ai-je besoin de dire l'importance considérable que la météorologie a prise à l'Observatoire, depuis quelques années, par la création du service météorologique international, avec ses dépêches reçues chaque jour de tous les points de l'Europe, ses avis transmis aux ports, son bulletin météorologique publié jour par jour sans aucune interruption, sa publication des atlas de tempêtes et d'orages, etc., etc.?

En 1867, une Commission d'enquête a été chargée par M. le Ministre de l'Instruction publique de lui rendre compte de la situation et des besoins de l'Observatoire de Paris; je faisais partie de cette Commission avec plusieurs de nos confrères de l'Académie. Une des principales préoccupations de la Commission a été l'inconvénient de laisser, dans un même local et sous une même direction, le premier et presque le seul observatoire astronomique de France, et le service complexe de la météorologie, qui y avait pris une si grande extension. La Commission a demandé formellement que la partie météorologique de l'Observatoire en fût détachée, pour être installée ailleurs et constituée en un établissement distinct. Le projet de créer dans Paris un observatoire nouveau consacré spécialement à la météorologie, n'a pas d'autre origine ; circonstance que l'on s'efforce peut-être un peu trop de faire oublier.

La réalisation du vœu exprimé par la commission d'enquête a rencontré des difficultés de plus d'un genre, et rien n'était encore fait dans ce sens lorsque j'ai été appelé à prendre la direction de l'Observatoire de Paris. Une nouvelle commission, chargée alors de proposer les mesures propres à réorganiser l'Observatoire a demandé, comme la première, que la météorologie fût séparée de l'astronomie pour constituer un établissement spécial; j'ai insisté de mon côté, et à diverses reprises, pour atteindre ce but, qui me paraît on ne peut plus désirable à la fois pour l'astronomie et pour la météorologie. Mais aucune décision n'est encore intervenue, et l'on ne peut se dissimuler que les conditions fâcheuses dans lesquelles notre pays a été mis par la guerre ne soient de nature à apporter de nouvelles entraves à l'accomplissement de nos vœux.

Dans une pareille occurrence, mon devoir est tout tracé: faire tous mes efforts pour que l'astronomie et la météorologie continuent à marcher côte à côte à l'Observatoire de Paris, sans se nuire mutuellement, et en prenant, chacune de son côté, tout le développement que les circonstances permettront; ne pas abandonner pour cela la perspective de la séparation de ces deux parties si distinctes de notre Observatoire national, et préparer au contraire cette séparation en constituant le service météorologique sur un pied tel qu'il puisse fonctionner seul et sans changement bien sensible, lorsqu'il sera possible de l'emmener de l'Observatoire de Paris pour lui donner une existence propre. Tel est l'objet des mesures dont j'ai fait part à l'Académie dans sa séance du 20 mars. Je me propose, en outre, pour reprendre la tradition d'Arago, de fournir chaque mois à l'Académie un Bulletin météorologique résumant les observations faites dans le mois précédent. Je dépose aujourd'hui, sur le bureau, le Bulletin du mois qui vient de se terminer, en y joignant quelques explications sur les instruments employés aux observations.

M. CH. SAINTE-CLAIRE DEVILLE. Je réponds de suite à la première partie de la note de M. Delaunay. N'ayant pas bien saisi son argumentation à la lecture qu'il en a faite, je me suis reporté au texte du *Compte rendu* du 20 mars. J'y trouve les lignes suivantes, écrites par notre confrère : « Le *minimum* thermométrique (en décembre) est seulement de — 9°,2.... Le *minimum* thermométrique *le plus bas* de janvier dernier est de — 7°,2. » On conviendra que, devant ce dernier pléonasme, il était difficile de comprendre qu'il s'agissait seulement de la *moyenne diurne* la moins élevée. Tout météorologiste, tout lecteur eût certainement entendu la chose comme moi. Le moyen que donne M. Delaunay d'interpréter autrement ses deux phrases n'est pas même suffisant : car on peut vérifier dans ses tableaux que, si la moyenne diurne la plus basse de janvier est bien de — 7°,2 le 4, la moyenne la plus basse de décembre n'est pas — 9°,2, mais — 9°,4 le 24.

La chose devient encore plus incompréhensible, quand on lit (p.306 et 307) que le *minimum thermométrique* a été de — 16 degrés en décembre 1859; de — 10°,0 en janvier 1861, de — 10°, en janvier 1864 et de — 11°,1 en janvier 1868; car on peut s'assurer (*Annales de l'Observatoire Impérial de Paris*, Observations, t. XV, XVII et XX, et *Bulletin de statistique municipale*, année 1868) que ces nombres correspondent bien au minimum thermométrique, comme l'ont entendu jusqu'ici tous les météorologistes, c'est-à-dire au froid le plus grand qui ait été indiqué dans le cours du mois par le thermométrographe.

On voit donc que l'*explication* que propose M. Delaunay consiste en ce que, au commencement de chacune des deux phrases, ces mots *minimum thermométrique le plus bas*, signifient moyenne thermométrique diurne la plus basse, et que, à la fin des mêmes phrases, ils conservent la signification que tout le monde leur donne. Je suis tout prêt à admettre cette explication; mais on conviendra que je ne pouvais la trouver sans aide.

On remarquera, d'ailleurs, qu'elle n'infirme en rien les conclusions des trois notes que j'ai présentées, à savoir que toutes les circonstances météorologiques connues jusqu'ici tendent à rendre extrêmement probable le retour *quarantenaire* des grands hivers, annoncé, il y a onze ans, par M. Renou. En établissant cette proposition par des comparaisons qui portent sur des différences moyennes mensuelles de plus de 4 degrés, j'avais, à la vérité, omis volontairement, mais sans en prévenir, une correction qu'on peut, très-approximativement, évaluer à 0°,3. Mais, sur la remarque de notre confrère, je suis tout prêt à en tenir compte, et cela, je le répète, ne change absolument rien à mes conclusions.

Dans une prochaine séance, je répondrai aux autres considérations présentées dans la note de M. Delaunay, et qui n'ont pas un caractère exclusivement scientifique.

Chirurgie de guerre; du traitement des fractures des membres par armes à feu. — M. SÉDILLOT. Ce mémoire renferme deux cent cinquante-sept observations, tirées en partie de celles que nous avons recueillies à Haguenau, pendant deux mois passés au milieu de deux mille blessés.

Je profiterai de cette occasion pour modifier deux points de mes communications du 2 et du 11 septembre 1870. Je regrette de n'avoir pas adressé plus tôt à l'Académie cette double rectification, mais l'interruption absolue des communications et l'ignorance où je suis resté, jusqu'à ces derniers jours, de l'arrivée et de la publication de mes communications seront mon excuse.

Les résultats heureux ou malheureux du traitement des blessés de guerre dépendent essentiellement, comme on le sait, des conditions plus ou moins favorables de l'aération, de la salubrité des locaux, de l'abondance et du choix des aliments; et la remarque de Baglivi, inscrivant au frontispice d'un de ses ouvrages *Scribo in aere romano*, explique la plupart des dissidences médicales. Témoin d'une effrayante mortalité, désespéré de l'impuissance de l'art, anxieux de nouveaux moyens de salut, je fus vivement frappé du contraste qu'offraient les amputés de la cuisse, selon la disposition de leur plaie. Ceux dont les moignons étaient coniques étaient particulièrement préservés des accidents primitifs, fréquents et souvent mortels qui atteignaient les autres opérés, et je crus qu'il serait avantageux de favoriser la saillie osseuse, malgré la nécessité et les retards d'une résection secondaire. Quoique la presque totalité des amputés de la cuisse, dont nous avons pu constater la guérison, aient réellement présenté des moignons coniques, comme nos observations en fournissent la preuve, nous ne tardâmes pas cependant à voir survenir des complications ultérieures ou consécutives, dont nous ne nous étions pas suffisamment préoccupé et dont les ouvrages spéciaux n'ont peut être pas assez signalé les dangers. Les moignons coniques, qu'il est impossible de prévenir dans un certain nombre de cas, devenaient le siége d'un travail ostéogénique d'une extrême gravité. L'os ancien était frappé d'ostéite, de myélite, d'ostéo-myélite, de nécroses partielles ou fort étendues, et se trouvait bientôt enveloppé d'une couche épaisse d'ostéophytes très-vasculaires, dont la hauteur dépassait parfois un décimètre. Des trajets fistuleux ou cloaques, provenant des points nécrosés, traversaient ces ostéophytes, provoquaient des abcès, des rétentions et des infections purulentes (*Voy.* Obs. 182), et maintenaient les plaies dans l'état le plus fâcheux. La résection, dans de pareilles circonstances, constituait une opération très-complexe et très-sérieuse. Les ostéophytes brisés, renversés, coupés, se nécrosaient; l'ancien os se mortifiait de nouveau au-dessus du point où il avait été mis à nu et divisé, et la conicité reparaissait, moins considérable, mais encore menaçante par les accidents qu'elle entraînait ou qui la compliquaient. Il sembla dès lors prudent de s'abstenir de toute intervention active, à moins d'indications impérieuses (*Voy.* Obs. 163), et nous revînmes à la doctrine de l'occlusion des plaies, au moins dans les milieux infectés et infectieux, donnant la préférence à la réunion immédiate et aux sutures, pour éviter l'action de l'air, prévenir la congestion et l'inflammation primitives des chairs et obtenir la limitation du traumatisme par quelques adhérences tégumentaires. L'écoulement du pus s'accomplissait par des pertuis ou des ouvertures artificielles très-étroites, et on eut recours, dans le même but, à des dilatations répétées, à des pansements fréquents et aux drains. Ces idées et ces procédés ne sont nullement opposés, comme quelques personnes ont semblé le croire, à la doctrine conservatrice, dont les partisans les plus décidés ne peuvent éviter les amputations reconnues indispensables, et doivent adopter les méthodes opératoires les plus rationnelles et les plus sûres.

Nous avons également rectifié la proposition d'amputer la cuisse, dans tous les cas de plaie pénétrante du genou, avec lésion des os. Si les condyles ne sont pas brisés et fragmentés, la conservation est encore possible, et l'occlusion, l'immobilisation et les autres moyens de traitement amènent d'incontestables succès (*Voy.* Obs. 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195). La question est assez importante pour être soumise à de nouvelles recherches et à une plus complète expérience.

Nous avons divisé ce travail en trois parties principales. La première est consacrée à des généralités sur les indications, les ressources, les procédés et la valeur des trois grandes méthodes employées dans le traitement des fractures des membres et désignées sous le nom de : A, *conservation*; B, *résections articulaires*; C, *amputations*.

A. Les faits les plus authentiques et les plus multipliés démontrent l'immense supériorité de la conservation, qui doit être le but incessant

des chirurgiens. Cette méthode a donné, à la cuisse, des guérisons plus nombreuses, et, ce qui surprendra au premier abord, plus rapides que l'amputation. Les plaies de la main, par trajet de balle, et surtout celles du pied, se consolident spontanément avec une remarquable facilité.

Nous avons étudié, avec beaucoup d'attention, les résultats de l'occlusion complète et de l'immobilisation des fractures compliquées de plaie, que notre ancien et vénéré chef de la chirurgie militaire, l'illustre Larrey, avait si hardiment proposées et appliquées. Les objections qui avaient fait renoncer à ce genre de traitement ne s'appliqueraient pas, croyons nous, au cas où il présente de véritables avantages, et il y aurait probablement lieu de reviser l'opinion adoptée aujourd'hui à ce sujet (*Voy.* p. 62 à 66).

B. Les grandes résections articulaires ont été généralement abandonnées, à l'exception de celles de l'épaule, en raison de leurs insuccès et de leurs dangers. De meilleures conditions de salubrité, des appareils perfectionnés et la possibilité de soins continus, feront probablement cesser cette proscription. Les résections comptent parmi les opérations les plus brillantes de la chirurgie, et les guérisons qu'on en obtient dans la pratique civile montrent les avantages qu'on en retirera certainement un jour à l'armée.

C. Nous avons nommé *amputation du bras au lieu d'élection*, celle que l'on pratique au niveau de l'empreinte deltoïdienne. Le bras, dans cette région, est peu volumineux, dépourvu de faisceaux musculaires isolés, et l'amputation y a produit des guérisons exemptes d'accidents, très-promptes et très-nombreuses.

Nous avons admis que l'encombrement et l'insalubrité des locaux devaient prendre une grande part aux dangers et à la mortalité des amputations secondaires, et nous avons fait appel, sur ce sujet, à de nouvelles recherches.

Quoique les questions soulevées par la chirurgie de guerre soient inépuisables, on ne saurait méconnaître les remarquables progrès qui ont été accomplis, et l'unanimité à laquelle on est arrivé sur les points les plus importants. Tous les chirurgiens acceptent aujourd'hui comme des vérités démontrées :

1° La supériorité de la doctrine de la conservation des membres, si judicieusement soutenue et adoptée, dans le siècle dernier, par notre glorieuse Académie de chirurgie.

2° On ne conteste plus le précepte de ne pratiquer aucune amputation discutable, les doutes devant tourner au profit de la conservation. Aussi avons-nous pu dire, avec l'assentiment des plus hautes autorités : *toute amputation d'une nécessité douteuse est contre-indiquée.*

3° L'accord est complet sur l'urgence d'exécuter sur le champ de bataille, ou immédiatement avant l'apparition de la fièvre, toutes les résections et amputations reconnues indispensables.

4° Le danger des amputations secondaires, ou pratiquées pendant la période inflammatoire, ne rencontre pas de contradicteurs.

5° Les immenses périls de l'encombrement des hôpitaux, baraquements, maisons et locaux, bientôt infectés et infectieux, préoccupent tous les esprits.

6° La dissémination des blessés est déclarée le moyen le plus sûr de prévenir et de combattre les endémies et les épidémies infectieuses.

7° Le concours des médecins civils au traitement des blessés est une mesure qu'impose l'insuffisance numérique du corps militaire de santé.

8° La création d'ambulances pourvues de ressources proportionnées à la grandeur des services qu'elles sont appelées à rendre, et qu'on est en droit de leur demander, n'est plus qu'une affaire de temps.

9° Enfin personne n'oserait prétendre que, au lieu de confier la direction des secours chirurgicaux aux hommes qui possèdent la capacité et l'expérience, on doit la laisser entre les mains d'officiers très-éclairés et très-dévoués, nous n'en doutons pas, mais entièrement étrangers aux services sur lesquels ils ont étendu leur autorité.

Nous ne faisons qu'indiquer quelques-unes des questions traitées dans cette première partie de notre travail.

Dans la deuxième partie, nous avons étudié séparément chaque fracture de contiguïté et de continuité, et nous avons rapporté, comparé et analysé les observations relatives aux trois méthodes curatives, de manière à offrir des moyens certains de recherches, de vérification et de contrôle.

Un tableau statistique de 119 morts, établi à Bitchwiller, complète ces documents.

Notre troisième partie comprend soixante-trois propositions générales, concernant les doctrines et les faits dont nous nous sommes occupé, soit pour les proposer et les défendre, soit pour les signaler à l'attention et au jugement de nos confrères.

L'Académie a toujours accordé un si grand intérêt à l'étude et aux progrès de la chirurgie de guerre, que nous espérons qu'elle voudra bien accueillir favorablement ce travail.

CORRESPONDANCE.

M. GÉRARDIN adresse, pour le concours des arts insalubres, deux mémoires destinés à compléter les études entreprises par lui sur l'assainissement des rivières de l'arrondissement de Saint-Denis. (Renvoi à la commission des arts insalubres.)

M. A. DROUET soumet au jugement de l'Académie une note relative à l'emploi du collodion riciné dans le traitement du choléra, de la fièvre typhoïde, de l'érysipèle, de la colique de plomb, etc.

Le choléra, dit l'auteur, sévit à Saint-Pétersbourg et dans quelques parties de l'Italie. Le simple badigeon abdominal, avec 30 ou 40 grammes de collodion riciné, arrête instantanément le choléra à la période algide : les vomissements sont arrêtés immédiatement, la diarrhée en très-peu de temps, ainsi que les crampes. La réaction commence au point par où le badigeon a été commencé; elle est complète en deux heures par la seule action du collodion et de l'eau de Seltz ou de l'eau froide en guise de tisane. Le collodion provoque, dans la cholérine ou le choléra, une crise sudorale qui élimine le poison cholérique par une excrétion cutanée. Ces résultats ont été constatés dans l'Inde par le docteur Tavel.

L'efficacité du collodion riciné, appliqué en badigeon sur le ventre, est encore plus manifeste, et l'on peut la constater chaque jour, dans l'attaque hystérique, la fièvre typhoïde, l'érysipèle, la colique de plomb, etc. (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

Examen microscopique du sang dans le scorbut observé à Paris en 1871. — M. A. LABOULBÈNE. Les cas de scorbut que j'ai pu observer, tant à l'hôpital militaire du Gros-Caillou qu'à l'hôpital Necker, ont commencé à se montrer à la fin de l'année 1870, alors que la nourriture insuffisante, la privation de végétaux frais et le froid prolongé avaient agi sur la population renfermée à Paris pendant le siége. Les caractères de la maladie, quant à son intensité et à sa gravité, ont été variables, et je n'ai pas vu mourir un seul malade du scorbut proprement dit, à moins que celui-ci ne survînt chez une personne déjà affaiblie par une affection antérieure.

Les symptômes peuvent être rassemblés en trois catégories ou groupes distincts :

1° Il apparaissait chez les sujets débilités des taches noirâtres, sur les membres inférieurs principalement. Ces taches siégeaient autour des bulbes pileux. Elles étaient violacées, ne disparaissaient pas sous la pression du doigt.

D'autres taches occupaient la peau dans l'intervalle des bulbes pileux, leur dimension variait de la grandeur d'un millimètre en diamètre jusqu'à celle d'une lentille et plus. Ces taches étaient nettement ecchymotiques et elles s'effaçaient au bout de plusieurs jours, après avoir passé par des teintes brunâtres et jaunes.

Plusieurs apparitions successives pouvaient être observées, tant sur les membres que sur le tronc. On reconnaît, par cette description abrégée, les signes du *purpura simplex*.

2° Avec ou sans purpura, les malades, après plusieurs jours de souffrances sourdes dans les membres, voyaient survenir de larges taches noirâtres, entourées d'une teinte plus claire et jaunâtre. Ces ecchymoses profondes siégeaient aux cuisses et aux jambes, rarement sur le tronc. Je ne les ai point vues dans les plis des articulations, mais près des masses musculaires. Des nodosités et une tuméfaction sous-cutanées accompagnaient ces larges taches, dues à des infiltrations sanguines ayant eu lieu dans le tissu musculaire et sous la peau, et dont la teinte n'apparaissait que par imbibition.

3° Enfin, coïncidant avec l'apparition du purpura ou des ecchymoses, plus rarement à l'état isolé, les gencives des malades, après avoir été sensibles et prurigineuses, se tuméfiaient, formaient à la sertissure des dents un bourrelet violacé ou bleuâtre, tant en dehors, sous les lèvres, que vers la voûte palatine et l'arcade interne du maxillaire inférieur. L'haleine était fétide. La mastication des aliments très-douloureuse ou empêchée. Des ulcérations et des hémorrhagies se produisaient sur les gencives fongueuses.

Une teinte terreuse de la peau, un sentiment d'essoufflement et de faiblesse excessive étaient remarqués chez tous les malades, ainsi qu'un souffle doux à la base du cœur et au premier bruit. Enfin un murmure doux et un frémissement sous le doigt dans les vaisseaux du cou étaient faciles à percevoir, surtout dans les cas les plus accusés du scorbut ecchymotique ou gingival.

J'ai fait, à l'hôpital militaire et à l'hôpital civil, un grand nombre de fois l'examen du sang des divers malades scorbutiques, et voici ce que j'ai observé :

1° Dans les cas simples de *purpura*, ordinairement le sang était tout à fait normal. Les globules rouges ou blancs (hématies ou leucocytes) avaient leur aspect, leurs dimensions et leurs quantités relatives ordinaires. Cependant, je dois noter que, plusieurs fois, j'ai trouvé un plus grand nombre de globules blancs ou leucocytes dans le champ du microscope que dans le sang normal.

2° Chez les malades qui avaient de larges ecchymoses, avec ou sans les gencives fongueuses, le sang était presque toujours pâle, moins coloré en rouge que chez les sujets non scorbutiques, où je l'ai examiné par comparaison. Le nombre des globules blancs, ou leucocytes, était augmenté, et cela dans une proportion notable. J'ai compté quinze, vingt, vingt-huit et jusqu'à trente globules blancs dans le champ du microscope, en observant avec l'objectif 5 et l'oculaire 1 du microscope de Nachet.

Ces leucocytes offraient des dimensions variant de 8 millièmes à 1 centième de millimètre ($0^{mm},008$ à $0^{mm},01$) de diamètre. Ils présentaient des expansions sarcodiques très-manifestes.

Un fait sur lequel je dois insister, c'est la présence d'une quantité notable et constante de globulins, ou leucocytes nucléaires, tantôt disséminés, plus souvent réunis en amas peu réguliers. Dans tous les cas de scorbut et chez les malades des deux sexes, j'ai trouvé ces éléments anatomiques augmentés de nombre.

3° Le sang retiré des gencives m'a offert les mêmes caractères que le sang retiré du doigt, à part la présence de *vibrions* provenant de la bouche.

Dans toutes mes observations, j'ai eu le soin, après avoir piqué le doigt du malade, de ne prendre sur la lame de verre que l'extrémité de la gouttelette formée. J'ai une fois trouvé l'aspect crénelé des globules rouges, mais cela provenait de la sueur du malade, qui avait appuyé son doigt humide sur la plaque porte-objet; je m'en suis assuré par une seconde observation démonstrative.

Je dois constater enfin que, dans la majorité des observations que j'ai faites, lorsque je revoyais les préparations après les avoir laissées reposer pendant un temps assez long, je trouvais de très-fines fibrilles dans le champ du microscope, fibrilles dues à la coagulation fibrineuse du sang.

Je conclus de ces observations :

1° Que, dans le sang des scorbutiques, le nombre des globules blancs ou leucocytes a augmenté en proportion notable, tant pour les leucocytes ordinaires que pour les leucocytes nucléaires ou globulins.

2° Que cette augmentation de proportion des leucocytes ne me paraît point assez caractéristique pour être regardée comme propre au scorbut, car on l'observe dans un grand nombre d'états pathologiques et de maladies diverses, surtout de l'ordre des *maladies générales*.

3° La coagulation fibrillaire de la fibrine est facile à apercevoir dans le sang des scorbutiques.

M. HÉBERT demande et obtient l'autorisation de retirer du secrétariat un mémoire adressé par lui, le 2 novembre 1869, sur la craie du bassin de Paris.

A 4 heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

La séance est levée à 4 heures trois quarts.

DE LA CONGESTION PULMONAIRE SIMPLE (1)

Par M. le docteur E. BOURGEOIS

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Il résulte de ce travail :

1° Que la congestion pulmonaire est un état qui complique constamment certaines affections aiguës de poitrine, comme la pneumonie et la pleurésie, en occupant le côté de la poitrine considéré comme sain.

2° Qu'elle entre comme élément obligé dans les fièvres éruptives, dans la fièvre typhoïde, et accessoirement dans d'autres affections.

3° Qu'elle existe à l'état simple et comme maladie de poitrine, à marche parfaitement déterminée, et que, comme telle, elle s'offre au clinicien sous deux formes : la forme simple ou pleurodynique, et la forme névralgique.

4° Que la fièvre et l'élévation de la température sont deux phénomènes constants dans la congestion, si l'on en excepte la forme névralgique.

5° Que cette élévation de température dépasse rarement 2 degrés au-dessus de la température normale du corps, et tombe au troisième, au plus tard au quatrième jour, époque qui marque la terminaison de la maladie.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (2).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Bébier.

Conférence sur les maladies qui peuvent se développer dans une ville assiégée.

(Suite et fin.)

J'arrive à une maladie qui, tout en appartenant à cette même catégorie, est une maladie plus commune, endémique, habituelle dans ce pays-ci ; je veux parler de la fièvre typhoïde.

Veuillez remarquer que nous avons, parmi les défenseurs de la patrie, une collection d'individus qui lui font le plus immense honneur, la garde mobile, qui est composée de jeunes gens qui ont quitté leurs provinces, leurs villages, pour venir dans la grande cité. Rien que par ce fait qu'ils sont jeunes et qu'ils viennent de quitter la campagne pour venir dans une grande ville, ils présentent deux conditions favorables pour le développement de la fièvre typhoïde. En outre, ils sont soumis à d'assez vives fatigues et à des excès relatifs. Grâce à Dieu, cependant, il ne semble pas qu'il y ait rien à craindre pour eux sous ce rapport. Ils y ont échappé jusqu'ici. Il faut, pour expliquer cette chance heureuse, accepter tout d'abord l'opinion de M. Colin, que je partage tout à fait : remarquer, comme première condition favorable, que ces jeunes gens sont placés dans des conditions qui éloignent le développement d'une première cause d'affaiblissement fréquente chez le soldat, la nostalgie. Ils sont venus tous ensemble, camarades d'un même village; les chefs qui les commandent sont leurs amis, leurs *pays*; ils n'ont aucun souci, aucun ennui; ils vivent dans une réelle abondance, la ville est grande, l'air, l'espace n'y manquent pas, les baraquements qu'ils y occupent sont parfaitement organisés, ou ceux qui, jusqu'ici, ont eu la vie commune avec nous, ceux que nous avons logés, nous ont trouvés prêts à leur faire l'existence la plus agréable possible. Ce sont là des conditions excellentes pour que la maladie ne se développe pas trop vite parmi eux, et j'espère qu'elle ne s'y développera que dans une très-faible proportion, si elle se développe. Je n'ai pas à insister sur la description de la fièvre typhoïde.

Vous savez qu'elle est caractérisée par un certain nombre de signes, céphalalgie, saignements de nez, diarrhée, taches lenticulaires qui occupent la base de la poitrine et le ventre, et qui disparaissent facilement sous la pression du doigt. D'autres symptômes plus graves (formes adynamique, ataxique), se manifestent quand la maladie augmente d'intensité; mais je les laisse de côté, car les décrire serait dénaturer le caractère que doit conserver cette conférence.

Mais ce qu'il est plus utile de savoir, c'est que la fièvre typhoïde se développe souvent par l'influence du voisinage de certains réceptacles. Je prends des exemples assez connus : à Clapham, village d'un comté d'Angleterre, un certain nombre d'enfants d'une école étaient allés jouer dans un jardin. Dans un terrain voisin, on vidait un puisard dont on répandit les détritus sur le sol. Sur vingt-sept enfants, douze furent pris de fièvre typhoïde, huit moururent et les quatre autres furent extrêmement malades. Ceux qui sont morts étaient ceux qui s'étaient, par curiosité, le plus rapprochés du puisard.

De même, dans une autre circonstance, lorsque Buchanan, en 1859, fut nommé Président des Etats-Unis, on lui offrit un grand banquet dans un des hôtels de Washington. La moitié des convives et le président lui-même furent pris de la fièvre typhoïde; on en

(1) Paris, 1870. Broch. in-8°. Prix : 2 francs.
(2) Voir le dernier numéro.

cherha la cause, et l'on trouva que la salle du banquet était bâtie au-dessus du water-closets de l'établissement. Les émanations des fosses avaient été la cause de la maladie. Enfin, à Windsor, dans une épidémie de fièvre typhoïde, la moitié de la ville fut prise et l'autre fut épargnée; on chercha ce qui avait pu causer cette répartition bizarre de la maladie, et l'on reconnut que la Tamise, ayant, par une crue subite, barré les égouts de la partie de la ville qui avait été atteinte, y avait maintenu les eaux infectées.

Vous voyez que ce sont là des faits incontestables et pleins d'intérêt. Ils se sont reproduits souvent. Dans un certain nombre d'épidémies, il n'est pas rare de voir tout un côté d'une ville épargné, tandis que l'autre est atteint. En 1865 ou 1866, je fus appelé à Châteaudun; il y régnait une épidémie de fièvre typhoïde qui avait pris naissance au quartier de cavalerie. Chose bizarre! dans trois rues, le côté droit avait été pris, et l'autre côté avait été épargné; il y avait là certainement des conditions particulières qui ont fait que la maladie n'a pas traversé la rue.

Je ne puis pas insister beaucoup sur le traitement de la fièvre typhoïde; il est différent selon les cas, et il est impossible d'indiquer un mode de traitement général.

Je ne vous parlerai pas longuement du choléra, que tous vous connaissez par les dernières épidémies, et qui est pour moi un vieil ennemi, car, depuis 1832, moment où nous avons fait connaissance, je l'ai vu bien des fois. Je n'insisterai que sur un point essentiellement pratique, que je vous prie de bien noter. Presque jamais, je puis même dire jamais, on n'est pris du choléra sans avoir éprouvé tout d'abord, pendant un ou deux jours, de la diarrhée. Il faut donc qu'on le sache bien : celui qui arrête cette diarrhée qu'on appelle *prémonitoire*, arrête le choléra. Mais lorsqu'on n'est pas médecin, il faut bien se garder de traiter cette diarrhée soi-même et avec des remèdes recommandés par l'un ou par l'autre, parce qu'il y a des indications différentes pour telle ou telle forme de cette diarrhée. Je me borne à ces quelques mots. Je rappellerai seulement qu'il y a deux périodes dans le choléra, la période algide et la période typhoïde. Dans cette maladie comme dans la fièvre typhoïde, au moment où cette dernière période se manifeste, il y a vraisemblablement une altération particulière du sang; — nous ne savons guère exactement encore, je vous le dis en confidence, en quoi consiste cette altération, — nous allons voir cependant tout à l'heure qu'on peut peut-être arriver à une certaine connaissance à ce sujet.

L'étude de la fièvre typhoïde, dont je vous parlais tout à l'heure, nous conduit à une maladie particulièrement afférente encore aux villes assiégées et aux hôpitaux; je veux parler du *typhus*.

Le typhus a pour origine l'accumulation, dans un espace trop resserré, des hommes et de leurs émanations. Et ici je ne parle ni des matières animales en décomposition, ni des déjections; je veux parler simplement des exhalaisons de la surface cutanée de l'homme.

Nous respirons environ seize à dix-huit fois par minute. Chaque fois nous introduisons dans nos poumons environ un demi-litre d'air, soit par conséquent 500 litres d'air par heure. L'air expiré contient environ 4 pour 100 d'acide carbonique. Or, quand l'air que l'on respire contient 1 pour 100 d'acide carbonique, il ne peut plus être inspiré sans inconvénient. Vous voyez que lorsqu'on vit confiné dans un milieu où l'on ne peut renouveler l'air, on est bien vite arrivé à ce 1 pour 100 d'acide carbonique qui est le fléau qu'il faut combattre.

Mais il y a autre chose encore, ce sont les exhalaisons du corps humain. Quand vous passez dans une rue très-étroite, et que vous vous trouvez croiser un peloton ou un bataillon d'infanterie, s'il n'y a pas grand vent, vous sentez bien vite des exhalaisons particulières. Ces émanations, il faut encore en tenir compte dans la question dont il s'agit, et si vous voulez me permettre de vous citer des exemples connus dans la science, vous verrez quelle terrible puissance ont les exhalaisons du corps humain.

En 1577, Camden et Bacon ont rapporté qu'aux assises d'Oxford il y eut une affluence considérable; les accusés, très-malpropres, exhalaient surtout, par la saleté de leurs pieds, une odeur particulièrement fétide. Or, trois cents personnes, juges et assistants, moururent dans l'espace de six à sept jours, d'une maladie qu'ils contractèrent en assistant aux assises.

Pringle, qui a beaucoup étudié les maladies pestilentielles, rapporte qu'aux assises d'Old Bailey, le 11 mars 1750, quatre juges sur six, trois conseillers, plusieurs jurés, une grande partie des assistants, excepté ceux qui étaient placés à la droite du président, succombèrent à un typhus terrible, et que ceux-là qui échappèrent à la mort n'eurent ce bonheur que parce qu'il y avait à la droite du président une fenêtre ouverte.

En 1805, après la bataille d'Austerlitz, cinq cents prisonniers autrichiens, qu'on voulut mettre à l'abri du froid, furent renfermés dans une grotte. On entendit pendant la nuit un grand tapage qui effraya tout d'abord, et le lendemain, quand on ouvrit, quarante seulement de ces hommes sortirent de la grotte, l'écume et le sang à la bouche, les deux cent soixante autres étaient morts par suite du non-renouvellement de l'air et des exhalaisons des corps de tous.

Vous voyez par ces exemples, que je pourrais multiplier, les effets violents que peut produire l'altération de l'air non renouvelé lorsqu'il est altéré par la respiration et par les exhalaisons de la surface cutanée. Ces faits que je viens de citer sont, en quelque sorte, l'état aigu; mais si vous voulez savoir ce qui se passe lorsque ces influences délétères agissent sur les hommes d'une façon moins violente, moins concentrée, écoutez le passage suivant, que j'emprunte aux écrits d'un chirurgien militaire très-distingué, malheureusement enlevé à la science, le docteur Jacquot. C'est le tableau des conditions hygiéniques du soldat pendant le siége de Sébastopol :

« Après un séjour prolongé dans la boue des tranchées, après les factions, les travaux, les corvées, les marches dans les champs profondément défoncés, après avoir été mouillés par la pluie, par la neige, les soldats grelottants, et manquant le plus souvent d'effets de rechange, s'entassent sous les tentes et les huttes, allument, s'ils peuvent, quelque maigre feu et ferment hermétiquement toutes les ouvertures avec une persévérance et une insistance contre lesquelles échouent les conseils les plus pressants et les mesures les plus sévères. L'extrême malpropreté des hommes, les haleines fétides, la fumée du tabac, l'évaporation de l'eau qui trempe les vêtements, tout se réunit pour empester ces bouges étroits. Là est le typhus... »

En effet, quand les circonstances sont telles que Jacquot les a décrites, le typhus naît d'une façon nécessaire. Heureusement le typhus, dont je vous donnerai tout à l'heure les apparences symptomatiques, est une maladie qu'on peut, pour ainsi dire, faire naître et cesser à volonté. Pendant la guerre de Crimée, MM. Armand et Baudens ont émis cette opinion, et M. Alkerieff, chirurgien dans l'armée russe, d'accord en cela avec M. Chenu, a reconnu que toutes les fois qu'on aérait les habitations des soldats, qu'on pouvait faire écouler ce 1 pour 100 d'acide carbonique qui rend la vie difficile dans les milieux circonscrits, améliorer les conditions de la respiration et donner une issue à ces exhalaisons quotidiennes du corps humain qui sont si dangereuses, on arrêtait immédiatement et certainement le typhus.

Il en est de même quand on a affaire à un endroit plus restreint, à une caserne ou à un navire, et je pourrais, dans la campagne de Crimée, citer l'exemple qui a été signalé par un chirurgien militaire. Il s'appelait France, son nom lui a dicté sa conduite énergique et lui a porté bonheur. On l'embarqua de Crimée, avec le bataillon de chasseurs à pied auquel il était attaché, sur le *Glascow*, bâtiment de transport. Le bâtiment avait antérieurement servi à amener des chevaux de France en Crimée, et par l'incurie de qui de droit, le navire conservait encore dans sa cale des détritus résultant du séjour de ces animaux. Avec le bataillon de chasseurs, on avait embarqué des malades atteints de typhus, et on les avait amenés à Constantinople. Le bataillon de chasseurs, si singulièrement accolé à des malades, vit se développer dans ses rangs le typhus Arrivé en Grèce, après le débarquement des malades, on voulut refuser à M. France, qui la réclamait, l'autorisation de faire aérer le navire. Il insista, se targuant de son nom de France, et par insistance ferme et charitable il obtint de faire assainir son navire, et vit, par ses soins courageux et bien entendus, diminuer infiniment le nombre des malades. Vous voyez que, même dans un milieu aussi circonscrit que celui d'un navire, on peut arriver à un bon résultat avec de sages mesures d'hygiène.

Heureusement nous n'avons vraisemblablement pas à craindre ici le typhus. Je vous en ai parlé parce qu'il me faut bien vous entretenir de toutes les maladies qui peuvent se produire pendant un siége; mais nous avons de vastes baraquements, des casernes bien aménagées, des forts bien aérés, le froid n'est pas encore tel qu'on se calfeutre bien hermétiquement; on a partout ouvert de larges voies à l'air extérieur, on continuera de le faire, l'autorité est prévenue, et agira en conséquence; nous n'aurons donc pas le typhus, nous éviterons les terribles désastres qu'il pourrait causer, et jamais nous ne nous trouverons dans la situation des juges et du public des assises d'Oxford et de Old-Bailey.

Pour compléter ce que je puis vous dire sur cette maladie, laissez-moi ajouter qu'elle a pour signes deux collections symptomatiques particulières, soit : 1° un ensemble de phénomènes nerveux représentés plus spécialement par la stupeur profonde le tremblement, le délire sans violence, et 2° des éruptions cutanées représentées par des hémorrhagies dans l'épaisseur de la peau, hémorrhagies désignées en médecine sous le nom de *pétéchies*; avec cela des symptômes ataxo-adynamiques graves.

Laissez-moi vous rappeler maintenant que, à propos de la fièvre typhoïde, je vous ai déjà indiqué comme signe caractéristique les saignements de nez; que je vous montre comme signe du typhus des hémorrhagies cutanées. Ce groupe de symptômes hémorrhagiques nous conduit à une maladie dans laquelle le sang est assez altéré pour qu'il s'écoule, pour ainsi dire, de tous les côtés à la fois. Je veux parler du *scorbut*; mais vous allez voir que si c'est un grand ennemi, nous pouvons le braver comme nous braverons, je l'espère, les autres ennemis du dehors.

Autrefois le scorbut était une maladie très-fréquente. Dès qu'une armée était rassemblée, dès qu'un hôpital était rempli, dès qu'une prison était bien garnie de détenus, dès qu'un navire était appelé à un voyage prolongé, le scorbut était une maladie habituelle; la médecine maritime du temps passé ne tarissait pas en renseignements sur cette maladie. Maintenant elle est devenu plus rare; on l'a vue cependant reparaître pendant le siége de Sébastopol. Nos soldats en ont été atteints, et Dieu sait s'ils ont souffert, car les mesures étaient si étrangement prises, qu'à ces pauvres gens dont les gencives étaient ulcérées, les dents ébranlées, on donnait en général pour alimentation du bœuf bouilli, du biscuit et des pruneaux. Vous voyez combien un pareil régime devait réconforter nos compatriotes.

Les gens atteints du scorbut commencent par maigrir, ils tombent dans une anémie profonde, puis sur les bras et sur les jambes se développent des taches rouges qui ne disparaissent pas sous la pression du doigt comme celles que l'on constate dans la fièvre typhoïde. En outre, sur divers points du corps se montrent de larges taches d'un rouge noirâtre qui ne sont que des hémorrhagies sous-cutanées; puis ces hémorrhagies se produisent sur les surfaces muqueuses, et le sang s'échappe par la gorge, par les narines, par les intestins, par la vessie et par les autres ouvertures naturelles. Les membres sont atteints d'un gonflement qui n'est pas simplement œdémateux, mais bien hémorrhagique; tout le tissu conjonctif est infiltré de sang extravasé. En outre, les gencives sont boursouflées, les dents s'ébranlent, sont chassées de leurs alvéoles, et quelquefois les os de la mâchoire supérieure ou de la mâchoire inférieure tombent dans un état de nécrose. On a dit longtemps que la fibrine du sang était diminuée de proportion; que le nombre des globules était diminuée. De grandes discussions se sont engagées sur ces questions. Ce sont là querelles entre savants; mais enfin il est très-vraisemblable que le sang est en effet altéré. Sur ce point, si les opinions sont contradictoires, c'est qu'Hippocrate et Galien peuvent ne pas être d'accord, comme on dit; mais l'altération du sang, de quelque façon qu'elle se produise, est chose certaine chez les scorbutiques.

Quoi qu'il en puisse être, il y a là évidemment l'influence des conditions sur lesquelles j'ai déjà insisté et qui dépriment l'économie, à savoir, l'encombrement, et de plus une mauvaise alimentation et de mauvaises conditions de nutrition générale. Ainsi, les vêtements mouillés, humides, habituellement froids, l'absence d'aération, qui ne permet pas l'oxygénation suffisante du sang, l'absence de mouvement, qui ne permet pas la brûlure des éléments combustibles dans chacune des parties de l'économie, ce sont là certainement des causes qui doivent singulièrement favoriser la production du scorbut.

On a beaucoup parlé de l'alimentation salée, et cela nous intéresse grandement, car il pourra nous arriver de manger beaucoup de salaisons. Il n'est nullement démontré que la viande salée agisse pour la production du scorbut, en tant que substance salée et alcaline amenant, par cette dernière qualité, une sorte de dissolution du sang; non, la viande salée est fâcheuse lorsqu'elle devient l'unique nourriture de l'homme, parce qu'au bout d'un certain temps l'individu se dégoûte de ces sortes de substances, que l'appétit se perd, et aussi parce que l'estomac se trouve mal de cette stimulation perpétuellement identique. Il ne faut pas non plus croire que ce soit l'absence d'aliments végétaux qui détermine la maladie, car Lind, qui a profondément étudié cette maladie, a constaté que l'absence des végétaux n'était pas la cause véritable du scorbut. Non, comme toutes ces affections de la deuxième classe, la maladie que j'étudie résulte de causes combinées: mauvaise alimentation, trop uniforme, amenant la satiété et l'absence d'une nutrition régulière; froid, humidité, qui dépriment l'économie; et enfin existence restreinte dans un milieu limité, souvent encombré, sans exercice possible, dernière condition qui empêche le mouvement musculaire si nécessaire à l'individu pour brûler suffisamment les divers déchets qui résultent de l'usure de ses tissus et qui doivent subir une modification réparatrice.

Eh bien! nous sommes, comme je vous le disais, à l'abri du scorbut. Les végétaux sont très-utiles comme moyen de restaurer l'appétit, de réveiller la nutrition; certains d'entre eux, comme le cresson et les autres herbes dites antiscorbutiques, sont même doués de propriétés stimulantes. Or, ces végétaux, nous pouvons en avoir. Nous avons une ville large; grâce à Dieu, le périmètre en est très-étendu, et en même temps qu'elle crée de sérieuses difficultés à ceux qui voudraient tant y entrer, elle nous permet l'aération et le mouvement le plus actif. M. Sée vous a dit que nous avions de la viande fraîche pour un certain temps, et de plus nous avons dans la viande de cheval un surcroît d'approvisionnement considérable; or, en compagnie des autres membres de la commission d'hygiène, nous avons fait un repas uniquement composé de viande de cheval; nous voulions nous rendre compte de ce qu'elle était, fraîche ou salée: eh bien! c'est un mets excellent, nous en avons mangé avec plaisir, sous toutes les formes, depuis le bouilli jusqu'au bœuf à la mode et au filet.

La situation dans laquelle nous sommes peut durer longtemps peut-être, c'est une perspective peu agréable; mais enfin, il faut l'accepter avec courage. Or, à ce sujet, permettez-moi quelques conseils.

Commençons dès maintenant à nous habituer à une alimentation mixte. Le public a été sensiblement inquiété, il y a quelque temps, par le rationnement de la viande fraîche. Cette mesure eût peut-être pu être réglée avec plus de modération et de douceur, mais enfin elle était nécessaire. C'est une mesure conservatrice, un moyen d'éviter des pertes sérieuses, un gaspillage regrettable. En effet, certaines personnes, par une prévoyance mal entendue, se sont approvisionnées de quantités considérables de viande, se disant: Je vais la saler; mais ne sale pas la viande qui veut, cela est une opération difficile qui demande des appareils spéciaux et une expérience particulière. De fortes quantités de viandes qui, bien employées, auraient été très-utiles, ont été ainsi perdues pour tous. C'est pour éviter ces approvisionnements et les pertes qu'ils causent que l'on a rationné un chacun avec assez de raison.

Pour moi, en ne m'occupant que de la question d'hygiène, je crois qu'il faudrait, dès maintenant, mêler une certaine quantité de viande salée à l'alimentation avec la viande fraîche, et faire, en pères de famille prévoyants, une petite part de sacrifice culinaire. En agissant ainsi, on se préparera à subir l'influence de la viande salée, on habituera nos estomacs, nos palais, nos gencives à subir son influence locale; or, cette influence locale, selon moi, est pour quelque chose dans l'état spécial des gencives dans le scorbut. Il y a des gens qui ne peuvent manger ni poisson, ni jambon salés, sans avoir une altération du voile du palais et de la langue, une rougeur érythémateuse et même des aphthes dans la bouche; ceux-là s'habitueraient graduellement à l'usage des salaisons. Pour obvier à cet inconvénient, on peut employer le contact des acides. Les citrons sont un excellent préservatif; si nous n'en avons pas, il nous restera le vinaigre, les fruits confits dans ce liquide, ou encore les tomates. En outre, les uns et les autres de ces condiments auront pour résultat de ragaillardir notre estomac et de nous empêcher de nous étioler comme s'étiolent les individus condamnés à une alimentation toujours identique et par cela même peu réparatrice. Ainsi nous éviterons le scorbut. De plus, il faut que l'autorité veille, elle le fait d'ailleurs, à la production des végétaux. Il faut que l'on fasse, dans les vastes places libres que nous avons à cultiver, des semis des végétaux de la saison, de ceux qui peuvent pousser promptement; il faut qu'elle protége cette culture entre les forts et l'enceinte, et que nous ayons des végétaux pour contre-balancer l'influence des viandes salées qui pourraient devenir notre seul aliment. Comme autres préservatifs, conseillez de l'eau dans laquelle on aura fait pendant un jour macérer de l'écorce de quinquina, c'est un bon moyen pour aider à conjurer le scorbut. De même, l'eau ferrée prise au repas sera d'une semblable efficacité. Enfin, tant que nous aurons du pain et du vin, il n'y a pas de scorbut à craindre. Le pain et le vin, à eux seuls, constituent presque un aliment suffisant, il faut le dire ici alors que nous avons encore d'autres vivres, pour qu'on ne croie pas que c'est par pénurie que nous vantons ainsi l'action combinée du pain et du vin comme seuls aliments. Oui, avec du pain et du vin un homme peut vivre. Ce sera une nourriture médiocre, assurément, mais enfin elle sera suffisante; quand le temps des sacrifices sera venu, il faudra s'y résoudre. Mais abstraction faite de toute idée gastronomique, le pain et le vin, répétons-le bien, constituent une alimentation pres-

que suffisante, et pour rentrer dans le point que j'examine, suffiront avec la vie en plein air pour éviter le scorbut.

Vous parlerai-je d'une autre maladie, qui peut nous frapper, la variole ? Elle a son remède, seulement ce remède n'a pas encore pu vaincre certains préjugés étranges. Nous avons, depuis plus de cinq semaines, déclaré que les jeunes soldats, que les gardes mobiles et les individus réfugiés de la campagne à Paris devaient être revaccinés; malheureusement on nous a peu écoutés ou même on nous a refusés sous ce prétexte, pour les soldats et les mobiles, que faire vacciner les hommes serait un mal, car on les empêcherait ainsi de se battre, les boutons de vaccin devant les gêner pour tirer. Que dire d'une semblable réponse ? Nous avons insisté, nous insistons encore; d'ailleurs, qu'on les vaccine au bras gauche, et ils pourront très-bien épauler leur fusil. La commission d'hygiène a demandé cette mesure depuis cinq semaines, l'Académie la demande de nouveau. Qu'on fasse donc cette vaccination et revaccination, c'est là une mesure indispensable.

J'arrive au bout de mon énumération, je n'ose pas dire de ma conférence, et je vous ai présenté çà et là des tableaux un peu bien sombres. Il fallait bien qu'on vous montrât ce qui pourrait arriver de fâcheux, si l'on ne prenait pas les précautions nécessaires; mais comme je vous l'ai dit, tout cela nous n'avons pas en réalité par trop à le craindre. L'autorité veille, la commission d'hygiène appelle sont attention sur tous les points où peut se montrer une apparence de danger pour la santé publique. Dès qu'un dépôt de matières putrides, une accumulation de détritus sont signalés, on prend immédiatement des mesures d'assainissement, on enfouit, on désinfecte, on brûle. On veille à l'alimentation avec une telle économie, qu'il y a peu de jours encore on s'est aperçu qu'on perdait par incurie un excellent aliment, je parle du sang des bêtes qu'on abat. Eh bien ! dorénavant ce sang sera converti en boudin, ou bien on le desséchera, on en fera un aliment de conserve, et s'il faut que nous voyions diminuer nos ressources, nous trouverons encore là de quoi nous alimenter. A côté du gouvernement de la défense nationale, la science se met pleinement au service de la patrie; elle entend s'ingénier de toutes les façons, chercher partout ce qui pourra être utile, donner partout les conseils que peut suggérer l'expérience. Ce sont là déjà des garanties; mais, de plus, nous avons, pour nous aider dans notre tâche, l'ardeur, l'entrain, l'alacrité de la population, si ferme et si simplement décidée. Devant un tel spectacle, on doit conserver toute sa confiance; et si nos deux sœurs infortunées Toul et Strasbourg nous ont montré l'exemple, si elles nous ont appris ce que nous devions faire, nous pouvons être sûrs que Paris le fera. Je ne sais ce que sera l'avenir, mais quel qu'il soit nous serons, je le crois fermement, à la hauteur de cet avenir. Pour cela, il faut que les défenseurs du pays soient sains, vigoureux, bien portants; et c'est pour contribuer à atteindre ce but, que j'ai cherché à vous donner quelques aperçus sur ce qu'il fallait faire pour maintenir dans son intégrité la santé des citoyens de tous rangs dont les bras courageux sauveront la patrie.

AVIS

Avec le n° 126 (29 octobre 1870) se termine la collection de ceux de nos souscripteurs dont l'abonnement expirait le 31 octobre dernier.

Nous prions très-instamment nos confrères de vouloir bien nous adresser le montant de leur renouvellement en un mandat sur la poste à l'ordre du Directeur de la *Gazette des Hôpitaux*.

Ce mode de payement est le plus *sûr* et le plus *économique*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Traité des fractures non-consolidées ou pseudarthroses, par le docteur Bérenger-Féraud, médecin principal de la marine. In-8 de 700 pages. — Prix : 10 francs.

Nouvelles applications de l'acide phénique en médecine, etc., par le docteur Déclat. In-8, planches photogr. — Prix : 5 fr.

Des troubles de la sensibilité générale dans la période secondaire de la syphilis et notamment de l'analgésie syphilitique, par le docteur Faid, médecin de l'école du Caire (Égypte). In-8 de 134 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Des méthodes générales d'opération de la cataracte et en particulier de l'extraction linéaire composée, par Paul Yades, docteur en médecine. Paris, 1870, 1 gr. in-8 de VIII-77 pages. — Prix : 3 fr.

Plaies pénétrantes de l'abdomen et procédé de suture nouvelle pour la guérison des anus contre nature, par M. Goyard, 1 vol. in-8, avec figures, 1870. — Prix : 2 fr.

Armées en campagne. — Considérations relatives aux hommes et aux chevaux. — 2 fr., au profit des pauvres.

Etudes sur les fistules vésico-intestinales, par M. Blanquinque (E.), 1 vol. in-8. 1870. — Prix : 2 fr.

Le Directeur : Dr. E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 128. — SAMEDI 5 NOVEMBRE 1870. 43e ANNÉE. SAMEDI 5 NOVEMBRE 1870. — N° 128.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué ... de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, ... un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — ÉCOLE PRATIQUE. Leçons médico-légales sur la folie : Antiquité. Epoque romaine (M. Legrand du Saulle). — Documents pour servir à l'histoire du mouvement scientifique pendant le siége de Paris. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 11 avril 1871.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

LEÇONS MÉDICO-LÉGALES SUR LA FOLIE (1).

Antiquité. — Époque romaine.

III

Après l'exposé technique qui précède, après tous les développements consacrés à l'étude de l'acquisition de la propriété et de la possession, nous sommes naturellement conduit à nous demander si le fou pouvait acquérir par succession *ab intestat* ou testamentaire. Que le fou ne puisse pas tester, qu'il n'ait pas la *factio testamenti* active, c'est-à-dire le droit d'instituer un héritier, plusieurs textes le prouvent de la manière la plus formelle. Pour tester valablement, il fallait avoir *l'integritas mentis*, et le furiosus ne l'avait pas. Mais si le fou recouvrait sa raison, et faisait un testament dans un intervalle lucide, le testament était valable. A plus forte raison le testament était-il valable s'il avait été fait avant la folie. Quant au *mente captus*, il était absolument incapable de faire un testament, puisqu'il ne pouvait jamais avoir d'intervalles lucides. En résumé, le fou ne pouvait ni instituer un héritier, ni faire des legs, ni laisser de fidéicommis, puisqu'il n'avait pas l'intelligence nécessaire pour faire valablement ces actes. Son testament était nul alors même qu'il avait ensuite recouvré la raison, mais si cet acte était antérieur à la folie, ou s'il avait été rédigé pendant un intervalle lucide, il était parfaitement valable.

Les rechutes ultérieures ne changeaient rien à cette disposition de la loi, le principe dominant de la validité d'un testament reposant uniquement dans la santé d'esprit au moment où le testateur a réglé son hérédité (2).

Que le fou soit capable de recueillir une succession *ab intestat*, et même par testament, Pomponius, Paul et Justinien le disent formellement (3).

Le fou ne peut pas tester : il n'a pas la *testamenti factio* active, comme nous le disions tout à l'heure, mais il a la *testamenti factio* passive en ce sens qu'il peut être institué héritier. Supposons qu'une succession lui soit dévolue *ab intestat*, ou en vertu d'un testament (4), qu'arrivera-t-il? S'il est héritier sien et nécessaire, il n'y aura pas de difficulté. Comme les héritiers siens acquièrent de plein droit et même à leur insu, le fou recueillera la succession, il aura même le droit de s'abstenir, c'est-à-dire d'invoquer le bénéfice d'abstention, s'il trouve que la succession soit onéreuse, et alors il sera censé n'avoir jamais été héritier. C'est ce que nous apprend le jurisconsulte Paul dans ses sentences (4-8, § 6).

Le furieux, héritier externe, ne peut acquérir la succession qu'en faisant adition d'hérédité ou en faisant acte d'héritier (1); mais comment le furieux pouvait-il faire un de ces actes? Evidemment, il faut admettre que le fou ne pouvait faire adition que dans un intervalle lucide.

Quand les créanciers de la succession demandaient la permission de vendre les biens, le préteur avait égard à la folie de l'héritier, et suspendait pendant un délai suffisant les poursuites (2). Cela était d'autant plus nécessaire que dans l'ancien droit le curateur ne pouvait pas faire adition pour le furieux (3), de peur que le furieux ne fût endetté malgré lui (4).

Le curateur ne pouvait pas même autoriser le furieux à faire adition, car pour qu'il pût approuver les actes du furieux, il eût été nécessaire que le furieux fît d'abord quelque chose (5). De même, le tuteur du furieux pupille ou le père du furieux fils de famille ne pouvait l'autoriser à faire adition. Doucan (6) fait observer qu'il en est autrement du furieux *infans*. En effet, le tuteur d'un *infans* à qui une succession est dévolue, peut demander pour lui la possession de biens (7), et même, en vertu d'une constitution (8) des empereurs Théodose et Valentinius (426), faire adition au nom de son pupille. Pourquoi donc, dit Doucan, ne ferait-on pas jouir l'*infans* furieux des mêmes bénéfices? Cette remarque est juste, mais nous la croyons superflue; car il nous semble impossible de discerner si un enfant qui ne peut pas encore parler est ou non raisonnable.

Quand un fou avait droit, suivant l'édit du préteur, à une *bonorum possessio*, il ne pouvait la demander qu'après être revenu à la raison (9); mais son curateur pouvait demander la *bonorum possessio* au préteur, qui l'accordait par un décret spécial après enquête; c'était la *bonorum possessio decretalis* (10). Si le curateur du fou négligeait de la demander, l'héritier du degré suivant pouvait la demander pour lui-même. Nous en trouvons la preuve dans un texte de Papinien (11).

Quand le curateur du furieux aura obtenu la *bonorum possessio décretalis*, il pourra administrer les biens héréditaires, payer les dettes et délivrer les legs, sauf aux légataires de donner caution de restituer si l'héritier est évincé (12); si, par exemple, il meurt avant d'avoir recouvré sa raison. Mais qu'arriverait-il si le curateur néglige de demander la possession des biens? Que deviendront les créanciers et les légataires, et par qui pourront-ils se faire payer? On donnera la *possession de bien decretalis* au plus proche héritier, qui est forcé de donner caution à tous ceux à qui les biens doivent être restitués, s'il meurt avant le fou ou si le fou meurt avant d'avoir recouvré la raison ou d'avoir demandé la possession de *bien édictalis*. De cette manière, le préjudice que la négligence du curateur peut causer au tiers est réparé.

Le fou a un très-grand intérêt à ce que son curateur demande pour lui la possession de bien *decretalis;* car sans cela, s'il recouvrait la raison et qu'il mourût avant d'avoir demandé la possession de bien de l'édit, il ne transmettait rien à ses héritiers. Il transmet au contraire à ses héritiers la possession de bien *decretalis*, lorsque son curateur l'a demandée pour lui. Mais il est nécessaire pour cela que le furieux recouvre la raison avant de mourir (1). Si l'on a obtenu pour le furieux la possession *decretalis* et qu'il soit mort dans le même état de folie, son héritier devra rendre au substitué ou aux héritiers qui venaient après le fou, non-seulement la succession que le fou a possédée, mais aussi les fruits qui sont tournés à son profit (2). Aussi le curateur du furieux, en demandant la possession de bien, donnait-il caution de restituer l'hérédité et exigeait-il semblable garantie des personnes à qui il délivrait le legs (3). On tiendra compte, bien entendu, au furieux, des dépenses utiles qu'il aura faites pour la conservation des biens héréditaires, et même on n'exigera pas les sommes qui ont été employées à sa nourriture (4).

Qu'arriverait-il si le furieux avait donné mandat de demander pour lui la possession de bien? Si cette possession n'est demandée qu'après le commencement de la folie, il faut, pour qu'elle lui soit acquise, qu'il ratifie la demande pendant un intervalle lucide. En effet, dès que la folie commence, le mandat cesse, puisque le mandant n'a pas de volonté (5).

Si un ami du fou, sans avoir reçu aucun mandat, demande pour lui la possession de bien avant que la folie ait commencé, on regardera comme une ratification le silence que l'héritier a gardé pendant le temps qui s'est écoulé entre la demande et le commencement de la folie (6).

Quand l'esclave d'un furieux ou son fils étaient institués héritiers, le furieux pouvait acquérir l'hérédité qui leur était déférée (7), mais il fallait pour cela que le curateur leur donnât l'ordre de faire adition. Les jurisconsultes lui en avaient reconnu le droit pour venir en aide au fou. L'empereur Antonin permit cependant au fils d'un furieux de faire adition comme s'il était *sui juris* (affranchi de la puissance paternelle), et même d'affranchir les esclaves de la succession (8).

Justinien (531) résuma les règles que nous venons d'énumérer et abrogea tout ce qui était défavorable au furieux. Il ordonna (9) au curateur de demander la possession de biens *decretalis*, en suivant les formes tracées par l'empereur Constance (10), toutes les fois qu'une succession avantageuse serait déférée au furieux. Si celui-ci mourait ensuite sans avoir recouvré la raison, ou si, redevenu sain d'esprit, il répudiait la succession, les biens qui la composaient revenaient à ceux qui étaient les plus proches héritiers au moment de la mort du *de cujus* (11). Justinien établit une règle un peu différente de celle-ci au sujet du legs et des *fidéicommis* faits en faveur du furieux. Ils devaient être remis à son curateur, et si le furieux mourait sans avoir recouvré la raison, son héritier avait le droit de les accepter ou de les refuser (12). Si le furieux ou son héritier refusaient ces legs *fidéicommis*, ils retournaient aux héritiers sans que cela pût causer de préjudice au furieux. Justinien supprima aussi les sodistations et les cautions que le curateur du furieux était obligé de fournir auparavant pour assurer la restitution des hérédités déférées au furieux héritier externe. Mais il ne changea rien aux règles que nous avons exposées en parlant du furieux héritier (13).

Quant aux obligations du furieux, le principe était bien simple : le furieux ne pouvait consentir et ne pouvait pas s'obliger. Les Romains employaient le mot *obligatio* pour désigner le rapport qui existe entre un créancier et son débiteur. Quelquefois ils le prenaient dans un sens plus restreint pour désigner ce rapport considéré spécialement au point de vue actif du côté du créancier (14). Il est assez probable qu'à l'origine du droit le mot *obligatio* a désigné l'acte ou l'événement qui a fait

---

(1) Suite. — Voir les numéros des 6 et 8 septembre 1870.
(2) Inst. Livre II, titre XII, § 1.
(3) Pomponius, Dig. 28-1-16, § 1.—Paul, Sent. 4-8, § 5.—Inst. Justinien, 2-19, § 4.
(4) La loi des Douze Tables appelait à la succession ab intestat en premier ordre les *héritiers siens*, en second ordre les *agnats*, en troisième ordre les *gentiles*. Sont héritiers siens, les enfants soumis à la puissance paternelle du défunt au moment du décès et qui se trouvent les premiers en rang au moment où s'ouvre la succession. Sont *agnats*, tous les membres de la même famille, c'est-à-dire tous les parents qui, si l'auteur commun vivait encore, se trouveraient placés sous sa puissance. Qu'étaient-ce que les gentiles? La lumière ne s'est pas encore faite sur ce sujet qui a soulevé parmi les commentateurs du droit romain les plus graves controverses. — On distingue en droit romain trois classes d'héritiers : 1° les héritiers nécessaires; 2° les héritiers siens et nécessaires ; 3° les héritiers externes ou volontaires. — Les héritiers de ces deux dernières classes peuvent exister non-seulement *ex testamento*, mais aussi ab intestat; quant à l'héritier nécessaire, il ne peut exister que *ex testamento*. L'*hæres necessarius*, c'est l'esclave que son maître a institué en lui laissant la liberté. Les biens du défunt sont vendus en son nom, et l'ignominie qui s'attache à la *venditio bonorum* atteint la personne de l'héritier. Le préteur est venu à son secours en lui accordant le bénéfice de séparation, c'est-à-dire le droit de soustraire à la poursuite des créanciers héréditaires les biens qu'il a acquis depuis la mort de son maître. L'*hæres suus et necessarius* est celui qui se trouve soumis à la puissance immédiate du *de cujus* à l'époque de sa mort.

Les héritiers siens et nécessaires sont appelés siens parce qu'ils se succèdent en quelque sorte à eux-mêmes, « quia domestici heredes sunt, et vivo quoque parente, quodammodo domini existimantur » ; nécessaires, parce que, sans adition, même à leur insu et malgré eux, ils se trouvent investis de l'hérédité (*Inst.* 532, de hæredum qualitate et differentia). Le préteur a amélioré la position des héritiers siens et nécessaires, en leur accordant le bénéfice d'abstention, comme il avait déjà amélioré la condition des héritiers nécessaires en leur accordant le bénéfice de séparation. Entre ces deux bénéfices existent pourtant deux différences considérables.

1° Le bénéfice de séparation n'empêche pas que les biens soient vendus au nom de l'héritier ; l'effet du bénéfice d'abstention est de faire vendre les biens du défunt sous le nom de ce dernier. — 2° Le bénéfice de séparation doit être formellement demandé au préteur; le bénéfice d'abstention s'acquiert par la simple déclaration que fait l'héritier qu'il ne veut pas de l'hérédité (se dicit retinere hæreditatem nolle), loi 12, Dig.-loi 71, § 3 et § 4. De acq. vel omitt. hereditate.)

L'*hæres extraneus* est celui qui n'a jamais été sous la puissance du testateur, ou qui tout au moins n'y était pas à l'instant de sa mort ; il n'acquiert l'hérédité que par l'adition, l'acceptation, qui peut être expresse ou tacite. Elle est *expresse* quand l'institué déclare qu'il accepte la succession; *tacite*, quand il fait acte de maître sur la chose héréditaire, *vel vendendo res hereditarios, vel prædia locando.*

---

(1) Gaius, C. 2, § 167; Just., 2. 19, § 7.
(2) Gaius, C. 2, § 167.
(3) D. 29. 2. 90.
(4) D. 29. 2. 5, pr.
(5) D. 26. 8. 3.
(6) Douc., 2. 4. 3. 8. 2.
(7) D. 37. 1. 7, § 1, 8.
(8) G. h. 30. 18, § 2.
(9) D. 38. 9. 1, § 5.
(10) D. 38. 17. 2, § 11; G. 5. 70. 7, § 5.
(11) L'hérédité était la seule manière de succéder reconnue par le droit civil; mais un usage qui s'introduisit dans le tribunal du préteur, et ensuite les dispositions formelles de l'édit, établirent à côté de l'hérédité une nouvelle manière d'entrer en jouissance des biens du défunt, la possession de biens, institution prétorienne réglée par le magistrat, à la différence de l'hérédité, qui était une institution essentiellement romaine, ne dépendant d'aucun magistrat, mais de la loi civile (*ex jure civili*). Alors on distingua l'hérédité et la possession de biens, le titre d'héritier et celui de possesseur des biens, qui se réunissaient ordinairement sur la même personne, mais qui souvent aussi étaient séparés. Voici quelle dut être l'origine de la possession des biens. Le préteur chargé d'assurer l'exécution des lois maintenait à l'héritier la possession des biens. Il ne donna à l'origine cette possession qu'à ceux qui étaient héritiers par la loi ; mais ensuite, il imagina de l'accorder à des parents que le droit civil avait laissés de côté, et même, dans certains cas, de la refuser à l'héritier légal pour la donner à d'autres personnes, que les liens du sang et l'équité rendaient dignes d'avoir les biens héréditaires. Ainsi, faisant exécuter le droit civil dans le premier cas, le préteur suppléait à ses lacunes dans le second; il le contredisait, afin de corriger sa rigueur dans le troisième. Les *bonorum possessiones* étaient données en cas de succession testamentaire ou *ab intestat, cum re* ou *sine re*, suivant que le *bonorum possessor* se trouvait ou non assuré de n'avoir pas à restituer les biens à un héritier du droit civil. Enfin la *bonorum possessio* était *edictalis* ou *decretalis* : *edictalis* quand elle pouvait être obtenue en exécution d'une disposition de l'édit, par cela même qu'on la demandait; *decretalis*, quand le préteur l'accordait *causa cognita*, parce qu'il lui paraissait convenable de l'accorder en raison des circonstances particulières qui se produisaient.
(12) D. 31. 1. 48, § 1.

---

(1) D. 38. 17. 2, § 11.
(2) D. 5. 3. 51.
(3) G. 5. 70. 7, § 8.
(4) D. 5. 3. 51.
(5) D. 29. 2. 47. 48.
(6) D. 29. 2. 63.
(7) D. 29. 2. 25.
(8) G. 5. 70. 7, § 3.
(9) G. 6. 9. 9.
(10) G. 5. 70. 7, § 7 et 8.
(11) G. 5. 70. 7, § 9.
(12) G. 5. 70. 7, § 8.
(13) G. 5. 70. 7, § 2.
(14) Ainsi, nous trouvons aux *Institutes* un titre qui porte : *Per qua personas nobis obligatio acquiritur* (par quelles personnes nous acquérons un droit de créance). En parlant d'un pupille qui veut faire un *mutuum* (un prêt) sans l'*auctoritas tutoris*, les *Institutes* disent : *Non contrahit obligationem*, il ne devient pas créancier.

naître entre deux personnes déterminées ce rapport, consistant en ce que l'une est tenue de rendre à l'autre un certain service; puis il a désigné le rapport lui-même, c'est-à-dire l'effet produit et non plus la cause productrice. Les *Institutes* définissent l'obligation *juris vinculum quo necessitate adstringimur aliagas solvendæ rei, secundum nostræ civitatis jura.*

Toutes les obligations sont *civiles* ou *prétoriennes*, en ce sens qu'elles sont exécutoires par le droit civil ou par le droit prétorien; *proprement dites* ou *naturelles*, en ce sens que les obligations proprement dites supposent une action établie au profit du créancier, tandis que les obligations naturelles ne donnent pas l'action au créancier.

Enfin, en s'attachant à la nature du fait qui donne naissance à l'obligation, on peut dire avec Gaius : *Omnis obligatio, vel ex contractu nascitur vel ex delicto* (1); mais cette classification n'est pas absolument complète : une obligation peut exister, quoiqu'il n'y ait eu à vrai dire ni contrat ni délit. Gaius lui-même le reconnaît lorsqu'il dit : *Obligationes aut ex contractu nascuntur, aut ex maleficio, aut proprio quodam jure ex variis causarum figuris* (2). Parmi ces obligations qui naissent *proprio quodam jure ex variis causarum figuris*, il y en a qui naissent d'un fait illicite qui ressemble à un délit, et il y en a d'autres qui croissent dans des circonstances telles qu'on pourrait croire qu'elles sont nées d'un contrat. On arrive ainsi à reconnaître quatre classes d'obligations : *Aut enim ex contractu, aut quasi ex contractu, aut ex maleficio, aut quasi ex maleficio.*

Dans les contrats, tout ce que fait le fou est nul, à moins, bien entendu, qu'il n'ait contracté pendant un intervalle lucide, car il n'a pas de volonté. *Furiosi nulla voluntas est* (3). Il ne peut pas s'obliger envers autrui, et même, à la différence du pupille, il ne peut pas obliger autrui envers lui : *Furiosus sive stipulatur, sive promittat, nihil agere non potest. Furiosus nullum negotium contrahere potest* (4). Le fou ne pouvait pas être obligé par *quasi-contrat*, ou pour parler plus exactement, il ne pouvait pas être tenu d'une obligation naissant *quasi ex contractu*, comme d'un contrat. En droit français (5), on appelle en effet *quasi-contrat* tout fait licite et volontaire duquel il résulte une ou plusieurs obligations, tandis qu'en droit romain (6), une obligation naît *quasi ex contractu*, quoiqu'il n'existe aucun fait volontaire auquel on puisse rattacher la naissance de l'obligation. Ainsi, un homme qui est appelé à une tutelle légitime et qui n'a aucune excuse à présenter *quasi ex contractu teneri videtur*; ainsi encore, l'individu appelé à une succession en qualité d'héritier nécessaire est tenu *quasi ex contractu* envers les légataires. En un mot, le droit romain comprend sous le nom d'*obligationes quæ quasi ex contractu nascuntur*, ce que nous appelons en droit rançais : 1° des engagements qui résultent de l'autorité de la loi; 2° des engagements qui résultent de *quasi-contrats.*

Le fou ne peut pas s'obliger *quasi ex contractu*, mais quelquefois il est obligé par la force même des choses, comme le pupille. Ainsi quand il est héritier sien, il est obligé de payer les dettes de la succession même *ultra vires*, s'il est propriétaire par indivis d'un fonds et si son copropriétaire fait sur ce fonds des dépenses utiles, le fou est alors tenu de l'action *communi dividendo* (7); il est aussi tenu de l'*actum negotiorum gestorum* (8).

Quant aux obligations qui résultent des délits, le fou n'est pas tenu, parce qu'il n'a pas la volonté. Aussi ne peut-il commettre un vol, car *nullum furtum est sine affectu furandi.* Il ne peut pas non plus se rendre coupable d'injure, car toute injure suppose le fait et l'intention.

Quant aux obligations *quasi ex delicto*, elles sont également étrangères aux fous (9).

Les jurisconsultes regardaient le furieux comme perpétuellement absent (10); aussi comme les parties devaient être présentées devant le magistrat, il s'ensuivait qu'on ne pouvait juger un fou. Peu importait que l'absence de l'une des parties fût causée par un événement de force majeure; peu importait même que l'absent consentît à se laisser juger, il fallait absolument que les deux parties fussent présentées devant le magistrat.

Toutes les fois que les parties doivent être présentées pour que l'acte de procédure qui est accompli ou la sentence qui est rendue soit valable, il est nécessaire qu'elles soient toutes deux parfaitement capables (1).

Quand il s'agit d'un incapable ordinaire, l'acte n'est nul que s'il lui est préjudiciable (2), tandis que, même avantageux, l'acte est toujours nul à l'égard du furieux. C'est ce que Pomponius exprime en ces termes (3) : Un juge ou un arbitre ne peuvent juger un furieux. Le motif sur lequel repose cette décision, c'est que le fou ne pouvant s'associer d'aucune façon à ce qui se passe devant lui, doit nécessairement être considéré comme absent, tandis que le mineur pouvant prendre fait aux actes dont il est témoin, la seule cause qui puisse les faire considérer comme nuls, c'est le désir de le protéger.

Dès que le fou recouvrait la raison, dût-il même la perdre de nouveau quelques instants après, il reprenait l'exercice de tous ses droits; s'il était en curatelle, les pouvoirs de son curateur étaient momentanément suspendus (4), il pouvait administrer ses biens ou les aliéner (5), en disposer par testament (6).

Lorsqu'on demandait la nullité d'un acte sous prétexte qu'il avait été fait dans un moment de folie, le magistrat le décidait d'après les circonstances et sans se préoccuper de la question de savoir si un curateur avait été donné au fou; car ce qui le rendait incapable, ce n'était pas la nomination d'un curateur, c'était la folie elle-même.

Cependant l'empereur Gordius (240) conseille de faire nommer un curateur à un fou, afin qu'on puisse faire annuler les obligations qu'il a consenties (7). Cette constitution ne nous paraît pas contraire au système que nous avons développé. Le conseil de Gordius était bon à suivre; il était plus facile en effet d'obtenir du magistrat l'annulation des actes du fou lorsqu'on lui avait fait nommer un curateur que lorsque l'on n'avait pris aucune mesure pour prévenir les conséquences de sa folie; mais il n'est pas moins certain que le magistrat aurait pu annuler ces actes, lors même que l'on n'aurait pas demandé un curateur.

(*A suivre.*)

(1) Gaius, *Comment.* III, § 88.
(2) Loi 1, pr. D. *De oblig. et act.* (44. 7. 9.)
(3) Loi 40. *De regulis juris.* Loi 47. *De acq. vel omittenda hæreditate.*
(4) Loi 5. *De regulis juris.*
Les contrats se forment *re, verbis, litteris et consensu.* Les contrats qui se forment *re* sont au nombre de quatre : le *mutuum* (prêt de consommation), le *commodat* (prêt à usage), le *dépôt* et le *gage.*
Les contrats qui se forment *verbis* sont, dans l'ancien droit romain, le *dictio dotis* (engagement que prenait la femme, ou un tiers débiteur de la femme, de fournir une dot au mari); la *jurata liberti promissio* (engagement que prenait un affranchi d'accomplir certains devoirs envers son patron), et dans le droit de Justinien, la stipulation. La stipulation n'est pas, comme la vente, un contrat *sui generis*, ayant un but parfaitement déterminé. C'est plutôt une forme à l'aide de laquelle on peut sanctionner et rendre efficace toute convention dont l'objet n'a rien d'illicite.
Un contrat se formait *litteris*, quand l'énonciation d'une obligation avait été portée sur le *Codex*, espèce de registre que tenait chaque citoyen romain, analogue *au grand-livre* de nos commerçants.
Les contrats qui se formaient *consensu* étaient au nombre de quatre : la *vente*, le *louage*, la *société* et le *mandat.*
(5) Code civil, art. 1371.
(6) Les *Institutes* de Justinien indiquent cinq cas distincts dans lesquels une obligation naît *quasi ex contractu.* Etaient tenus *quasi ex contractu* : 1° celui dont on avait géré les affaires pendant son absence; 2° le tuteur et le curateur tenus d'administrer les affaires de leur pupille et de rendre compte de leur administration; 3° les personnes qui sont copropriétaires par indivis d'une chose ou d'une masse de biens; 4° l'héritier institué tenu d'exécuter les dispositions testamentaires; 5° celui auquel on a donné par erreur une chose qui ne lui était pas due.
(7) Dig. 44. 7. 46.
(8) Dig. 3. 5. 3, § 5.
(9) Les trois délits en droit civil sont le vol, le *damnum injuria datum* et l'injure, qui tous trois produisent une action civile contre celui qui s'en est rendu coupable.
(10) Dig. 50. 16. 209.

(1) Dig. 42. 1. 54.
(2) D. 4. 8. 27, § 5.
(3) D. 42. 1. 9.
(4) G. 5. 70. 6.
(5) G. 4. 38. 2.
(6) G. 6. 26. 9.
(7) C. 5. 70. 3.
(8) Voir le dernier numéro.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (8).

4 OCTOBRE.

LXVIII. **Question des aliénés.** — Par arrêté en date du 2 octobre 1870 :

Art. 1er Une commission est instituée pour examiner les réformes à apporter à la loi du 30 juin 1838 et au régime des maisons d'aliénés.

Art. 2. La commission aura pour président le ministre de la justice, et pour vice-président le secrétaire général du ministère de la justice.

Art. 3. Sont nommés membres de la commission :

MM. le docteur Béclard, membre de l'Académie nationale de médecine;
Docteur Bouchard, médecin des hôpitaux;
Duboy (Hippolyte), avocat au conseil d'Etat et à la cour de cassation;
Durier (Emile), avocat à la cour d'appel de Paris;
Gilbert-Boucher, juge au tribunal de la Seine;
Leblond, procureur général à la cour d'appel de Paris;
Docteur Magnan, agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

Art. 4. Sont nommés secrétaires de la commission :

MM. Gréhen, avocat à la cour d'appel de Paris;
Le docteur Legroux.

Art. 5. Le projet élaboré par cette commission sera soumis à la prochaine Assemblée constituante.

LXIX. **Société de secours aux blessés.** — Le général Trochu publie la note suivante :

Paris, le 3 octobre 1870.

Des attaques regrettables ont été dirigées contre les membres de la Société française de secours aux blessés; ils ont été dénoncés au dédain et même au mépris public. Pour combattre quelques abus dont la Société elle-même cherche à faire justice, on n'a pas pris garde qu'on enveloppait dans une sorte de réprobation générale une institution qui a rendu et qui rend chaque jour des services signalés. Les fonctions hospitalières qu'accomplissent les membres de la Société ne les dispensent pas des devoirs imposés à tout autre citoyen. Quelques-uns d'entre eux même sont étrangers et ne peuvent témoigner que par leur dévouement à l'œuvre des blessés de leur sympathie pour la France.

La mission à laquelle ils se sont tous volontairement assujettis est souvent périlleuse. Il serait injuste qu'ils ne trouvassent pas au milieu de nous le respect et la protection que la convention de Genève leur assure auprès de nos ennemis.

Ce traité ne réserve la neutralité aux habitations qu'autant qu'elles renferment des blessés; les drapeaux protecteurs ne peuvent être arborés que dans ce cas.

Les brassards et autres insignes ne peuvent être portés que par ceux qui en sont régulièrement munis par l'autorité militaire ou ses délégués. Ils ne peuvent être portés que dans le service; ils sont nominatifs, appuyés d'une carte personnelle, revêtus, ainsi que les drapeaux, de l'estampille de l'intendance et de la Société déléguée.

Les chefs de service et les membres du personnel des ambulances volantes, qui sont appelés chaque jour à se trouver en présence de l'ennemi, sont seuls autorisés à porter l'uniforme.

En dehors de ces conditions, toute apposition de drapeaux, tout port d'insignes constituent un délit, une usurpation, qui seront poursuivis conformément aux lois. L'autorité militaire et la Société se réservent de provoquer des poursuites.

Un délai de vingt-quatre heures est accordé aux contrevenants pour rentrer dans la légalité.

LXX. **Hygiène publique.** — Le conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine a adressé le rapport suivant au préfet de police :

Depuis quelques jours on a pu constater que la viande de cheval est véritablement entrée dans l'alimentation générale de Paris. Les boucheries de cheval, en effet, ne débitaient en moyenne, par an, que 3,000 chevaux environ, et en un seul jour, le 30 septembre dernier, 273 ont été livrés à la consommation.

Le conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine voit avec satisfaction le développement que prend la vente de la viande de cheval. Dans les rapports qu'il adressait à l'autorité sur cette question, et qui remontent à près de quinze ans, il a toujours exprimé l'avis qu'il importait d'en faciliter l'introduction dans la consommation générale, afin d'augmenter le plus possible la somme des produits alimentaires. Dans les circonstances actuelles, beaucoup de chevaux ne pouvant plus être conservés par leurs propriétaires, par suite du manque de travail et du prix excessif des fourrages, deviennent une précieuse ressource comme aliment.

Si la vente de ce produit s'est développée lentement au début, il faut toutefois remarquer que depuis cinq ans environ le cheval est devenu à Paris la nourriture habituelle d'un certain nombre de personnes. Ce goût, d'ailleurs, est pleinement justifié par les qualités de la viande, qui donne un excellent bouillon et se prête aux autres modes de préparation.

Les préjugés qui pendant longtemps ont écarté cette viande de l'alimentation publique sont aujourd'hui entièrement dissipés, grâce aux mesures de précaution dont sa vente est entourée. Les animaux ne sont livrés à la consommation que sous les garanties les plus sérieuses, et il est impossible que ceux qui seraient défectueux en quelques points échappent au contrôle de l'autorité. En effet, les chevaux de boucherie sont soumis à l'inspection d'un vétérinaire préposé par le préfet de police, tant avant l'abatage qu'après le dépeçage de l'animal; les viscères subissent le même examen, afin de permettre une appréciation complète de l'état de santé de la bête abattue; les viandes ne peuvent être enlevées de l'abattoir pour être portées à l'étal qu'après avoir été marquées d'une estampille, et à l'étal même la surveillance est exercée par des préposés spéciaux.

Ces diverses mesures, scrupuleusement appliquées depuis cinq ans, ont prévenu les abus qui auraient pu s'introduire dans le commerce de la viande de cheval, et le public en a si bien apprécié l'efficacité, qu'aujourd'hui ce ne sont plus les classes ouvrières qui seules s'approvisionnent aux boucheries de cheval; l'on peut constater dans les nombreux étaux récemment ouverts aux halles centrales, aux marchés publics des divers arrondissements de Paris, et dans ceux qui sont établis dans les maisons particulières, que la clientèle de ces établissements, centuplée en quelques jours, est composée de toutes les classes de la société.

— Les expériences faites pour utiliser le sang des bœufs abattus à Paris ont pleinement réussi. Ce sang soigneusement préparé, fournira désormais à l'alimentation un appoint de 15,000 kilogrammes par jour.

— La commission centrale d'hygiène et de salubrité, désirant faire par elle-même une épreuve concluante sur les qualités alimentaires de la viande de cheval et des différentes espèces de salaisons, s'est réunie pour prendre part à un dîner dont le menu était ainsi composé :

Croûte au pot consommé de cheval.
Cheval bouilli garni de choux.
Culotte de cheval à la mode.
Côte de cheval braisée.
Filet de cheval rôti.
Bœuf et cheval salés froids.

La commission a été unanime pour déclarer que le consommé de cheval était comparable, sinon supérieur, au meilleur consommé de bœuf. La viande de cheval, aussi bien bouillie que braisée ou rôtie, a été proclamée excellente au goût, et d'une alimentation facile. Il a été enfin reconnu, d'un commun accord, qu'elle constituait un aliment à la fois succulent et hygiénique.

Les salaisons de bœuf et de cheval ont également été l'objet d'une dégustation minutieuse. Les unes aussi bien que les autres réunissent, d'après l'avis de la commission, toutes les quantités de saveur et de salubrité désirables.

Il demeure donc prouvé (et c'était là le but de l'expérience) que l'alimentation publique aura pendant toute la durée du siége, dans la viande de cheval et les salaisons, deux précieux auxiliaires qu'on ne saurait trop vivement recommander à la population.

LXXI. **Assistance publique.** — Par arrêté en date du 4 octobre 1870, M. Raymond Jeannet, employé des hôpitaux, est nommé directeur de l'asile national du Vésinet.

LXXII. — **Académie de médecine.** — L'Académie tient séance.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 octobre 1870. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

Correspondance officielle.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet une sé-

rie de communications de M. le docteur Rezard, de Wouves, relatives à la variole.

Correspondance non officielle.

La correspondance non officielle comprend une lettre de M. Colin, médecin principal de l'armée, professeur au Val-de-Grâce, accompagnant l'envoi d'un article qu'il a publié dans un des derniers numéros de la *Gazette hebdomadaire* sur les *Conditions sanitaires de l'armée de Paris.*

Communication.

Pansements. — M. GUBLER met sous les yeux de l'Académie quelques échantillons de ouate qu'il a préparée en l'imbibant d'une certaine quantité de glycérine, et à laquelle il a donné ainsi la propriété d'être perméable à tous les liquides médicamenteux ou autres, sans lui faire rien perdre de sa souplesse et de sa légèreté. Dans ces conditions, il lui semble que le coton pourrait utilement être substitué à la charpie en cas de pénurie de celle-ci. Le docteur Delaborde a employé déjà avec avantage ce mode de pansement. Pour préparer cette ouate, il suffit de verser quelques gouttes de glycérine sur des carrés de cette matière et d'exprimer ensuite ces derniers aussi fortement que possible.

Revaccination. — M. WURTZ rend compte de la démarche faite par le bureau de l'Académie auprès du général gouverneur de Paris, conformément à une décision prise dans la dernière séance au sujet de la revaccination de la garde mobile. M. le général Trochu a paru frappé des avantages de cette mesure, mais il a dit qu'elle rencontrerait des difficultés d'exécution tenant à la dissémination de la garde mobile sur un grand nombre de points. Il a ajouté qu'il donnerait des ordres pour qu'un essai d'application de cette mesure fût fait prochainement sur un corps assez considérable de mobiles réunis sur l'une des hauteurs des environs de Paris, et il a demandé une note sur le procédé à suivre en cette circonstance. M. le général Trochu a dit, en terminant, qu'il était heureux de saisir cette occasion d'exprimer son admiration pour le dévouement et le courage dont les médecins, tant civils que militaires, avaient donné des preuves sur les derniers champs de bataille. Il a prié le bureau de l'Académie de transmettre, au nom du pays, au corps médical tout entier les témoignages de sa reconnaissance.

Lectures.

Vaccine. — M. Davaine lit une note intitulée : *Expériences relatives à un moyen de multiplier le virus vaccinal.* Ce moyen consiste à étendre le fluide vaccinal d'une certaine quantité d'eau. On a reconnu expérimentalement que le vaccin ne perd point ses propriétés virulentes même lorsqu'il est étendu de 150 parties d'eau. M. Davaine a eu plusieurs fois l'occasion de vacciner ainsi avec succès un certain nombre de personnes. D'après les expériences de M. le docteur Marcelin Berthelot, du virus vaccin étendu d'une certaine quantité d'eau n'avait pas perdu ses propriétés virulentes après cinquante-cinq jours de conservation, et cela pendant la saison la plus chaude de l'année.

Il semble donc à M. Davaine que l'addition d'une certaine quantité d'eau au liquide vaccinal non-seulement serait sans inconvénient dans la pratique médicale, mais, au contraire, qu'elle aurait l'avantage, en cas de besoin, d'augmenter de beaucoup la quantité disponible de ce virus.

Elle aurait encore l'avantage de rendre très-facile l'introduction du vaccin dans les tubes.

M. DEPAUL fait observer que le moyen proposé par M. Davaine n'est pas nouveau; il est indiqué dans le *Traité de la vaccine* de M. Bousquet, à qui revient le mérite de l'avoir signalé le premier. Du reste, M. Depaul, sans méconnaître l'utilité de ce moyen, ne pense pas qu'il puisse avoir un avantage bien considérable dans les circonstances actuelles.

M. CHAUFFARD, revenant sur la question de la revaccination de la garde mobile et des obstacles que cette mesure a paru rencontrer dans les exigences du service important auquel cette milice est astreinte, dit qu'il serait facile d'obvier à tout inconvénient en ne pratiquant l'inoculation que sur le bras gauche, qui reste à peu près passif dans les divers mouvements nécessités par le maniement des armes. On pourrait pratiquer quatre piqûres au lieu de trois, pour multiplier les chances d'inoculation.

M. LARREY appuie la proposition de M. Chauffard, à laquelle il trouve de grands avantages. Il a remarqué souvent, chez les militaires nouvellement vaccinés ou revaccinés, des accidents plus ou moins intenses d'inflammation des pustules d'inoculation produits par la reprise trop hâtive du service militaire. Or, ces accidents se manifestaient toujours sur le bras véritablement actif, c'est-à-dire sur le bras droit chez les droitiers, sur le bras gauche chez les gauchers. Il importerait donc de ne pratiquer l'inoculation que sur le bras qui reste passif dans les exercices du maniement des armes.

M. BLOT se demande pourquoi on ne choisirait pas, pour les piqûres, une partie du corps autre que les membres, la poitrine, par exemple.

M. BOULEY pense que deux piqûres suffiraient parfaitement pour obtenir les effets d'une bonne vaccination. Le nombre de quatre piqûres, proposé par M. Chauffard, aurait l'inconvénient de multiplier les chances d'accidents inflammatoires que l'on cherche à prévenir. M. Bouley a souvent observé, et tout récemment encore sur les animaux, qu'une seule piqûre suffisait pour le succès complet de l'inoculation.

M. JULES GUÉRIN propose de confier la revaccination de la garde mobile aux médecins et chirurgiens des ambulances mobiles; de cette façon, l'exécution de cette mesure aurait lieu sans dérangement aucun dans le service fait par cette portion de l'armée de Paris. Aux objections basées sur la difficulté de transporter des génisses vaccinifères aux divers postes occupés par la garde mobile, M. Jules Guérin répond qu'il serait facile de vacciner à l'aide du vaccin conservé dans des tubes.

La séance est levée à quatre heures.

LXXIII. **Bulletin hebdomadaire des décès.** — Les déclarations de décès à l'état-civil de la Ville de Paris, du 25 septembre au 1er octobre 1870, donnent le chiffre de 1,344.

Ce chiffre se décompose de la manière suivante :

Variole 210. — Scarlatine 4. — Rougeole 5. — Fièvre typhoïde 56. — Erysipèle 8. — Bronchite 36. — Pneumonie 46. — Diarrhée 46. — Dysenterie 23. — Choléra 1. — Angine couenneuse 5. — Croup 8. — Affections puerpérales 10. — Autres causes 886.

5 OCTOBRE

LXXIV. **Voyages dans Paris. — Navigation.** — L'article qu'on va lire, publié dans le *Journal officiel*, par Théophile Gautier, peint bien ce besoin d'exercice que nous éprouvions tous dans notre prison si étroite malgré sa grandeur.

Il semble que Paris soit une ville énorme capable de lasser le promeneur le plus infatigable. Eh bien! depuis qu'on n'en peut sortir, l'immense enceinte gène et serre les flancs de la population comme une ceinture trop étroitement bouclée. Le bois de Boulogne, Meudon, Saint-Cloud, Ville-d'Avray, Versailles, Vincennes, tous ces gais paysages qui s'étendent au delà de Charenton le long des rives de la Marne nous sont interdits. A l'intérieur, les jardins des palais ont été transformés en campements et en parcs d'artillerie, de même que les squares où jouaient les enfants, et, comme pour irriter ce désir de locomotion qui à cette époque pousse au voyage les plus paresseux et les plus sédentaires, il fait un temps d'une splendeur sans pitié; un ciel implacablement pur où ne se produit d'autre nuage que quelque fumée lointaine de canon s'étale au-dessus de nos têtes, et l'azur sur lequel se profilent les minarets du Caire et les colonnes du Parthénon n'est pas d'une transparence et d'une netteté plus parfaite. La nature a souvent de ces ironies; ses joies ne coïncident pas avec nos tristesses, elle ne prend aucun souci de se mettre à l'unisson de nos âmes, et l'on est parfois tenté de lui reprocher ce désintéressement des affaires humaines; cependant, quelque navré qu'on soit, quelque amer chagrin qu'on ait dans le cœur, il est difficile de ne pas se laisser gagner un peu par cette profonde sérénité, par cette lumière qui se pose sur votre ombre, par cette joie inconsciente de votre deuil. Les choses ont leur sourire comme leurs larmes, et l'on descend dans la rue quittant le livre qu'on ne lisait que des yeux, abandonnant la page commencée d'où la pensée était absente, et vos pieds vous conduisent à votre insu sur le quai, vers cette large trouée de la Seine pleine d'air et de soleil, animée par le mouvement des eaux, où il semble qu'on respire plus à l'aise que partout ailleurs.

Les bateaux à vapeur omnibus montent et descendent avec une prestesse de dorades, se croisant en route, prenant et déposant des voyageurs aux débarcadères disposés sur le bord du fleuve, tantôt à droite, tantôt à gauche, suivant l'importance des quartiers. Qu'ils aillent ou retournent, ils sont toujours chargés. La cabine regorge, le pont est couvert, les banquettes n'offrent de place qu'aux points extrêmes de départ. La faible rémunération exigée (15 c.) contribue sans doute à cette vogue extraordinaire des bateaux-mouches, mais elle n'en est pas la cause unique. Cette course est comme une espèce de petit voyage, qui remplace les excursions qu'empêche la présence de l'ennemi. Elle donne une illusion de liberté, et l'on va au Point-du-Jour ou à Charenton comme on allait naguère faire son tour de lac.

C'est en effet une charmante promenade, qui vous fait voir Paris sous un aspect auquel on n'est pas habitué : et comme notre état critique de théâtres nous laisse des loisirs, nous allons monter à la première station, et, croyez, sur notre parole de touriste, que nous avons fait souvent bien du chemin pour de moins beaux spectacles.

On part de l'embarcadère établi près du pont Napoléon, et en plongent les yeux à travers les arches on aperçoit les travaux de barrage, qui défendent le cours du fleuve, et les hautes cheminées des usines, semblables à des obélisques égyptiens.

Le bateau prend sa course et les rives filent de chaque côté comme des bandelettes qu'on déroulerait, développant une grande variété d'aspects. Bercy apparaît avec ses rangées de tonneaux sur le port, ses maisons frappées d'un vif soleil, ses magasins, ses enseignes en grandes lettres et, dans l'interstice des constructions, ses masses d'arbres surmontées de quelques hauts peupliers, qui, malgré l'automne avancé déjà, ont gardé leur verdure d'été. La saison est si clémente d'ailleurs que les gamins tous nus, se baignent le long du rivage, ou, de l'eau jusqu'au ventre, pêchent des épinoches dans leur mouchoir. Des palefreniers mènent les chevaux à l'abreuvoir; des femmes agenouillées sur une poignée de vieille paille lavent leur linge à la rivière, car les blanchisseuses de la banlieue n'arrivent plus à jour fixe, avec leurs charrettes, et Paris, pour changer de chemise, a dû s'armer lui-même du battoir.

Une animation extrême règne sur tout le quai : on vient, on monte, on descend, on charrie toutes sortes de denrées, on empile les bûches, on range par assises les planches et les madriers. Le mouvement dans la lumière ressemble à de la joie, et malgré la tristesse de la situation, le spectacle de l'activité humaine sous un beau ciel bleu est toujours gai. Si une bombe tombe sur un de ces tas de bois, quel incendie, dit près de nous sur le bateau une de ces prudences qui prévoient tous les malheurs. — Eh bien! on verserait la rivière dessus. Quoi de plus commode!

Il y avait longtemps que nous n'étions venu par là, et c'était pour nous comme une ville nouvelle. Ceux qui ont connu l'ancien Paris auraient peine à retrouver dans cette ligne de maisons superbes et de restaurants somptueux le vieux quai de la Rapée avec ses guinguettes barbouillées de rouge comme la joue d'un buveur, et qui souriaient si vermeilles à travers le feuillage des tonnelles et l'ombre des marronniers. Ce lieu était célèbre par ses matelotes, et les canotiers y faisaient escale, montrant que s'ils aimaient l'eau ils ne haïssaient pas le vin. En ce temps-là on ignorait l'absinthe, le bitter, le vermouth et tous ces poisons amers que recherchent les estomacs délabrés; on méprisait la bière, Cambrinus n'avait pas détrôné Bacchus. On s'enivrait avec le généreux sang de la vigne, ce breuvage vraiment français. Le luxe moderne a démoli ces humbles cabarets, nids de franche gaîté.

La Seine à cet endroit s'épanche largement et forme un bassin où jadis les canots à voile aimaient à courir des bordées. Asnières n'était pas encore à la mode. En ce moment cette portion de la Seine ressemble au grand canal de Venise. Les embarcations se sont réfugiées dans la ville : grandes barques pontées, blondies de goudron, avec une ceinture verte comme les treschuits de Hollande, toues cloutées de chevilles en bois, bateaux à vapeur, remorqueurs, galiottes, clippers, youyous, canots, yoles, périssoires, bateaux de tous les gabarits. Les mâts se dressent rayant l'air bleu de leur ton saumon-clair, et balance leur légère flamme qu'agite ce vent d'Est qui pousse nos lettres par delà les remparts et les forts, au-dessus des casques pointus de l'ennemi. Mais voici, parmi cette flottille pacifique, des chaloupes d'un galbe farouche et rébarbatif. Leur avant porte un éperon comme une galère romaine. L'arrière plonge dans l'eau comme pour exhausser la proue. Une sévère peinture grise revêt leurs flancs de tôle striés de meurtrières. On dirait des orques dans un banc de harengs inoffensifs. Pour que la ressemblance soit plus frappante, quelques-unes de ces chaloupes ont près du bec deux trous noirs bordés de rouge, qui rappellent les yeux de certains poissons. Ce sont les chaloupes canonnières, chargées de protéger le cours et les rives du fleuve.

Le pont de Bercy avec ses œils-de-bœuf évidés et fenestrés est d'une richesse élégante, et il enjambe gracieusement la Seine en trois ou quatre pas hardis.

Comme il n'est pas tombé depuis plusieurs semaines une seule goutte de pluie, l'eau est d'une limpidité merveilleuse et elle offre un miroir d'une transparence parfaite au visage bleu du ciel. De larges glacis d'azur, des lumières frisantes s'étalaient sur ce fond d'un vert émeraude et nous faisaient penser à la sérénité céleste du lac Leman. Ziem, William Wyld et les maîtres de l'aquarelle auraient trouvé là les suavités et les tendresses de ton qu'ils vont chercher à Venise, à Constantinople ou à Smyrne.

En franchissant le pont d'Austerlitz qui mène au Jardin des Plantes, nous pensâmes avec un sourire à cette idée de lancer dans les bois qui environnent Paris les lions, les tigres, les panthères, les jaguars, les ours blancs et noirs de la ménagerie, dont plusieurs journaux ont parlé parmi les moyens de défense plus ou moins saugrenus proposés par la fertile imagination des inventeurs; mais il aurait fallu remettre à chacune de ces bêtes fauves un carnet contenant les uniformes coloriés de l'armée prussienne, sans quoi elles auraient pu dévorer par ignorance des moblots, des lignards et même des francs-tireurs. Rien de plus pratique. Le lion de Saint-Marc ne tient-il pas un livre dans sa griffe?

Du pont de l'omnibus aquatique, on voyait des gardes nationaux et des mobiles faire l'exercice, évoluer, manœuvrer, sous la conduite de leurs officiers instructeurs avec un zèle infatigable, sur les terre-pleins des berges. Dans les endroits un peu retirés, des écoliers-tambours frappaient la peau-d'âne de leurs baguettes encore un peu novices. Il faut du temps pour arriver à être un virtuose sur le *ra* et le *fla*, et ce qu'ils exécutaient le mieux, c'était la charge. Plus loin, des clairons apprentis sonnaient les fanfares avec une persistance qui supposait des poumons aussi vigoureux que ceux de l'antique Eole. Ces batteries et ces sonneries ont une mâle allégresse. Le clairon est clair, aigu et vigilant comme le chant du coq.

L'île Louviers, dont nous escaladions jadis les piles de bois comme pour monter à l'assaut de forteresses imaginaires dans nos grands combats d'écoliers, n'existe plus; elle a été réunie à la terre ferme et couverte de maisons. Quelques madriers de l'estacade restent seuls et rappellent l'ancienne physionomie des lieux. Voici les bains Petit, où nous obtînmes jadis, après des épreuves solennelles, le droit de porter le caleçon rouge, objet de notre secrète ambition, et le long quai de l'île Saint-Louis où le Sainte-Beuve des *Consolations* promenait sa rêverie le dimanche.

Le pont de la Tournelle, gâté par une collerette d'arcatures en fer dont on l'a enjolivé, est bientôt dépassé, et Notre-Dame de Paris se présente par le chevet, appuyée sur ses arcs-boutants, dressant ses deux tours gigantesques comme deux bras éternellement levés pour la prière. On a rétabli à l'intersection du transept cette flèche hardie, découpée à jour et portant une croix radiée à sa pointe. Naguère la place en était marquée par une plaque de plomb, emplâtre de la cicatrice qu'avait laissée l'amputation.

On ne saurait rien imaginer de plus beau que la vieille cathédrale dont Victor Hugo a fait le principal personnage de son épopée, vue ainsi du niveau de la Seine sur cette pointe d'île taillée en proue qui divise le fleuve en deux bras. Un parc d'artillerie est installé dans le square qu'on avait pratiqué derrière le chevet. L'ombre difforme de Quasimodo semble du haut des tours regarder avec étonnement ces formidables engins de guerre et se demander si un nouvel assaut ne va pas être tenté contre sa bien-aimée Notre-Dame.

Nous passons sous le pont qui a remplacé le pont Rouge, et ce souvenir nous fait penser à l'*Assassinat du pont Rouge*, dramatique roman de Barbara. Un bruit de tambours et de clairons se fait entendre dans la paisible île Saint-Louis, surprise de ce tapage belliqueux.

Le bateau longe le quai de l'Hôtel-de-Ville dont la silhouette se dessine sur un fond de ciel admirablement pur. Ses toits écimés n'ont pas la fière tournure que leur avait donnée Bocador, mais l'ensemble de l'édifice fait assez bonne figure à l'horizon. Un peu en arrière se dresse Saint-Gervais, avec la façade un peu trop admirée peut-être de Jacques Desbrosses. Il y a beaucoup d'animation sur ce débarcadère. Une foule de bateaux se presse contre le quai : des écoles de natations, des bains à quatre sous se sont garés là et forment un encombrement pittoresque.

Bientôt le Théâtre-Lyrique et le théâtre du Châtelet apparaissent vus au raccourci au-dessus de la ligne du quai, avec leur loggia ouverte à l'italienne. Sur l'autre rive le Tribunal de commerce inachevé, arrondit son dôme destiné à faire perspective au bout du boulevard Sébastopol. On file comme la flèche sous le pont Notre-Dame refait à neuf, mais dont les artistes regrettent la vieille tour carrée coiffée d'ardoises et portant sur un enchevêtrement d'énormes pilotis qui obstruaient une arche et rejetaient le courant le long du quai sous l'*Arche du Diable*, passage périlleux redouté des mariniers de la Seine à l'égal du pont Saint-Esprit des mariniers du Rhône. Le souvenir en est conservé par une admirable eau forte de Méryon, le Rembrandt du vieux Paris. Puis se présente le pont au Change, rebâti à la moderne, et l'on découvre le palais de justice avec sa tour de l'horloge, ses tours aux toits en éteignoir, ses

vieux murs percés de fenêtres à meneaux, où quelques constructions récentes, gauchement encastrées font des taches désagréables. Il était si simple de suivre le style ancien pour les agrandissements nouveaux dont on avait besoin ! On eût gardé ainsi sa physionomie gothique à ce berceau de l'antique Lutèce qui fut longtemps tout Paris !

A peine a-t-on le temps de regarder, tant le bateau nage avec prestesse, les mascarons fantastiques sculptés par Germain Pilon, sous la corniche du Pont-Neuf. En se retournant on jouit d'un splendide coup d'œil. Le Pont-Neuf avec sa presqu'île où s'élève le chalet du Vert-Galant et le terre-plein sur lequel chevauche le roi de bronze forment le premier plan. En arrière, au-dessus des maisons, se dessinent Notre-Dame dressant ses deux tours carrées et son clocher aigu, la flèche ouvrée à jour et dorée de la Sainte-Chapelle, et les tours en poivrière du Palais de justice. Il n'est pas de vue plus splendide au monde.

Par l'échancrure que forme la place de Saint-Germain-l'Auxerrois s'élance le beffroi neuf servant de clocher à la vieille église et qui devait être muni d'un de ces gais carillons à la flamande qui changent « en chant joyeux la voix grave des heures. » Sa blancheur produit un effet agréable sur le fond bleu du ciel.

Voilà le Louvre de Louis-le-Grand avec la majestueuse colonnade de Perrault préférée aux plans du cavalier Bernin, le Louvre de Henri IV et de Henri II. De nombreux travailleurs s'occupent à boucher avec des sacs de terre les fenêtres du rez-de-chaussées, où sont les statues antiques, où rayonne ce divin type de beauté, ce marbre immortel qu'on nomme la Vénus de Milo ! Un large réservoir de tôle communiquant avec la rivière et où plonge un tuyau aboutissant au toit du palais est installé sur le quai. De telles précautions, hélas ! nécessaires font monter au front une rougeur. On se demande si les siècles n'ont pas rétrogradé, si l'on n'est pas remonté en pleine barbarie. Si la Vénus de Milo était brisée, un des soleils de l'idéal disparaîtrait ; il se ferait une nuit dans l'art. Un tel forfait contre le beau, un si monstrueux sacrilége n'est pas possible ! Mais n'oublions pas que le comte de Kœnigsmarck, qui a fait sauter avec la bombe d'un obusier pointé par lui-même la poudrière du Parthénon jusque-là intact, était Prussien. Mutiler Phidias ! tuer un chef-d'œuvre ! il n'est pas de plus grand crime. Espérons que la grande déesse, qui n'est pas une Vénus mais bien une Victoire, saura se défendre elle-même.

(*Sera continué.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 22 février 1871, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier, M. le docteur Giraldès, chirurgien des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de médecine (services au Val-de-Grâce).

Au grade de chevalier, M. le docteur Péan, chirurgien des hôpitaux de Paris (services au Val-de-Grâce).

M. le docteur Lannelongue, chirurgien des hôpitaux de Paris (services à la Société internationale de secours aux blessés).

— Le 14 mars dernier, M. Michel Moring, agent général des hospices, a reçu les médecins des services d'aliénés et a très-longuement discuté avec eux plusieurs améliorations projetées. Afin qu'aucune mesure ne soit prise ultérieurement sans que l'élément médical n'ait donné au préalable un avis motivé, M. Michel Moring a invité les chefs de service à se constituer en *comité médical consultatif du service public des aliénés de la Seine*, s'engageant à soumettre aux délibérations de cette assemblée toutes les questions relatives aux malades et aux établissements qui leur sont consacrés.

Le comité s'est constitué et tient ses séances tous les samedis, à dix heures du matin, à l'hospice de la Salpêtrière. Il est composé de MM. Baillarger, Berthier, Billod, Dagonnet, Dagron, Delasiauve, Falret (Jules), Legrand du Saulle, Lucas (Prosper), Moreau (de Tours), Trélat père, Voisin (Félix) et Voisin (Auguste). — M. Trélat père a été élu président et M. Jules Falret secrétaire.

La consécration officielle de ce comité consultatif doit faire l'objet d'un prochain arrêté.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Curation des maladies organiques de la langue et des cancers en général, par le docteur DÉCLAT. Gr. in-8. — Prix : 8 fr.

Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie (tome XXI de la collection, année 1869). 1 volume in-8 de 627 pages et 6 planches lithographiées et coloriées. — Prix : 7 francs.

De l'intervention chirurgicale dans les étranglements internes, par M. CHARPENTIER (P.), 1 vol. in-8, 1870. — Prix : 2 fr. 50 centimes.

De l'équitation considérée au point de vue physiologique, hygiénique et thérapeutique, par le docteur R. CHASSAIGNE. 1870, gr. in-8 de 116 pages. — Prix : 2 fr. 50.

De la congestion pulmonaire simple, par le docteur BOURGEOIS, ancien interne des hôpitaux de Paris. Brochure in-8 de 90 pages. — Prix : 2 francs.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — ÉCOLE PRATIQUE : Leçons médico-légales sur la folie. Antiquité. Époque romaine. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Documents pour servir à l'histoire du mouvement scientifique pendant le siége de Paris. — Nouvelles. Avis.

Paris, le 12 avril 1871.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie a procédé dans cette séance à l'élection d'un associé national et d'un correspondant.

Les candidats pour la place d'associé national étaient MM. Martins (de Montpellier), Cazeneuve (de Lille), et Stœber (de Strasbourg). M. Martin a été élu au premier tour par une majorité de 29 voix sur 35.

Pour la place de correspondant les candidats étaient MM. Gintrac fils (de Bordeaux), Dupré (de Montpellier), Guéneau de Mussy (Henry), Morel (de Saint-Yon), et Raimbert (de Châteaudun). Le succès a été très-vivement disputé. Deux scrutins n'ont point eu de résultat, aucun des candidats n'ayant réuni la majorité. Il a fallu procéder à un troisième scrutin de ballottage entre les deux candidats qui avaient réuni le plus de voix, M. Gintrac et M. Dupré.

La majorité est restée acquise à M. Dupré.

La journée a été bonne, comme on le voit, pour la Faculté de Montpellier. Les représentants de nos écoles secondaires de médecine auront leur tour. M. Gintrac, qui a tant approché du but, ne peut manquer de l'atteindre à une prochaine élection.

L'Académie devait continuer la discussion sur l'infection purulente après ces deux élections, mais l'absence de M. J. Guérin, qui était inscrit le premier pour prendre la parole, a obligé à renvoyer à la séance prochaine. Nous ignorons si l'Académie, qui était très-peu nombreuse, du reste, comme on en peut juger par le nombre des membres qui ont pris part au vote, aurait écouté et suivi cette discussion avec tout l'intérêt et toute l'attention qu'elle mérite. Pour nous, qui nous trouverions dans la nécessité d'en présenter le résumé au moment où le canon gronde tout autour de nous, nous n'oserions affirmer que nous eussions eu le calme d'esprit nécessaire pour un semblable travail au milieu des effroyables événements qui nous accablent. Puissions-nous dans huit jours être en meilleure possession de nous-mêmes !

Dr BROCHIN.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

LEÇONS MÉDICO-LÉGALES SUR LA FOLIE (1).

Antiquité. — Époque romaine.

IV

L'origine de la protection légale accordée aux droits et à la conservation des biens des insensés se retrouve dans la loi des Douze-Tables qui renferme les principes primitifs de la tutelle et de la curatelle. Cicéron (2) rapporte le paragraphe de la loi des Douze-Tables qui règle l'incapacité du fou. *Lex est : si furiosus esse incipit, agnatorum gentiliumque in eo pecuniaque ejus potestas esto.* En faveur des *furiosi* se trouvait organisée une curatelle qui à la différence de la *curatelle* des impubères, qui cessait à 12 ou à 14 ans, suivant le sexe, devait se poursuivre pendant un temps indéterminé. Les furieux n'étaient pas les seuls pour lesquels la loi des Douze-Tables eût imaginé certaines garanties, car s'il faut en croire Ulpien, cette même loi ôtait aux prodigues l'administration de leurs biens pour la confier à un curateur (3). Pour tomber en *curatelle*, le prodigue devait être interdit. D'après Ulpien, cette interdiction, mentionnée dans la loi des Douze-Tables, existait déjà antérieurement : *lege XII tabularum prodigo interdicitur bonorum suorum administratio; quod moribus quidem ab initio introductum est* (4). Horace exprime très-exactement l'idée que le pouvoir des agnats (qu'il appelle *tutela*) présuppose une intervention du magistrat lorsqu'il dit, en parlant du dissipateur :

..... Huic omne adimat jus
Prætor, et ad sanos abeat tutela propinquos (5).

Paul nous a conservé la formule d'interdiction que le préteur prononçait suivant la coutume (*moribus*): *Quando tibi bona paterna avitaque nequitia tua disperdis, liberosque tuos ad egestatem perducis, ob eam rem tibi æn commercioque interdico* (1). La loi des Douze-Tables ne frappait d'interdiction que celui qui dissipait les biens qui lui avaient été transmis par son père ou par son grand-père, et encore voulait-elle, paraît-il (2), pour qu'il y eût lieu à la tutelle légitime des agnats, que ces biens eussent été recueillis *ab intestat*. Le préteur alla plus loin; il donnait un curateur à quiconque dissipait follement ses biens, parce que cet individu pouvait être considéré comme étant *furiosus*; il en donnait même un à l'affranchi, qui ne pouvait pas avoir recueilli *ab intestat* des *bona paterna ovitaque*, ou à l'ingénu qui succédait à son père comme héritier institué (3).

Relativement à cette interdiction du prodigue, une difficulté s'est élevée : Le prodigue ne pouvait-il être interdit que par le préteur, ou bien était-il interdit à la fois par la loi des Douze-Tables et par le préteur? Il est facile de saisir l'intérêt de cette question ; si le prodigue conserve le pouvoir d'administrer ses biens et d'en disposer jusqu'au jour où le préteur l'interdit, son incapacité aura un point de départ fixe, et les droits des tiers seront protégés. Mais si l'incapacité existe dès que la prodigalité est reconnue par la notoriété publique, il est à craindre que les tiers ne soient injustement lésés. La plupart des interprètes ont reculé devant cette seconde solution, et suivant l'opinion générale, l'incapacité du prodigue ne date que du jour où le préteur a prononcé son interdiction.

L'interdiction une fois prononcée, que devenait la capacité du prodigue? Le prodigue se trouvait réduit à une condition analogue à celle du pupille sorti de l'*infantia* : il pouvait rendre sa condition meilleure, il ne pouvait pas la rendre pire (4). Il ne pouvait ni s'obliger (5), si ce n'est dans le cas où le *furiosus* lui-même le pouvait : *Actum familia ereiscundæ communi dividendo negotiorum gestorum*; ni aliéner (6), ni consentir une novation, à moins que la nouvelle obligation ne fût plus avantageuse que l'ancienne.

Dans les cas où le prodigue n'était pas obligé *jure civili*, était-il au moins tenu d'une obligation naturelle? nous le croyons fermement, mais nous devons ajouter que la question est vivement débattue par les interprètes du droit romain. L'obligation naturelle est une obligation qui est imparfaite, en ce sens que le débiteur ne peut pas être contraint au payement par une poursuite judiciaire. Si imparfaite qu'elle soit, l'obligation naturelle produit néanmoins cinq effets importants. Elle apporte un obstacle à la *conditio indebiti* quand elle a été volontairement acquittée par le débiteur ; elle peut être compensée avec une dette garantie par le droit civil; elle peut être novée; elle peut servir de base à une *fidejussion*, à un droit de gage ou d'hypothèque ; elle peut enfin faire l'objet d'un pacte *de constitut* (le constitut est un pacte prétorien par lequel on promet de nouveau ce qu'on devait déjà soi-même, ou ce qui était dû par un autre, soit civilement, soit naturellement). On ne pouvait valablement payer au prodigue, parce que si le payement avait été valable, le prodigue aurait aliéné sa créance en même temps qu'il aurait reçu l'argent, mais on pouvait payer valablement à son curateur (7). Il ne pouvait pas transiger, et par conséquent il ne pouvait pas déférer serment (8). Qu'arrivait-il si le serment était déféré? S'il l'avait été après l'interdiction, le curateur de l'interdit pouvait intenter l'action qui résultait de la créance du prodigue, et celui qui avait prêté serment ne pouvait opposer aucune exception. Ainsi que nous l'apprend la loi (9) 44. 5, du Digeste, s'il y avait doute sur la question de savoir si le serment avait été déféré après l'interdiction, on donnait à celui qui l'avait prêté l'exception du serment, et on accordait au curateur de l'interdit le droit de faire une réplique (10).

Le prodigue ne pouvait pas tester, parce que dit Ulpien, n'ayant pas le *commercium*, il ne pouvait pas *manciper* son patrimoine (11), mais il pouvait être institué héritier (12), et même suivant Ulpien, il pouvait faire adition en obtenant le *consensus* de son curateur ? Il pouvait aussi, suivant nous, être témoin au procureur. Il est vrai que cette idée a été combattue par Deneaux, mais nous ne voyons pas pour quelle raison le prodigue ne pourrait pas être témoin au procureur? son témoignage n'est-il pas aussi digne de foi que celui d'une personne qui ne dissipe pas ses biens? et s'il est vrai que le prodigue ne peut pas s'obliger et ne peut pas par conséquent être tenu de l'action de mandat, est-ce une raison pour défendre à un prodigue d'accepter un mandat qu'un citoyen désire lui confier?

Il pouvait être également tuteur légitime ou testamentaire, car aucun texte ne lui enlevait formellement ce droit. Mais le préteur pouvait l'exclure comme suspect, car ses habitudes de dissipateur faisaient prévoir qu'il n'administrerait pas bien la fortune de son pupille.

En résumé, le prodigue interdit se trouve réduit à une condition analogue à celle du pupille sorti de l'*infantia*. Le *furiosus*, au contraire, n'est point constitué par la loi dans un état d'incapacité. Sans doute, jusqu'à complète guérison, il garde le curateur qui lui a été donné, mais on examine en fait si au moment où il a passé tel acte qui exige la volonté de l'agent, il était ou non dans un intervalle lucide : telle vente qu'un *furiosus* a faite à un moment de la journée, sans aucune assistance de son curateur, sera peut-être reconnue valable, tandis que telle autre vente qu'il aura faite à un autre moment, sera tenue pour non avenue. Quant au *mente captus*, il n'est pas interdit ; tout se borne à rechercher en fait, jusqu'à quel point, dans telle circonstance, il a pu comprendre et vouloir. Ce système est incontestablement très-défectueux au point de vue pratique et nous n'hésitons pas à lui préférer le système du Code civil, aux termes duquel la justice ayant une fois reconnu qu'une personne est dans un état habituel de démence, d'imbécillité ou de fureur, les actes que fera cette personne, à partir du jugement qui prononce l'interdiction, se trouvent frappés d'une présomption de nullité (art. 502 du Code civil).

Il nous paraît utile d'énumérer ici les différences qui existaient entre la capacité du prodigue et celle du fou. Le prodigue pouvait acquérir, le fou ne le pouvait pas; le premier pouvait faire adition d'hérédité, le second en était incapable; le prodigue était responsable de ses délits, le fou ne pouvait commettre de délit et n'était pas même tenu de réparer le dommage qu'il faisait. La prodigalité ne faisait pas sortir de la curie; la folie en faisait sortir; on ne pouvait juger le fou, on pouvait, au contraire, juger le prodigue, même en l'absence de son curateur, pourvu toutefois que la décision lui fût favorable; l'esclave mis aux fers par un prodigue, devenait déditice s'il était affranchi; on ne tenait pas compte, au contraire, de la punition infligée par le fou ; on pouvait substituer pupillairement au fou pour obtenir un rescrit impérial, mais il est douteux qu'on pût substituer de même au prodigue ; le prodigue était complétement maître de sa personne, le fou pouvait être gardé par l'ordre du préteur; le prodigue pouvait faire une novation avantageuse, le fou en était incapable.

Une constitution de l'empereur Léon le philosophe (1) (890) apporta de grands changements à la capacité du prodigue. Jusque-là, le prodigue ne pouvait pas s'occuper de ses affaires, l'empereur veut qu'il en soit autrement, les actes de prodigalité seront nuls, les autres sagement conçus seront valables. Ainsi le prodigue pourra tester en faveur de ses parents, distribuer son bien aux pauvres, affranchir ses esclaves. Il pourra vendre ses biens, s'il en trouve un prix avantageux, enfin il sera parfaitement capable, tant qu'il administrera prudemment sa fortune et ne deviendra incapable que lorsqu'il voudra la dissiper.

L'incapacité du fou cessait dès qu'il revenait à la raison. Comment finissait l'incapacité du prodigue interdit? Ulpien dit (2) que le prodigue qui revient à une meilleure conduite cesse, *ipso jure*, d'être sous la puissance de son curateur. Paul affirme (3) que le prodigue devenu sage peut faire un testament et être témoin d'un testament. Cependant, malgré les deux textes, tous les commentateurs enseignent que le prodigue devait être relevé de son interdiction par le préteur, et que sa bonne conduite ne suffisait pas à le rendre capable. Sans doute ce système est très-rationnel, et il protége les droits des tiers auxquels il importe de savoir précisément quelle est la capacité du prodigue, mais il ne s'appuie sur aucun texte. On trouve dans les ouvrages de Paul la formule d'interdiction, mais on ne trouve nulle part la formule de main-levée, et il semble étrange que les deux textes que nous avons cités et qui seuls parlent de la fin de l'interdiction, n'aient fait aucune mention des formalités qu'on employait pour rendre au prodigue sa capacité. Qu'en conclure,

(1) Fin. — Voir les nos des 6, 8 septembre et 5 novembre 1870.
(2) Cicéron, *De inv. adheberennium*, 1, 13.
(3) Dig. 27. 10. 1, pr. — 28. 1. 18. pr. — Dig. 29. 2. 5, § 1.
(4) Loi 1, *pr. in fine. De carat fur.* 27. 10.
(5) *Satyr*, lib. II, *Sat.* 3. v. v. 217-218.

(1) Paul, *Sentences* III, IV à § 7.
(2) *Fragments d'Ulpien*, XII, § 3.
(3) *Fragments d'Ulpien*, ibidem.
(4) Ulpien, loi 6. Dig. *De ver. oblig.* (45 1).
(5) Dig., 45. 1. 6.
(6) Dig. 27. 10. 10.
(7) D. 46. 2. 3. La novation est l'extinction d'une obligation par le changement du débiteur, du créancier, d'objet ou de cause.
(8) D. 27. 10. 7. § 3.
(9) D. 12. 2. 2.
(10) Dig. 12. 2. 17. § 1.
(11) D. 28-1. 18. pr. *Inst.* 2. 12. § 2 et § 6.
(12) *Inst.* 2. 19. § 4.

(1) H. 39. Léon.
(2) D. 27, 10, 1, pr.
(3) Paul, *Sent.*, 3, 4.

si ce n'est que ces formalités n'existaient pas et et que l'incapacité du prodigue cessait *ipso jure* dès qu'il revenait à une meilleure conduite?

Après avoir parlé de la capacité du fou et du prodigue, il nous reste à parler de leurs curateurs. La loi des Douze-Tables voulait que les prodigues et les individus en démence fussent sous la curatelle de leurs agnats : *Si furiosus est agnatorum gentiliumque in eo pecuniaque ejus esto.* Ulpien, dans un passage inséré au *Digeste*, présente le *furiosus* et le *prodigus* comme étant *in potestate curatorum.* Quant à cette *potestas*, qui appartient au curateur, elle est analogue, non pas à la puissance paternelle, mais au pouvoir que le tuteur a sur son pupille; c'est un pouvoir de protection; mais pour que le furieux et le prodigue fussent ainsi placés sous la curatelle légitime de leurs agnats, il fallait qu'ils fussent majeurs de 25 ans. Nous en trouvons la preuve dans le paragraphe des Douze-Tables, qui s'applique aux furieux : *Si furiosus est agnatorum gentiliumque in eo pecuniaque ejus esto, ast ei custos nec eseit ;* car, d'après l'opinion unanime des commentateurs, ces expressions : *ast ei custos nec eseit* signifient : s'il n'a pas de gardien, c'est-à-dire s'il n'est en tutelle ni en curatelle. Ulpien développe cette idée dans la loi 3 *De tutelis* (1) : « Nous pensons, dit-il, que la loi des Douze-Tables, qui met le furieux en curatelle, ne s'applique pas aux pupilles. » Par conséquent, si un impubère est furieux, il restera en tutelle, et s'il n'a pas de tuteur, on lui en donnera un. Si le furieux est pubère, mais mineur de 25 ans, on ne lui nommera pas un curateur pour cause de folie, mais seulement pour cause de minorité. L'empereur Antoine (2) [215]), défend de donner un curateur aux fous et aux prodigues avant qu'ils soient parvenus à leur majorité. Il ne suffit pas qu'ils soient majeurs de 25 ans, il faut encore qu'ils soient *sui juris ;* sans cela, à quoi bon leur donner un curateur, puisqu'ils sont sous la puissance de leur père? Nous en trouvons la preuve dans une constitution de Justinien (3) [530]). L'empereur défend de donner un curateur au fils de famille furieux, même pour administrer son pécule castrans.

Le curateur du prodigue et du fou était légitime ou honoraire. Les curateurs légitimes étaient les agnats, aux termes de la loi des Douze-Tables; et plus, tard, les frères agnats, suivant une constitution de l'empereur Anastase (4) [500]); quand le fou ou le prodigue n'avait pas d'agnats, le préteur ou le président de la province lui nommait un curateur. Souvent même ce magistrat nommait un curateur au fou ou au prodigue qui avait des agnats. Suivant Gaius, cela arrivait lorsque le curateur légitime paraissait peu propre à remplir ses fonctions (5). « Sæpe « ad alium à lege XII Tabularum curatio furiosi aut prodigi « pertinet alii prætor administrationem dat, scilicet cum ille « legitimus inhabilis ad eam rem videatur. »

M. Demangeat pense (*Cours de droit romain*, p. 399) qu'au temps de Justinien les curateurs étaient toujours nommés par les magistrats, et il invoque, à l'appui de son opinion, un passage des *Institutes* (6) ainsi conçu : « Les furieux et les prodigues, bien que majeurs de 25 ans, sont placés par la loi des Douze-Tables sous la curatelle de leurs agnats; mais à Rome, le préfet urbain ou le préteur, et dans les provinces le président, ont continué de leur donner un curateur sur enquête. » Ce texte paraît formel ; mais si on le compare avec le passage correspondant des *Institutes* de Théophile, on est forcé d'admettre que, même au temps de Justinien, la curatelle légitime des agnats subsistait, non-seulement en droit, mais aussi en fait. Théophile dit en effet (7) : « Les fous et les prodigues sont sous la curatelle de leurs agnats, aux termes de la loi des Douze-Tables; mais à Rome, le préfet urbain ou le préteur, et dans les provinces le président, leur donnent des curateurs sur enquête lorsqu'ils n'ont pas d'agnats ou que leurs agnats ne sont pas capables de bien administrer. »

C'étaient les parents du fou ou du prodigue qui demandaient pour lui un curateur au magistrat. Ulpien (8) nous apprend qu'une mère avait demandé à l'empereur Antoine de nommer un curateur à son fils prodigue ; l'empereur y consentit en disant que les prodigues parlaient comme des personnes raisonnables, mais administraient leurs biens comme des fous. Avant de nommer le curateur, le magistrat procédait à une enquête afin de s'assurer si réellement le citoyen romain était frappé dans son intelligence, et si celui qui devait lui servir de curateur présentait des garanties suffisantes de moralité et de capacité (9). En l'absence de toute requête, le magistrat devait nommer d'office un curateur dès qu'il avait connaissance de la folie (10). Souvent le père donnait par testament un curateur à son enfant furieux ou prodigue en l'instituant ou en l'exhérédant. Tous les textes s'accordent à dire qu'une pareille disposition était nulle. La loi des Douze-Tables permettait de nommer par testament un tuteur, mais non un curateur : *Uti legasset super pecunia tutelare suæ rei ita jus esto.* Mais le préteur ou préfet de la ville confirmait, par un décret, la nomination faite par le père (11).

Tous les individus capables d'être tuteurs pouvaient être curateurs. Les règles relatives à la capacité, aux causes d'excuse et d'exclusion applicables à la tutelle étaient également applicables en matière de curatelle. Ainsi les femmes qui ne pouvaient pas être tutrices n'étaient pas non plus capables de gérer une curatelle. Au contraire le fils pouvait être curateur de son père ou de sa mère, bien que la question eût fait difficulté pendant quelque temps au moins, quant au père (1). Par exception aux règles ordinaires de capacité, le mari ne pouvait pas être curateur de sa femme. Un principe contraire a été admis en droit français, c'est l'article 506 du Code civil, qui déclare que le mari est curateur de droit de sa femme interdite, et l'article 507 décide que le conseil de famille pourra déférer à la femme la tutelle de son mari interdit.

Avant d'entrer en fonction, le curateur du fou devait faire inventaire (2) et donner caution d'administrer en bon père de famille. Les actes faits avant l'accomplissement de ces obligations étaient nuls (3). Si le curateur ne donnait pas caution, le préteur pouvait lui enlever l'administration des biens et nommer à sa place un autre curateur (4) : il pouvait même faire saisir les biens du curateur récalcitrant afin de donner un gage au furieux (5). Cette caution ne pouvait être reçue par le prodigue lui-même, car il était absolument incapable de faire un acte juridique ; elle l'était par un esclave (6) ou par le fils qu'il avait en puissance (7). Justinien (530) apporta des changements notables au mode de nomination des curateurs du furieux et des prodigues (8). Il dispensa le curateur nommé dans le testament du père de donner caution, mais il lui imposa l'obligation de jurer sur les Évangiles devant le préfet de la ville ou le président de la province et devant trois des principaux citoyens de gérer fidèlement et avec zèle les affaires du furieux. Il obligea plus tard les tuteurs et les curateurs des mineurs de 25 ans à prêter le même serment. Suivant la même constitution, quand le père n'avait pas désigné de curateur dans son testament et que le furieux ou le prodigue n'avait pas d'agnats, le préfet de la ville ou le président de la province, assisté de l'évêque et de trois principaux citoyens, devait nommer le curateur. Si le furieux était de condition noble, le sénat était convoqué et lui nommait un curateur sur une enquête. Si la fortune du curateur était considérable, il n'était pas tenu de donner caution, sinon il y était tenu. Tous ces curateurs étaient du reste obligés de prêter serment avant d'entrer en fonctions. Justinien leur ordonna de faire inventaire. Ils y étaient déjà obligés du temps d'Ulpien (9).

Après avoir rempli ces diverses modalités, le curateur du furieux et du prodigue avait les pouvoirs les plus étendus (10). Il fournissait des aliments au furieux et en fixait le *quantum.* Il achetait au nom du furieux qui par lui acquérait la propriété immédiatement (11). Il pouvait transiger avec ceux qui avaient volé le furieux, et dès que la chose volée revenait entre les mains du curateur, elle cessait d'être *furtiva* et devenait par conséquent susceptible d'usucapion (12). Il pouvait vendre les biens du fou, mais pour les fonds de terre, il devait obtenir l'autorisation du président qui ne l'accordait qu'après une enquête faite pour savoir si la vente était utile ou non (13). Qu'arrivait-il si le curateur vendait sa chose en disant qu'elle appartenait à son pupille ? La loi 10, § 1, *De curat. fur.* (14), dit que la vente est valable, tandis que la loi 35 *De adq. res dom.* (15) dit qu'elle est nulle. Toutes deux sont d'Ulpien, mais il est facile de les concilier. Dans la première, il s'agit d'un curateur qui veut vendre sa chose à un homme qui ne l'achèterait pas s'il savait qu'elle lui appartient, aussi lui dit-il qu'elle appartient à son pupille : comme il agit en parfaite connaissance de cause, la vente est valable. La seconde s'occupe d'un curateur qui croit vendre la chose de son pupille, mais qui en réalité vend la sienne. Il n'y a pas vente puisqu'il n'y a pas volonté libre et éclairée de la part du vendeur.

Le curateur pouvait donner un gage (16), mais depuis l'empereur Sévère, la constitution du gage, pour être valable, dut être approuvée par le président de la province. Il pouvait également renoncer à la société dont le fou faisait partie, car la folie n'était pas comme la mort, une cause de dissolution de la société (17).

Le curateur exerçait les actions du fou ; il le représentait en justice (18), ainsi que nous l'apprend la loi 17, § 2 (Dig. 12. 2). Il pouvait également postuler pour le furieux et interjeter appel des sentences rendues contre lui. Quand l'adversaire du fou ou du prodigue avait triomphé, on ne lui donnait pas l'*actio judicati* contre le curateur, mais seulement contre le fou. Lorsque l'adversaire du fou avouait la dette, cet aveu était valable, et celui qui l'avait fait était tenu de l'*actio judicati*, pourvu que le curateur fût présent à l'audience (D. 42. 2. 6, § 3). Mais le curateur n'avait pas pouvoir de faire un pareil aveu au nom du furieux.

Comme le curateur ne recevait de pouvoir que dans l'intérêt du furieux, il était naturel de décider qu'il ne pourrait pas faire les actes qui seraient préjudiciables à ce dernier ; aussi les jurisconsultes romains déclaraient-ils que le curateur ne pouvait pas disposer des biens du fou à titre gratuit, si ce n'est pour faire des donations rémunératoires à ceux qui avaient pris soin du furieux pendant sa maladie (1). Quand la curatelle cessait (et elle cessait par la mort ou par la guérison complète du furieux, car pendant les intervalles lucides elle était simplement suspendue) le fou avait contre son curateur une action utile de gestion d'affaires pour se faire rendre compte (2). Le curateur avait de son côté une action semblable pour se faire rembourser les dépenses qu'il avait faites (3). L'action du fou était privilégiée, et elle pouvait être exercée même avant la fin de la curatelle (4). Les biens du curateur étaient grevés d'une hypothèque privilégiée qui s'éteignait à la mort du furieux (5).

(1) D. 26, 1. 3.
(2) C. 5, 70, 1.
(3) C. 5, 70, 7, pr.
(4) C. 5, 70, 5.
(5) D. 27. 10. 13.
(6) Inst. 1. 23, § 3.
(7) Inst., Théoph., 1, 23, § 3.
(8) D. 26. 5. 12, § 2.
(9) L. 6, v. 13. — *De curat. fur.*
(10) L. 1. — *De Cur.*
(11) D. 26. 3. 1, § 3. Inst. 1. 23. 1; Inst. Théoph. 123. 1; D. 27. 10. 16. pr.

(1) Loi 1. *De curat.* Loi 2. *De tut. et curat dat.* no. 91, ch. 11.
(2) D. 26. 7. 7.
(3) D. 27. 10. 7, § 1. 2.
(4) D. 27. 10. 7. § 2.
(5) Just. *Inst.* 1. 24, § 3.
(6) D. 46. 6. 2. 6.
(7) D. 46.-6. 5.
(8) C. 5. 70. 7, § 4. 5. 6.
(9) D, 26. 7. 7.
(10) D. 26. 7. 48.
(11) Dig. 41.-1. 13, § 1.
(12) Dig. 47. 2. 56, § 4. « Les choses volées (*furtiva*) ne pouvaient pas être usucapées, acquises par prescription. Il fallait pour que la prescription fût possible que la chose fît retour entre les mains du propriétaire et que ce dernier eût connaissance du vol. »
(13) Dig. 27. 9. 11.
(14) D. 27. 10. 10, § 1.
(15) D. 41. 1. 35.
(16) D. 27. 10. 11.
(17) Cod. 4. 47. 7.
(18) Nous avons déjà fait remarquer ailleurs (*la Folie devant les tribunaux*, p. 29) que la procédure chez les romains a eu trois phases : 1° procédure des actions de la loi; 2° procédure formulaire; 3° procédure extraordinaire. Sous le système des actions de la loi, personne ne pouvait ester pour autrui en justice, mais on admettait plusieurs exceptions à cette règle, parmi lesquelles il en était une qui permettait au curateur de représenter l'aliéné en justice.
Sous les deux premiers systèmes de procédure, le curateur devait en général fournir caution ; cependant il en était dispensé lorsqu'il se trouvait défendeur.
Sous le système extraordinaire, le curateur n'était plus tenu de fournir caution, mais s'il se faisait lui-même représenter par une autre personne (car à cette époque et déjà sous le système formulaire, la représentation en justice était admise), cette personne devait fournir caution *ratam rem dominum habiturum*, à moins qu'elle n'eût été établie par un mandat authentique ou par une procuration en justice.

(1) D. 27. 10. 17.
(2) Dig. 27. 4. 3, § 6.
(3) Dig. 27. 10. 15.
(4) D. 27. 3. 4, § 3.
(5) D. 42. 5. 19. 21.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 avril 1871. — Présidence de M. Barth.

CORRESPONDANCE

M. Depaul, à la place de M. Béclard, absent, donne lecture de la correspondance.

Elle comprend : une lettre de M. le docteur Arsène Drouet sur le traitement du choléra par l'eau albumineuse et l'application d'une forte couche d'enduit au collodion sur le ventre.

M. Marrotte annonce à l'Académie la perte douloureuse qu'elle vient de faire dans la personne de M. Leblanc.

PRÉSENTATIONS.

M. Robin dépose sur le bureau des documents imprimés sur le fonctionnement du service des évacuations des blessés et des malades pendant la guerre.

M. Piorry offre en hommage un volume intitulé : *Clinique médico-chirurgicale de la ville.*

ÉLECTIONS

L'Académie préside : 1° à l'élection d'un membre associé national.

La liste de présentations porte : en première ligne, M. Martins (de Montpellier); en deuxième ligne *ex æquo*, M. Cazeneuve (de Lille) et M. Stœber (de Strasbourg).

Le nombre des votants étant de 35, majorité 18.

M. Martins obtient 29 suffrages.

M. Stœber, 4.

En conséquence, M. Martins est élu membre associé national de l'Académie.

2° A l'élection d'un membre correspondant national.

La liste de présentations porte :

1er M. Gintrac fils (de Bordeaux).
2e M. Dupré (de Montpellier).
3e M. Morel (de Saint-Yon).
4e M. Henri Guéneau de Mussy (de Londres).
5e M. Raimbert (de Châteaudun).

Au premier tour, sur 35 votants :

M. Gintrac obtient	14	suffrages.
M. Dupré	11	—
M. Morel	4	—
M. Guéneau de Mussy	5	—
M. Raimbert	1	—

Au deuxième tour, sur 33 votants :

M. Gintrac obtient	14	suffrages.
M. Dupré	16	—
M. Morel	2	—
M. Raimbert	1	—

Au troisième tour, sur 30 votants :

M. Dupré obtient	18	suffrages.
M. Gintrac	11	—
M. Morel	1	—

En conséquence, M. Dupré est élu membre correspondant national de l'Académie.

La discussion sur l'infection purulente est renvoyée à la prochaine séance, vu l'absence de M. Jules Guérin, qui était inscrit pour prendre la parole.

La séance est levée à quatre heures et demie.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE

PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

LXXV. **Hygiène publique.** — Nous voulons être des premiers à louer M. Carnot, maire du 8e arrondissement, à l'occasion des sages mesures qu'il vient de prendre en ce qui concerne la salubrité des maisons et des rues. M. Carnot n'est pas de ceux qui veulent faire de l'ordre avec du désordre; il a trop profondément gravé dans l'esprit et dans le cœur la mémoire de celui qui sut « organiser la victoire », pour ne pas professer que *République* est synonime d'*ordre public*. Il est certainement de ceux qui pensent que l'ordre extérieur est l'image de l'ordre intérieur. Vous pouvez juger presque à coup sûr de la rectitude de l'intelligence d'un homme par la manière dont il se comporte dans la tenue de sa maison ou de sa personne. Du petit au grand la similitude est complète : une cité mal tenue est une cité où les idées ne sont ni mesurées ni toujours justes.

Eh bien! M. Carnot, sans bruit, sans grever son budget par la création de nouveaux fonctionnaires, a eu la bonne pensée d'utiliser la garde urbaine, pour assurer la propreté des rues et des maisons. Dans chaque compagnie il y a d'honorables citoyens, de vrais patriotes, qui sont chargés, à titre de délégués spéciaux, de procéder, en usant de tous les ménagements compatibles avec ces fonction difficiles, minutieuses, parfois délicates, de surveiller les rues, et d'inviter les propriétaires à tenir en bon état les cours et le devant de leurs portes. Nous sommes persuadés que MM. les délégués ne tarderont pas à recevoir des compliments de tout leur quartier pour les heureux résultats de leur mission (2), et nous souhaitons que l'exemple donné par M. Carnot soit suivi dans les autres mairies.

Nous le répéterons jusqu'à ce que chacun, administrés et administrants, en soit bien convaincu : il faudrait, sous la belle devise de la République, ajouter un mot, le mot *propreté*. La propreté (traduisez la santé), dans les circonstances présentes, est une de nos plus solides ancres de salut. — Ch. Daremberg. (*Débats*.)

6 OCTOBRE.

LXXVI. **Bulletin des décès.** — Les déclarations de décès à l'état civil de Paris, du 2 au 6 octobre 1870, montent au chiffre de 1,483, se décomposant comme suit :

Variole, 212. — Scarlatine, 13. — Rougeole, 19. — Fièvre typhoïde, 54. — Érysipèle, 6. — Bronchite, 56. — Pneumonie, 50. — Diarrhée, 69. — Dysentérie, 18. — Choléra, 2. — Angine couenneuse, 2. — Croup, 8. — Affections puerpérales, 5. — Autres causes, 972.

7 OCTOBRE.

LXXVII. **Ambulances.** — Les appartements du Palais-Royal sont transformés en ambulances de la garde nationale et de la garde mobile du 1er arrondissement.

LXXVIII. **Alimentation publique.** — La commission centrale d'hygiène et de salubrité a été consultée par plusieurs correspondants sur une question qui intéresse très-sérieusement l'alimentation publique. Il lui a été demandé si la consommation habituelle du pain bis pouvait avoir des inconvénients au point de vue de la santé et de la nutrition.

La commission centrale a répondu à ces diverses lettres en émettant l'avis unanime que non-seulement l'usage du pain bis est sans inconvénient, mais encore que ce pain est à la fois plus hygiénique et plus riche en principes alimentaires.

LXXIX. **Ambulances de la presse.** — M. Ricord, président du comité, reçoit la lettre suivante :

Paris, 7 octobre 1870.

Monsieur le président, j'ai l'honneur de vous informer que, d'après la communication que vous m'avez faite touchant la situation des diverses ambulances centrales ou mobiles de la presse française, j'accueille ces ambulances comme annexes des services militaires.

J'ai en conséquence écrit dans ce sens, dès le 4 de ce mois, à M. l'intendant général de l'armée de la défense de Paris, qui est invité à faciliter, en ce qui le concerne, le fonctionnement de ces ambulances.

J'écris aujourd'hui à M. l'intendant militaire de la première division de tenir compte aussi des ressources que vous voulez bien mettre à la disposition de l'administration de la guerre.

Permettez-moi d'ajouter, en terminant, qu'il m'est agréable de vous transmettre l'expression de ma gratitude pour tout ce qu'ont produit, sous votre direction, les efforts intelligents de M. l'aumônier et des membres du comité des ambulances.

Recevez, etc.

Le ministre de la guerre, Le Flô.

8 OCTOBRE.

LXXX. **Alimentation publique.** — Par arrêté en date du 7 octobre, les chevaux destinés à l'alimentation seront vendus trois fois par semaine; ne pourront être mis en vente que les chevaux dont le bon état sanitaire aura été reconnu et constaté par le service vétérinaire d'inspection du marché. Les chevaux ne pourront être abattus que dans les abattoirs.

LXXXI. **Ambulances.** — Une nouvelle ambulance vient d'être établie rue d'Amsterdam, n° 39, dans le local de l'agence centrale des banques coloniales. Tous les frais de cette fondation seront supportés par les banques de nos colonies, que leur représentant en Europe a voulu, autant que possible, associer, malgré l'éloignement, à notre grande lutte nationale.

L'*Ambulance des banques coloniales* aura pour médecins les docteurs Rufz de Lavison, délégué de la Martinique, et Chanu, de la Guadeloupe, ancien chirurgien de la marine.

LXXXII. **Ambulances.** — M. le docteur Dumont-Pallier adresse la lettre suivante à M. Amédée Latour, rédacteur en chef de l'*Union médicale* :

Paris, 6 octobre 1870.

Très-honoré et cher confrère,

Je viens aujourd'hui appeler votre attention et celle de vos lecteurs sur une invention nouvelle qui, bien modeste en apparence, doit, à mon sens, rendre de très-grands services à nos malheureux blessés. Certes, vous avez déjà entendu parler des *brancards Bastien*, ainsi nommés parce que notre très-honorable confrère, le docteur Bastien, en a le premier conçu l'heureuse idée. Mais comme une idée bonne en soi porte toujours des fruits, il en est résulté que cette idée d'un brancard léger, flexible et peu coûteux a été appliqué à d'autres appareils qui seront utilisés assurément avec un grand succès.

Je ne vous exposerai point dans cette lettre toutes les modifications qui ont été apportées dans la fabrication de ce brancard; ce n'est point du premier coup que l'on arrive à la perfection, et je me hâte de dire que notre confrère a été très-intelligemment secondé dans la réalisation de son idée par le fabricant qu'il a choisi. Il s'agissait de construire un appareil simple et à bon marché, et qui offrit toutes les conditions de souplesse et de solidité désirables. Le but a été parfaitement atteint; vous allez en juger : ce brancard se compose d'un long paillasson fait de petits faisceaux de chaume, renforcés d'une tige de jonc, et reliés ensemble par une forte ficelle goudronnée. Ce paillasson est d'une grande flexibilité, d'une grande légèreté, et peut être plié ou roulé à volonté. Il présente deux faces : l'une supérieure, lisse; l'autre inférieure, parcourue transversalement par de petites cordes goudronnées qui doivent recevoir les deux branches du brancard. Ces branches solides et bien façonnées, sont de bois blanc, légères et solidement reliés entre elles par deux petites traverses en fer qui maintiennent les deux branches du brancard dans l'écartement convenable. Les deux traverses de fer, situées vers les deux extrémités du brancard, sont solidement fixées par des vis qui permettent de rapprocher obliquement, puis parallèlement les deux branches de l'appareil lorsqu'il doit être fermé. De cette disposition il résulte que tout le brancard ne prend que peu de place dans le transport.

Cet exposé, bien que rapide, établit, ce me semble, que les conditions de solidité, de légèreté et de facilité de transport ont été heureusement réalisées. J'ajouterai que si ce brancard avait des pieds il formerait un excellent lit de campement, d'autant plus que la paille de ces paillassons a été préalablement soumise à un lavage spécial qui la met à l'abri de l'humidité.

Voilà, mon cher confrère, pour la confection du brancard; mais j'ai dit qu'une bonne idée offrait de nombreuses applications. Aussi le docteur Bastien et son fabricant ont-ils généralisé l'usage de la paille à la confection d'appareils qui trouveront leur utile emploi sur les champs de bataille et dans nos nombreuses ambulances, pour maintenir immobilisés les membres fracturés ou lésés profondément dans leurs parties molles.

Vous savez tout le parti que les chirurgiens ont tiré des gouttières métalliques qui, toujours, ont une forme déterminée, forme qu'il n'est pas toujours facile de modifier en toutes circonstances et ne prennent jamais complétement la forme du membre blessé. Ce sont là autant d'inconvénients qui ont été évités par la confection des gouttières en paille, qui pourront toujours prendre la forme de la cuisse, de la jambe, du bras et de l'avant-bras. Ces petites gouttières, qui peuvent envelopper complétement les membres, sont composées, comme le paillasson du brancard, de petits faisceaux de paille et de jonc reliés par une chaîne de ficelle goudronnée. De plus, les rubans passés entre les faisceaux de paille et de jonc permettent de serrer l'appareil et de le maintenir dans les conditions exigées par chaque cas particulier.

Voilà donc encore des appareils légers, solides, et d'un maniement facile, qui pourront être utilisés surtout dans les ambulances de rempart, et dont l'application sera rapide.

Mais là ne s'arrête pas le progrès qui me semble réalisé : sous l'inspiration du docteur Bastien, ces appareils en paille pourront être remplacés à l'ambulance ou à l'hôpital par des appareils composés exclusivement de tiges de jonc ou de petites planchettes de bois blanc réunies ensemble toujours par la chaîne de ficelle, qui constituent des appareils d'une grande souplesse, d'une grande solidité, et dont la propreté peut être facilement entretenue.

Enfin, pour compléter la revue que j'ai faite de tous ces appareils, je dois mentionner que le fabricant a eu l'heureuse idée, avec les mêmes éléments, de façonner des cerceaux si utiles, vous le savez, pour mettre à l'abri de tout choc ou du poids des couvertures les membres lésés ou toute autre partie du corps. La forme de ces cerceaux est maintenue par des demi-cercles de gros fil de fer.

Cette description d'appareils nouveaux serait incomplète si je n'insistais sur leur extrême bon marché, qui en rendra la généralisation facile dans tous les bureaux de bienfaisance, chez le pauvre comme dans nos ambulances de rempart, de campagne et dans tous les hôpitaux.

Je ne veux point énumérer le prix relativement excessif des brancards et des différentes gouttières métalliques que l'on trouve chez nos fabricants d'instruments de chirurgie; je ne ferai que mentionner le très bon marché des différents appareils dont je vous ai donné la description et dont les spécimens sont exposés tous les jours dans le palais de l'Élysée.

Brancard.	6 fr.	50
Gouttière en paille pour jambes.	0	95
— pour bras et avant-bras.	0	75
Gouttières en planchettes ou osier. Pour fractures de cuisse.	3	00
Gouttières en planchettes ou osier. Pour fractures de jambe.	2	00
Gouttières en planchettes ou osier. Pour fractures de bras.	1	50
Gouttières en planchettes ou osier. Pour fractures d'avant-bras.	1	00
Cerceaux en planchettes. . . . . . . de	2 à 4 fr.	

Voilà, honoré et cher confrère, une bien longue lettre; mais vous me pardonnerez les détails dans lesquels je suis entré en vous rappelant que toute idée, pour être vulgarisée dans ses applications, exige certains développements. Je sais combien vous avez de sympathie pour tout ce qui est progrès, et je suis certain que vous ferez bon accueil à ma lettre, qui a le double but d'être utile à nos blessés et de rendre hommage à un honorable confrère.

Bien à vous,

Am. Dumontpallier.

LXXXIII. **Assistance publique.** — Le conseil général des hospices tient sa deuxième séance. Il nomme pour l'expédition des affaires courantes une commission exécutive, composée de MM. E. Adam, Axenfeld, Henri Brisson, Prax de Saint-Gilles et Verneuil.

9 OCTOBRE.

LXXXIV. **Alimentation publique.** — Ainsi que le public en a été déjà informé, des procédés ont été adoptés pour l'utilisation du sang de bœuf dans l'alimentation publique. Ces procédés donnent dès à présent d'importants résultats, ce qui a déterminé à faire des expériences analogues sur le sang de mouton. Elles ont démontré que ce sang ne se prête à la fabrication du boudin qu'à la condition d'être mêlé à une certaine quantité de sang de porc, et surtout à de la graisse de porc. C'est pourquoi on a renoncé à faire du boudin avec le sang de mouton.

On a pensé alors à faire un mélange de ce sang avec de l'oignon, du beurre de Paris et du riz. Ce mélange a été soumis à la commission d'hygiène, et il en sera désormais fabriqué quotidiennement, et livré à la consommation une quantité notable.

10 OCTOBRE.

LXXXV. **Académie des sciences.** — L'Académie tient séance.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 10 octobre 1870. — Présidence de M. Liouville.

Hygiène. — M. PELLARIN donne lecture d'une note concernant l'hygiène des blessés et des opérés.

Une des premières conditions de la guérison des blessés qui ont subi une opération grave, c'est d'être placés dans une atmosphère pure et salubre.

Ce que je dis des blessés s'applique à tous les malades, mais surtout aux varicleux, aux typhiques, aux femmes atteintes de ce que l'on appelle fièvre puerpérale, à toutes les maladies, en un mot, dont ceux qui en sont affectés peuvent devenir un foyer d'émanations infectieuses ou contagieuses.

Presque tous ces malades, quand ils succombent, meurent par intoxication ; ils s'empoisonnent eux-mêmes.

L'air atmosphérique est le meilleur des antiseptiques; il y en a d'autres qui appartiennent à l'hygiène ou bien à la pharmacie; mais il n'en est aucun qui soit aussi efficace ni qui puisse suppléer à son insuffisance.

Les opérations chirurgicales, notamment les amputations, réussissent généralement mieux dans les pays chauds que dans les pays tempérés. C'est là un fait que maintes statistiques ont mis en évidence et dont j'ai pu constater personnellement l'exactitude en ce qui concerne quelques-unes de nos colonies, comparées sous ce rapport à leur métropole.

Si je mets en parallèle les conditions où sont placés dans chacun des deux pays les hommes qui ont subi une opération, je crois qu'un plus grand nombre de conditions favorables pour eux se rencontre dans les pays tempérés. Ainsi, le climat y est généralement plus salubre, les opérateurs y sont sans doute plus habiles, certainement plus exercés, les ressources artificielles de l'hygiène y abondent. Malgré toutes ces conditions avantageuses en faveur des hommes qui ont subi une opération grave dans les pays tempérés, ceux-ci succombent en bien plus grande proportion que cela n'a lieu dans les pays chauds.

Mais il y a une condition de l'ordre hygiénique qui diffère essentiellement dans les deux pays.

En France, comme sous les autres climats dits tempérés, les malades sont renfermés dans des salles qui restent ordinairement closes, où l'air se renouvelle toujours difficilement et d'une manière très-incomplète. Dans les pays chauds, au contraire, les salles de malades, de même que tous les lieux qui servent d'habitation, ne sont presque jamais aussi complétement fermés. Une nécessité de climat fait que, dans ces pays, les fenêtres ne sont pas vitrées, mais garnies seulement de jalousies mobiles qui permettent toujours une active circulation de l'air à l'intérieur des habitations.

Il y a donc cette différence, dont il est facile de comprendre l'importance, que les hommes qui ont subi une opération dans nos climats vivent au sein d'une atmosphère captive, peu renouvelée, où s'accumulent les émanations que dégagent les surfaces des plaies, en même temps que les miasmes inséparables de toute réunion d'hommes malades ou même bien portants, et que, d'autre part, les opérés des pays chauds sont placés dans une atmosphère qui se renouvelle continuellement, d'une manière plus ou moins rapide, il est vrai, car elle est entièrement subordonnée à la rapidité très-variable elle-même du mouvement de l'air extérieur, mais toujours assez active pour que la pureté de l'atmosphère intérieure ne soit jamais gravement altérée.

Telle est, si je ne me trompe, la principale raison des succès presque constants que j'ai vus suivre les grandes opérations chirurgicales dans quelques pays chauds. Il y en a sans doute d'autres, comme une température douce et peu différenciée, la facilité de tous les soins de propreté; mais je n'en parlerai pas davantage ici, mon but étant seulement d'indiquer le point qui me paraît essentiel.

(1) Voir le dernier numéro.

(2) Nous supposons que les gardiens de Paris seront employés à surveiller l'exécution des instructions données par les délégués.

C'est un saisissant contraste que de voir combien sont différentes, toutes choses égales d'ailleurs, les suites des grandes opérations, selon que ceux qui les ont subies sont placés dans un bon ou mauvais milieu hygiénique. Ce spectacle, je l'ai eu souvent devant les yeux : dans les hôpitaux des pays chauds, d'une part, et, d'autre part, dans ceux de quelques villes de France, notamment de Paris.

Je sais que l'art de l'architecte apporte tous les jours de nouveaux perfectionnements aux moyens pratiques de résoudre le difficile problème d'aérer suffisamment des habitations relativement exiguës, comme le sont dans nos villes la plupart de celles où s'éjournent de grandes réunions d'hommes; mais tous ces perfectionnements, il faut le dire, sont loin d'atteindre le but, au moins pour nos hôpitaux, que j'ai ici plus particulièrement en vue, et ce but ne me paraît pouvoir être atteint que par un accroissement considérable du cube respiratoire qu'il est aujourd'hui convenu, dans nos systèmes hygiéniques relatifs aux habitations, de prendre pour base de la ration d'air à accorder à chaque homme sain ou malade.

Je m'empresse de rendre hommage à l'heureuse application des principes de physique et de physiologie qui nous a valu l'invention de ces méthodes d'occlusion pneumatique et d'aspiration continue, appliquées au traitement des plaies d'amputation. Ce sont là de beaux perfectionnements, dont peut, à bon droit, s'enorgueillir la chirurgie française. Ce tribut de justice rendu à des méthodes incontestablement avantageuses, je ne puis m'empêcher de remarquer que, en ceci comme en beaucoup d'autres choses, l'art devient d'autant plus utile qu'on s'éloigne davantage de la nature. La réciproque est également vraie, et pour la question qui m'occupe, par exemple, je crois pouvoir avancer que l'occlusion pneumatique et l'aspiration continue ont d'autant moins d'importance pratique que les opérés sont placés dans de meilleures conditions générales d'hygiène, et particulièrement dans un milieu respirable plus pur.

Ce que j'ai observé dans les pays chauds m'autorise à penser qu'il est pour les opérés une condition de guérison encore plus efficace que l'occlusion pneumatique et l'aspiration continue exercées à la surface des moignons des amputés, c'est de tenir ces malades dans une atmosphère qui ne soit jamais contaminée par leurs émanations organiques, ou, en termes plus généraux, de leur donner une abondante ration d'air respirable.

L'intoxication à laquelle succombent si souvent ces malades ne se fait pas seulement par la surface des plaies, mais aussi par la voie pulmonaire, et il y a lieu de croire que la méthode de l'aspiration continue doit en partie son efficacité à ce qu'elle prévient l'infection du milieu respiratoire, en soustrayant au contact de l'air les liquides exsudés par la plaie.

Quoi qu'il en soit, les résultats si heureux que j'ai vu obtenir et que j'ai obtenus moi-même à la suite des opérations chirurgicales, particulièrement des amputations dans les pays chauds et la cause vraisemblable à laquelle ces résultats doivent être attribués, sont de précieuses indications sur lesquelles il m'a paru utile d'appeler l'attention au moment où nos vaillants soldats reçoivent de si glorieuses blessures pour la défense de la patrie.

De ce qui précède, je crois devoir conclure que si nos malades et nos blessés devenaient assez nombreux pour occuper dans nos grands hôpitaux surtout tous les lits qui leur sont destinés, il conviendrait d'augmenter au moins du double l'espace qui revient à chaque malade, et de plus, d'accroître encore dans la même proportion le volume de renouvellement de l'air qui lui est dispensé par nos moyens actuels de chauffage et d'aération.

(A suivre.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté du 22 février, M. le docteur Valdes y Martiner (Carlos) a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Voici la lettre par laquelle M. le docteur Ricord communique à notre confrère sa nomination :

« Très-cher et très-aimé confrère,

« M. l'intendant général Blondeau a voulu me réserver le plaisir et l'honneur de vous remettre moi-même votre brevet de chevalier de la Légion d'honneur.

« En vous félicitant de cette distinction que vous méritez si bien, veuillez croire à mes sentiments les plus affectueux.

« Ricord. »

A M. le docteur Valdes y Martiner, médecin aux ambulances mobiles de la Presse.

Bonne clientèle à prendre à une heure de Paris. S'adresser au bureau du journal.

AVIS

Avec le n° 126 (29 octobre 1870) se termine la collection de ceux de nos souscripteurs dont l'abonnement expirait le 31 octobre dernier.

Nous prions très-instamment nos confrères de vouloir bien nous adresser le montant de leur renouvellement en un mandat sur la poste à l'ordre du Directeur de la *Gazette des Hôpitaux*.

Ce mode de payement est le plus *sûr* et le plus *économique*.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 13 avril 1871.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE.

Sur les blessures de l'œil et leurs conséquences

CONFÉRENCES PUBLIQUES, FAITES A L'ÉCOLE DE MÉDECINE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

Par le docteur X. GALEZOWSKI.

Les blessures des paupières ne sont pas en elles-mêmes aussi graves que les complications qui se rencontrent du côté des organes voisins et du globe oculaire, c'est pourquoi au point de vue pratique il importe d'examiner avec le plus grand soin toutes les régions qui avoisinent la plaie et de s'informer en même temps de la nature d'instrument et de projectile qui a occasionné la blessure.

Les blessures de l'angle interne de l'œil pourront atteindre le sac lacrymal, le canal nasal, l'os maxillaire et l'os unguis. On reconnaîtra la fracture de ce dernier par la présence d'une crépitation très-marquée dans les deux paupières, occasionnée par l'introduction de l'air dans le tissu cellulaire sous-cutané pendant les efforts de toux, ou lorsque le malade veut se moucher. Ces accidents sont ordinairement sans gravité, et la guérison s'obtient par la simple expectation et si le malade prend la précaution de ne pas se moucher et de ne pas faire des efforts très-grands pour la respiration.

Les plaies situées à l'angle externe de l'œil sont accompagnées très-fréquemment de fractures du bord orbitaire sur une étendue plus ou moins grande.

L'exploration faite avec un stylet démontrera parfaitement si l'os se trouve lésé et si la plaie contient des esquilles, sans ou avec des morceaux des projectiles. Ces derniers peuvent traverser l'orbite d'avant en arrière et s'arrêter derrière le globe oculaire, où se porter même jusque dans le cerveau; dans ce dernier cas, les accidents cérébraux ne tardent pas à se déclarer et le malade succombe.

Le projectile peut briser l'angle externe de l'orbite et se loger dans la fosse temporale ou passer de là au cerveau, comme cela est arrivé chez un malade blessé pendant le siége de Paris, pour lequel le professeur Richet fut consulté. Toute la portion externe peut être enlevée de l'orbite par un coup de feu, ce qui entraîne forcément la destruction complète du globe de l'œil lui-même. Souvent même il arrive qu'une grande partie de la face est détruite, par suite d'enlèvement simultané de l'os zygomatique. C'est dans ces conditions fâcheuses que j'ai dû donner dernièrement des soins à un franc-tireur blessé d'une balle de carabine, et à un sergent de ville qui a reçu une balle de pistolet dans la figure presque à bout portant. Les deux malades ont guéri, mais avec une effroyable difformité.

Les corps étrangers peuvent rester assez longtemps dans le fond de l'orbite, derrière le globe de l'œil, sans amener de graves accidents. Tout le monde connaît l'histoire d'un malade de M. Nélaton, qui vint le consulter pour une fistule lacrymale et une exophthalmie occasionnées l'une et l'autre par un coup violent de parapluie. L'exploration faite avec une sonde lui fit découvrir la présence d'un corps étranger; c'était une pomme de parapluie cassé, qui resta dans l'orbite pendant trois ans et fut extraite par Nélaton à travers une plaie faite au bord de l'orbite.

Il en est de même des balles, qui ont pénétré dans l'intérieur de l'orbite; elles peuvent y rester plus ou moins longtemps sans provoquer de très-graves désordres. On reconnaîtra facilement la présence du corps étranger par l'exophthalmie, l'inflammation plus ou moins intense des tissus retro-oculaires et la perte de la vue. Abandonné sur place, le projectile peut donner lieu à la formation du pus, au décollement du périoste, et aux caries osseuses avec des trajets fistuleux ouverts sur la joue.

Les balles peuvent se loger dans le sinus frontal et y séjourner un temps plus ou moins long. Baudens (1) rapporte l'histoire d'un général blessé dans l'œil gauche à la bataille de Waterloo. La balle déchira l'œil et alla se loger dans le sinus frontal, où elle resta pendant douze ans sans amener d'accidents, lorsqu'une nuit le général se réveilla avec la sensation d'un corps étranger dans la gorge; c'était la balle qui était sortie du sinus frontal. Larrey (2) guérit un de ses blessés en appliquant une couronne de trépan sur le sinus frontal, et extrait sur-le-champ la balle qui s'était introduite.

Le voisinage de deux cavités, orbitaire et crânienne, expose cette dernière à ressentir le contre-coup des accidents traumatiques de l'orbite. On voit en effet bien souvent une simple fracture des os de l'orbite s'étendre jusqu'à la base du crâne et donner lieu à des accidents cérébraux d'une certaine gravité. Ces mêmes accidents sont encore bien plus graves et se développent plus rapidement lorsque le projectile passe de la cavité orbitaire dans le crâne; les lobes cérébraux subissent des déchirures plus ou moins graves qui se terminent fatalement au bout d'un temps plus ou moins long par la mort.

La gravité exceptionnelle de ces blessures exige de la part du chirurgien une attention toute particulière, et il est de la plus haute importance pour le pronostic ainsi que pour le traitement de pouvoir préciser dès le début si les lésions portent sur la base du crâne et du cerveau. Ce point de diagnostic peut être quelquefois éclairé au moyen des signes que nous fournissent les ecchymoses palpébrales et conjonctivales.

Velpeau indiqua le premier l'ecchymose de la paupière inférieure comme un signe certain de la fracture du crâne; mais pour que ce phénomène ait une valeur réelle, il faut qu'il soit précédé de l'ecchymose conjonctivale. D'après Denonvilliers et Gosselin, ces ecchymoses ne paraissent ordinairement que trente-six à quarante-huit heures après l'accident, et dépendent du sang extravasé dans le crâne et le tissu cellulaire de l'orbite, d'où il s'étend dans le tissu sous-conjonctival.

On comprend facilement que pour que ces symptômes puissent servir pour le diagnostic, il faut que l'œil ni les paupières n'aient point subi de traumatisme direct, autrement on ne peut point reconnaître l'ecchymose provenant de contusion de l'œil de celle du cerveau. C'est donc dans l'ensemble des symptômes généraux qu'on trouvera les informations à ce sujet. Ajoutons pourtant que ces derniers peuvent longtemps faire défaut, et le diagnostic dans ce cas restera tout à fait incertain.

Les *blessures du sourcil* ont de tout temps attiré une attention toute particulière des chirurgiens, à cause de l'affaiblissement ou de la perte complète de la vue de l'œil correspondant. Blandin croyait que l'amaurose était due à une lésion du nerf frontal, qui est une des branches principales de la cinquième paire. Il s'appuyait dans cette explication sur les expériences de Magendie, qui avait prouvé que la destruction du nerf de la cinquième paire amenait la perte de la vue et de l'œil. Cette opinion ne pouvait pourtant être sérieusement admise, quand on songe que dans les expériences de Magendie, l'œil s'atrophiait, tandis que dans le cas qui nous occupe, rien de pareil ne pouvait être démontré, puisque dans la majorité des cas l'œil conservait en apparence son intégrité parfaite.

Depuis les recherches ophthalmoscopiques, nous savons qu'entre la blessure du sourcil et la perte de la vue, il n'y a point de rapport direct et que la cécité s'explique par les désordres plus ou moins graves qui se déclarent à la suite d'une forte contusion dans le globe de l'œil lui-même.

Les accidents qui surviennent dans l'intérieur de l'œil conjointement avec les blessures du front, du sourcil et de la région orbitaire en général, sont excessivement variés et peuvent occuper l'iris, le cristallin, le corps vitré, la rétine, la choroïde et le nerf optique. Certaines de ces altérations n'ont point de gravité et peuvent guérir d'une manière plus ou moins complète, d'autres, au contraire, sont suivies de telles altérations qu'elles amènent une amblyopie très-prononcée ou une cécité complète.

Parmi les accidents bénins, nous pouvons signaler plus particulièrement ceux qui se rapportent à l'iris et au cristallin. Sous l'influence du choc violent, l'iris peut être décollé dans une certaine étendue et donner lieu à une sorte de seconde pupille, située près du bord de la chambre antérieure; il devient tremblotant d'une manière plus ou moins marquée. Dans d'autres cas, il peut arriver que l'iris s'enflamme et qu'il soit en même temps accompagné de certains phénomènes d'altération du cercle ciliaire et du muscle accommodateur.

Voici un fait de ce genre :

Observation. — M. M..., âgé de vingt et un ans, soldat au 122e de ligne, entre dans mon service de l'ambulance Saint-Gervais le 4 décembre 1870, pour une blessure du sourcil droit qu'il a reçue par un éclat d'obus dans le combat de Champigny. La plaie était contuse et de peu de gravité, mais le malade se plaignait de ne point voir de l'œil droit, qui était en même temps rouge et très-douloureux. Tous les soirs il éprouvait des douleurs très-violentes dans toutes les branches de la cinquième paire. J'ai pu facilement constater qu'il y a eu un mydriase avec une rougeur périkératique très-forte, et des épanchements de sang en forme de flocons dans le corps vitré. Des taches multiples fixes se trouvaient à la surface postérieure et interne du cristallin, et des dépôts de pigment sur la capsule antérieure. La pupille et le reste de la rétine se voyaient comme dans un brouillard. Il s'agissait évidemment d'une déchirure dans le cercle ciliaire ayant occasionné des épanchements dans le corps vitré et une inflammation dans l'iris. La pupille était dilatée probablement par suite de la rupture des nerfs ciliaires longs. Sous l'influence de traitement antiphlogistique énergique, je suis parvenu à faire disparaître l'inflammation, les flocons du corps vitré se résorbèrent, à part un seul filament fin, qui resta flottant et en partie attaché à la surface postérieure. Mais il lui est resté une dilatation du cristallin, permanente de la pupille avec paralysie du muscle accommodateur; le collyre d'éserie la contracte parfaitement, mais dès qu'on cesse son usage, elle se dilate de nouveau. La vue est parfaitement corrigée avec le numéro 20 convexe et il peut lire les caractères fins de l'échelle typographique. Dans ces conditions, il quitte notre ambulance vers la fin du mois de février pour aller dans son pays.

On voit par cette observation que si la vue est restée faible à la suite de la blessure du sourcil, elle n'est que la conséquence de contusion directe du globe de l'œil et non de la blessure de la branche frontale de la cinquième paire.

Le cristallin peut être luxé ou devenir opaque, dans l'un comme dans l'autre cas la vue n'est pas abolie.

Des accidents qui surviennent dans l'intérieur de l'œil peuvent avoir une gravité sérieuse et se terminer par la perte de la vue de l'œil correspondant. Parmi ces accidents, nous pouvons signaler : décollement général de la rétine, déchirure de la rétine avec exsudation recouvrant cette membrane sur une large surface, et la déchirure du nerf optique. Quelquefois pourtant il peut arriver que l'intérieur de l'œil ne présente aucune altération, malgré que la vue soit complétement abolie à la suite d'une blessure de la région frontale.

Les observations que j'ai pu faire avec l'ophthalmoscope sur un malade du docteur Nonat, ainsi que sur un autre de la clinique de Desmarres père, m'ont permis de constater, malgré l'amaurose absolue, un état de blancheur peu prononcé de la pupille sans excavation ni aucune autre altération des membranes internes de l'œil (1). Peut-être pourrait-on rationnellement admettre dans ces cas, avec Malgaigne, que la commotion se propage par la voûte orbitaire au nerf optique dans son passage à travers le trou du même nom.

(*Sera continué.*)

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 10 octobre 1870. — Présidence de M. LIOUVILLE.

(Suite et fin.)

CORRESPONDANCE

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL signale, parmi les pièces imprimées de la correspondance :

Un travail de *M. A. Colin*, publié dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, et intitulé :

Conditions sanitaires de l'armée de Paris. — La concentration d'une armée considérable au milieu d'une population aussi

(1) Suite. — Voir le numéro du 11 octobre 1870.

(1) Baudens, *Clinique des plaies d'armes à feu.* Paris, 1836, p. 163.
(2) Larrey, *Mémoires de chirurgie militaire.* Paris, t. II, p. 137.

(1) Galezowski. *Sur les altérations du nerf optique et sur les maladies cérébrales dont elles dépendent.* Paris, 1866, p. 142.
(2) Voir le dernier numéro.

nombreuse que celle de Paris, le fait d'un investissement qui impose à une masse d'individus la vie sur place au milieu des influences pathologiques que suscitent ou que favorisent toujours les agglomérations humaines, préoccupent tout naturellement l'attention du gouvernement et celle des médecins.

De grandes mesures ont été prises pour assurer l'alimentation publique.

En même temps on entreprend une des tâches les plus importantes à remplir, celle d'empêcher le développement de toute cause d'infection dans ce milieu à limites invariables où deux millions d'habitants vivront plus ou moins longtemps, sans que l'on ait la ressource de pouvoir en éliminer facilement tous les produits de décomposition provenant des hommes et des animaux renfermés dans la ville.

Tandis qu'une armée en marche laisse derrière elle à chaque étape les champs qu'elle a ruinés, le sol qu'elle a souillé d'une masse de résidus organiques, les armées stationnaires, comme celles qui se trouvent en présence dans les guerres de siége, sont obligées de subir chaque jour la somme des causes d'insalubrité qui s'accumulent incessamment autour d'elles par le fait seul de leur immobilité.

Les conditions sanitaires actuelles des hommes appelés à la défense de nos remparts sont certainement aussi satisfaisantes que possible :

1° Dans l'armée active, le chiffre des malades est peu élevé, comme le témoigne le nombre des lits vacants dans nos hôpitaux militaires et dans leurs succursales; il faut convenir, il est vrai, que la masse considérable d'évacuations faites sur les hôpitaux de province a contribué pour une part considérable à réduire à Paris ce contingent spécial de malades.

Les affections principales que nous avons rencontrées dans cette classe de l'armée depuis le commencement de la guerre sont principalement : 1° les fièvres rémittentes simples et bilieuses, communes surtout chez les hommes qui, après la bataille de Reischoffen, avaient suivi la retraite de Mac-Mahon ; 2° les fièvres typhoïdes, dont un certain nombre ont été certainement sous nos yeux une ransformation de l'affection précédente, transformation que nous avons soutenue déjà dans notre *Traité des fièvres*; 3° les dysenteries qui, pendant le mois d'août, ont été assez communes dans la garnison de certains forts de Paris, mais qui aujourd'hui ont à peu près complétement disparu; 4° les pneumonies, également très-communes pendant le mois dernier, et semblant résulter, comme la dysenterie qui régnait en même temps qu'elles, des variations diurnes de température auxquelles est si particulièrement exposé le soldat sous la tente; 5° enfin la variole qui règne encore sur notre population civile et militaire.

2° Dans la garde mobile, dans cette jeune armée d'hommes frais et vigoureux, subitement transportés dans nos murs, l'impression du changement et du nouveau milieu n'a guère eu encore le temps de se faire; à peine quelques-uns commencent-ils à figurer dans nos salles d'hôpitaux; la masse est intacte; et nous croyons qu'elle est arrivée au milieu de nous dans les meilleures conditions pour conserver jusqu'au moment de l'action la force de résistance qui sera un élément de ses succès.

Si ces jeunes soldats avaient été dirigés sur Paris durant le mois d'août, au moment où la dysenterie semblait devoir prendre une certaine extension, nul doute qu'ils en ussent été atteints; l'insuffisance de leur premier costume, la liberté qu'on leur laisse de se nourrir à leur guise, et les fatigues des premières manœuvres les eussent tout spécialement placés sous cette imminence morbide qui n'existe plus aujourd'hui.

Chez eux sans doute ne se développera point non plus, en tant qu'épidémie, la maladie la plus commune chez le jeune soldat qui vient habiter Paris, la fièvre typhoïde. Peut-être y a-t-il même dans l'organisation de ces troupes et dans leur répartition certaines conditions avantageuses qui pourront s'opposer jusqu'à un certain point au développement prochain de cette affection.

Réunis en bataillons provenant du même régiment, de la même localité; liés à leur chefs par la communication d'origine, de langage, et par l'élection qu'ils en ont faite eux-mêmes, ces jeunes gens n'éprouveront pas, comme le conscrit de l'armée active, cet isolement complet au milieu de figures inconnues, première source de la nostalgie et des prédispositions morales à la fièvre typhoïde. De plus, disséminés en général chez les habitants, ils n'éprouveront pas non plus l'influence pernicieuse des agglomérations en caserne, si favorable à l'explosion des germes de cette affection contagieuse.

Peut-être, en revanche, cette résidence des gardes mobiles aura-t-elle l'inconvénient de leur faire subir plus complétement l'influence de notre constitution médicale, et de les exposer spécialement à la variole qui a régné dans tant de maisons de Paris, mais dont heureusement la gravité semble s'atténuer chaque jour. N'y aurait-il pas lieu cependant à pratiquer des revaccinations?

3° Quant à la garde nationale, malgré les fatigues et les dangers qui vont prendre la première place dans son existence, la vie de famille ne sera pas entièrement supprimée pour elle; et, malgré les exigences du service, chacun de ses membres conservera sa place au foyer domestique, sans subir cet isolement continu qui est la condition permanente du soldat.

De plus, la plupart des gardes nationaux ont franchi l'âge des maladies propres à ce dernier, spécialement de la fièvre typhoïde; ce seront sans doute les affections rhumatismales qu'il faudra s'attacher le plus spécialement à prévenir chez cette classe de nos défenseurs; il faudra, pour les nuits de garde, des baraques, des manteaux, des couvertures, et surtout des flanelles comme celles qu'on distribue à tous nos soldats.

Avons-nous à craindre quelques-unes de ces épidémies qui surgissent de toutes pièces dans les armées, surtout pendant les guerres de siége, comme le scorbut, le typhus? Je ne le pense pas; ce n'est point à cette saison que se développe le scorbut, qui sera conjuré par l'abondance de nos approvisionnements, par la possibilité d'ensemencer quelques-uns des terrains vagues de la capitale, pour la production des végétaux frais dont l'usage prévient et guérit cette affection.

Il en est de même du typhus; c'est là également une maladie de la saison froide, surgissant à l'époque où, pour échapper aux rigueurs de la température, les soldats s'entassent étroitement dans les tentes et les baraques, dont ils condamnent, comme les nôtres le faisaient en Crimée, toutes les ouvertures. »

M. BRISAC adresse une note concernant l'emploi des légumes et du blé vert en Alsace et en Lorraine :

Chez tous les israélites, en général, on mange beaucoup de légumes secs, pois, haricots, lentilles, riz et orge perlé. On mange encore beaucoup, en Lorraine et en Alsace, de ce qu'on nomme le *krinnenkorn*, c'est-à-dire blé vert; on le récolte alors qu'il est encore vert, et, tout sec qu'il est quand on le mange, il conserve encore de sa couleur primitive ; quant au blé, quand il est bien accomodé avec un morceau de viande un peu grasse, c'est une nourriture bienfaisante. On fait souvent des mélanges de riz avec des pois, de pois avec des haricots ou de l'orge : tous ces mélanges ne sont connus que des israélites, mais je les ai vus souvent appréciés même par les étrangers qui n'y était point accoutumés.

M. GRIMAUD (de Caux) adresse une note complémentaire à celle qu'il a soumise au jugement de l'Académie, dans la séance du 26 septembre dernier :

... Pour utiliser le blé en grain comme aliment, quand on est privé des moyens usuels d'en faire du pain, il est inutile de le décortiquer. Le décorticage priverait d'ailleurs le grain de la partie nutritive inhérente au son. Voici ma formule. Mettez le blé à tremper dans de l'au de Seine (je parle pour Paris) pendant quelque temps, deux heures au moins; frottez bien les grains les uns contre les autres, afin d'enlever les restes de glume qui adhèrent à l'épiderme, sous forme de poils très-déliés, lesquels viennent surnager par le fait du *malaxage;* retirez le blé de son eau de lavage, faites-le égoutter, mettez-le à cuire dans un vase, avec un peu d'eau, et traitez-le absolument comme du riz. Le blé est cuit quand le grain s'écrase sous les doigts. Pour condiment, on peut employer toute espèce d'aromates. Mais il suffit de sel, de poivre et d'une pointe d'ail pour obtenir un aliment savoureux, nutritif et de la plus facile digestion.

Une cuillerée de grain suffisait, à Venise, pour remplacer le pain d'une personne; mais il faut tenir compte des climats. Peut-être à Paris devrait-on doubler cette ration, quoique ce soit à peu près celle que l'on donne en riz à un cipaye dans l'Inde.

M. WILSON adresse quelques nouveaux documents sur l'emploi de la farine d'avoine et du blé en nature, comme aliments :

Les trois quarts des forts paysans irlandais et écossais du nord se nourrissent d'avoine principalement, avec de la bouillie, du gâteau d'avoine et des pommes de terre. La bouillie se mange soit avec du lait, soit avec du beurre, de la mélasse ou du sucre; le gâteau, comme du pain ordinaire.

En ce qui regarde le pain fait avec de la farine entière, qui est très-fort en usage en Angleterre, sous le nom de *brown bread*, la fabrication de cette farine est très-facile, et avec des machines que j'ai trouvées ici, on pourrait, avec une dépense relativement très-faible, faire moudre 300,000 à 400,000 kilogrammes par jour.

M. L. AUBERT adresse une nouvelle note relative à l'emploi des matières grasses mélangées avec le blé en nature, comme aliment.

M. DUMAS, après avoir donné connaissance à l'Académie des communications qui précèdent, s'exprime comme il suit :

L'Académie ayant accueilli avec intérêt les communications que j'ai eu l'honneur de lui soumettre au sujet des subsistances en blé, farine ou céréales de la ville de Paris, il m'a semblé que le moment était venu de l'entretenir des opérations auxquelles a donné lieu, de son côté, l'approvisionnement en viande, en me bornant au rôle d'historien et laissant à la commission à porter un jugement dont l'opportunité me paraît évidente, dans un moment où il faut que rien ne soit compromis.

Dès que la menace d'un siége à soutenir a rendu nécessaire la concentration sur Paris d'une quantité de bétail capable de nourrir sa population pendant sa durée, on a compris qu'il fallait porter tout l'effort sur le bœuf, le mouton et le porc.

La population de Paris consomme volontiers du veau ; mais, dans les circonstances présentes, mieux valait assurément garder le lait des vaches laitières pour les enfants et les malades que de le livrer aux veaux de boucherie. On n'a donc pas amené de veaux.

La population de Paris consomme volontiers aussi du porc, sous toutes les formes. Malheureusement, on n'a pu en faire entrer une quantité suffisante aux besoins de la consommation normale; l'époque n'était pas favorable.

La base principale de l'alimentation de Paris en viande repose donc sur le bœuf et sur le mouton.

Ce point établi, il est facile de comprendre que les troupeaux reçus en ville offraient deux sortes de sujets : les uns, capables de soutenir le choc du changement de situation, pouvant prospérer ou du moins vivre sans dépérir dans un nouveau milieu ; les autres blessés, fatigués de la route, impropres par des causes diverses à être utilement gardés et nourris par les parcs intérieurs, instantanés. Les premiers ont été réservés pour la consommation, comme viande fraîche, et sont livrés successivement aux abattoirs. Les seconds ont été plus spécialement réservés aux procédés de conservation.

Ces opérations qu'il s'agissait d'improviser dans Paris et d'y organiser sur une large échelle, ont été l'occasion des plus sérieuses concurrences.

Tout le monde connaît la méthode d'Appert, qui fournit à la marine et aux voyageurs des conserves de toute nature et spécialement des viandes préparées qui résistent à de longues années de garde. Les produits que les successeurs d'Appert livrent au commerce forment la base d'une industrie qui n'avait qu'à continuer ses opérations, sûre d'être encouragée et recherchée par la population aisée.

Il faut en dire autant des produits analogues obtenus par MM. Ozouf et Couder, dont les qualités excellentes ont été reconnues par tous ceux qui ont eu à les apprécier, mais qui constituent également des mets tout préparés et non des viandes conservées. Or, ces mets doivent être consommés tels qu'ils sont, et l'uniformité de leur préparation peut devenir pour l'estomac une cause de fatigue; les viandes, au contraire, prennent les formes et reçoivent les usages que souhaitent les consommateurs. Conserver les viandes sans apprêts, d'ailleurs, était le seul moyen d'en rendre la garde suffisamment économique, pour qu'il fût permis de l'effectuer rapidement sur une grande échelle, comme c'est le cas en ce moment.

Trois procédés réalisant cette condition de laisser la viande à son état naturel et d'en permettre la garde, sans la soumettre à la cuisson, ont été mis en pratique.

Le premier repose sur l'application pure et simple des méthodes de salaison en usage dans les ports pour les besoins de la marine. Il est mis en pratique à l'abattoir de Grenelle par M. Cornillet, qui a organisé son atelier avec une complète intelligence des besoins de cette industrie. Les viandes salées qu'il prépare reçoivent cette salure à fond, qui garantit la conservation des approvisionnements de long cours, mais qui n'était peut-être pas indispensable pour la circonstance, où il s'agissait de garder la viande pendant deux ou trois mois seulement.

C'est sur cette dernière donnée que se fonde M. Wilson, Irlandais, inventeur d'une méthode particulière qu'il a longtemps pratiquée dans son pays, et qu'il a proposée comme spécialement propre aux circonstances dans lesquelles se trouve la ville de Paris. En effet, elle permet d'opérer, par une salure plus modérée, et d'assurer la conservation pour un temps suffisant, tout en laissant aux viandes certaines qualités qui les placent dans une condition intermédiaire entre les viandes fraîches et les viandes salées proprement dites. Les ateliers de M. Wilson ont été installés d'une façon rapide et pratique à l'abattoir de la Villette. Son personnel, amené d'Irlande, est venu s'enfermer avec lui à Paris, la veille même de l'investiture de la ville. Il est impossible de méconnaître que M. Wilson, dans cette circonstance, a écouté le désir de servir la France.

Son procédé repose sur un ensemble de précautions parfaitement d'accord avec les principes de la science. Ainsi, il demande que le bétail soit reposé avant d'être abattu : la viande d'un animal forcé ne se garde pas; celle d'un animal fatigué par la marche se conserve mal. M. Wilson ne veut pas qu'on souffle les bœufs qu'il doit préparer, et il n'est pas besoin de démontrer, en effet, que cette opération offre l'inconvénient de semer dans les chairs des spores capables d'en amener la décomposition. Il fait dégorger les viandes au moyen d'une première salure, en prenant soin d'ouvrir au couteau les masses musculaires trop épaisses et d'y pratiquer des poches qu'on remplit de sel. Enfin, les viandes dégorgées sont placées dans la saumure et maintenues à une température qui ne dépasse pas 10 degrés, au moyen d'additions convenables de glace.

On obtient ainsi les effets les plus favorables de la salaison d'hiver, même dans les saisons d'été ou d'automne. Dans les cas particuliers où se trouve Paris, on conserve, de la sorte, la viande pour quelques mois avec un degré de salure modéré, qu'on fait disparaître ensuite facilement en la soumettant à une immersion dans l'eau pendant quelques heures.

Le procédé de la salure ordinaire et celui de M. Wilson conviennent parfaitement au bœuf. L'un et l'autre, essayés sur le cheval, s'y sont appliqués sans difficulté. Ni l'un ni l'autre ne paraissent convenir au mouton.

C'est ainsi qu'après avoir expérimenté sur le bœuf, d'abord, un procédé tout à fait différent proposé par M. Gorges, on a été conduit à le spécialiser sur le mouton.

M. Gorges annonce avoir pratiqué sa méthode en Amérique, à la Plata, et mettre au service de la population de Paris, comme MM. Cornillet et Wilson, une expérience éprouvée. Son procédé constitue une application intéressante de l'une des réactions les plus simples de la chimie. Les premiers essais en ont été jugés satisfaisants, mais ils n'avaient eu qu'une courte durée.

Les viandes, dépecées et lavées, sont soumises à l'action d'un bain acidulé par l'acide chlorhydrique auquel succède un second bain contenant du sulfite de soude. On les enferme ensuite dans des boîtes en fer-blanc contenant 1 kilogramme de viande, 5 kilogrammes, 10 kilogrammes, à volonté, en les saupoudrant de sulfite de soude. On ferme la boîte à la soudure, pour prévenir la rentrée de l'air. La viande est pénétrée d'abord par l'acide chlorhydrique, ensuite par le sulfite de soude. L'action réciproque de ces deux agents donne naissance à du sel marin et à de l'acide sulfureux. L'effet antiseptique de ce dernier est bien connu.

La conservation obtenue par l'acide sulfureux a conduit à tenter l'expérience sur une quantité de viande plus considérable. Si cette épreuve réussit, il en résultera que, dans tous les cas où les vases n'ont pas besoin d'être déplacés, et par conséquent pour toute ville de guerre menacée, on pourra, à très-bas prix et avec une faible main-d'œuvre, emmagasiner de larges provisions de viande. Mais l'expérience n'a pas prononcé et je réserve mon propre jugement.

Pour les voyages et pour les approvisionnements de mer, les boîtes de 1, 5, 10 kilogrammes des modèles adoptés par M. Gorges sont préférables. Les maniements, les déplacements qu'elles subissent peuvent, en effet, en déterminant des fissures, permettre la rentrée de l'air et amener l'altération des produits. Il y a donc tout intérêt à circonscrire la perte.

Les viandes ainsi préparées sont soumises pendant une demi-heure à l'action d'un bain d'eau tiède, et exposées à l'air pendant une demi-journée avant de les employer.

Les chantiers de M. Gorges, installés au voisinage de l'abattoir de Grenelle, sont, comme on l'a dit plus haut, spécialement appliqués à la préparation du mouton.

Les circonstances qui ont amené l'installation dans Paris des trois ateliers de préparation et de conservation des viandes par la salaison ordinaire, la salaison modérée à froid et par le sulfite ne seront pas perdues pour l'avenir. Les ouvriers et contre-maîtres qui s'y forment conserveront à Paris ou dans le pays des industries dont on n'avait peut-être pas compris jusqu'ici tout l'intérêt.

Dès qu'il a été question de la conservation des viandes pour les approvisionnements de Paris, le Comité d'hygiène publique, consulté par M. le ministre de l'agriculture et du commerce, a indiqué,

parmi les procédés les plus applicables, la salaison telle qu'elle est pratiquée dans la marine de temps immémorial.

Ce procédé devait naturellement prendre une part essentielle dans la formation des réserves de Paris, et il est juste de constater l'empressement que M. le ministre de la marine a mis à seconder les efforts de l'administration civile.

M. le ministre a fait venir immédiatement de Cherbourg, à la demande de M. Renaud, inspecteur général du service de santé de la marine, une escouade d'ouvriers employés exclusivement aux salaisons, sous la direction d'un contre-maître habile. Ils ont permis d'installer une usine d'essai à Paris, et ils y laisseront des exemples propres à servir de base au contrôle des procédés anciens ou nouveaux actuellement mis à l'épreuve.

Pour l'alimentation d'un grand marché, ces procédés, perfectionnés par l'étude et par la pratique, permettraient d'amener de loin la viande dépecée et choisie, et d'attendre pour sa mise en vente le moment favorable, sans avoir d'altération à craindre. Le rayon d'arrivée pourrait donc s'étendre et le temps affecté à la consommation ne serait plus limité, comme il l'est pour la viande vendue à la criée.

Une autre considération recommande de tels procédés à l'attention publique. Les maux causés par la guerre ne finissent pas avec la guerre. L'Europe aura à compter avec une large destruction de bétail causée par la sécheresse et le manque de fourrages, par l'alimentation destuctive des armées en campagne et par la peste bovine que l'armée prussienne répand dans les contrées qu'elle occupe. Un procédé qui permettrait le transport à bon marché et sur une grande échelle des viandes de l'Amérique ou de l'Australie en Europe trouverait probablement dans cet ensemble de circonstances cruelles une occasion décisive de témoigner de son efficacité.

Je n'arrête pas l'attention de l'Académie sur les procédés d'enfumage des viandes ou d'application directe de l'acide sulfureux gazeux sur elles qui ont été proposés. On n'avait pas de temps à perdre en essais.

Mais les viandes provenant du bétail consacré à la préparation des viandes conservées, de même que celui qui est abattu chaque jour pour la consommation de la viande fraîche, ne sont pas le seul aliment dont il y ait à s'occuper dans un moment aussi grave que celui que nous traversons. L'animal livré au boucher fournit encore des produits secondaires qui peuvent, à l'aide de préparations appropriées, concourir de la manière la plus utile à la nourriture des habitants.

Ainsi Paris manque de beurre; non-seulement le beurre frais n'y arrive plus, mais tous les efforts tentés pour y faire parvenir de larges quantités de beurre salé ont été impuissants.

Mais on sait que le beurre peut être suppléé par la graisse de bœuf, non par sa totalité, mais par ce produit de première qualité qu'on désigne sous le nom de *graisse de rognon*, et qui rivalise, en effet, avec le beurre de cuisine. Le reste de la graisse de l'animal n'était pas accepté jusqu'ici pour les usages culinaires, et formait une seconde qualité abandonnée aux usages industriels. Il n'était pas au-dessus des ressources de la chimie d'enlever à la graisse de seconde qualité les substances qui lui communiquent une odeur ou un goût déplaisant. Les études dirigées en ce sens sont devenues inutiles, M. Dordron, ayant résolu le problème. Le produit qu'il prépare avec les graisses de seconde qualité est supérieur à celui qui constitue la graisse de première qualité, c'est-à-dire la graisse de rognon.

Un second problème appelait l'intervention de la chimie. Le sang de porc est utilisé comme aliment et forme la base du boudin. Le sang de bœuf et celui de mouton ne devraient-ils pas entrer également dans l'alimentation?

Il est difficile d'estimer les quantités exactes de sang que contiennent un bœuf ou un mouton; il l'est moins d'apprécier le poids réel des produits de ce genre que le boucher livre à l'exploitation. Elle paraît pouvoir être évaluée, en moyenne, à 12 kilogrammes par tête de bœuf et à 2 kilogrammes par tête de mouton, en ce moment.

En comptant 550 bœufs et 3,500 moutons comme représentant la consommation moyenne actuelle, on a donc 6,500 kilogrammes de sang de bœuf et 7,000 kilogrammes de sang de mouton, environ 14,000 kilogrammes pour le tout.

Dès à présent, ces quantités sont ou peuvent être utilisées. Sous l'impulsion de M. le maire du 19e arrondissement d'un côté, et de l'autre, sous celle de M. Riche, dont les travaux sont bien connus de l'Académie, on est parvenu à former avec le sang de bœuf un boudin accepté par les consommateurs, et dont la fabrication utilise la totalité de ce produit.

Tout chimiste s'étant occupé de l'analyse et de l'étude du sang pouvait prévoir que le problème serait d'une solution plus difficile en ce qui concerne le sang de mouton. Aussi, n'est-on pas parvenu à le convertir en boudin. Il serait hors de propos d'en déduire les causes en ce moment. M. Riche essaye de l'utiliser en terrines, formées de riz, de graisse et de sang de mouton, composition qui, convenablement épicée et cuite au four, réunirait les trois formes d'aliments nécessaires à l'homme, les aliments albumineux, gras et féculents.

Les mufles et les pieds de bœuf délaissés autrefois par l'alimentation sont devenus l'objet d'une exploitation profitable sous ce rapport.

L'Académie n'a pas oublié la longue et savante discussion dont l'emploi de la gélatine des os fut l'objet devant elle, il y a trente-cinq ans environ. Les uns disaient qu'elle pouvait remplacer la viande; d'autres lui contestaient le pouvoir alimentaire; de plus sages, enfin, considéraient la gélatine comme un aliment, sans doute insuffisant, si on l'employait seul, mais, très-utile, s'il était associé à des aliments gras ou féculents.

Témoin, pendant la disette de 1816, des bienfaits produits dans la fabrication des soupes économiques par la gélatine des os ou plutôt par les cartilages qu'ils laissent quand on les traite au moyen des acides; ayant d'ailleurs pris part aux travaux de la Commission de la gélatine dans le sein de l'Académie, il m'est resté démontré que la gélatine des os est alimentaire, et qu'elle doit être employée, de préférence, sous forme de cartilages ajoutés à la viande dans la préparation du bouillon.

Ne pourrait-on pas recueillir tous les os, déjà utilisés en nature dans la fabrication des soupes économiques et les traiter par les acides, pour débarrasser leur tissu cartilagineux de la partie terreuse qui en empêche la dissolution dans le bouillon?

L'opération consiste, on ne l'ignore pas, à les soumettre à l'action de l'acide chlorhydrique du commerce, étendu de quatre ou cinq fois son volume d'eau. Les os minces sont dépouillés de calcaire en deux ou trois jours; les os épais en exigent huit ou dix. Egouttés et lavés, les cartilages doivent être mis dans une dissolution faible de sulfite de soude, pendant vingt-quatre heures, puis lavés à grande eau.

L'acide sulfureux les préserve d'altération. Il est inutile de les sécher et il vaut mieux les introduire bien lavés, bien égouttés et frais dans le pot-au-feu. Sous cette forme, la réjouissance n'est plus une fiction.

La quantité de gélatine des os qui peut rentrer ainsi dans l'alimentation représente 10 pour 100 environ de la matière provenant de l'animal abattu.

Parmi les industries accessoires auxquelles donnerait lieu l'utilisation des produits secondaires du bétail livré à la boucherie, il est nécessaire d'appeler encore l'attention de l'Académie sur les peaux de bœuf et sur celles de mouton.

Au premier moment, on n'a songé qu'à se préserver des dangers de la corruption des masses de peaux sortant chaque jour des abattoirs et ne pouvant plus être soumises aux opératirns de la tannerie. Il fallait aussi prévenir les pertes que l'Etat aurait eu à subir par leur destruction. On les a donc salées.

Mais il m'a semblé qu'on pouvait aller plus loin. Préparées par une immersion dans l'eau contenant du phénate de soude ou de l'acide phénique et de la glycérine, ces peaux pourraient devenir incorruptibles et rester souples.

Les peaux de bœuf ainsi préparées offriraient sur nos remparts un coucher sain à nos soldats.

Les peaux de mouton munies de leur toison serviraient, pendant les journées pluvieuses et les nuits froides, de fourrures éminemment propres à mettre les sentinelles à l'abri des intempéries.

Il serait à souhaiter, qu'ainsi qu'on a trouvé des entrepreneurs pour les industries dont il a été question en premier lieu, quelques manufacturiers inoccupés en ce moment missent leurs connaissances pratiques au service de la ville pour l'exploitation des os et pour la préparation des peaux. La nécessité d'accroître la quantité d'aliments dont la population dispose n'a pas besoin d'être démontrée. Il suffit de parcourir nos ambulances et de voir combien les affections rhumatismales, les amygdalites, les affections d'entrailles, etc., y témoignent des effets du froid et de l'humidité des nuits, pour être convaincu que l'amélioration des bivouacs et celle du vêtement des sentinelles auraient des résultats également dignes d'intérêt au point de vue de l'humanité et à celui de la défense.

L'Académie me pardonnera les détails dans lesquels je suis entré devant elle. L'approvisionnement de la ville, commencé dans la nuit du 4 au 5 août, a exigé, de la part de l'Administration, des efforts, et produit des effets que l'histoire appréciera. L'Académie reste dans son rôle et accomplit sa mission, quand elle intervient, de son côté, pour rendre plus sûre l'application des préceptes de la science à la pratique des opérations qui intéressent l'alimentation, l'hygiène et la défense de Paris. Devant un intérêt de cet ordre, les moindres détails ont leur prix.

M. MILNE EDWARDS, à l'occasion des communications précédentes sur les procédés de conservation de la viande, entretient l'Académie de quelques essais qu'il a faits, en vue d'obtenir très-promptement la salaison d'animaux entiers. A l'aide d'un réservoir, contenant de l'eau saturée de sel marin et mis en communication avec l'une des grosses veines de l'animal récemment tué (la veine jugulaire, par exemple), on injecte, avec la plus grande facilité, le liquide conservateur dans les vaisseaux capillaires, dont les muscles, ainsi que les autres organes sont creusés, et l'on imprègne de sel tous les tissus plus complétement que l'on ne saurait le faire en faisant pénétrer le chlorure de sodium de la surface vers les parties profondes, ou même en poussant la saumure dans le tissu cellulaire intermusculaire ainsi que cela se pratique pour la salaison des jambons; une opération analogue est faite journellement, et avec un plein succès, dans les laboratoires anatomiques pour la conservation des animaux destinés à la dissection; elle est très-facile à exécuter, et elle paraît susceptible d'être utilisée industriellement : un bœuf tout entier pourrait être salé de la sorte en quelques minutes.

M. Milne Edwards rappelle aussi que les propriétés nutritives de la gélatine des os ont été prouvées de la manière la plus évidente par les expériences physiologiques faites, il y a environ quarante ans, par son frère William Edwards et par M. Balzac, de Versailles. Un animal nourri avec du pain et de l'eau seulement diminue de poids rapidement; nourri avec du pain et de la gélatine, il résiste beaucoup mieux et peut même augmenter de poids; enfin, nourri avec cette dernière ration additionnée d'une quantité très-minime de bouillon sapide et aromatisé, il engraisse le plus ordinairement. M. Milne Edwards partage donc complétement l'opinion de M. Dumas, au sujet de l'importance du rôle alimentaire des os dépouillés des sels calcaires par l'action de l'acide chlorhydrique, et, pour plus de détails sur cette question, il renvoie au huitième volume de ses *Leçons sur la physiologie et l'anatomie comparée de l'homme et des animaux*, p. 204.

M. DECAISNE demande la parole et s'exprime comme il suit :

Puisque l'Académie se préoccupe de la question d'alimentation et de l'usage des viandes salées, je crois qu'il serait utile de recommander la culture de plantes culinaires rustiques et d'une végétation rapide.

Il ne s'agirait pas, en ce moment, de vouloir obtenir de gros légumes; on viserait seulement à la production de feuilles destinées à combattre le danger qui pourrait résulter de l'usage prolongé de viandes salées. Pour obtenir cette *verdure*, il conviendra de semer les graines assez drues et de ne pas repiquer le jeune plant. Ces plantes alimentaires se partagent naturellement en plusieurs groupes : les unes, telles que les *mâches*, serviraient uniquement de salades; les autres, comme les *laitues* et les *romaines* de toutes sortes, les *chicorées*, *endives*, *escaroles*, pourraient se manger crues ou cuites. Enfin, les *épinards*, le *pourpier*, les jeunes feuilles de tous les choux, en y comprenant même celles de colza et de la moutarde blanche, ainsi que des navets, se mangeraient cuites. Les jeunes feuilles des navets sont d'un usage général dans le nord de l'Europe, ainsi que celles de plusieurs amaranthes en Chine. En même temps qu'on cultiverait ces diverses plantes pour en obtenir de la verdure, je crois qu'il serait utile d'en recommander d'autres comme condiments; je citerai le *cresson alénois*, le *persil*, le *cerfeuil* et surtout les *radis*, qui entraient, il y a peu d'années encore, associés au pain, dans l'alimentation. Plusieurs de ces espèces pourraient se cultiver sur couches en employant la masse énorme de fumier que produisent actuellement les animaux domestiques introduits dans Paris.

M. PAYEN ajoute ce qui suit à la communication de M. Milne Edwards :

M. Martin de Lignac a fondé sur l'injection une méthode perfectionnée de salaison des viandes.

Plusieurs des membres du jury ont pu voir, comme moi-même, à l'occasion du concours international de 1867, les préparations effectuées en grand dans l'usine de cet ingénieux agriculteur-manufacturier, sise boulevard de Charonne.

Un réservoir, établi à l'étage au-dessus de l'atelier de préparation, contenait la saumure formée d'une solution de sel marin et d'un peu d'azotate de potasse; plusieurs tubes flexibles, munis de robinets, amenaient, à la volonté des ouvriers saleurs, cette solution vers autant de sondes à injection; celles-ci, introduites dans les pièces à préparer, préalablement pesées, injectaient, sous la pression de 2 mètres 50 environ, la solution saline. Aussitôt la quantité utile, proportionnée au poids de chaque pièce, introduite, la balance sur le plateau de laquelle on l'avait posée trébuchait; le robinet étant aussitôt fermé, le dosage exact se trouvait obtenu.

Pour compléter la salaison des parties superficielles, on pratiquait une immersion dans la saumure.

Le fumage était, dans cette usine, opéré méthodiquement, dans une vaste étuve avec des quantités de bois pesées, et à des températures déterminées à l'aide de plusieurs thermomètres convenablement espacés.

Plusieurs des jurés français et étrangers ont constaté la qualité remarquable des produits préparés ainsi, notamment des langues et des jambons.

Le rapport de la section spéciale déclarait que l'innovation apportée dans le procédé de salaison était l'un des principaux motifs qui avaient fait décerner une médaille d'or à M. Martin de Lignac, inventeur de plusieurs autres procédés remarquables, en particulier des conserves de lait concentré adoptées par la marine et d'un bouillon concentré destiné aux expéditions lointaines.

M. CHEVREUL, en approuvant les observations faites par M. Decaisne, relativement à la culture des plantes légumineuses qui se développent rapidement, présente les remarques suivantes :

Il s'en faut beaucoup que les légumes dont on consomme les feuilles et les péricarpes charnus aient des pouvoirs nutritifs égaux, et, quand il s'agit de l'alimentation de l'homme, ces légumes ne doivent être considérés que comme un accessoire à un régime fortifiant. Il en est autrement des graines que M. Chevreul a comparées (en 1837) aux œufs des animaux, relativement à leur richesse en principes immédiats les plus nutritifs, et rappelons que des feuilles et des péricarpes renferment généralement en moyenne neuf dixièmes de leur poids d'eau, proportion considérable relativement à l'eau des graines.

La laitue est fort peu nourrissante, et d'anciens agriculteurs (Sagrit) ne lui attribuaient la propriété alimentaire qu'après la cuisson. L'épinard l'est un peu plus. Mais M. Chevreul pense, comme M. Decaisne, qu'à la suite d'aliments salés, l'addition des légumes et de la laitue même est favorable à la santé, précisément parce qu'ils renferment des acides, des matières colorées, etc., dont les viandes salées sont dépourvues.

Quant aux choux verts, ils sont très-nourrissants, et 100 parties de feuilles se réduisent, par la dessiccation, généralement de 13 à 14 parties sèches; ils dépassent donc la moyenne, en partie sèche, des légumes et des péricarpes charnus; ils contiennent, en outre, des principes immédiats très-variés et propres à la nutrition. Ainsi :

Ils renferment plusieurs principes azotés, dont l'un coagulable par la chaleur, comme l'albumine, est analogue à l'albumine elle-même, mais non identique, selon M. Chevreul; les autres restent en dissolution après la coagulation;

Ils renferment du sucre, une matière gommeuse, des matières colorées toutes assimilables, des acides, etc.;

Ils renferment au moins deux principes odorants organiques, un principe sulfuré et un principe doué de l'odeur de la matière complexe que M. Thénard a appelée *osmazone*. M. Chevreul reviendra dans un moment sur cette dernière matière.

Les choux contiennent une quantité notable de phosphates de chaux, de magnésie, de fer et de manganèse. Fait remarquable, le phosphate de chaux d'une partie de suc n'est point précipité par l'ammoniaque, tandis que le phosphate de magnésie l'est à l'état de sel double.

Les choux renferment beaucoup de sel, du citrate et du sulfate de chaux, et souvent une quantité notable d'azotate de potasse.

Les choux verts sont éminemment propres à l'alimentation des animaux, et, comme Angevin, M. Chevreul sait le rôle qu'ils jouent dans l'élevage des animaux domestiques de l'ouest de la France, ou associés au lard, surtout dans l'alimentation des habitants des campagnes.

Quant à la conservation des viandes, quant aux salaisons, M. Chevreul fait l'observation qu'on doit éviter, autant que possible, de laver à grande eau la matière qu'on veut conserver, par la raison que les principes spéciaux qui donnent aux viandes cuites des aromes divers préexistent, à l'état latent, dans une matière que ce liquide dissout.

En triturant de la chair de bœuf, de la chair de perdrix, par exemple, avec de l'eau froide, dans un mortier de verre ou de porcelaine, en faisant concentrer dans le vide sec l'eau de lavage, on

obtient une liqueur concentrée qui se coagule par la chaleur en exhalant l'eau de la chair du bœuf, l'odeur du bouillon; l'eau de la chair de la perdrix, l'odeur qui se développe lorsqu'on fait cuire cet oiseau.

Ces aromes spéciaux caractérisent plusieurs viandes. C'est dans l'eau qui renferme les aromes à l'état latent que M. Chevreul a découvert la *créatine*, qui a été l'objet d'un travail approfondi de la part de M. Liebig.

(Commissaires : MM. Milne-Edwards, Laugier, Larrey.)

La séance est levée à 5 heures.

11 OCTOBRE.

LXXXV. **Instruction publique.** — Par décret en date du 10 octobre :

Le palais du Luxembourg est placé dans les attributions du ministère de l'instruction publique et des cultes.

LXXXVI. **Hygiène publique.** — Nous avons été des premiers et des plus persévérants à réclamer, — dans les tristes circonstances au milieu desquelles nous vivons,— les mesures propres à assurer la *propreté* et par conséquent la *salubrité* de Paris; nous en avons même fait une *loi de salut public* ; mais nous voulons être aussi des premiers à remercier M. le maire de Paris de l'affiche qu'il vient de faire placarder. On y vise l'ordonnance du 1er septembre 1853 relative au balayage, etc.; on en rappelle les principales dispositions, en même temps qu'on s'en réfère aux pénalités portées contre les contraventions.

Nous ne voulons pas non plus oublier de dire que dans la plupart des quartiers du 6e arrondissement (nous avons déjà parlé du 8e), le service du balayage des rues est fait plus régulièrement, que l'enlèvement des boues est exécuté chaque matin avec soin. On dit qu'il suffit de vouloir pour pouvoir ; nos magistrats municipaux ne font pas encore tout ce qu'ils voudraient ; mais certainement sur ce point capital de l'hygiène publique, ils font tout ce qu'ils peuvent. C'est ce qu'il est raisonnable de souhaiter en ce moment; chaque jour apportera quelque heureuse amélioration. Du côté de l'autorité la bonne volonté étant grande, grands aussi seront les résultats pour la santé des habitants, si les habitants eux-mêmes prêtent un concours empressé à l'autorité. Chacun à l'œuvre !

Enfin nous avons obtenu en partie satisfaction pour une de nos réclamations les plus instantes : nous voulons parler des *vespasiennes mobiles*. Nous en avons vu dans la cour du Louvre ; — nous voudrions en voir partout où il y a des réunions habituelles de troupes; dans tous les angles des monuments publics ; dans toutes les rues très-fréquentées ; dans tous les quartiers populeux. L'aménagement de celles que nous avons remarquées au Louvre laisse à désirer sans doute ; on fera mieux par la suite ; c'est déjà beaucoup d'avoir commencé. On connaît le proverbe : Il n'y a que le premier pas qui coûte. — Ch. Daremberg. (*Débats*.)

Bonne clientèle à prendre à une heure de Paris. — S'adresser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres instruments ou autres objets).

Curation des maladies organiques de la langue et des cancers en général, par le docteur Déclat. Gr. in-8. — Prix : 8 fr.

Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte, rédigé par Benj. Anger, Bailly, Barrallier, Bernutz, P. Bert, Bœckel, Buignet, Cusco, Demarquay, Denucé, Desnos, Desormeaux, A. Després, Devilliers, Alfr. Fournier, Ach. Foville, T. Gallard, H. Gintrac, Gombault, Gosselin, A. Guérin, A. Hardy, Heurtaux, Hirtz, Jaccoud, Jacquemet, Kœberlé, O. Lannelongue, S. Laugier, Ledentu, P. Lorain, Lunier, Luton, A. Nélaton, A. Ollivier, Oré, Panas, Péan, M. Raynaud, Richet, Ph. Ricord, Jules Rochard (de Lorient), Z. Roussin, Saint-Germain, Ch. Sarazin, Germain Sée, Jules Simon, Siredey, Stoltz, A. Tardieu, S. Tarnier, Valette, Verjon, Aug. Voisin.

Directeur de la rédaction : le docteur Jaccoud.

Se composera d'environ 25 volumes grand in-8 cavalier de 800 pages. Prix de chaque volume de 800 pages avec figures intercalées dans le texte. — Prix : 10 fr.

Les tomes I et XIII sont en vente. Le tome XIII comprend 800 pages avec 150 figures. Les principaux articles sont : Encéphale, par Jaccoud, Hallopeau et S. Laugier; Endémie, par J. Rochard; Endocarde, par Jaccoud; Endoscope, par Desormeaux; Entozoaires, par L. Vaillant et Luton; Épaule, par Panas; Épidémies, Épidémiques (maladies), par P. Lorain; Épilepsie, par Aug. Voisin; Épithélium, par Ranvier; Érectiles (appareils, mouvements, tumeurs), par Bœckel, etc.

Plaies pénétrantes de l'abdomen et procédé de suture nouvelle pour la guérison des anus contre nature, par M. Goyard, 1 vol. in-8, avec figures, 1870. — Prix : 2 fr.

Armées en campagne. — Considérations relatives aux hommes et aux chevaux. — 2 fr., au profit des pauvres.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — Traitement de l'épilepsie (M. Aug. Voisin). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Documents pour servir à l'histoire du mouvement scientifique pendant le siége de Paris.

Paris, le 14 avril 1871.

TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE (1)

Par M. le Dr AUG. VOISIN.
Médecin de l'hospice de Bicêtre.

La thérapeutique de l'épilepsie comprend : 1° le traitement de l'attaque ; 2° celui des accidents qui suivent les attaques, les vertiges, etc. ; 3° celui qui a pour but d'empêcher le retour des phénomènes morbides, et 4° le traitement de la maladie elle-même.

1° *Traitement de l'attaque.*

Dès le début de l'attaque il faut placer l'épileptique dans une position horizontale, à terre ou sur un lit bas, exhausser fortement la tête, débarrasser le cou de tout ce qui pourrait le serrer, et éviter que le malade se blesse. Si l'épileptique se mord la langue, il faut s'efforcer de la repousser d'entre les dents; mais il faut se garder d'interposer un morceau de liége ou de bois, un linge, car on a vu des épileptiques dont les dents coupaient tout ce qu'on mettait entre leurs dents et qui pouvaient l'avaler. Si l'on met des corps plus durs, on s'expose à ce que le malade se casse les dents. Lorsque la salive mousseuse est très-abondante, il est bon d'incliner la tête sur le côté pour qu'elle puisse s'écouler dehors. Lorsque l'attaque est survenue, toute inspiration de substances excitantes est inutile.

La compression des carotides a déjà été employée un grand nombre de fois avec succès; son but étant d'empêcher la congestion cérébrale par atonie des vaisseaux artériels et veineux qui suit la construction des mêmes vaisseaux, on doit l'employer au moment où l'attaque va entrer dans sa période convulsive.

J'ai employé aussi avec succès deux fois un moyen que Brown-Séquard a recommandé : *flexion* aussi énergique que possible de *l'un des deux gros orteils.*

Besson a relaté un procédé assez singulier, essayé depuis plusieurs années au manicôme de Rome, par Solizetti, d'après la méthode de Guido Borelli: avec l'index et le pouce de la main gauche, il fait un arc étendu et l'applique contre les régions temporales, puis il place le pouce de la main droite dans l'espace qui est immédiatement inférieur à la tubérosité de l'occipital. A l'aide des mains ainsi appliquées, il exerce une compression vigoureuse en appuyant fortement; dans le canal sous-occipital, la pulpe du pouce, et en la portant de bas en haut et d'arrière en avant. Ce mouvement s'exécute au moment où les doigts de la main gauche compriment les régions temporales, refoulent le crâne dans un sens opposé à l'action du pouce, et obligent ainsi la tête à décrire un arc de cercle en dehors et en bas de l'axe spinal. Solizetti trouve l'explication des succès obtenus par ce procédé dans les propriétés attribuées à la moelle allongée. L'épilepsie a son siége dans le bulbe, et est produite par une accumulation d'électricité qui se fait dans cette portion de moelle: la compression du bulbe aurait pour effet, en raison du mouvement imprimé à l'atlas, d'interrompre l'accumulation du fluide et de ramener l'équilibre dans les centres nerveux.

La *ligature des membres* a été employée dans le cas de séries d'attaques, et dans le but d'empêcher la succession répétée d'un grand nombre d'accès. Ce moyen paraît agir en soustrayant momentanément à la circulation générale une quantité considérable de sang, et présenterait tous les avantages de la saignée sans en avoir les inconvénients. Quoi qu'il en soit de l'explication, il a parfaitement réussi, entre autres dans un cas relaté par Piégu.

Lorsqu'un épileptique a l'habitude de tomber la tête en avant, il est bon de lui faire porter continuellement un bourrelet; lorsqu'il se luxe l'épaule dans ses attaques, on s'efforcera de maintenir le bras le long du tronc pendant l'attaque, ou bien on doit fixer sur lui un appareil contentif des luxations de l'épaule.

Lorsqu'on assiste à un accès il faut s'efforcer de prévenir ou diminuer l'asphyxie. Or le meilleur moyen est, pour cela, de faire inhaler du cloroforme, de verser sur la face de l'eau froide et de fléchir énergiquement un gros orteil.

2° *Traitement des accidents consécutifs aux attaques.*

Lorsque les attaques, les vertiges, sont suivis de céphalalgie, de stupeur, de malaise général, il y a avantage à donner des bains de pieds stimulants (Valleix) ; si les signes de congestion vers la tête sont très-marqués, si surtout le malade a eu un certain nombre d'attaques qui se sont répétées dans un court intervalle, une application de sangsues derrière les oreilles, à l'anus ou aux malléoles, est utile en même temps qu'il faut donner un purgatif. Lorsque les attaques sont suivies de délire, d'égarement, d'agitation maniaque, de fièvre, on se trouve toujours bien d'appliquer à la nuque, le plus haut possible, un vésicatoire que l'on doit entretenir pendant quelques jours, de donner du sulfate de quinine, de la digitale, du calomel à dose fractionnée, et des purgatifs.

Pour parer au délire maniaque qui se produit fatalement chez quelques malades après des attaques qui reviennent en séries au nombre de huit à dix, quelquefois moins, j'emploi avec succès, depuis plus de trois ans, à Bicêtre d'abord, avec H. Liouville, puis à la Salpêtrière, le curare à la dose de *quinze* centigrammes et plus. Voici comment je procède : dès la première attaque j'injecte dans le tissu cellulaire sous-cutané de l'avant-bras cette dose de curare en solution bien filtrée et bien claire ; je répète la dose pendant les jours suivants ; je la porte même à plus de *deux* décigrammes ; et je la donne chaque jour, tant que le malade conserve un peu de stupeur et de vague (*Voy.* CURARE, t. X, p. 565.)

J'ai observé qu'avec ce traitement ces malades n'avaient plus de fièvre, d'agitation maniaque ou ne présentaient plus que de l'incohérence. Deux fois, pendant une période de quinze mois, je n'ai pas donné de curare à une des malades ainsi traitées, et, ces deux fois, la malade a été prise d'un accès de manie des plus intenses.

Le curare m'a présenté aussi cet avantage d'empêcher la céphalalgie, qui survient si constamment après les attaques; un malade ne se plaignait plus d'un sentiment très-douloureux de constriction de la tête, qui suivait auparavant les attaques.

J'ai noté à Bicêtre, et le fait a été aussi observé par le docteur Bécoulet, que les épileptiques, soumis au traitement par le bromure de potassium, ont très-rarement du délire après leurs attaques.

3° *Traitement qui a pour but d'empêcher le retour des phénomènes morbides.*

L'épileptique doit éviter toute espèce d'excès, tout écart de régime ; la venue d'attaques n'a pas souvent d'autre cause. On a dit que la vue d'accès chez des malades pouvait en produire chez d'autres; je n'ai jamais observé le fait dans mon service d'épileptiques de Bicêtre, mais je l'ai observé sur une femme du service d'épileptiques de la Salpêtrière.

Il ne suffit pas de dire à un épileptique ce qu'il doit faire ; on prescrira ce qu'il ne doit pas faire: ainsi l'épileptique ne doit pas prendre des aliments excitants ou des alcooliques, rester à une température élevée, dans une atmosphère confinée; se tenir immobile, exposé à un soleil ardent; fumer, et surtout la cigarette, s'adonner à l'onanisme, aux rapprochements sexuels, prendre des bains de mer, ni même séjourner sur le bord de la mer. L'épileptique doit en outre s'efforcer de se rendre la vie calme, dégagée d'émotions et de passions.

Lorsque l'attaque d'épilepsie est précédée de prodromes, d'auras, tels que sensations périphériques, épigastriques, bourdonnements d'oreille, hallucinations, on a cherché souvent à empêcher l'explosion, mais on y est rarement parvenu. Cependant, dans les cas d'aura dans une partie éloignée des centres nerveux, on a réussi quelquefois en plaçant une ligature, en exerçant une compression entre ce point et les centres nerveux.

Les procédés les plus divers ont été employés dans ce but par les épileptiques : une ligature un peu forte, manœuvrée quelquefois en garrot, et, mieux encore, suivant le conseil d'Odier, deux bracelets en acier pouvant être serrés par un seul cordon, et placés à des hauteurs différentes ; chez une jeune fille à début par l'extrémité inférieure du corps, une jarretière portée toute la nuit a paru avoir une heureuse influence ; quelques malades, pendant que la crampe est encore bornée à la main demi-fléchie, en appliquent la face palmaire sur une surface plane, et, de l'autre main, pressent fortement sur le dos de celle qui est atteinte. (Herpin.)

Les frictions sur les parties où existe l'aura sont encore une ressource instinctive que l'on peut employer avec avantage. Herpin a vu un épileptique chez qui la convulsion commençait à la base de la langue, et qui pouvait faire avorter ses accès par une contraction des antagonistes des muscles convulsés. Le militaire cité par Odier, dont l'épilepsie dépendait d'une tumeur cérébrale traumatique, empêchait ses attaques au moyen d'une ligature qu'il serrait autour du bras droit, lorsqu'il éprouvait des crampes dans la main correspondante.

Broca a présenté à l'Académie de médecine de Paris, en 1868, un appareil compresseur imaginé par Rozier (de Bordeaux), et employé avec succès sur un épileptique dont les crises étaient annoncées par une aura se manifestant dans l'index droit.

L'inspiration d'odeurs fortes (ammoniaque, tabac) donne quelquefois les meilleurs résultats lorsque les malades sont prévenus par une aura de leur attaque. J'ai pu aussi empêcher l'explosion d'attaques chez des malades qui en étaient prévenus par des auras épigastriques d'une durée de près d'une minute, en leur faisant manger une ou deux bouchées de pain. En particulier, chez un malade dont les auras et les attaques survenaient le plus souvent aussitôt après son lever, alors qu'il était à jeun, l'ingestion d'aliments a suspendu ces auras et ces attaques du matin.

Je citerai seulement, pour mémoire, le fait singulier d'un malade de Bicêtre, sur les épaules duquel il suffisait de monter, au moment de l'aura, pour empêcher l'invasion de l'attaque.

L'épilepsie qui survient périodiquement, au moment des règles, par exemple, ne peut que bien rarement être arrêtée par des médicaments antipériodiques, mais il est bon d'augmenter notablement la dose du médicament aux époques des règles.

La suspension des attaques périodiques, par le moyen du quinquina, a été l'objet des recherches intéressantes de la part de Dumas. Cet auteur avait pensé que, si l'on pouvait rendre l'épilepsie périodique, il serait possible de la guérir par les antipériodiques. C'est dans ce but qu'il faisait prendre périodiquement des alcooliques pour provoquer les crises; puis il suspendait l'usage des alcooliques ; la maladie conservait sa périodicité régulière, et il la traitait par le quinquina.

(*Sera continué.*)

(1) Le tome XIII du nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie vient de paraître. Nous en reproduisons une étude très-intéressante sur le traitement d'une maladie qui est regardée jusqu'ici comme presque incurable.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 août 1870. — Présidence de M. Alph GUÉRIN.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine : Le *Montpellier médical.*

M. A. BLUM (de Strasbourg) adresse à la Société, pour le prix Duval, deux exemplaires de sa thèse inaugurale, intitulée : « *De la septicémie chirurgicale aiguë.* »

— Mémoire sur la *céphalotripsie intracrânienne, par la méthode de M. Guyon ; son exposé; sa critique.* Thèse inaugurale, par le docteur N. Kalendero.

— M. LOUIS THOMAS (de Tours) adresse un travail avec observations à l'appui : « Sur les *Fractures transversales des os maxillaires supérieurs.* »

Le 8 juin 1869, à la nuit tombante, le nommé Hermand Victor, âgé de 47 ans, artilleur, attaché à la fonderie du Ripault (Indre-et-Loire), descendait un escalier très-rapide et très-étroit. Voulant faire place à une personne qui montait, il abandonna la rampe et, par suite de l'obscurité, mit le pied dans le vide. Il tomba d'une hauteur de trois mètres environ, sur la première marche en pierre de l'escalier. La chute eut lieu sur la face. Le blessé ne perdit pas connaissance. Le sang s'écoulait abondamment par la bouche et les narines. Le médecin du Ripault, mandé en toute hâte, fit appliquer quelques sangsues sur la joue droite et, le 12 juin, aussitôt que les premiers accidents furent conjurés, le blessé fut transporté dans mon service à l'hôpital militaire de Tours. Il était alors dans l'état suivant : le côté droit de la face, notablement tuméfié, présentait trois plaies transversales, dont deux peu étendues et superficielles étaient situées l'une près de l'aile du nez, l'autre au niveau du rebord sous-orbitaire. La troisième, plus profonde, ayant un centimètre de large, intéressait la lèvre supérieure dans toute son épaisseur. Cette plaie, produite du dedans au dehors par la canine, indiquait le point précis de la face sur lequel avait eu lieu la chute. Les dents n'étaient nullement ébranlées et le rebord alvéolaire ne présentait aucune fracture; mais si, saisissant entre les doigs les dents incisives, on cherchait à leur imprimer des mouvements, on reconnaissait que la totalité de la mâchoire supérieure pouvait ainsi se déplacer d'avant en arrière et latéralement dans l'étendue de plusieurs millimètres. Il n'y avait pas de mobilité anormale des os de la pommette et des os du nez. Les mouvements imprimés à la mâchoire ne se transmettaient pas à la tubérosité maxillaire. Il résultait donc de ces signes que la mâchoire supérieure était séparée

en totalité du reste des os de la face par une fracture transversale intéressant les deux os maxillaires supérieurs au-dessous de la tubérosité maxillaire, au niveau de la fosse canine. On n'éveillait aucune douleur en portant le doigt indicateur sur l'aileron interne de l'apophyse ptérygoïde; le signe sur lequel M. A. Guérin a le premier appelé l'attention ne serait donc pas aussi constant que l'a avancé ce chirurgien.

L'absence de déplacement rendait le traitement très-simple. Une bande de caoutchouc placée sous la mâchoire inférieure et fixée sur le sommet de la tête, suffit à immobiliser la mâchoire supérieure. L'alimentation consista seulement en boissons et en bouillies. Les plaies de la face se guérirent rapidement. A la fin du mois de juin, la consolidation était avancée au point que le malade m'assurait qu'il pourrait mâcher de la viande. Je crus néanmoins plus prudent de maintenir le bandage appliqué pendant quelques jours encore. A la fin du mois de juillet, le malade quittait l'hôpital complétement guéri de sa fracture.

La fracture qui fait le sujet de cette observation appartient à cette variété de fracture des os maxillaires supérieurs qu'on pourrait désigner sous le nom de fracture transversale double et à laquelle M. A. Guérin a consacré un intéressant mémoire.

Chez mon malade, la fracture avait, sans aucun doute, le même siége que celui qui fut constaté à l'autopsie dans un cas rapporté par M. Guérin. « Les deux maxillaires, les deux apophyses ptérygoïdes, et la branche du palatin qui les sépare, avaient été fracturés suivant une ligne légèrement sinueuse qui s'étendait d'une fente ptérigo-maxillaire à celle du côté opposé. »

Les symptômes relatés permettent d'affirmer qu'il en était de même dans plusieurs observations que j'ai rassemblées et qui ont été publiées par M. J. Cloquet (Répertoire des Sc. Médic., t. XXIII, p. 398), Wisemans (cité par Malgaigne, traité des fractures, p. 373), Prestat (Bulletin de la Soc. de Chirurgie, novembre 1854), Morel-Lavallée (Union Méd., t. XVIII, p. 27), et A. Guérin (Arch. gén. de Méd., juillet 1869).

Dans d'autres observations, la fracture avait le même siége, la même direction transversale, mais n'occupait qu'un seul os maxillaire, celui du côté opposé ayant échappé au traumatisme par suite de la disjonction, sur la ligne médiane, des deux moitiés de la mâchoire. Il en était ainsi dans les observations publiées par Simonin, de Nancy (Fracture de l'un des os maxillaires supérieurs avec disjonction de la suture médiane. Décad. chirurg, Paris 1838), par Richet (Fracture isolée et complète du maxillaire supérieur sans complication de plaie ni d'écrasement (Bullet. Soc. Chir. 18 février 1859), et enfin par Lhonneur (Disjonction des os maxillaires supérieurs, avec enfoncement du maxillaire droit, Bullet. Soc. chir. 6 juillet 1859).

Cette direction constante de la fracture trouve sa raison dans la conformation de l'os maxillaire supérieur, qui présente au-dessus du rebord alvéolaire, une sorte de rétrécissement, en même temps que la cavité du sinus maxillaire en diminue notablement en ce point la résistance.

Dans toutes les observations que j'ai mentionnées, excepté deux sur lesquelles je reviendrai plus loin, la fracture reconnaissait pour cause un choc (coup ou chute) sur la face antérieure du rebord alvéolaire.

La conformation et les rapports des os maxillaires supérieurs nous fournissent l'explication du siége de ces fractures et du mécanisme suivant lequel elles se produisent. L'expérimentation vient encore confirmer cette opinion.

M. Cocteau a, en effet, démontré la possibilité de produire invariablement ces fractures sur le cadavre en portant un coup violent sur la partie de la face qui est située au-dessous du nez.

Les fractures qui n'intéressent qu'un seul maxillaire se produisent suivant le même mécanisme, seulement la violence extérieure agit sur la partie latérale et non sur le milieu du bord alvéolaire, et sous l'influence de celle-ci, il se produit en même temps que la fracture une disjonction, sur la ligne médiane, des deux moitiés de la mâchoire. En l'absence de cette lésion, la fracture s'étend toujours aux deux os maxillaires; pour cette raison, les fractures transversales d'un seul maxillaire sont moins fréquentes que les fractures doubles. Ainsi nous avons réuni seulement trois observations de fractures simples contre neuf observations de fractures doubles.

Dans deux observations rapportées par M. Cloquet, la fracture transversale des deux os maxillaires supérieurs se serait, dit-il, produite suivant un mécanisme différent, et pour cette raison il la désigne sous le nom de fracture indirecte ou par contre-coup.

Je ne puis partager l'opinion de M. Cloquet, et il est, il me semble, facile de démontrer que les fractures ne reconnaissent pas un autre mode de production que celui énoncé plus haut, c'est-à-dire qu'elles sont également la conséquence d'un choc agissant dans le sens horizontal sur le bord alvéolaire de la mâchoire supérieure. Voyons d'abord ces observations :

Obs. I. Un mécanicien du théâtre de la Gaîté, pendant un changement de décoration, tomba à travers l'ouverture d'une trappe, de telle sorte qu'il fut arrêté par le menton sur le bord de l'ouverture, tandis que le couvercle, très-pesant, lui tomba perpendiculairement sur la partie supérieure du crâne. Ce malheureux fut apporté à l'hôpital Saint-Louis, avec tous les symptômes d'une violente commotion du cerveau. En examinant l'intérieur de la bouche, nous reconnûmes l'existence d'une fracture de la mâchoire syncranienne. L'arcade dentaire supérieure paraissait intacte, mais en prenant entre les doigts les dents incisives supérieures, et en leur imprimant des mouvements d'avant en arrière, on faisait mouvoir toute l'arcade alvéolaire dans l'étendue de 2 ou 3 lignes. Les apophyses verticales des os sus-maxillaires n'offraient aucune mobilité, non plus que les os de la pommette et les os du nez, ce dont on pouvait se convaincre en appuyant fortement les doigts sur les parties pendant les mouvements que l'on communiquait à toute l'arcade dentaire.

Obs. II. Un couvreur, en tombant du haut d'un toit, rencontra une solive transversale sur laquelle son menton heurta de telle sorte que sa tête fut renversée en arrière et les maxillaires supérieurs fracturés et séparés l'un de l'autre sur la ligne médiane.

Voici, suivant M. Cloquet, comment les choses se seraient passées dans la première observation: « Il est, dit-il, facile de voir comment les os sus-maxillaires placés au milieu de la tête ont pu se briser, tandis que ceux de la région supérieure et de la région inférieure de la tête qui ont supporté immédiatement le choc sont demeurés intacts. La tête s'est trouvée fortement pressée dans le sens vertical, le crâne ayant résisté puissamment à la manière des voûtes et transmis le mouvement aux os de la mâchoire supérieure, et les a poussés violemment contre l'os maxillaire inférieur. Celui-ci, fixé et retenu immobile sur sa base, a présenté beaucoup de résistance, parce que la pression s'est faite verticalement de son bord supérieur à l'inférieur dans le sens de la plus grande hauteur, aussi, ne s'est pas fracturé, mais a formé une sorte de coin sur lequel les os sus-maxillaires, moins résistants que lui à raison de leur structure et du développement de leur sinus, sont venus se briser. »

Cette explication assez compliquée se trouve réduite à sa juste valeur par la lecture de la seconde observation, dans laquelle le blessé ne reçut aucun choc sur la tête et que M. Cloquet ne fait suivre d'aucune réflexion. Il ressort bien évidemment de ce fait qu'un choc sur le menton peut, à lui seul, produire une fracture transversale de la mâchoire supérieure, et que le choc sur le sommet de la tête, qui dans la première observation a accompagné la chute sur le menton, n'était nullement nécessaire pour la production de cette fracture. Il me semble plus juste d'admettre que dans ces deux observations, le menton se trouvant brusquement arrêté dans la chute, le choc qui en est résulté, agissant en sens inverse de la pesanteur, s'est transmis par l'intermédiaire de la mâchoire inférieure et des dents qu'elle supporte au bord alvéolaire de la mâchoire supérieure, en arrière duquel elles sont situées. De telle sorte que la violence a agi sur la mâchoire supérieure d'arrière en avant, suivant la direction de la moindre résistance de la part des os maxillaires supérieurs.

D'où l'on peut conclure que les fractures transversales des os maxillaires supérieurs sont toujours la conséquence d'une violence intérieure ayant agi dans le sens horizontal sur le rebord alvéolaire de la mâchoire.

(A suivre.)

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

LXXXVII. Académie de médecine. — L'Académie tient séance.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 11 octobre 1870. — Présidence de M. Denonvilliers.

Vaccine. — M. Béclard donne lecture de la note qu'il a adressée au général Trochu relativement à la vaccination et à la revaccination de la garde mobile, ainsi que de la réponse qui lui a été faite par le président du Gouvernement, gouverneur de Paris.

Dans cette note, M. Béclard s'exprimait ainsi :

La première demande que l'Académie doit adresser au gouverneur de Paris, c'est de vouloir bien lui allouer un crédit de trois mille francs destiné à ouvrir de nouveau deux sources abondantes de vaccin (animal et humain). Les animaux de l'espèce bovine sur lesquels on pratique l'inoculation du cow-pox n'éprouvent aucune altération dans leur santé, et, après les quelques jours pendant lesquels ils peuvent être utilisés aux vaccinations, l'éruption disparaît et ils peuvent être, comme les autres, livrés à la boucherie.

En ce qui concerne les moyens pratiques d'arriver le plus rapidement possible à la vaccination et à la revaccination des gardes mobiles des départements, voici les mesures qui pourraient être prises :

1° Inviter la commission des hôpitaux, qui a remplacé l'administration de l'assistance publique, à envoyer à l'Académie de médecine tous les enfants nés dans les hôpitaux et récemment vaccinés.

Ces enfants vaccinifères serviraient dans nos salles de vaccine à inoculer directement les gardes mobiles que les nécessités du service n'appellent pas en dehors du mur d'enceinte. Plus de huit cents de ces jeunes gens se sont déjà présentés et ont été vaccinés séance tenante sans qu'il en soit résulté pour eux le plus léger inconvénient.

Le grand nombre des enfants vaccinifères administrativement dirigés par l'Académie permettrait, en outre, de faire une abondante récolte de vaccin.

Ce vaccin convenablement conservé serait remis à tous les chirurgiens de l'armée active, de la garde mobile et de la garde nationale, qui se rendraient là où se trouvent des groupes armés et y pratiqueraient la vaccination.

2° Le Gouverneur de Paris pourrait faire appel à MM. Bouley et Reynal, membres de l'Académie de médecine et vétérinaires distingués de Paris, et les charger de présider à l'inoculation du cow-pox sur un certain nombre d'animaux de l'espèce bovine.

Un ou plusieurs de ces animaux pourraient, après inoculation, être conduits à l'Académie les jours de vaccination et servir aux vaccinations sur place.

D'autres animaux pourraient être demandés à ces messieurs (qui centraliseraient ainsi momentanément le service des vaccinations animales) et conduits sur tous les points où le vaccin humain ferait défaut.

Voici la réponse du président du Gouvernement, gouverneur de Paris :

Paris, le 9 octobre 1870.

Monsieur le secrétaire,

J'ai l'honneur de vous adresser mes remercîments pour la lettre que vous m'avez écrite, à la date du 8 de ce mois, au sujet de la vaccination des gardes mobiles; j'adopte complétement vos conclusions.

J'écris au ministre de la guerre pour lui faire la demande du crédit de trois mille francs qui vous est nécessaire, et à MM. Bouley et Reynal pour les charger de présider à l'inoculation du cow-pox sur un certain nombre d'animaux de l'espèce bovine. J'invite ces messieurs à se concerter avec vous à ce sujet. En outre, j'ai prié M. le président de la Commission des hôpitaux de faire envoyer à l'Académie de médecine les jeunes enfants récemment vaccinés.

Je vais porter les intentions de l'Académie de médecine à la connaissance de toute la garde nationale mobile; mais je vous prie, auparavant, de me faire connaître le plus tôt possible : 1° quels jours et à quelles heures se fera la vaccination des gardes mobiles; 2° combien d'hommes pourront être vaccinés à chaque séance.

Recevez, etc.

Le président du Gouvernement, gouverneur de Paris,

Général Trochu.

(MM. Depaul, Bouley et Reynal, réunis en commission, ont été chargés de répondre aux deux questions posées par le général Trochu.)

M. Depaul croit de son devoir de dire que le directeur de la vaccine n'est pas resté inactif depuis que la question de la vaccination et de la revaccination des gardes mobiles des départements, réunis actuellement à Paris, a été posée à l'Académie de médecine. Il y a quinze jours déjà, M. Depaul vaccinait ou revaccinait de sept cents à huit cents gardes mobiles; hier, sur l'invitation du général Vinoy, il inoculait de même environ dix-huit cents gardes mobiles appartenant au 13° corps. Après-demain, il doit pratiquer la même opération sur douze cents soldats de cette jeune milice. Il a ainsi, en quelques jours, vacciné, à lui tout seul, près de quatre mille gardes mobiles. D'où l'on peut conclure que, avec l'aide des chirurgiens qui voudraient bien s'associer à son œuvre, il serait facile de revacciner, dans un espace de temps qui ne serait pas très-long, toute cette portion de l'armée de Paris.

M. Depaul signale en passant un fait scientifique intéressant qu'il a eu l'occasion d'observer pendant les dernières vaccinations pratiquées par lui. Sur un groupe de onze mobiles qui n'avaient jamais été vaccinés, et dont l'un portait des traces évidentes d'une variole contractée à l'âge de 6 ans, les inoculations vaccinales ont complétement réussi. Il en conclut qu'il y a lieu d'insister sur l'utilité des revaccinations.

M. Gosselin demande si M. Depaul a pratiqué les inoculations sur les deux bras ou sur un seul bras.

M. Depaul répond que, depuis la proposition faite par M. Chauffard, et prise en considération par l'Académie de médecine, il n'a plus inoculé que sur un seul bras, le bras gauche.

M. Payen appelle l'attention sur la nécessité qu'il y aurait de désinfecter les locaux dans lesquels ont été réunis des varioleux, particulièrement les écoles.

M. Delpech ajoute qu'il serait indispensable de choisir des locaux isolés, autant que possible, des centres de la population pour y réunir désormais les malades atteints de la variole, dans le but, d'empêcher, autant que faire se peut, la propagation de l'épidémie.

M. Hardy fait observer que ces locaux devraient être assez spacieux pour permettre d'y garder les malades tout le temps nécessaire pour que la fâcheuse faculté qu'ils possèdent, même après leur guérison, de transmettre la maladie, ait complétement cessé, ce qui n'a lieu ordinairement qu'au bout de trois à quatre semaines et l'usage d'un certain nombre de bains.

M. Gubler abrége la durée du temps pendant lequel les varioleux guéris peuvent rester contagieux en leur faisant prendre, après dessiccation complète des pustules, quelques bains sulfureux dans lesquels ils se nettoient de la tête aux pieds.

M. Hardy craindrait que ce moyen ne fût pas tout à fait inoffensif dans le cas où il resterait quelques excoriations ou quelques pustules non entièrement cicatrisées.

M. Delpech s'est bien trouvé de prescrire à ses malades, avant leur sortie de l'hôpital, quelques bains simples sans attendre la fin de la période de dessiccation.

M. Chevalier insiste sur l'utilité qu'il y aurait à se servir des désinfectants dans tous les endroits où des varioleux se trouvent réunis.

Alimentation. — M. Gubler, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Bouchardat, Wurtz, Bouley et Béclard, donne lecture d'un rapport en réponse à la lettre dans laquelle M. le ministre de l'agriculture et du commerce demandait à l'Académie s'il ne serait pas possible de trouver des substances capables de remplacer jusqu'à un certain point le lait dans l'alimentation des petits enfants et des malades.

Nous en donnons le résumé :

Paris n'a pas à craindre la disette de lait : 3,000 vaches laitières enfermées dans ses murs fourniront chaque jour, pendant toute la durée du siége, au moins 20,000 litres de lait pur et de bonne qualité.

Cette production, si considérable qu'elle soit, est cependant inférieure à la consommation habituelle et même aux besoins réels d'une population de 2 millions d'habitants.

En conséquence, il importe non-seulement d'en faire le meilleur emploi, mais encore de suppléer autant que possible à son insuffisance.

D'abord une obligation rigoureuse s'impose aujourd'hui à toute mère valide : celle d'allaiter son enfant. Éluder ce devoir sans motif sérieux serait plus qu'une faute dans les graves conjonctures où nous sommes.

Après cela, le premier soin à prendre dans chaque famille, à défaut d'une mesure administrative plus générale et efficace, c'est de réserver la provision de lait pour les malades, et surtout pour les enfants en bas âge, dont c'est la nourriture essentielle.

En second lieu, il faut, en vue des uns et des autres, faire choix de certaines substances se rapprochant du lait par leur composition et pouvant le remplacer jusqu'à un certain point, dans le régime alimentaire, sans en être jamais l'équivalent.

En tête se placent les œufs, qui sont aussi un aliment complet, capable à lui seul d'entretenir les forces et la santé.

Un œuf entier (blanc et jaune ensemble), trituré avec 6 grammes (une demi-cuillerée à soupe) de sucre en poudre, puis délayé lentement dans 100 grammes (un demi-verre) d'eau tiède, donne une émulsion offrant, sinon tout à fait l'apparence, du moins les principales propriétés nutritives d'un bon lait de vache.

Cette quantité représente le quart environ de la ration journalière moyenne d'un enfant à la mamelle.

(1) Voir le dernier numéro.

Par sa composition chimique, la viande crue se rapproche des œufs. Les médecins la prescrivent souvent, avec le plus grand succès, à des enfants délicats dont les facultés digestives sont affaiblies.

Après les œufs viennent les céréales, dont le type est le froment.

Des soupes à la croûte de pain ou à la biscotte, des bouillies faites avec de l'eau ou du bouillon léger et des farines de blé, d'avoine ou bien d'orge et de seigle, puis convenablement sucrées et additionnées même d'un peu de sel, constituent une excellente nourriture pour ceux à qui le lait fait défaut.

La farine la plus riche en principes nutritifs est celle qui provient d'un blé faiblement bluté et qui, n'ayant perdu qu'environ 5 pour 100 de son, donnerait du pain bis plus savoureux et plus substantiel que le pain blanc.

Quoique moins bien pourvu de substances albuminoïdes, le gruau d'avoine, plus aromatique que celui de froment, se recommande encore par une plus forte proportion de matière grasse.

Dans plusieurs provinces, la bouillie d'avoine entre pour une part importante dans l'alimentation des jeunes enfants, et donne de très-beaux résultats.

Dans d'autres contrées, on emploie la bouillie de maïs, également riche en matière huileuse.

Le seigle, à son tour, se distingue par l'abondance d'une matière gommo-sucrée et par ses qualités rafraîchissantes.

Ces diverses céréales, prises isolément ou associées de différentes manières, représentent des aliments de premier ordre, presque aussi réparateurs que les œufs et le lait, dont ils sont toujours les utiles auxiliaires, et auxquels ils pourraient se substituer momentanément sans trop de dommage pour la santé.

Nous n'en dirons pas autant de ces préparations féculentes employées pour composer des potages, et qui, n'étant formées que d'une substance semblable à l'amidon, n'apportent aux organes ni l'analogue de la chair musculaire, ni les sels de potasse et de chaux indispensables à leur restauration ou à leur accroissement.

L'arrow-root, le sagou et le tapioca possèdent par eux-mêmes si peu de propriétés nutritives qu'ils devraient être bannis du régime de l'enfance, ou du moins ne servir que d'appoints pour les aliments plus substantiels.

En définitive, il faut donner le plus possible de lait aux enfants en bas âge; mais si, contrairement à notre espoir et à notre attente, cet aliment devenait d'une excessive rareté, le régime des jeunes enfants, accidentellement privés à la fois du sein maternel et du lait des animaux, pourrait être modifié de la manière suivante :

A mesure que diminuerait la ration de lait, on augmenterait progressivement la proportion des aliments accessoires. Les jeunes sujets passeraient ainsi sans secousse et par une gradation insensible de leur alimentation naturelle à un régime anormal qui ne serait pas exempt d'inconvénient ni même de danger, si la transition n'était pas convenablement ménagée.

Dans la première période de la vie, on aurait recours à l'espèce de lait de poule dont nous avons donné tout à l'heure la formule. Concurremment, on ferait prendre des décoctions un peu fortes de gruau de blé ou d'avoine, faites à l'eau ou bouillon de viande et légèrement sucrées.

A partir du cinquième ou du sixième mois, il faudrait y joindre des bouillies de ces mêmes céréales, des panades ou des soupes au pain, préparées avec du bouillon, sucrées et additionnées encore, s'il se peut, d'un jaune d'œuf ou d'une graisse animale.

La nombre ainsi que la consistance de ces soupes ou de ces bouillies varierait naturellement selon l'âge et la force des sujets.

En temps de disette de lait, ce qui n'est pas le cas actuel, les enfants trouveraient dans ces aliments variés de quoi suffire à leur subsistance.

Dans les circonstances présentes, où l'approvisionnement est seulement diminué, les substances recommandées ici seront le complément nécessaire de la ration de lait devenue insuffisante.

M. Jules GUÉRIN pense qu'avant de chercher des succédanés du lait, il serait plus simple et plus pratique de recommander de couper le lait soit avec de l'eau, soit avec les diverses préparations artificielles indiquées par M. Gubler; mieux vaut n'avoir qu'un demi-lait que de ne pas en avoir du tout.

M. GUBLER fait observer que le lait étant déjà trop largement coupé par les débitants, il serait difficile de faire davantage à cet égard.

M. BARTH s'étonne que M. Gubler n'ait pas indiqué la farine de riz au nombre des farines qu'il a recommandées comme pouvant servir de supplément dans l'alimentation des enfants privés de leur ration habituelle de lait.

M. GUBLER répond qu'il a mis de côté la farine de riz parce que cette substance est de toutes la moins riche en principes alibiles, et principalement en principes azotés. C'est la moins nourrissante des céréales.

M. HARDY : Comment se fait-il que des peuples entiers ne vivent que de riz?

M. GUBLER : Ces peuples vivent ou plutôt végètent dans une paresse profonde et sont incapables de tout travail qui nécessite un certain déploiement de forces musculaires.

M. DEPAUL, sans dédaigner les résultats déduits de l'analyse chimique, préfère s'en rapporter, pour cette question comme pour beaucoup d'autres, aux enseignements de l'expérience. Il repousse d'abord le lait étendu d'eau comme extrêmement nuisible à la santé des enfants. Il s'étonne que M. le rapporteur n'ait pas insisté sur la nécessité de réglementer la distribution de lait, comme on a fait déjà celle de la viande. Avec vingt mille litres de lait par jour convenablement distribués, il serait possible de fournir à l'alimentation des enfants, et il y en aurait encore pour les malades. Le lait devrait être interdit aux gens valides, et les municipalités devraient veiller à ce que tout le lait fût réservé aux enfants et aux malades.

M. Depaul ne saurait approuver le lait de poule, recommandé par M. Gubler comme succédané du véritable lait. Bien que cette préparation soit préférable au lait de poule ordinaire, puisqu'elle est faite avec l'œuf entier, blanc et jaune, mélangés avec du sucre et de l'eau, M. Depaul n'admet pas qu'il y ait analogie entre le lait de poule ainsi préparé et le vrai lait. Chimiquement, cette analogie peut exister; mais, cliniquement, elle n'est pas encore démontrée. Avant donc de proposer ce lait de poule comme succédané du lait, il faudrait que l'expérience eût prononcé.

Pour M. Depaul, les féculents, ou plutôt les farines données aux enfants sous forme de bouillies plus ou moins claires, plus ou moins épaisses, suivant l'âge, valent beaucoup mieux que les œufs pour l'alimentation des enfants. L'expérience de tous les jours montre que ces bouillies constituent un excellent aliment, très-réparateur. Elles sont de beaucoup préférables au lait de vache étendu d'eau.

M. Depaul recommande encore une autre préparation excellente qui consiste dans une décoction légère de viande, thé de bœuf, mélangés avec de la biscotte ou avec une certaine proportion de farines et même de fécule.

M. DELPECH ne comprendrait pas qu'après avoir, dans une récente discussion sur l'hygiène des nourrissons, proclamé ce principe, que rien ne peut remplacer le lait dans l'alimentation des enfants, l'Académie acceptât avec confiance les diverses préparations artificielles qui sont proposées comme pouvant remplacer le lait. De tout ce qui a été indiqué pour suppléer au lait dans l'alimentation des enfants, M. Delpech préférerait les panades de biscotte et le thé de bœuf. Il proposerait également la viande crue, très-bien supportée, comme on sait, par les enfants.

M. BLACHE n'admet pas avec M. Depaul que le lait coupé soit un mauvais aliment pour les enfants. Le lait coupé au quart ou au tiers d'eau, comme on fait habituellement dans les familles, est, au contraire, un aliment excellent. M. Blache préfère l'eau pure à la décoction du gruau que l'on emploie ordinairement pour couper le lait.

Quant au lait de poule fait avec l'œuf entier, M. Blache pense qu'il doit constituer un bon aliment.

Les bouillies faites avec des farines séchées au four sont également de nature à rendre d'excellents services. M. Blache rejette le thé de bœuf et la biscotte qui contient du beurre, lequel rancit avec une extrême facilité.

M. FAUVEL repousse énergiquement la réglementation que M. Depaul réclame pour la distribution du lait dans Paris. L'intervention administrative est ce qu'il y a de pire en ces matières. On le voit en ce moment pour la viande, qui ne fut jamais ni si mal, ni si injustement distribuée depuis que l'administration municipale s'en est emparée. En toutes ces choses, la liberté est de beaucoup préférable à la réglementation.

M. XAROTTE pense que l'autorité devrait appeler l'attention du public sur la nécessité qu'il y a de réserver le lait pour les enfants et les malades.

M. BERGERON insiste pour que, dans les conclusions du rapport, le principe de l'excellence et de la prééminence absolues du lait dans l'alimentation des enfants soit proclamé; il ne faudrait pas que, plus tard, des médecins ou des familles s'autorisassent du savant rapport de M. Gubler pour croire que l'on peut remplacer le lait par diverses préparations artificielles dans l'alimentation des enfants.

M. GUBLER donne de nouveau lecture des conclusions de son rapport, qui sont mises aux voix et adoptées.

La séance est levée à 5 heures.

LXXXVIII. **Voyages dans Paris. — Navigation.** — Le *Journal officiel* de ce jour donne la fin de l'article dont nous avons donné le commencement dans notre numéro du 5 novembre 1870.

De l'autre côté du fleuve, au bout du pont des Arts, le paisible Institut se précautionne aussi contre les éventualités du siége. La Minerve casquée qui sert de tête de lettre à ses programmes a rabattu sa visière, car Minerve, qui est la déesse de la Sagesse, est armée; outre le casque, elle a l'égide, le bouclier et la lance. Elle a aussi près d'elle le hibou nyctalope, veilleur sans distraction, pour qui les ténèbres n'ont pas de mystère. Prudemment inspirée par sa protectrice athénienne, l'Institut a blindé de sacs de terre les fenêtres de la bibliothèque Mazarine et disposé dans ses cours de vastes réservoirs de tôle pleins d'eau. Espérons qu'aucun projectile ne viendra effondrer cette coupole sous laquelle se sont débitées tant de harangues mêlées d'allusions, de sous-entendus et d'éloges épigrammatiques. Autrefois, comme on peut le voir dans les gravures du temps par Israël Sylvestre, la portion du quai qui formait comme le soubassement de l'Institut était ornée de trophées et de sculptures d'un bon effet dont la suppression est regrettable.

A l'angle du pont du Carrousel, sur le quai Saint-Nicolas, fonctionnent, par manière d'expérimentation, des pompes à vapeur d'une grande puissance. La cheminée de la machine dégorge une fumée blanche, et le tuyau de la pompe, long serpent de cuir à la tête d'airain, darde un jet d'eau dru, strident, impétueux comme une trombe, qui, avec un bruit de fusée, monte aussi haut que le jet de Saint-Cloud ou des Tuileries, pour retomber quelques instants après en pluie argentée. Plusieurs de ces pompes étaient en activité et lançaient l'eau à de grandes distances. Elles éteindront bien vite les incendies allumés par les obus et les bombes à pétrole, si ces engins de destruction arrivent jusqu'à nous. De nombreux spectateurs, accoudés au parapet du quai et au garde-fou du pont, regardaient ces manœuvres avec un intérêt aisé à comprendre.

Le jeu des pompes ne distrayait pas les tambours et les clairons qui s'exerçaient dans le jardin des bains Vigier, dont les massifs d'arbres, verdoyants encore, rompent si agréablement les lignes architecturales des Tuileries. Leur bruit martial rappelait aux idées guerrières l'imagination, que la sereine beauté du spectacle eût pu emmener loin de la sévère réalité.

En face des bains Vigier, derrière une buanderie, au bas de la muraille du quai, est installée une baraque que surmonte toujours un panache de fumée, et dont le sapin neuf attire le regard : c'est une prise d'eau directe dans la Seine pour alimenter les quartiers de la rive gauche au cas où l'ennemi couperait le canal de l'Ourcq. Vous voyez qu'on a pensé à tout.

Près du Pont-Royal, vis-à-vis le café d'Orsay, la frégate-école, transformée en établissement hydrothérapique, avec ses hauts mâts, ses agrès et ses vergues, auxquelles sont suspendues des boules métalliques coloriées, donne à ce coin un petit air maritime très-pittoresque et fait penser à ce projet de Paris port de mer, dont la réalisation eût moins coûté qu'une année de guerre stérile et destructive.

Quelle richesse d'aspect prend, éclairé par le beau soleil d'automne et vu d'en bas, ce qui mouvemente toujours les lignes et produit des effets nouveaux, le pavillon d'angle des Tuileries reconstruit récemment et gardant encore sa blancheur dorée! Les figures et les groupes de Carpeaux, frappés d'une chaude lumière, se dégagent de la façade avec une incroyable pétulance de vie. Cette sculpture palpite et semble remuer. La jeune femme agenouillée qui écarte des feuillages et qu'accompagnent de petits génies est de chair et non de pierre. Cela peut déranger la tranquillité de l'architecture, qui aime chez les hôtes qu'elle loge dans ses frontons, ses archivoltes et ses frises, des attitudes symétriques et paisibles, et, sous ce rapport-là, les personnages sculptés par Carpeaux sont de francs tapageurs. La vie est en art une qualité si suprême qu'elle fait tout pardonner. Au sommet du pavillon de l'Horloge flotte le drapeau de la société internationale de Genève, croix de gueules sur champ d'argent. Le palais est changé en ambulance, et dans le jardin les statues de Coysevox, de Coustou, de Lepcautre et de Théodon regardent avec surprise, de leurs grands yeux blancs, les parcs d'artillerie, les canons, dogues de bronze qui ne demandent qu'à aboyer, les tentes sous lesquelles se glisse le soldat, et tout cet appareil de guerre qu'il semblait que tout Paris ne dût jamais voir. Paris, n'était-ce pas la ville neutre par excellence, la vraie capitale du monde, le cerveau et l'œil de l'Univers? Au-dessus des arbres tournoient les pigeons inquiets, et les oiseaux se demandent en leur langage ce qu'est devenu le *charmeur*. Cependant, impassibles comme des sentinelles de marbre et de bronze, les sphinx de Sébastopol et les lions de Barye continuent à monter leur faction.

Quel admirable bassin forme la Seine entre le pont Royal et le pont de la Concorde! à droite, au-dessus du quai, la terrasse des Tuileries avec son garde-fou à pilastres et son couronnement de grands arbres où l'automne mêle à la verdure des teintes de safran; à gauche, le palais d'Orsay, le charmant palazzino de la Légion d'honneur, l'hôtel de l'ambassade d'Espagne, l'hôtel du Cercle agricole, et, se présentant de profil pour faire face à la Madeleine, le palais du Corps législatif, auquel l'éloignement prête un faux air de temple grec. Sans doute, cela ne vaut pas le Parthénon, mais à distance, avec les magies de la lumière et de la perspective, les ruptures de lignes produites par la silhouette des arbres massés près du pont, l'effet à l'horizon est d'une grâce incomparable. Au fond, dans une vapeur bleuâtre, ondulent les coteaux de Meudon et de Sèvres, noyés, perdus, et d'une douceur de ton qui rappelle les derniers plans de Claude Lorrain.

Pendant que le pyroscaphe descend le fleuve, laissant derrière lui son sillage écumeux, sur le quai passent au grand trot, avec ce retentissement formidable qui ressemble au bruit du char de Capanée roulant sur son pont d'airain les pièces de canon et les fourgons d'artillerie. Les baïonnettes des régiments en marche luisent au soleil comme les épis d'une moisson d'acier. On est toujours accompagné par le bruit rhythmé du tambour et l'éclatante fanfare du clairon; une activité militaire sans pareille règne partout. Le temps du rêve est passé.

Toute cette agitation, cependant, ne trouble pas les pêcheurs à la ligne. Le pêcheur à la ligne est, de sa nature, philosophe et flegmatique. Nous en avons vu un grand nombre de Bercy au Point-du-Jour : les uns dans l'eau, à mi-jambe, comme des hérons à l'affût; d'autres debout, à la pointe d'une barque; ceux-ci assis, les pieds pendants au bord d'une rampe de quai; ceux-là perchés sur la corniche d'un pont, tous suivant de l'œil, avec une extrême intensité d'attention, les nutations du flotteur en liége, ou remettant une amorce à leur hameçon, pour justifier sans doute l'axiome un peu sévère : « La ligne est un instrument qui commence par un *asticot* et finit par un imbécile. »

Ces braves gens ne semblaient guère penser aux Prussiens, et les bombes tombant à côté d'eux dans la rivière ne leur arracheraient que ces mots : « Cela va effrayer le poisson! »

Quelques-uns voient peut-être dans cette innocente occupation la chance d'augmenter d'une friture la carte peu variée du siége; mais les autres pêchent avec une passion désintéressée, sans espoir, comme toutes les vraies passions; ils ne prennent jamais rien et ils reviennent toujours. Pourtant nous avons vu un pêcheur heureux lever au bout de sa ligne, où il frétillait comme un éclair d'argent, un goujon de la longueur du doigt.

Au delà du pont de la Concorde, la Seine s'infléchit un peu, ayant d'un côté l'hôtel de la présidence et celui des affaires étrangères, et de l'autre les allées du Cours-la-Reine, que dominent les combles vitrés du palais de l'Industrie, pareils au dôme d'une immense serre dont les vitres scintillent au soleil. Les belles lignes du quai donnent à tout ce parcours un aspect grandiose et monumental dont l'impression est solennelle.

Au pont de l'Alma, saluons le zouave et le soldat de ligne sculptés sur les piles dans une fière attitude, et qui semblent garder le fleuve contre les approches de l'ennemi; saluons aussi la coupole des Invalides damasquinée d'or comme un casque sarrazin, qu'on aperçoit là-bas brillant dans l'air bleu quand on tourne la tête vers Paris. On avait conseillé d'en éteindre la dorure sous un badigeon. Il ne le faut pas! Qui oserait prendre pour point de mire l'asile du courage malheureux! Et d'ailleurs qu'importe aux invalides une cicatrice de plus!

Des chevaux conduits par leurs cavaliers descendent les rampes du quai du côté de l'École militaire, pour se baigner ou s'abreuver au fleuve. Rien de plus beau que ces nobles bêtes qui partagent les périls de l'homme, montées à poils et que guident des soldats n'ayant que leur pantalon de toile et leur chemise qui font, au vent, des plis de chlamydes antiques. On retrouve dans ces groupes les mouvements fiers et simples des métopes du Parthénon. A défaut de Phidias, que ne passe-t-il par là un Géricault! Quels modèles lui fournirait ce va-et-vient de chevaux descendant et remontant, dont quelques-uns se cabrent devant la fraîcheur de l'eau! Il y avait aussi des mulets reconnaissables à leurs longues oreilles. Ne méprisons pas ces utiles bêtes si dures à la fatigue; elles portent les lourds bagages et les blessés, se faisant contre-poids sur les cacolets. Si elles ne sont pas à la gloire, elles sont à la peine, ne l'oublions pas. Des bœufs « aux jambes torses » selon la belle épithète homérique, arrêtés au bord de la rivière, levaient avec un air de vague inquiétude leurs mufles luisants d'où l'eau tombait en longs fils.

Sur le pont d'Iéna, baptisé d'un nom de victoire comme la plupart de nos ponts — Austerlitz, Arcole, Solferino, l'Alma — défilaient des régiments de ligne se dirigeant vers les hauteurs de Chaillot. Des escadrons de gendarmerie suivaient le quai du côté de la Manutention militaire en pleine ébullition d'activité. Tout respirait la guerre, tout se préparait à la défense; les quatre groupes équestres situés aux abords du pont d'Iéna semblaient hennir et respirer l'odeur de la poudre.

Ces troupes partaient du Champ-de-Mars, où s'alignent de longues files de baraquements en planches destinés à loger les soldats. Tout le vaste espace est transformé en camp. Qui dirait qu'il y a trois ans à peine s'élevait sur cette même place cette énorme Babel de cristal et de fer nommée le palais de l'*Exposition universelle ?* Dans le labyrinthe du bâtiment colossal s'entassaient les merveilles de la civilisation et de la paix, les suprêmes efforts du génie humain; l'art y coudoyait l'industrie, les blanches statues s'y dressaient près des noires machines, la peinture s'étalait près des riches étoffes de l'Orient, les maîtres de tous les pays avaient envoyé là leurs toiles les plus exquises, les chefs-d'œuvre auxquels ils devaient leur gloire. Chaque nation s'était efforcée de dire son dernier mot. Les promenades, sous les hautes nefs de cette cathédrale du travail, étaient des suites d'émerveillements; on se sentait fier d'être homme en contemplant ces prodiges. Si élevée était la voûte qu'il fallait une machine pour y monter et que le toit, avec ses arcades rouges trouées d'azur, vous causait la sensation d'immensité du Colisée de Rome.

Autour du monstrueux édifice s'éparpillaient en des jardins charmants, sortis de terre comme des décors féeriques au coup de sifflet du machiniste, des temples égyptiens avec leur pylone chamarré d'hiéroglyphes, des mosquées, des okkels, des conacks, des palais pareils à ceux des *Mille et une Nuits* du plus pur style arabe, des chalets suisses, des isbas russes, des cabanes de pêcheurs norvégiens, des pagodes chinoises, des pavillons japonais, des boutiques à débiter des bibles protestantes, tout jusqu'à un fac-simile des catacombes de Rome. Nous ne parlons ni des brasseries où Vienne et Munich versaient leur bière intarrissable, ni des cafés algériens avec leur musique nazillarde, ni de la musique endiablée des Tsiganes, ni des Aïssouas mangeurs de feu et de serpents. C'était la grande foire du monde à côté de l'Exposition universelle, la petite pêche après la grande. Rien n'y manquait, pas même une statue équestre du roi Guillaume, qu'on avait la politesse de ne pas trouver trop ridicule; pas même ce fameux canon Krupp dont on nous menace et que nous admirions médiocrement, car c'était le temps des belles luttes pacifiques, honneur de l'esprit humain, et nul ne pensait que cet effroyable engin de destruction dût jamais servir.

Les empereurs, les rois, les sultans, les princes venaient rendre visite avec une politesse jalouse à cette belle ville, objet de leur secrète envie, et Paris leur faisait des entrées et les recevait avec son gai sourire, ne pensant pas aux rancunes qu'excitaient ses splendeurs.

Qui se douterait aujourd'hui que sur ce terrain vague, çà et là jonché de paille, où fume le feu des bivouacs, s'élevait comme un rêve l'édifice féerique. Il semble que des siècles se soient écoulés depuis cette époque, pourtant si rapprochée de nous. C'était trop beau. Les *Moires*, ces divinités sévères qu'offusque l'orgueil des individus et des peuples, se plaisent à l'écroulement de ces prospérités trompeuses, et de leurs maigres mains les poussent à la ruine; mais le malheur retrempe les cœurs généreux, et nous sortirons victorieux de la lutte.

Sur le versant du Trocadéro qu'escalade une large rampe, qui fait penser à l'escalier des propylées d'Athènes, mais qui ne conduit pas malheureusement au divin portique de Mnésiclès, stationnent des multitudes de curieux tâchant, à grand renfort de longues-vues et de lorgnettes, de découvrir si le soleil ne fait pas briller à l'horizon quelque casque ou quelque fusil de Prussien. Car c'est là la curiosité qui tient toutes les poitrines haletantes : apercevoir au moins cet ennemi invisible, nous étreignant dans un cercle mystérieux.

La manufacture des phares porte au sommet de sa tour un sémaphore dont les drapeaux en ce moment transmettaient un signal. Que peuvent dire ces morceaux d'étoffe de couleurs diverses qui montent et qui descendent. L'ennemi s'approche-t-il? Faut-il courir au rempart? Le secret de ce langage échappe, nous l'espérons du moins, aux espions de Bismarck.

On longe l'île des Cygnes, on dépasse le pont de Grenelle, et les rives du fleuve prennent un aspect plus champêtre. Les bouquets d'arbres y alternent avec les maisons. Les cheminées d'usines s'y élèvent plus fréquentes. Les restaurants, les guinguettes s'y montrent précédés de leurs petits jardins distribués en cabinets de verdure. De nombreuses flotilles de canots et de barques sont amarrées près du bord. On y distingue aussi deux ou trois chaloupes canonnières, qui impriment tout de suite de la gravité au paysage, qui ne demanderait pas mieux que de sourire.

Enfin apparaît le viaduc du Point-du-Jour, avec ses élégantes superpositions d'arcades portant à leur sommet le chemin de fer de ceinture. C'est un ouvrage digne des Romains et qui rappelle le merveilleux pont du Gard. Rien de plus noble, de plus solide et de plus léger à la fois. L'air joue librement par les larges baies à travers lesquelles on découvre les coteaux de Meudon et de Sèvres, tous ces sites charmants, amour des peintres et des poëtes, qui nous sont interdits — pas pour longtemps. Nous ne vous dirons pas les formidables défenses qui hérissent le viaduc et ses abords; mais dès à présent on peut, en employant la phrase de Shakespeare, dire aux Prussiens : « Maintenant, nous sommes assez près. Vous pouvez jeter là vos écrans de feuillage et montrer qui vous êtes. » — Théophile Gautier.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Maladies régnantes État sanitaire de Paris pendant le siége. Pneumonies. Broncho pneumonies. Bronchites. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Documents pour servir à l'histoire du mouvement scientifique pendant le siége de Paris. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 15 avril 1871.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Maladies régnantes. — État sanitaire de Paris pendant le siége. — Pneumonies. — Broncho-pneumonies. — Bronchites.

Les maladies des voies respiratoires ont eu une part très-large dans la pathologie du siége. Elles ont fourni, après la variole, le chiffre le plus considérable à la mortalité. Les bulletins accusent pour la pneumonie 5,168 décès; pour la bronchite, 6,002; ensemble 11,170. Il n'a point été tenu compte des pleurésies qui, à tort ou à raison, ont été englobées dans la dénomination de pneumonie. Si nous suivons l'ordre chronologique des relevés mortuaires, nous verrons que la mortalité produite par les affections de poitrine a suivi une progression assez régulière et rapide à partir du mois d'octobre. Pendant les mois de septembre, octobre et novembre, la mortalité par pneumonie oscillant entre 60 et 80 par semaine, dépasse 100 dans la première semaine de décembre, arrive à 200 dans la dernière semaine; en janvier, elle donne 262 dans la première semaine, 390 dans la deuxième, 426 dans la troisième et s'élève jusqu'à 478 dans la quatrième; et elle se maintient au chiffre de 460 en moyenne pour chacune des semaines de février.

La bronchite a suivi une progression parallèle. Nous trouvons dans les mois d'octobre et de novembre, une moyenne septennale de 90, en octobre de 100 à 200 (258 pour la dernière semaine), et en janvier et février, nous trouvons les chiffres considérables de 500 à 600 (627 du 28 janvier au 3 février).

On a beaucoup remarqué cette élévation considérable de la mortalité par bronchite et on en a tiré cette présomption qu'il avait dû s'introduire de nombreuses erreurs dans les déclarations et les relevés, et qu'une grande partie de ces décès attribués à la bronchite devaient très-probablement être imputables à la pneumonie, ou quelques-uns même à la fièvre typhoïde. Nous ne contesterons pas qu'il ait pu effectivement être commis un certain nombre d'erreurs de ce genre, et qu'il y ait, par conséquent, quelque chose à défalquer du total considérable des décès par bronchite; mais ce que nous pouvons affirmer, c'est qu'en tenant compte de toutes causes d'erreurs possibles et défalcations faites de tous les chiffres imputables à d'autres affections, il n'en reste pas moins un chiffre réel encore très-élevé de mortalité par bronchite.

Nous verrons, du reste, plus loin ce qu'il faut penser de ces fausses déterminations au point de vue de l'intérêt qui nous touche le plus ici.

Revenons sur la marche qu'ont suivie les affections des voies respiratoires :

Voici en particulier ce que disait M. Colin au mois de septembre, en exposant l'état sanitaire actuel de l'armée depuis le commencement de la guerre. Tout en faisant remarquer qu'en somme le chiffre des malades était peu élevé parmi les soldats, il signalait néanmoins parmi les affections principales les pneumonies très-communes encore dans le mois d'août. Ajoutons qu'elles avaient déjà à cette époque, le caractère catarrhal, qui a pris depuis, comme nous le verrons, une prédominence si marquée. M. Léon Coindet, dont tout le monde déplore la fin si cruelle, signalait, à la même époque, à ses collègues de la Société médicale des hôpitaux, la grande fréquence des affections catarrhales à l'hôpital militaire Saint-Martin, dont il avait alors la direction, mais en ajoutant toutefois qu'elles étaient généralement bénignes.

Mais à mesure que nous avançons dans cette période néfaste du siége de Paris, sous l'influence multiple et combinée des causes dont nous aurons à examiner et à analyser plus tard l'action, les froids rigoureux et persistants, les fatigues, les privations, les affections pulmonaires vont en augmentant à la fois en nombre et en intensité; il semble qu'à mesure qu'elles frappent un plus grand nombre d'individus, elles frappent plus fort; c'est ainsi que le chiffre de la mortalité par pneumonies et par bronchites atteint son maximum, à partir du commencement de janvier jusque vers la fin de février.

Ainsi, tandis que du 4 septembre au 10 décembre, nous ne trouvons dans les relevés statistiques que 996 décès par bronchite et 981 par pneumonie, ensemble 1,977, nous trouvons du 11 décembre jusqu'au 3 mars, 5,006 décès par bronchite et 4,187 par pneumonie, ensemble 9,193. Les pneumonies, écrivait à cette époque M. Colin, se sont montrées avec un caractère de gravité excessive. Alors qu'elles ne tuaient dans l'année que 3 malades par mois jusqu'au 1er décembre, elles en ont tué 40 en décembre et 124 en janvier.

« Ce n'était plus, ajoutait-il, la pneumonie primitive, maladie peu grave généralement de 20 à 25 ans, mais la pneumonie secondaire, celle qui frappant soit les convalescents de fièvre typhoïde, de variole, de rougeole, soit les individus affaiblis de plus en plus par les fatigues et les privations du siége, offrait les caractères redoutables qu'on lui voit à la suite de l'alcoolisme, du scorbut ou de l'intoxication palustre, en un mot dans tous les cas de débilitation. »

Nous venons de dire, à l'occasion du chiffre considérable de la mortalité produite par la bronchite, chiffre plus élevé encore que celui de la pneumonie, qu'on en avait peut-être justement suspecté l'exactitude. Il est très-probable, en effet, nous pouvons même dire qu'il est certain que ce chiffre n'est pas exact. Il serait assurément fort difficile, pour ne pas dire impossible, de reviser aujourd'hui cette statistique et de faire un départ plus juste entre ces deux éléments de la statistique mortuaire. Mais cela fût-il possible, à la rigueur, y aurait-il une utilité et une importance bien réelles à le faire? Nous ne le pensons pas, et en voici la raison.

Si, au point de vue anatomo-pathologique et dans les conditions ordinaires de simplicité, la bronchite et la pneumonie franche diffèrent au point de ne pouvoir être confondues que par une inadvertance ou une inattention condamnable, il n'en est plus de même lorsque la pneumonie et la bronchite, développées sous l'influence de causes communes et identiques se succèdent, se compliquent ou se combinent pour former cette sorte d'affection mixte qu'on appelle la broncho-pneumonie, comme nous l'avons vu à peu près constamment pendant toute cette période pathologique sur la population militaire de Paris, comme tous les praticiens ont dû le voir si souvent, dans la pratique civile, chez les vieillards et chez les enfants notamment.

En effet, et c'est ce qui explique le nombre considérable de décès qui ont été inscrits sous le nom de bronchite, la plupart des malades qui entraient dans nos services n'avaient d'abord qu'une bronchite, beaucoup même n'entraient que pour de simples laryngo-trachéites; mais ceux-là même qui n'avaient que de la trachéite, tout comme ceux qui présentaient à l'auscultation tous les signes d'une phlegmasie catarrhale généralisée de la membrane muqueuse bronchique, avaient un léger mouvement fébrile le plus ordinairement avec la forme rémittente et offraient tous les signes d'une courbature générale avec faiblesse et douleur de tous les membres et souvent même d'une prostration profonde.

Quelques-uns de ces malades succombaient aux progrès de la bronchite généralisée ou capillaire, ils succombaient à une véritable asphyxie lente, graduelle, à une véritable angiemphraxie, comme dirait M. Piorry, sans qu'il se fût manifesté le moindre signe de pneumonie. Ces cas-là, assez nombreux du reste, justifiaient jusqu'au bout la qualification de bronchite inscrite sur les pancartes et sur les cahiers de visite. Mais le plus souvent, après quelques jours de durée des premiers phénomènes, la fièvre s'allumant avec plus d'intensité, les malades accusaient un point de côté plus ou moins vif, parfois une douleur plus générale étendue à tout un des côtés de la poitrine; à l'expectoration bronchique abondante s'ajoutaient quelques crachats visqueux, adhérents, rouillés; l'auscultation faisait reconnaître alors l'existence de noyaux pneumoniques plus ou moins étendus, embrassant quelquefois la totalité d'un lobe pulmonaire et arrivant très rapidement à l'hépatisation, la bronchite persistant d'ailleurs dans toute l'étendue de la poitrine. Or ces cas, qui entraînaient la mort pour la plupart, continuaient à figurer sous leur première étiquette.

Enfin, dans les circonstances même où la pneumonie débutait d'emblée, il était rare qu'elle restât simple et franchement inflammatoire, et qu'elle ne revêtît pas promptement le caractère catarrhal, qui était en quelque sorte comme le cachet de la constitution régnante. C'est ici surtout qu'on pouvait vérifier l'exactitude de cette proposition de Stoll, savoir : que sous une constitution médicale catarrhale toutes les formes symptomatologiques sont congénères de la même famille.

Cela est si vrai, qu'à ce point de vue, non-seulement les pneumonies et les bronchites se confondent dans un plan pathologique commun, mais encore il en faudrait rapprocher les fièvres éruptives, notamment les rougeoles, qui ont généralement et qui ont eu surtout dans ces dernières circonstances des affinités si étroites avec les affections catarrhales. Cette remarque, du reste, n'a pas échappé à M. Colin, dont nous avons déjà invoqué le témoignage si autorisé en cette matière, et qui, dans une note publiée tout récemment dans la *Gazette hebdomadaire*, faisait un rapprochement très-juste entre les maladies qui ont eu lieu durant le siége et les épidémies observées à diverses époques dans l'armée, et qui ont presque toujours surgi au milieu de conditions analogues à celles où se sont trouvés dernièrement nos soldats, à savoir : un hiver rigoureux, une constitution médicale exanthématique et l'agglomération d'un grand nombre de recrues, qui lui fournissent un aliment naturel.

Enfin, on a signalé aussi comme une des causes probables des confusions qui ont dû être commises plus d'une fois dans le classement des décès, une certaine relation qui a existé également entre les affections thoraciques et la fièvre typhoïde. Nous avons déjà fait remarquer, en parlant de cette dernière affection, le rôle important qu'y ont joué la bronchite et la pneumonie, et combien ont été fréquents les cas de véritable complication, une pneumonie survenant intercurremment dans le cours d'une fièvre typhoïde et en précipitant l'issue fatale. Eh bien! à côté de ces cas il s'en est montré d'autres assez nombreux aussi, où la pneumonie s'accompagnait de délire, avec sécheresse et fuliginosités de la langue et des lèvres, quelquefois un peu de diarrhée, prostration générale, au point de faire croire volontiers à une fièvre typhoïde. — Dans quelques circonstances, il est vrai, une fièvre typhoïde se déclarait au décours ou pendant la convalescence d'une pneumonie, mais on voyait se dérouler alors successivement tous les phénomènes initiaux, jusqu'à ce que la maladie acquît son entier développement, auquel cas il n'y avait aucune méprise possible. Quelques-uns des faits de ce genre ont pu être, en effet, indifféremment portés au compte de la pneumonie ou de la fièvre typhoïde, suivant qu'on les a inscrits sur les relevés sous la première ou sous la seconde dénomination. — Mais ce n'est point à ces faits que nous faisons allusion, mais bien aux pneumonies véritables et qui, sans perdre leur autonomie, revêtaient incidemment quelques-uns des caractères des affections typhoïdes. Notre collègue dans la presse médicale et à l'ambulance du Luxembourg, M. le docteur de Ranse, qui a observé aussi quelques faits de ce genre dans son service, a exprimé, à cette occasion, l'avis, auquel nous nous rangeons volontiers, qu'ils devaient être rattachés à cette forme grave de la fièvre péripneumonique que quelques auteurs ont désignée sous le nom de pneumo-typhus.

En résumé, comme on le voit, les affections thoraciques ont joué un rôle important dans la pathologie du siége, sous la double influence des froids intenses et persistants de la saison, des fatigues excessives auxquelles les soldats notamment étaient soumis, et de la constitution médicale régnante, dont elles étaient elles-mêmes un des éléments principaux; se rattachant, d'une part, aux fièvres éruptives, de l'autre aux affections typhoïdes, et se confondant toutes ensemble, sous quelque forme apparente qu'elles se soient présentées : bronchite, pneumonie, pleuro ou broncho-pneumonie, dans une sorte de fonds commun, auquel on pourrait donner comme caractéristique générale la dénomination de constitution catarrhale ataxo-adynamique.

Terminons par un mot sur le traitement. Le traitement généralement institué par nos collègues et nous, fondé sur les indications qui ressortent des caractères que nous venons de rappeler, consistait dans l'administration d'un éméto-cathartique au début, répété dans quelques cas une fois ou deux, puis les potions antimoniées, au kermès dans les bronchites, au tartre stibié dans les pneumonies, associées aux narcotiques, et alternées avec les alcooliques, potion de Todd ou thé au rhum; révulsifs plus ou moins énergiques sur la peau, larges vésicatoires sur la poitrine (dont par parenthèse il fallait surveiller les effets, dans ces derniers temps notamment), sinapismes répétés aux extrémités; et enfin régime alimentaire réconfortant et toniques reconstituants aussitôt et autant qu'il était possible de le faire.

Le musc, le castoréum, l'assa fœtida, le quinquina nous ont aussi rendu quelquefois des services dans les pneumonies à apparence typhoïde.

Nous reviendrons du reste sur quelques-uns de ces points, à propos de quelques-uns des faits qui pourront faire plus tard l'objet d'observations plus détaillées.

RHUMATISMES.

Il faudrait pour donner l'ensemble de la physionomie

des maladies de cette époque faire une place, à côté des affections thoraciques catarrhales, aux affections rhumatismales qui relèvent en partie des mêmes conditions étiologiques, et jusqu'à un certain point d'un caractère pathologique commun. Les rhumatismes ont été fréquents, en effet, et ils ne pouvaient ne pas l'être dans les conditions où se sont trouvés pendant si longtemps nos soldats jeunes ou vieux, couchant les uns dans les tranchées, les autres sur les remparts.

Les rhumatismes se sont montrés sous toutes les formes, rhumatismes articulaires fébriles, le plus souvent généralisés, parfois localisés dans une des grandes articulations, rhumatismes musculaires, névralgies rhumatismales sciatiques, faciales, etc. De toutes les formes, la plus commune a été sans contredit le rhumatisme musculaire. Sauf quelques cas de rhumatismes articulaires généralisés, qui se sont compliqués les uns de péricardite ou d'endocardite, les autres de pleurésies, ces affections se sont montrées en général assez bénignes. On en aura fait déjà la remarque, du reste, par l'absence du mot lui-même sur les bulletins de décès.

Il ne nous reste, pour compléter la tâche que nous avons entreprise, qu'à parler du scorbut et du typhus. C'est ce que nous ferons dans la prochaine revue.

Dr Brochin.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 août 1870 (1). — Présidence de M. Alph. Guérin.

M. GUYON communique de la part de M. Letenneur (de Nantes) une observation intitulée :

Coup de couteau dans la région axillaire gauche; section probablement complète des troncs vasculaires et du plexus brachial; phlébartérie, paralysie de la sensibilité et de la motilité. Emploi de l'électricité (courants intermittents), retour de la sensibilité, retour incomplet des mouvements. — Le nommé L..., manœuvre, âgé de 30 ans, reçut dans la soirée du 7 janvier 1869, à Saint-André-des-Eaux (Loire-Inférieure), plusieurs blessures, à la suite desquelles il perdit connaissance.

Quelques heures après l'accident, arrivait le docteur du Bouays, de Guérande, qui m'a donné les renseignements suivants :

A l'arrivée du médecin, L... était encore dans une demi-ivresse et ne se rendait pas bien compte de ce qui lui était arrivé. Cependant il était évident qu'il s'agissait d'une rixe au sortir du cabaret.

Le blessé avait perdu beaucoup de sang; il portait à la partie postérieure du bras gauche, à la région deltoïdienne, une plaie oblique de 4 centimètres de longueur; cette plaie profonde était béante, mais ne donnait plus de sang.

Le bras était rapproché du tronc. Lorsque le docteur du Bouays, pour se rendre compte de l'état de la blessure, releva le bras en le mettant à angle droit avec l'axe du corps, le sang sortit à flot. L'hémorrhagie s'arrêta par le retour du membre à sa position première. Le défaut de parallélisme des différentes couches traversées par l'instrument vulnérant lorsque le bras est abaissé, fait supposer que le bras était levé au moment où le coup a été porté.

La région sous-claviculaire présentait une tuméfaction considérable le muscle grand pectoral était soulevé de façon à former une véritable tumeur, allant du mamelon à la clavicule et ayant, par comparaison avec le côté opposé, une épaisseur approximative de 5 à 6 centimètres.

Il n'existait aucune ecchymose à la peau, qui était fortement tendue. L'oreille appliquée sur cette région y percevait des battements et était soulevée à chaque distension de la tumeur.

Le pouls radial du côté de la blessure était nul.

Le pansement consista en compresses d'eau froide et en un bandage compressif sur l'épaule et la région sous-claviculaire. Le bras fut maintenu appliqué au tronc.

En même temps que cette blessure, L... avait reçu un coup de couteau dans l'œil droit; le globe avait été largement ouvert et les humeurs de l'œil s'étaient écoulées au dehors. Des compresses d'eau froide furent appliquées sur cette seconde blessure.

Trois semaines après l'accident, le gonflement sous-claviculaire avait diminué de moitié; il existait une paralysie complète de tout le membre supérieur, tant des mouvements que de la sensibilité.

Le malade fut alors dirigé sur l'hôpital de Saint-Nazaire le 6 février, et vint à l'Hôtel-Dieu de Nantes dans les premiers jours d'avril, moins de trois mois après l'accident.

Pendant son séjour à Saint-Nazaire, on vit disparaître peu à peu le gonflement sous-claviculaire, ainsi que l'ecchymose tardive qui avait envahi tout le bras et tout le côté gauche de la poitrine.

La blessure de l'œil droit s'était promptement cicatrisée, et il restait un moignon assez régulier, mobile, indolent, et sans injection vasculaire. C'est après la guérison de cet œil, un mois après l'accident, que l'œil gauche qui jusque-là avait été parfaitement sain, commença à s'enflammer, devint douloureux, et bientôt, malgré tout ce qu'on put faire, la pupille se rétrécit et la vue s'éteignit presque complétement.

C'est pour cette dernière affection que L... vint à l'Hôtel-Dieu de Nantes, et ce n'est que secondairement et presque par hasard que notre attention fut portée vers la lésion de l'aisselle.

L'œil droit est atrophié et caché par la paupière supérieure, qui est abaissée. L'œil gauche est le siége d'une irido-choroïdite très-intense; l'injection radiée péricornéenne est très-prononcée; la conjonctive est elle-même enflammée dans toute son étendue; l'iris est terne; il y a une atrésie complète de la pupille.

Le malade se plaint de douleurs profondes dans l'œil et de douleurs circumorbitaires, douleurs qui s'irradient suivant le trajet des nerfs frontaux jusque vers l'occipital.

Le collyre au sulfate d'atropine est sans effet sur la pupille et n'atténue point les douleurs.

J'essaie successivement une application de sangsues, des vésicatoires ammoniacaux autour de l'orbite, un vésicatoire à la nuque, des pilules de sulfate de quinine, etc., etc., et enfin des injections hypodermiques avec une solution de chlorhydrate de morphine. Ce dernier moyen seul a produit un bon résultat; il calmait immédiatement la douleur, et peu d'instants après, la rougeur de l'œil diminuait sensiblement.

Chaque jour on combattait la douleur ou on en prévenait le retour par le même moyen.

Néanmoins, malgré la diminution de l'inflammation, le globe de l'œil diminuait de volume et semblait sur le point de s'atrophier. Il n'y avait donc plus d'espoir de songer à pratiquer une pupille artificielle. Cette inflammation secondaire de l'œil gauche survenant alors que l'œil droit, complétement atrophié, n'était plus le siége d'aucun travail pathologique, est un fait qui me paraît difficile à expliquer.

Mais revenons à l'affection de l'aisselle :

Le malade ne m'en avait rien dit, et c'est en posant par hasard la main sur l'épaule que je sentis un frémissement vibratoire et que je songeai immédiatement à une phlébartérie. Après avoir constaté la nature réelle de cette affection et avoir questionné le malade, je me procurai sur les phénomènes du début les renseignements qui précèdent et que le docteur du Bouays a bien voulu me donner.

État actuel : Le thrill a son maximum d'intensité au milieu de la paroi antérieure de l'aisselle; on le sent très-fort jusque sous la clavicule : au-dessus et au-dessous de cet os on le sent qui va s'affaiblissant très-promptement. Du côté de l'aisselle il cesse brusquement en dehors du point où il a le plus d'intensité, et il n'y en a pas la moindre trace au bras.

La région malade n'est pas sensiblement plus saillante que la région correspondante du côté droit. En pressant, soit à travers du grand pectoral, soit dans le fond du creux axillaire, on ne trouve ni tumeur ni induration; les tissus sont souples comme de l'autre côté.

En auscultant avec l'oreille ou avec le stéthoscope, on entend un souffle continu, saccadé, très-fort et très-caractéristique; son maximum est au milieu de la paroi antérieure de l'aisselle; on le suit au cou ainsi que dans le trajet de la veine sous-clavière, à la partie supérieure de la poitrine et jusqu'au milieu du sternum. Là, le souffle continu-saccadé s'arrête tout à coup, ou plutôt diminue tellement qu'il faut la plus grande attention pour en retrouver des traces. Après avoir suivi le courant veineux jusque dans l'oreillette droite, il est probable qu'il est détruit par la colonne qui vient en sens inverse par la veine cave inférieure.

Il n'y a pas de trouble dans les bruits du cœur, qui sont bien distincts; cependant je dois noter un peu de souffle au premier temps, ce qui n'a rien d'étonnant avec l'état anémique du malade.

Du creux de l'aisselle, le souffle continu-saccadé se prolonge en bas par retentissement, dans les parois de la poitrine, mais très-affaibli.

Le pouls veineux est très-appréciable dans la veine jugulaire externe gauche. Du côté de la jugulaire interne on ne perçoit, avec le doigt ou l'oreille, rien de bien caractéristique.

Au bras, il y a absence absolue de pulsations artérielles dans tout le trajet de l'humérale; on sent cependant des battements extrêmement faibles dans la radiale.

Tout le membre paraît légèrement œdématié : il est dans une complète inertie; l'avant-bras, légèrement fléchi, est soutenu avec la main droite lorsque le malade est levé.

Lorque le malade a l'intention de faire des mouvements, il se produit dans le pouce, mais sans qu'il en ait conscience, un commencement de flexion, mais très-peu apparent. Il n'y a pas d'autre trace de contraction musculaire. Les doigts sont étendus, rigides, et si on cherche à leur imprimer quelques mouvements, de même que lorsqu'on soulève le membre en totalité, on provoque de la douleur.

La sensibilité cutanée, qui avait été anéantie complétement, est revenue sur une assez grande surface, quoique bien moins forte que du côté sain.

On la retrouve au bras, à la face palmaire, au bord externe de l'avant-bras, et au niveau du pouce.

Mais il n'y en a pas de traces à la région dorsale et au bord cubital de l'avant-bras.

Le malade éprouve dans tout le membre des engourdissements et des fourmillements; il se plaint de ressentir dans le cou et jusqu'à la tête quelque chose qu'il ne peut définir et qu'il traduit en disant qu'il sent le sang monter le long du cou et jusque dans le cerveau.

La température, examinée avec le thermomètre, donne les résultats suivants :

Dans la main du côté malade, 36° 1/2;

Dans la main du côté sain, 33°.

Dans les deux aisselles, la température est sensiblement la même.

La différence de température entre les deux mains n'est pas appréciable au toucher.

Le dos de la main et de l'avant-bras présente des poils longs et nombreux, tandis que les poils sont rares et courts du côté opposé.

La santé générale est mauvaise; il y a de la pâleur, de l'amaigrissement et un état de langueur que la cécité rend encore plus attristant.

Cependant le malade ne se préoccupe que de son œil; il réclame toujours une opération pour recouvrer la vue et ne supporte que par complaisance l'attention que nous portons à l'affection de l'aisselle et à l'état du bras.

Pendant que j'ai recours aux injections sous-cutanées pour calmer les douleurs névralgiques de la tête et à différents topiques pour détruire l'inflammation de l'œil, je cherche à combattre la paralysie du membre supérieur.

Le retour spontané de la sensibilité sur une grande partie de la peau du bras et de l'avant-bras, et les petits mouvements du pouce que j'ai indiqués plus haut, me faisaient espérer que nous pourrions obtenir davantage.

Le 15 juin nous commençons, avec un appareil de Gaiffe, l'application de l'électricité à courants intermittents.

Pendant la première séance, les muscles paraissent complétement inertes; mais dès la sixième séance, les mouvements du bras, les mouvements de l'avant-bras sur le bras, la flexion du pouce et de l'index deviennent très-appréciables.

En même temps la sensibilité gagnait en surface et il ne resta plus pendant quelques jours, d'insensibilité que dans un espace limité à tout le bord cubital, dans une largeur de 2 à 3 centimètres.

Le 1er juillet il ne reste plus sur aucun point d'anesthésie cutanée. Alors aussi, c'est-à-dire après quinze séances, tous les muscles se contractent sous l'excitation électrique, mais les extenseurs restent encore relativement rebelles. C'est ainsi qu'on ne peut faire soulever la main, qui reste toujours fléchie comme dans la paralysie saturnine.

En dehors de l'action de l'électricité, tous les muscles fléchisseurs obéissent à la volonté, quoique faiblement, et l'opposition du pouce et de l'index ne peut pas encore avoir lieu.

Pendant le mois de juillet nous obtenons encore un peu d'amélioration, et nous étions pleins de confiance dans l'avenir lorsque le malade, désespéré de nous voir remettre indéfiniment une opération qui pût lui rendre la vue, quitta brusquement l'hôpital sans nous faire ses adieux.

La Société de Chirurgie n'a point oublié la communication que j'eus l'honneur de lui faire le 6 septembre 1865, à l'occasion d'un coup de feu reçu à la région sus-claviculaire droite par le fils d'un de mes honorables confrères de Nantes.

Il s'agissait d'une blessure ayant ouvert à la fois l'artère sous-clavière et la veine jugulaire interne.

La balle, lancée par un petit pistolet de tir (balle Flauber), est restée vraisemblablement fixée dans le corps de la sixième vertèbre cervicale.

Les discussions intéressantes qui eurent lieu à ce sujet démontrèrent les avantages de l'abstention tant qu'une hémorrhagie ne viendrait pas mettre en danger la vie du blessé.

En cas d'hémorrhagie, on conseilla la ligature de l'artère au-dessus et au-dessous de la blessure, et en même temps la ligature de la vertébrale, opération dont on ne méconnaissait pas les immenses difficultés au milieu de tissus infiltrés de sang.

Je n'eus point à affronter ces difficultés; la guérison fut rapide. Mais la phlébartérie persiste sans tumeur. Les mouvements du cou sont libres, le bras droit est aussi fort que le bras gauche, la santé générale est parfaite. Nous n'avons donc là désormais qu'une curiosité pathologique, du moins nous aimons à le croire.

Le jeune blessé a pu faire, pendant plusieurs années, le service militaire, vers lequel ses goûts l'avaient entraîné, et il ne s'est jamais ressenti de son accident.

Les deux cas de phlébartérie que je rapproche à dessein démontrent combien M. Broca a eu raison de donner ce nom générique aux communications artério-veineuses et de les distinguer des anévrismes. L'absence de tumeur est très-remarquable chez nos deux malades, et s'il existe un certain degré de dilatation veineuse, il doit être bien peu considérable, puisqu'il n'est pas possible de le constater; et cependant une dilatation notable de la veine jugulaire interne n'échapperait pas à un examen attentif, surtout lorsque cette veine est le siége de phénomènes si faciles à apprécier par le toucher et par l'auscultation.

Chez mon second malade j'ai admis comme probable la section complète du plexus brachial et des vaisseaux axillaires. Il y a eu en effet paralysie complète de tout le membre; l'artère et la veine se sont oblitérées immédiatement au-dessous de la blessure; l'oblitération de l'artère se démontre par la disparition complète de tout battement; quant à la veine, si elle était restée perméable, le thrill et le bruit du souffle se seraient prolongés un peu dans sa direction, et il y aurait eu dilatation des veines afférentes. Dans le membre du côté malade il y a vacuité complète des artères et des veines, et on a lieu de s'étonner qu'il n'y ait pas eu même menace de gangrène.

Après deux mois le sang paraît revenir dans la radiale, mais en bien petite quantité encore. Ce retour du sang a coïncidé avec le réveil des fonctions des nerfs; nous nous trouvions donc dans des conditions très-favorables pour combattre la paralysie, et nous avons eu lieu de nous féliciter du résultat obtenu en si peu de temps. Nous ne doutons pas que, si le malade était resté quelques semaines encore entre nos mains, nous serions arrivés à une guérison à peu près complète. Les recherches entreprises aujourd'hui sur le rétablissement des fonctions des nerfs après leur section ou leur excision donne un intérêt tout particulier au fait qui précède.

(*Sera continué.*)

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE

PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

12 OCTOBRE.

LXXXIX. **Ambulance.** — Nous croyons que le public ne se fait pas une idée très-nette, ni très-exacte des ambulances, des conditions de leur installation, des services qu'elles peuvent rendre et qu'elles rendent en effet quand elles sont bien aménagées, des dangers qu'on peut faire courir aux malades, et des mécomptes qui attendent les charitables fondateurs de ces établissements temporaires, s'ils ne sont pas instruits de tous les besoins présents et à venir auxquels il faut répondre. Aussi nous nous proposons de publier prochainement quelques articles développés sur ce sujet si important, et qui préoccupe à si juste titre tant de personnes généreuses; déjà nous avons pu visiter un grand nombre d'ambulances, nous devons en visiter beaucoup d'autres encore; c'est alors seulement que nous aurons dans la mémoire les éléments d'une appréciation équitable, et que nous serons en mesure de soumettre nos

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

(1) Voir le dernier numéro.

remarques aux lecteurs du *Journal des Débats* (1). Pour aujourd'hui, nous nous contenterons de quelques observations sommaires, mais urgentes.

Il est évident pour nous que dans plusieurs grandes ambulances on n'a songé qu'au temps chaud, et que, comptant sans doute, — mais, hélas! en comptant sans les Prussiens, — sur le peu de durée du siége, on ne s'est pas assez préoccupé des moyens d'assurer à la fois le chauffage et l'aération durant la saison froide (2). On ne s'est pas assez souvenu que le siége fût-il court, les maladies sont longues et les blessures souvent lentes à guérir ; si bien que l'on va se trouver dans la nécessité d'évacuer beaucoup de blessés ou de malades dans des locaux mieux appropriés, sauf à reprendre les anciens quand on aura pourvu, si on le peut, aux moyens de tenir nos soldats dans un air tiède et facilement renouvelable ; — si bien encore que çà et là on a négligé de faire des provisions de bois ou de charbon et de préparer des appareils de chauffage. Tout cela est devenu depuis quelques jours de première nécessité.

Peut-être aussi n'a-t-on pas bien calculé les dépenses auxquelles on aurait à subvenir en installant des ambulances privées. Ces dépenses sont grandes ; une fois commencées on ne peut pas les interrompre avant l'entière guérison du dernier malade et du dernier blessé.

Les dépenses pour le combustible ne sont rien si on les compare à celles qu'entraîne l'alimentation des hommes soignés dans les ambulances. Jamais je ne donnerais le conseil de fonder une ambulance, même de six lits, à quelqu'un qui n'aurait pas fait certaines provisions essentielles, et qui, d'autre part, n'est pas certain de pouvoir suffire aux achats journaliers (3). Les ambulances sont chose trop sérieuse pour qu'on s'avise d'en créer sans être en mesure de les entretenir pendant plusieurs mois. Et puisque nous avons abordé la question d'alimentation, rappelons à nos concitoyens que l'usage de la viande, et de la bonne viande, est un point essentiel dans la nourriture des blessés ; rappelons aussi à nos magistrats municipaux qu'il importe avant tout d'assurer et de faciliter le service des ambulances sous le rapport de la boucherie. Aussi nous proposerions volontiers le moyen suivant : Chaque ambulance pourvue de malades et d'un personnel *interné* dans la maison ferait chaque jour, soit à la mairie, soit à la direction centrale des ambulances, quand il en existe dans l'arrondissement, la déclaration des bouches à nourrir. Cette déclaration porterait la signature du médecin ou du chirurgien en chef ; on y spécifierait, pour les cas qui l'exigent, la qualité particulière de viande (par exemple côtelettes ou filet), en prenant soin d'indiquer en même temps la quantité ou le poids de cette viande exceptionnellement choisie, comme pour la viande ordinaire. Il est bien entendu qu'on ne ferait droit à ces réquisitions pour la viande de choix que dans la mesure du possible, et qu'en l'absence du morceau désigné, on répondrait à ces demandes en donnant les meilleurs morceaux de second choix. Ces listes, émanées de diverses ambulances, visées par l'autorité compétente, seraient envoyées aux boucheries municipales, qui mettraient les commandes de côté, et ces commandes seraient prises par les économes des ambulances après que la foule des acheteurs serait écoulée.

Nous réclamons cette mesure pour deux raisons : la première, c'est qu'il faut d'abord assurer la *bonne nourriture* de nos braves défenseurs frappés au champ d'honneur par les balles ennemies, ou atteints par les maladies ; la seconde, c'est que le personnel des ambulances, généralement restreint, est pris par des soins si pressants et si nombreux, qu'il faut, autant que possible, épargner son temps. Ce n'est pas un privilége, c'est simplement un acte de justice ou même de charité que nous demandons.

Nous avons dans cette note distingué à plusieurs reprises les *malades* et les *blessés*. En effet, ce sont deux classes des victimes de la guerre entre lesquelles il importe de marquer de très-notables différences, comme nous l'exposerons une autre fois. Or, nous craignons que cette distinction n'ait pas été toujours assez présente à l'esprit des organisateurs des ambulances ; ou plutôt nous affirmons que l'on a pensé beaucoup aux *blessés* et peu aux *malades*, à ceux qu'on appelle vulgairement les *fiévreux*. Il existe même à cet égard deux étranges préjugés parmi les gens du monde. On pense assez généralement qu'il y a bien plus de danger à héberger sous son toit des fiévreux que des blessés ; comme si le typhus, la pourriture d'hôpital, les érysipèles, les simples émanations des vastes plaies n'entraînaient pas autant de péril pour les assistants que les fièvres typhoïdes, car je ne parle pas des affections encore plus essentiellement contagieuses (la variole, la scarlatine), et qu'il faut partout et toujours isoler soigneusement ceux qui en sont affectés. Aussi y a-t-il peu d'ambulances, grandes ou petites, où l'on ne rejette avec horreur la seule idée d'y recevoir des *malades* (4).

On comprend cependant jusqu'à un certain point un tel préjugé, qui repose sur l'ignorance en matière de médecine. Mais voici un autre préjugé qui s'explique moins, car ce préjugé repose sur une triste erreur de jugement. On regarde comme moins nobles les soins qu'on donne aux fiévreux que ceux dont les blessés sont l'objet. Serions-nous revenus à ces temps héroïques où le poëte anoblit les blessés et méprise les malades ? — Dieu merci, le sentiment de l'humanité a fait depuis Homère d'assez notables progrès pour qu'aucun médecin ne juge le pansement d'un vésicatoire une besogne plus vile que l'application d'un bandage. Que nos infirmiers si dévoués, que nos dames, animées par un si beau zèle, ne viennent pas nous dire : des blessés, tant que vous voudrez ; des malades, jamais. Il y a vraiment autant de vaillance chez le soldat qui prend une fluxion de poitrine en montant la garde sur les remparts que chez le soldat qui expose cette même poitrine aux balles ennemies ; n'allons pas croire non plus qu'il rejaillit sur nous plus de gloire si nous prêtons assistance pendant une opération que si nous suivons la visite d'un médecin pour remplir ensuite ses ordonnances.

Et puis, quoi qu'on en veuille ou qu'on en pense, ne l'oublions pas : préparons sans retard des locaux, de nombreux et de vastes locaux pour les malades. Nous ne voulons effrayer personne ; mais nous pouvons dire, sans crainte d'être démenti par nos savants confrères, que, même sans qu'il règne quelque grande épidémie, il y aura bientôt beaucoup plus de malades que de blessés. — Ch. Daremberg. (*Débats*.)

13 OCTOBRE.

XC. — **Alimentation publique.** — 148 meules à vapeur vont commencer à moudre chaque jour des quantités importantes de grain.

— Le service des salaisons sale quotidiennement, dès à présent, une quarantaine de chevaux.

— L'approvisionnement en légumes de la ville de Paris se fait encore aujourd'hui sur une assez vaste échelle, comme on pourra juger par ce chiffre :

Chaque matin, il en entre encore à Paris près de huit cents voitures.

XCI. **Hygiène.** — Le ministre de l'instruction publique vient de charger M. Eugène Paz d'examiner l'enseignement de la gymnastique et des exercices militaires dans les lycées de Paris, et de lui adresser immédiatement un rapport sur l'état actuel de ce double enseignement et sur les améliorations qu'il conviendrait d'y introduire.

15 OCTOBRE

XCII. **Hygiène publique.** — Le conseil d'hygiène publique fait publier l'instruction suivante, bien nécessaire devant l'accumulation des réfugiés.

Instructions concernant les moyens d'assurer la salubrité des habitations.

Causes de l'insalubrité des habitations. — L'air des habitations est principalement vicié par les causes suivantes : le séjour de l'homme et des animaux, la combustion des différentes matières employées au chauffage et à l'éclairage, les fuites de gaz, la stagnation et la décomposition des urines, des eaux ménagères, des immondices de toutes sortes, etc.

Effets de l'air vicié. — Les effets produits par l'altération de l'air des habitations sont toujours graves. Comme nous l'indiquerons plus loin, le défaut d'aération et de propreté sont une des principales causes des épidémies qui peuvent se développer dans une grande agglomération d'hommes, et surtout dans les villes assiégées.

Notons ici que l'insalubrité peut exister aussi bien dans certaines parties des habitations les plus brillantes que dans les plus humbles demeures, et que, d'un autre côté, les plus humbles demeures peuvent offrir les meilleures conditions de salubrité.

MOYENS D'ASSURER LA SALUBRITÉ DES HABITATIONS

La salubrité des habitations ne peut être obtenue que par les moyens suivants :

Balayage. — Il faut balayer fréquemment non-seulement les pièces habitées, mais encores les escaliers, corridors, cours et passages, en ayant soin de gratter les dépôts de terre et immondices qui résistent à l'action du balai.

Lavage du sol. — Les parties carrelées, dallées ou pavées doivent être, en outre, lavées le plus souvent possible, et surtout bien essuyées après le lavage. Il est bon d'ajouter à l'eau des désinfectants. Le lavage, lorsqu'il entraîne à sa suite un état permanent d'humidité, est plus nuisible qu'avantageux.

Chambres à coucher dans les maisons particulières. — Il est important que le nombre de lits placés dans les chambres à coucher soit proportionné à la dimension de ces chambres, de telle sorte qu'il y ait au moins 14 mètres cubes par personne, indépendamment des moyens de ventilation.

Aération. — Ne pas coucher en grand nombre dans la même chambre, surtout dans la pièce servant de cuisine.

Renouveler l'air des appartements en ouvrant de préférence les fenêtres exposées au soleil, et, s'il y a lieu, se couvrir de vêtements chauds, afin de pouvoir aérer plus largement sans avoir à craindre l'action du froid.

L'ouverture des fenêtres après le lever, les lits étant découverts, et pendant le balayage, est une mesure nécessaire de salubrité.

Ne jamais brûler du charbon dans un réchaud à l'intérieur des appartements ni dans les corridors, à moins qu'on ne les place dans l'âtre d'une cheminée ou sous la hotte d'un fourneau, par où puissent s'échapper la fumée et les gaz provenant de la combustion.

Eaux ménagères. — Il est très-important de ne pas laisser accumuler les eaux ménagères dans l'intérieur des habitations.

Il faut bien se garder de refouler à travers les ouvertures de la grille qui se trouve au fond des cuvettes destinées à l'accumulation de ces eaux les fragments solides, dont l'accumulation ne tarderait pas à produire l'engorgement des tuyaux.

Lorsque ces eaux exhalent une mauvaise odeur, on doit les désinfecter.

Une des pratiques les plus fâcheuses dans les usages domestiques, c'est celle de vider les urines dans les plombs d'écoulement des eaux ménagères.

XCIII. — **Légion d'honneur.** — Par décret en date du 15 octobre 1870, M. de la Porte, médecin-major de 2e classe au 1er régiment de marche de cavalerie mixte, 20 ans de service, 5 campagnes, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

XCIV. — **Bulletin des décès.** — Du 9 au 15 octobre 1870, la mortalité de Paris s'est élevée au chiffre de 1610, se décomposant comme suit :

Variole, 311. — Scarlatine, 13. — Rougeole, 12. — Fièvre typhoïde, 54. — Érysipèle, 11. — Bronchite, 55. — Pneumonie, 64. — Diarrhée, 72. — Dysenterie, 26. — Choléra, 2. — Angine couenneuse, 9. — Croup, 5. — Affections puerpérales, 10. — Autres causes, 964.

16 OCTOBRE.

XCV. — Par arrêté du maire de Paris, M. le docteur Bertillon est nommé maire du 5e arrondissement.

17 OCTOBRE.

XCVI. — **Ambulances.** — M. Champouillon, médecin en chef de la garde mobile, publie l'avis suivant :

Profitant de l'armistice du 14 octobre, j'ai passé quelques heures au milieu des avant-postes ennemis, où j'ai appris que l'ordre a été donné, dans l'armée prussienne, de saisir et d'emmener comme prisonniers les médecins trouvés porteurs d'armes sur le champ de bataille, ces médecins fussent-ils même pourvus d'un brassard régulièrement estampillé.

J'invite donc MM. les médecins aide-majors de la garde mobile, ainsi que leurs brancardiers, à se désarmer avant de se porter au secours des blessés.

XCVII. **Ambulances.** — M. Adolphe Viollet-Leduc annonce ainsi la création de l'ambulance de l'École des Beaux-Arts :

De tous côtés on installe des ambulances. Quelques personnes disent qu'il y en a assez, d'autres prétendent qu'il y en a trop. Quant à nous, nous sommes d'avis que ce surcroît de précautions ne peut nuire. C'est un genre de luxe que nous pouvons nous permettre en ce moment ; et dans l'ignorance de ce qui nous attend, nous devons plutôt craindre la pénurie que le superflu.

On a un peu ri (on plaisante toujours ici) de la déconvenue de quelques dames qui n'avaient pu *obtenir* un blessé parmi les soldats frappés dans le dernier combat de Châtillon. Ce zèle peut bien avoir sa petite pointe de vanité, mais il se traduit par une sainte émulation qui nous assure des soins efficaces et multipliés.

Mais ce qu'il importe, c'est moins le nombre des ambulances que leur situation propice dans les conditions d'hygiène et de bon aménagement. Le service médical peut être souvent pénible dans des appartements particuliers, et les mesures de salubrité y seront difficilement observées. Aussi approuvons-nous sans réserve l'établissement d'ambulances dans de vastes locaux, bien aérés, de facile accès et convenablement munis de pièces accessoires.

C'est dans des conditions pareilles que se prépare, au quai Malaquais et sous le patronage de M. Eugène Guillaume, l'ambulance de l'École des Beaux-Arts. Installée dans la grande salle d'exposition du premier étage, abritée par le cintre d'une haute voûte, ventilée par de larges ouvertures, elle contient à l'aise quarante lits complets qui ont été pris au lycée de Vanves et prêtés par le ministre de l'instruction publique. Un grand escalier donne une facile communication au rez-de-chaussée, où seront établies la lingerie, la pharmacie et la cuisine. Le matériel de la pharmacie sera fourni par la commission des ambulances du sixième arrondissement, en tête de laquelle sont M. Robinet, maire, et M. Alfred Le Roux. Le docteur Huguier sera chirurgien en chef, et M. Béranger, pharmacien principal.

L'ambulance de l'École des Beaux-Arts possède déjà en linge et en objets de literie quelques provisions, mais il lui manque encore ce superflu si nécessaire dans une infirmerie, surtout dans un moment où les vivres deviennent chers et rares. M. Guillaume fait donc un appel à tous les habitants du sixième arrondissement et aux artistes de tous les quartiers de Paris.

XCVIII. **Académie des sciences.** — L'Académie tient séance.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 octobre. — Présidence de M. Liouville.

Alimentation publique. — M. Hoffmann adresse une Note relative à quelques précautions auxquelles il lui paraît indispensable d'avoir égard, soit dans la préparation, soit dans l'usage du boudin de sang de bœuf. (Renvoi à la commission nommée pour les questions relatives à l'alimentation.)

M. Fua adresse une Note relative à un procédé de conservation des viandes, procédé dont il a fait usage. Il consiste à immerger préalablement la viande, pendant quelques minutes, dans l'eau bouillante un peu salée, puis à la placer dans des pots remplis de graisse de bœuf, fondue et bien cuite. (Renvoi à la Commission nommée pour les questions relatives à l'alimentation.)

M. Gaultier de Claubry adresse une Note relative à une réglementation qu'il croirait utile d'établir dans la fabrication du pain, pendant l'investissement de la ville de Paris :

Quant à la forme qu'il conviendrait de donner aux pains, pour tirer le meilleur parti possible d'une quantité déterminée de farine, l'auteur pense qu'il y aurait lieu d'interdire momentanément la fabrication des pains autres que ceux de 2 kilogrammes, courts, fendus à grigne, ou même ceux qui sont connus sous le nom de *jockos*.

Relativement à l'augmentation importante de produits alimentaires qui peut être procurée à la population dans les circonstances exceptionnelles au milieu desquelles se trouve la capitale, il importerait d'attirer l'attention sur les faits suivants.

Lors de la glorieuse expédition qui, en 1830, a donné l'Algérie à la France, d'Arcet proposa de faire entrer, dans la fabrication des biscuits de l'armée, de la gélatine, de la viande et du *sang* ; 300,000 biscuits furent préparés par ce moyen et embarqués dans des caisses distinctes. Malheureusement un coup de mer qui assaillit la flotte obligea de jeter à la mer ces caisses, dont une partie seulement fut portée par les flots sur le rivage. Une comparaison rigoureuse devint par suite impossible.

Il ne peut être question de la viande ou de la gélatine, et il ne s'agit que de considérer l'emploi du sang, qui peut être employé en entier, ou de la fibrine qu'on en sépare par le battage, et qu'à l'aide de machines on amènerait facilement à un état convenable.

La fibrine et l'albumine sont des produits riches en azote, dont les propriétés alimentaires sont bien constatées. Le sang, qui les renferme en proportions très-considérables, se mêle facilement à la farine et fournirait un pain qui, vendu avec la dénomination de *pain*

(1) Nous aurons à fournir des renseignements précis sur la *Société de Genève*, dont on n'apprécie pas assez les mérites.

(2) Nous pouvons citer comme une heureuse exception l'ambulance de la Compagnie du chemin de fer de l'Ouest (place du Havre).

(3) On ne sait pas assez non plus qu'il n'y a pas d'ambulance possible, quelque petite qu'elle soit, si on n'est pas assuré de la visite régulière d'un *chirurgien* ou d'un *médecin*, d'un interne ou d'un très-bon infirmier.

(4) Ici encore nous constatons avec plaisir quelques exceptions : par exemple aux ambulances du chemin de fer de l'Ouest, des jésuites (rue de Vaugirard), du Palais-Royal, on a préparé des salles pour les malades dans des parties du bâtiment tout à fait séparées de celles qui sont affectées aux blessés.

animalisé, laisserait chacun libre d'en faire usage, comme il arrive pour la viande de cheval en remplacement de la viande de bœuf.

M. E. DECAISNE adresse une Note concernant « l'alimentation des petits enfants, et le lait pendant le siége » :

Puisque le lait n'est point à Paris en quantité suffisante, ne serait-il pas possible, avec les 20,000 litres que Paris peut encore fournir aujourd'hui, de pourvoir aux nécessités de l'heure présente ? Il faudrait d'abord que les gens valides voulussent bien s'en interdire absolument l'usage.

On pourrait encore couper le lait dans une certaine proportion avec de l'eau, et l'administration devrait veiller à ce que les débitants s'abstinssent de le couper avant de le livrer au public.

Parmi les succédanés du lait, il en est un qui parait mériter une certaine attention : c'est un lait de poule, fait avec l'œuf entier, blanc et jaune, mélangés avec du sucre et de l'eau, quoique sa parfaite analogie avec le lait ne soit pas démontrée, comme on l'a fait observer. Mais resterait encore la difficulté de se procurer des œufs.

On a parlé aussi de la viande crue et du thé de bœuf. Ces préparations peuvent réussir chez certains enfants, mais l'expérience nous a appris que, souvent, elles donnent des aigreurs, des coliques et de la diarrhée (1).

(1) Je pense qu'il ne serait peut-être pas inutile de rappeler quelques préparations que les Anglais emploient, avec le lait ou même sans le lait, pour l'alimentation des petits enfants.

On coupe, dans un bol, de petites tranches de pain, qu'on couvre d'eau froide; on fait cuire au four, pendant deux heures, on bat avec une fourchette et l'on sucre légèrement.

Faites sécher de la mie de pain sur une assiette, à une petite distance du feu. Aussitôt qu'elle est sèche, vous l'écrasez dans un mortier, vous la réduisez en une poudre fine, vous passez au tamis, puis vous la mettez au four jusqu'à ce qu'elle devienne un peu rousse. Vous prenez une petite quantité de cette poudre, vous la préparez comme le gruau et vous sucrez légèrement.

Les Anglais font un grand usage des farineux pour les petits enfants, et surtout d'une farine populaire parmi eux (*Hard's farinaceous food for infants*). Les farineux donnent quelquefois de la constipation aux enfants. On y obvie en ajoutant un tiers de gruau.

Je citerai encore la poudre de biscuit de Leemann (*Leemann's biscuit powder*), qu'on trouve à Paris dans les pharmacies anglaises.

Enfin, je signale la préparation suivante. On fait tremper du riz de première qualité dans l'eau froide, pendant une heure; on l'écrase, on ajoute de l'eau fraîche, on laisse bouillir à petit feu, jusqu'à ce que la pulpe puisse passer dans une passoire; on remet dans la casserole, on ajoute deux morceaux de sucre et on laisse bouillir encore pendant un quart d'heure. Maintenant, si vous mêlez cette préparation à un tiers de lait, vous avez un liquide ayant la consistance d'une crème.

Parmi les cinq préparations que je viens d'indiquer, c'est cette dernière que je préfère. Je l'ai vu employer journellement en Angleterre, avec le plus grand succès.

M. MOISSENET adresse à l'Académie un exemplaire d'une Note lithographiée, sur le rationnement de la population de Paris pour le pain et la viande.

Cette Note sera jointe aux documents soumis à la Commission nommée pour les questions relatives à l'alimentation.

M. PAGLIARI appelle l'attention de l'Académie sur l'efficacité de son « eau hémostatique. »

La séance est levée à 5 heures un quart.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres instruments ou autres objets).

—

Curation des maladies organiques de la langue et des cancers en général, par le docteur DÉCLAT. Gr. in-8. — Prix : 8 fr.

Examen clinique de 396 cas du rétrécissement du bassin observés à la Maternité de Paris de 1860 à 1870, par le docteur RIGAUD, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8 de 142 pages. — Prix : 3 francs.

De l'hyoscyamine et de la daturine. Étude physiologique et applications thérapeutiques, par le docteur LAURENT, ancien interne des hôpitaux de Paris. Brochure in-8, avec figures dans le texte. — Prix : 3 fr.

De l'intervention chirurgicale dans les étranglements internes, par M. CHARPENTIER (P.), 1 vol. in-8, 1870. — Prix : 2 fr. 50 centimes.

De l'équitation considérée au point de vue physiologique, hygiénique et thérapeutique, par le docteur R. CHASSAIGNE. 1870, gr. in-8 de 116 pages. — Prix : 2 fr. 50.

De la congestion pulmonaire simple, par le docteur BOURGEOIS, ancien interne des hôpitaux de Paris. Brochure in-8 de 90 pages. — Prix : 2 francs.

De quelques applications de l'électricité à la thérapeutique (courants continus, bains électrisés), par le docteur CHAPOT-DUVERT. In-8 avec figures dans le texte. — Prix : 1 fr. 75.

De la dénudation des artères, par le docteur DELBARRE, ancien interne des hôpitaux de Paris. Brochure in-8 de 70 pages. — Prix : 1 fr. 50.

De l'hémiplégie pneumonique, par le docteur R. LÉPINE, préparateur du cours de pathologie comparée et expérimentale à la Faculté de médecine de Paris. 1870, in-8 de 40 pages. — Prix : 1 fr. 25.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 17 avril 1871.

TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE (1)

Par M. le Dr AUG. VOISIN.
Médecin de l'hospice de Bicêtre.

4° *Traitement de l'épilepsie elle-même.*

On doit toujours supposer, surtout lorsqu'il s'agit d'un enfant ou d'un adolescent, que la maladie peut être produite par la présence d'entozoaires, d'un tænia dans l'intestin, et par conséquent, il faut administrer des vermifuges. Nombre de faits prouvent que l'on a souvent ainsi guéri des malades chez lesquels on ne soupçonnait pas, au premier abord, une semblable cause.

Le traitement *antisyphilitique* est aussi celui que l'on doit employer avant tout autre, lorsque l'épilepsie est survenue à partir de l'adolescence sans avoir été précédée de phénomènes de nature épileptique ; il sera bon certainement d'examiner si les organes génitaux externes présentent quelque trace de syphilis, mais l'infection pouvant n'avoir laissé aucun signe extérieur, il ne faudrait pas se fier à l'absence des symptômes cutanés ou muqueux, ou ganglionnaires pour rejeter l'idée d'infection vénérienne et ne pas employer le traitement spécial.

Les observations de Tissot, Locher, Maisonneuve, Veigel, Cullerier, Hardy et Ricord, démontrent bien que l'on ne saurait trop porter son attention sur la possibilité de l'infection syphilitique. Et puis, dût-on se tromper, un traitement antivénérien n'offre par lui-même aucun inconvénient.

Le traitement du haut mal n'est pas seulement thérapeutique, il est aussi hygiénique, et l'hygiène des épileptiques doit être tout spécialement surveillée ; les habitudes, les mœurs, la profession, doivent être, en effet, l'objet d'une attention scrupuleuse de la part du médecin ; la vie de l'épileptique doit être calme, exempte d'émotions, de préoccupations, de contrariétés, de causes d'excitation, de grands travaux intellectuels ; un régime uniforme, même monotone, une alimentation modérée, la continence absolue, la sobriété, l'abstinence de vin pur, de café, de thé, de bière sont de la plus grande importance.

Tout exercice exagéré est mauvais, mais les exercices modérés, et en particulier la gymnastique dite de chambre, constituent un bon moyen de traitement ; les bains de rivière sont mauvais en ce sens qu'un épileptique peut se noyer pendant un accès. Une bonne hygiène du corps et de l'esprit est une des choses qui sont le plus nécessaires à l'épileptique et qui peuvent le mieux aider à la guérison en diminuant l'irritabilité morbide du malade.

Quant à la thérapeutique proprement dite de l'épilepsie, elle est entrée depuis une vingtaine d'années seulement dans une voie certaine.— Affirmée à cette époque par Herpin (de Genève), le premier, la curabilité de l'épilepsie est devenue aujourd'hui une certitude.

C'est au bromure de potassium que l'on doit maintenant les plus nombreux succès. Employés pour la première fois en Angleterre, par Laycock, en 1853, ce sel a été d'abord employé en France par Bazin, Hardy, et a donné de beaux succès entre les mains d'un grand nombre de médecins.

Le bromure de potassium doit être pur, exempt d'iode et de chlore. Il doit être donné quelques moments avant les repas, à des doses variant de 2 grammes à 12 grammes et plus par jour et très-lentement progressives ; mais comme les doses à employer peuvent varier beaucoup chez les individus, suivant l'âge, la constitution, la force, j'emploie depuis plusieurs années un moyen qui m'a donné les meilleurs résultats et qui consiste dans l'examen de l'état de la nausée réflexe que l'on produit en introduisant une cuiller jusqu'à l'épiglotte. J'ai remarqué que l'on n'était réellement arrivé à la dose thérapeutique du bromure de potassium que lorsque l'on avait supprimé la nausée réflexe ; c'est seulement alors que l'on est certain d'agir sur le bulbe et de diminuer sa force excito-motrice. J'ai été assez heureux pour voir ce critérium d'action thérapeutique du bromure de potassium approuvé par M. Cl. Bernard dans ses leçons au Collége de France.

L'étude d'autres phénomènes réflexes, tels que le larmoiement, la toux, l'éternument, permet aussi de suivre l'action du médicament sur le bulbe et la moelle épinière.

Lorsque l'on a supprimé la nausée réflexe, le médicament ne doit plus être augmenté, mais il doit être donné avec persévérance et continuité pendant des années entières, lorsque la maladie s'améliore ou guérit. Au bout de deux ans d'amélioration ou de guérison, le médicament n'a plus besoin d'être administré tous les jours, mais tous les deux, trois ou quatre jours, pourvu que l'on s'assure que la nausée réflexe est toujours absente. C'est seulement après un grand nombre d'années passées sans phénomènes épileptiques que l'on peut cesser le traitement; mais avant ce moment l'administration du remède doit être toujours continue. L'intermittence est une grande faute ; à maladie chronique, il faut une médication chronique. Le bromure de potassium doit rester presque un aliment pour l'épileptique qu'il a guéri.

Certaines indications thérapeutiques propres au bromure de potassium me font toujours bien augurer de son action dans l'épilepsie ; ainsi les manifestations hypnotiques, la lassitude générale, la facilité et la promptitude avec laquelle disparaît la nausée réflexe, l'action antianaphrodisiaque sont du meilleur augure lorsqu'on traite un épileptique par le bromure de potassium. Lorsque, au contraire, l'action antianaphrodisiaque, hypnotique, sédative, est nulle, lorsque la nausée réflexe est lente à disparaître, il est à croire que le bromure ne produira aucun effet et qu'il faudra recourir à une autre médication.

Le bromure de potassium peut être employé avec avantage dans toutes les formes d'épilepsie, idiopathique, symptomatique, comme dans les cas de phénomènes épileptiformes, même lorsqu'ils se lient à l'idiotie, au crétinisme ; non pas qu'il puisse les guérir tous, mais il peut tous les amender, et la raison en est toute physiologique ; tout phénomène convulsif du genre épileptique étant le produit d'une exaltation de la force excito-motrice du bulbe, le bromure de potassium peut toujours l'atténuer, le calmer, sinon le suspendre. Mais en recommandant l'emploi du bromure de potassium de préférence aux autres médicaments, pour toute affection convulsive du genre épileptique, je considère que son utilité est plus grande encore dans les cas où l'épilepsie est idiopathique, dans ceux où elle est le résultat d'une grande impressionnabilité, d'une exaltation de la sensibilité, dans ceux où elle a été produite par des émotions vives, des impressions pénibles, la peur, l'onanisme, les excès vénériens, dans ceux enfin où elle est la conséquence héréditaire de névroses, telles que l'hystérie, la chorée, l'épilepsie même ; du reste, si le bromure de potassium ne guérit pas toujours, il atténue le plus souvent la maladie, diminue ou même supprime presque l'érétisme nerveux, les secousses, les soubresauts si fréquents chez les épileptiques.

Le bromure de potassium peut supprimer les auras, tout en ne faisant pas disparaître complétement les accès. Il agit moins bien sur les absences et les vertiges que sur les attaques.

La proportion suivant laquelle je suis arrivé à suspendre les phénomènes épileptiques est devenue de plus en plus grande depuis que j'ai trouvé ce critérium de la nausée réflexe ; en effet, tandis que, en 1866, je disais avoir suspendu la maladie dans le quart des cas, j'obtiens aujourd'hui ce résultat chez la moitié des individus adultes traités ; chez les enfants, au contraire, la proportion des succès est à peine d'un quart.

Pidoux et G. Sée pensent que le bromure de potassium ne guérit pas l'épilepsie et que s'il suspend ou retarde les attaques, c'est en les remplaçant par des préludes, des accès incomplets. Cette opinion ne saurait d'abord résister aux observations déjà nombreuses qui constatent la guérison sans qu'il reste trace du mal ; et puis il faut bien savoir que le principal indice de guérison de l'épilepsie consiste en ce que les attaques arrivent à être remplacées par des préludes, des accès incomplets, de même que l'épilepsie confirmée est toujours précédée, pendant un certain temps, par des préludes et des accès incomplets. Aussi lorsque, sous l'influence d'une médication, un épileptique n'a plus que des accès incomplets et des préludes, on doit le considérer comme sur la voie de la guérison complète.

L'administration du bromure de potassium réclame, lorsqu'elle doit être continuée longtemps, quelques précautions, sans lesquelles on est exposé à la nécessité d'en suspendre l'emploi. Ainsi des diurétiques doivent être régulièrement donnés pour favoriser la sécrétion urinaire et l'élimination du bromure de potassium par les reins et pour empêcher certaines éruptions cutanées du caractère le plus désagréable pour les malades. Le fer doit être fréquemment associé au bromure de potassium pour empêcher l'anémie, la cachexie qu'il produit à la longue et certaines affections de mauvaise nature survenant chez les individus qui en prennent de hautes doses pendant plusieurs années.

J'ai observé que le bromure de potassium réussissait en général moins bien chez les enfants que chez l'adulte, peut-être parce que l'épilepsie de l'enfance est plus souvent liée que l'épilepsie de l'âge adulte à des états congénitaux des centres nerveux, à des lésions cérébrales de nature scrofuleuse, tuberculeuse, ou bien parce que, le médicament étant très-rapidement éliminé chez eux, le cordon médullaire est peu impressionné, et les actes réflexes dont j'ai parlé ne sont que difficilement supprimés. On peut, chez des enfants de deux à trois ans, employer des doses de 50 centigrammes à 1 gramme 50; de cinq à dix ans, des doses de 2 à 5 grammes, et de dix à quinze ans des doses de 3 à 12 grammes. Le bromisme, que j'ai à plusieurs reprises observé chez des enfants, et qui se caractérise par de l'abattement, de l'inappétence, une grande prostration des forces, du catarrhe pulmonaire, n'est jamais grave lorsqu'on suspend aussitôt le médicament. Chez l'adulte, au contraire, le bromisme se manifeste par les phénomènes les plus graves de catarrhe pulmonaire, d'adynamie ou bien d'ataxie des plus intenses. L'action du bromure de sodium est la même que celle du bromure de potassium. Les doses sont un peu moins élevées.

Lorsque l'épilepsie est compliquée de douleurs spinales retentissant ou non dans les membres, il faut appliquer des cautères, des moxas, des vésicatoires le long de la colonne vertébrale.

Lorsque l'épilepsie est accompagnée de stupeur, d'hébétude, de dilatation permanente des deux pupilles ou d'une seule pupille, d'amnésie profonde, de troubles intellectuels, d'hallucinations, d'obscurcissement des sens, d'excitation cérébrale, de manifestations instinctives, on retire le plus grand profit d'applications à demeure de cautères, de vésicatoires permanents à la nuque, de purgatifs répétés.

L'extrait de haschisch, à la dose de 1 à 3 grammes produit les meilleurs résultats dans les cas où des hallucinations terrifiantes précèdent les attaques et poussent au suicide.

Tous ces moyens doivent être employés concurremment avec le bromure de potassium. Lorsqu'une épilepsie idiopathique aura été inutilement traitée par le bromure de potassium, il est inutile d'employer les autres bromures, tels que le bromure de cadmium, le bromure d'ammonium, le bromure de sodium; leur action est nulle. Il faut alors user des préparations métalliques suivant les méthodes de Laroche, Frank, Urban, Heim et Herpin, et des médicaments dits vasculaires, concurremment ou isolément. Les préparations métalliques, le zinc, le sulfate de cuivre ammoniacal, le nitrate d'argent, qui ont sur le bromure de potassium pris à haute dose le grand avantage de ne pas altérer la mémoire, semblent agir en pénétrant à l'état moléculaire dans les cellules nerveuses du bulbe et de la moelle, en les métallisant pour ainsi dire, et en diminuant leur excitabilité et leurs actions réflexes.

Parmi ces préparations celles de *zinc* (oxyde, lactate, valérianate) sont celles qui ont amené jusqu'à présent le plus de guérisons ; elles doivent être administrées une heure après les repas, sous forme pilulaire. La dose initiale journalière d'oxyde de zinc peut être, chez des enfants au-dessous de dix ans de 0,10 par jour, et peut-être portée à 0,80 par jour, en trois fois. Au-dessus de dix ans, on peut commencer par la dose de 0,15 par jour et aller jusqu'à 6 grammes chez l'adulte sans produire autre chose que quelques nausées, un peu de diarrhée, un certain degré d'anémie et de diminution de fibrine du sang (Michaelis.)

Herpin a pensé que l'on pouvait pour ainsi dire doser la quantité d'oxyde de zinc qu'un malade devait prendre avant d'abandonner ce remède pour un autre, et il est arrivé à conclure que, dans la première année de la vie et dans les cas favorables, il faut atteindre la quantité totale de 3 grammes avant d'y renoncer, et que, depuis l'âge de deux ans, dans les cas favorables, il faut administrer 45 grammes avant d'y renoncer, et 125 grammes dans les cas à pronostic peu favorable.

Le *sulfate de cuivre* ammoniacal doit être aussi administré sous forme pilulaire une heure après les repas. La dose initiale quotidienne chez les enfants au-dessous de dix ans, est de 0,005 à 0,01 ; au-dessus de dix ans, elle est de 0,02 à 0,04 ; on peut atteindre chez un adulte la dose quotidienne de 0,40 à 0,60, mais on est souvent obligé de la diminuer ou la suspendre à cause des nausées, vomissements, inappétence, diarrhée qui l'accompagnent.

(1) Suite. — Voir le numéro du 12 novembre 1870.

Quant à la quantité totale qu'il faut avoir donné de sulfate de cuivre ammoniacal, pour savoir si on doit ou non renoncer au remède, Herpin pense qu'elle doit être pour l'enfant de 18 grammes et chez l'adulte de 70 grammes.

On peut employer aussi le *cuivre porphyrisé* à la dose initiale quotidienne de *un* centigramme, et maximum de *cinq* centigrammes. L'ammoniure de cuivre à la dose de *un* à *quatre* centigrammes par jour a réussi entre les mains de Belfour, Roussel, Frank et Mercurio.

Le *nitrate d'argent cristallisé* a été administré aux épileptiques depuis la dose initiale de *un* centigramme jusqu'à celle de *trente* centigrammes par jour. De la Rive et Rayer ont obtenu un certain nombre de succès avec ce médicament qui offre le plus souvent le grand désavantage de colorer les malades en bleu, ainsi qu'on a pu le constater, il y a quelques années, sur cet Américain qui, non guéri, était venu demander aux chirurgiens de Paris de le castrer.

Le *chlorure d'argent* a été employé avec succès par Riccardi dans quelques cas.

(*Sera continué.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 août 1870 (1). — Présidence de M. Alph. Guérin.

COMMUNICATIONS

M. Panas. **Efficacité du chloral contre le délire alcoolique qu'on observe dans le cours des affections chirurgicales.** — L'inefficacité de la médication classique par l'opium et la tisane vineuse dans maintes circonstances et l'efficacité, bien reconnue du chloral là où l'opium avait échoué, m'avaient engagé à opposer le nouvel agent hypnotique aux diverses formes de délire venant compliquer soit le traumatisme, soit d'autres affections chirurgicales graves, telles que phlegmons diffus, arthrites suppurées, etc.

De l'ensemble des faits que j'ai recueillis depuis bientôt deux ans dans mon service à l'hôpital Saint-Louis, il est résulté pour moi :

1° Que le chloral est un agent précieux lorsqu'il s'agit de combattre le délire traumatique aigu, surtout chez les alcooliques ;

2° Que le subdélirium qui accompagne les diverses formes de septicémie chirurgicale n'est, par contre, influencé en rien par cet agent, et l'opium m'a paru lui être préféré.

Ne voulant pas abuser des instants de la Société, je me bornerai à relater deux observations seulement à l'appui des propositions qui précèdent.

Observation I. — *Délire alcoolique compliquant un phlegmon diffus de tout l'avant-bras; — administration de seize grammes de chloral en tout; — disparition du délire; — guérison.*

M... (Victor), 31 ans, brasseur de profession, entre salle Sainte-Marthe, le 14 juillet 1870.

Cet homme présente un phlegmon diffus de l'avant-bras et du coude ayant débuté trois jours environ avant son entrée à l'hôpital. Il a de l'insomnie depuis deux jours et un peu d'agitation.

Dans la nuit du 14 au 15, l'agitation est un peu plus vive. Le malade se relève deux ou trois fois. (Hallucinations.)

Le 15 et dans la nuit du 15 au 16, l'agitation et le délire sont encore plus prononcés. On est obligé de mettre au malade la camisole de force.

Le 16 au matin, même état.

M. Panas prescrit une potion avec huit grammes de chloral. Le malade en prend la moitié vers midi, et le reste vers 10 heures du soir. L'agitation et les hallucinations avaient persisté dans l'intervalle qui sépara l'administration des deux parties de la potion. A partir de 10 heures du soir, le malade fut *très-calme* et resta dans une somnolence profonde pendant 24 heures, jusqu'au lendemain soir.

Le 17 au soir, on lui rendit quatre grammes de chloral. Il y eut du subdélirium pendant la nuit.

Le 18, la somnolence persiste, moins complète que la veille au matin, et le malade n'ayant pas de délire, on suspend la potion. (Il avait pris en tout douze grammes de chloral).

Dans la nuit du 18 au 19 et toute la journée du 19, le malade est de nouveau très-agité. Délire bruyant.

Le 20 au matin, on rend la potion avec quatre grammes de chloral. Deux incisions faites sur l'avant-bras donnent issue à une assez grande quantité de pus infiltré. La potion fut administrée vers midi. Le calme revint sur le soir. Le malade resta dans la somnolence jusqu'au lendemain matin, 21 juillet.

A partir de ce moment, il n'y eut plus aucun accident alcoolique.

2 août. Le malade sort complétement guéri.

Cet homme boit en moyenne, depuis 15 ans, trois à quatre litres de vin par jour et quatre litres de bière environ. Il n'avait jamais eu d'attaque de *delirium tremens*. Il a un tremblement des mains depuis trois ans et des pituites le matin.

Remarques. — La cessation immédiate du délire en voie de progrès dès la première administration, sa disparition encore plus rapide et définitive à la suite d'une nouvelle dose de chloral, mettent hors de doute l'efficacité de cette substance.

Observations II. — *Fracture compliquée de plaie avec luxation du coude produite par un engrenage; — résection immédiate; — immobilisation; — pansements alcooliques; — administration de sulfate de quinine et de chloral; — persistance du délire septicémique; — insuccès.*

C..., 19 ans, appréteur d'étoffes, entre, le 9 avril 1870, salle Sainte-Marthe. A l'examen direct des parties, on constate ce qui suit :

Disjonction complète des os de l'avant-bras gauche avec fracture de l'apophyse coronoïde, et saillie directe du cubitus en arrière.

Fracture sus-condylienne, fissure s'étendant jusqu'à la poulie humérale. La tête du radius est fracturée ; esquille externe complétement détachée. Rupture des ligaments de la tête. Décollement considérable de la peau; plaie située à la partie postérieure et inférieure du bras, communiquant avec l'articulation.

5 avril. Incision longitudinale; résection du coude ; pas d'hémorrhagie, aucune lésion de nerf; attelle de caoutchouc ; pansement à l'alcool. Après l'opération, T. A. 39°, P. 124.

Le 5 avril soir. T. 39°, P. 132.

6 avril matin. P. 124, T. 39°,8. Soir. P. 132, T. 39°,8.

7 matin. P. 124, T. 39°. Nuit agitée, *subdelirium*, rêvasseries. Potion, chloral quatre grammes.

7 soir. P. 132, T. 39°8. On continue la potion au chloral.

8 matin. P. 124, T. 39°,4. Soir, P. 120, T. 39°,2. Chloral.

9. P. 112, T. 39°,2. Nuit calme. Soir. P. 116, T. 39°,4. Chloral.

10 matin. P. 116, T. 39°,2. Langue bonne; dort bien la nuit. Chloral.

10 soir. P. 120, T. 40°.

11. P. 104, T. 38°. Soir. P. 116, T. 39°,2. Chloral.

12. P. 100, T. 38°. Soir. P. 116, T. 39°,6. Chloral.

13 matin. P. 108, T. 38°,6. Décollement de la peau assez étendu à la région externe du coude, sphacèle à cet endroit; phlegmon développé à la partie inféro-externe du coude; incision; écoulement d'un pus crémeux renfermant quelques esquilles. Ce foyer ne communique pas avec celui de la résection.

13 soir. P. 120, T. 39°,8.

14. On cesse le chloral, comme n'ayant donné aucun résultat. P. 116, T. 38°,2. Soir. P. 120, T. 40°,1.

15 matin. P. 104, T. 39°,2. Soir. P. 108, T. 38°.

16 matin. P. 108, T. 38°. Soir. P. 116, T. 39°,4.

20 matin. T. 39°,2.

21 matin. T. 40°,1. Le malade a un frisson au moment où on prend sa température ; il dure un quart d'heure. P. 126. On lui donne du sulfate de quinine, 1,75.

22 matin, P. 108, T. 39°. On lui donne un gramme de quinine. Il a encore eu un petit frisson ce matin, qui a duré un quart d'heure ; mais hier, dans la journée, rien.

La plaie a bon aspect; on continue de panser avec le linge enduit de styrax et de la charpie alcoolisée.

22 soir. T. 41°,1. Il a eu un frisson dans la journée qui a duré 10 minutes. Sueurs peu abondantes.

23 matin. P. 132, T. 40°,7. Pas de nouveau frisson.

Plaie moins belle, un peu blafarde. Sulfate de quinine, 1 gramme 50 cent.

24. Plus de frisson. On continue le sulfate de quinine, 1 gramme 50 cent.

24 soir. T. 41°,2.

26. P. 125. La plaie a un mauvais aspect; elle est pâle et suppure beaucoup moins. — Le matin, T. 40°,2. Soir. 40°,1. Vomissements dans la journée; pas de frisson.

27 matin. P. 104.

28. Plaie toujours sèche, pâle, couverte d'un couche grisâtre qui masque les bourgeons charnus, à bords violacés. — Le malade est très-abattu et ne paraît pas souffrir ni s'inquiéter. On continue le quinine. Le délire persiste toujours.

Exeat sur la demande des parents.

Remarque. — Le chloral a été impuissant, ne fût-ce que pour modérer le délire septicémique qui a persisté au même degré après la cessation de la potion au chloral, dont il avait pris *trente-deux grammes* en *huit jours*.

M. Verneuil confirme l'utilité du chloral contre le *delirium tremens*. — Pour lui, le chloral agit non-seulement comme hypnotique, mais aussi comme modérateur des actions réflexes, et c'est ainsi que, tout dernièrement encore, il fit cesser un hoquet opiniâtre, chez un individu opéré de hernie étranglée, en administrant un gramme cinquante de chloral en potion, pendant trois jours de suite. Dans ce cas, des sinapismes, des vésicatoires et l'opium avaient complétement échoué.

Le chloral lui a pareillement réussi dans le traitement de certaines névralgies réflexes.

Un individu opéré six à huit fois pour une tumeur fibro-plastique à récidives de la paroi antérieure du thorax, éprouvait, après chaque opération, des douleurs intolérables s'irradiant au cou et à l'avant-bras et jusqu'à l'hypogastre. Le sulfate de quinine n'avait réussi qu'une première fois. L'opium était resté sans effet, tandis que le chloral, administré avant l'opération, permit de pratiquer celle-ci avec moins de douleur et supprima en même temps les souffrances consécutives.

M. Marjolin est d'avis que le traitement de Dupuytren par l'opium et la tisane vineuse donne de très-bons résultats, et il est bon d'y avoir recours, surtout dans les campagnes, où l'on manque habituellement de chloral.

M. Marjolin croit même que dans le délire traumatique, l'opium à doses fractionnées est préférable au chloral. Il termine en recommandant de nouveau les lavements de chloral chez les petits enfants atteints de brûlures.

M. Giraldès dit avoir obtenu de bons résultats en administrant le chloral contre les douleurs du cancer et aussi pour les coliques hépatiques. Comme M. Marjolin, il a eu à se louer de l'administration du chloral par le rectum, aussi bien chez les enfants que chez les adultes. La dose chez ces derniers est de 4 grammes pour un lavement qu'on pourra répéter jusqu'à cessation de la douleur.

A ce propos, M. Giraldès cite deux cas, observés en Angleterre, et relatifs à des accidents graves survenus par suite de l'administration de chloral. M. Giraldès pense qu'il s'agit là de cas tout à fait exceptionnels, et, pour son compte, il n'a jamais rien eu à craindre, bien qu'il n'ait pas manqué d'administrer des doses relativement fortes de chloral. Une fois, la mère de son service administra par mégarde à un enfant âgé de dix ans, un lavement contenant 3 grammes de chloral. Il y eut sommeil profond et prolongé, accompagné d'une anesthésie totale de la peau et même des cornées, mais l'enfant se réveilla et se rétablit promptement.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. Trélat présente une malade atteinte de *nécrose-phosphorée* de la mâchoire inférieure, opérée et guérie, et dont l'observation sera communiquée ultérieurement.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel : F. Panas.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

XCIX. — **Voyages dans Paris.** — Théophile Gautier publie, sous ce titre, dans l'*Officiel*, un article dans lequel il nous fait assister à la construction et au départ des aérostats.

La place Saint-Pierre-Montmartre. — L'admirable ciel bleu qui rayonnait si joyeusement sur notre tristesse a eu enfin la pudeur de se voiler. Il a fait comme nos femmes : il a changé les couleurs vives de sa toilette contre les teintes grises et noires assorties à la gravité du moment, et il voilà que nous regrettons l'azur; ce qui nous semblait une ironie était une consolation.

Nous avions formé le projet d'assister à un départ de la poste aérienne, qui emporte dans sa nacelle des ballots de ces lettres sur papier pelure dont les réponses, hélas! n'arrivent jamais; et ce matin-là, un vent farouche emportait, comme des haillons arrachés aux cordes des séchoirs, des lambeaux de nuages livides. Des gémissements vagues s'échappaient avec des tourbillons de feuilles des arbres secoués, et parmi les rumeurs de la tempête, girouettes grinçantes, portes fermées violemment, volets qui claquent, roulement de voitures se hâtant vers le gîte, on distinguait comme une basse profonde la voix du canon lointain. C'était un de ces temps où, sans être trop ami de ses aises, on se plaît à dire sous des couvertures le vers de l'élégiaque latin :

Quam juvat immites ventos audire cubantem !

mais nous avions donné rendez-vous à un camarade qui nous attendait sur la place Saint-Pierre-Montmartre, et nous nous mîmes bravement en route.

Rien de plus triste que ce jour d'automne terne et diffus, éclairant les objets sans y mettre de lumière ni d'ombre; tout semble sale, délavé; les couleurs s'éteignent, les formes ne se modèlent pas et prennent l'apparence de découpures plates. La ville fatiguée de sa veillée de guerre n'était pas levée encore; à peine dans toute la longueur de la rue Richelieu apercevait-on deux ou trois fiacres, taches noires sur le pavé gris. Seuls des pelotons de mobiles se dirigeant vers le poste désigné, des escouades de gardes nationaux allant à l'exercice ou au rempart animaient la solitude matinale; de loin en loin quelque boutique entr'ouvait un volet comme une paupière alourdie. De rares passants commençaient à raser les murs de ce pas inquiet et furtif qui semble effrayé de son écho. L'impression ressentie était étrange, indéfinissable; on se serait cru dans une de ces villes des *Mille et une Nuits*, où la vie est arrêtée par les maléfices de quelque puissant enchanteur. Mais on trouvera bientôt la formule qui rompt le charme et la brillante circulation sera rétablie.

Si, dans nos voyages sur la Seine, nous avons joui des dernières magnificences de l'été, toutes les mélancolies de l'automne accompagnaient notre excursion à la place Saint-Pierre-Montmartre.

En gravissant les pentes assez roides des rues bâties sur les contre-forts de la butte, nous arrivâmes enfin à la place où s'est établi le camp des aéronautes, et comme à l'aide de notre lorgnette nous cherchions l'ami qui devait nous introduire dans l'enceinte, nous nous trouvâmes subitement investi par une patrouille de garde nationale. Notre jumelle nous avait rendu suspect; on nous demanda, fort poliment du reste, nos papiers, et, sur l'exhibition d'un laissez-passer bien en règle, on nous rendit notre liberté de circulation. Un des gardes nationaux d'ailleurs nous avait reconnu et constata notre identité. Nous ne nous plaignons pas de cette vigilance. Les Prussiens désormais ne pourront plus nous surprendre.

La place Saint-Pierre-Montmartre offre une certaine déclivité et garde l'inclinaison du plateau sur lequel on l'a ouverte. De deux côtés elle est entourée de maisons, dont quelques-unes portent sur leur mur d'attente ces annonces en lettres gigantesques si chères aux industriels. Le troisième côté est formé par l'escarpement même de la butte avec ses tons de marne, de terre glaise et d'ocre. Des sentinelles se promènent et se croisent sur les étroits sentiers qui zèbrent le flanc du monticule. A la crête de l'éminence on distingue une maison, si nous ne nous trompons, et cette tour dite de Solferino écimée d'un étage pour les nécessités du siége, et surmontée maintenant d'un sémaphore. Au bas, dans un coin, sont remisées des voitures de saltimbanques, rappelant la *Green box*, où logeaient Ursus, Gwynplaine et Dea, sous la garde du brave loup Homo. On y voit aussi un jeu de bague dont les chevaux de bois sont à l'écurie, dans quelque hangard. Ces jeux et ces voitures, habitacles de phénomènes, théâtres où les pitres faisaient la parade pendant les foires de banlieue au son d'une musique enragée, font par le contraste un effet assez mélancolique; l'autre face, en contre-bas, est occupée par un marché.

Au milieu de la place, dans un terrain vague entouré d'une corde, s'élèvent trois tentes : l'une pour les soldats, l'autre pour les marins, la troisième pour les aéronautes. Un tuyau se raccordant avec la grande artère du gaz trace sa ligne à fleur de terre. Quelques bouts de planches, quelques tonneaux vides, voilà tout l'outillage. On ne

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

(1) Voir le dernier numéro.

saurait imaginer rien de plus simple. Notre ami nous fait entrer dans l'enceinte.

Le ballon gonflé, de couleur blanche, semblable à une énorme perle bossuée, de celles qu'on appelle barriques, se déprime et palpite sous le vent, qui est encore d'une violence extrême. Un cercle d'hommes d'équipe, marins, soldats, aérostatiers, gens du quartier prêtant leurs bras robustes, se suspendent aux cordages d'amarre et retiennent à terre l'énorme sphère impatiente de prendre son vol, et secouant le poids dont on la surcharge. Un ingénieur mécanicien, auteur de plusieurs belles découvertes, M. F..., et un colombophile avec sa cage de pigeons prennent place dans la nacelle, où sont déjà arrimés les sacs de lettres, de journaux et de dépêches. Au cri de : « Lâchez tout! » le ballon, libre de ses liens, s'élance, oscille deux ou trois fois, prend le vent, et monte avec une prodigieuse rapidité, comme s'il était aspiré par un tourbillon.

En regardant s'élever et diminuer le globe blanchâtre dans le gris du ciel, ces beaux vers de Victor Hugo, si bien en situation aujourd'hui, nous revenaient à la mémoire :

Audace humaine! effort du captif! sainte rage!
Effraction enfin, plus forte que la cage!
Que faut-il à cet être, atome au large front,
Pour vaincre ce qui n'a ni fin, ni bord, ni fond,
Pour dompter le vent, trombe, et l'écume, avalanche?
Dans le ciel une toile et sur mer une planche.

Oui! nous disions-nous, l'effraction est plus forte que la cage; l'ennemi qui a cru nous enfermer dans une tombe muette, nous murer dans un sépulcre, n'a pu mettre de couvercle à son caveau. Notre prison a pour plafond le ciel et l'on n'investit pas le ciel. La noire fourmillière des envahisseurs ne peut cerner l'azur, et l'homme délivré de l'antique pesanteur a, grâce au ballon, les ailes de l'oiseau. Hardi navigateur, il part sur son frêle esquif d'osier, traversant cette mer plus bleue encore que l'autre quand on a dépassé l'écume de nuages qui bientôt retombe à terre.

Avec l'aéronaute s'envolent aussi nos pensées, nos vœux pour les chers absents, les épanchements de nos cœurs, tout ce qu'il y a de bon, de tendre et de délicat dans l'âme humaine. Sur ce frêle papier, tel qui affecte un sourire stoïque, a laissé tomber une larme. Les reverrons-nous jamais, ceux et celles à qui nous écrivons ayant le vent pour facteur et le ballon pour boîte aux lettres? Cela dépend du caprice des boulets ou du hasard des bombes. Peut-être la tête adorée pour laquelle on trace ces petits caractères sur une pelure transparente qu'un soupir enlèverait s'est elle inclinée pâle et faible sur l'oreiller pour ne plus se redresser jamais. Quoi de plus navrant qu'une lettre adressée à un mort! Mais éloignons ces idées pénibles, croyons à un sort meilleur et à un avenir plus favorable. L'espérance n'est-elle pas restée au fond de la boîte de Pandore pour consoler la pauvre humanité?

Partout dans les airs se croisent les ballons intrépides, passant plus haut que les balles des Prussiens et se moquant de leurs projectiles. Voici les aéroscaphes de Nadard, de Dartois et d'Yon, voilà les ballons de Godard et ceux de Wilfrid de Fonvielle qui partent de différents points, poussés par le vent en dehors du cercle qui nous enferme. Ils vont dire à nos provinces que le cœur de Paris bat toujours, et que la France, en accourant sous nos murs, nous trouvera bien vivants et résolus, un peu maigris et faméliques peut-être, mais elle nous apportera des provisions; ils diront aussi à tous les faibles bien-aimés, dont il a fallu se séparer pour cette terrible épreuve, que nous ne les oublions pas et que le jour de la réunion approche.

Les ballons étaient depuis longtemps disparus, et une pluie fine commençait à tomber, pénétrant les paletots de ses mille aiguilles. On nous mena, pour nous abriter et nous faire voir dans tous ses détails la fabrication des ballons-postes, à l'Élysée-Montmartre, transformé en atelier aérostatique. L'Élysée-Montmartre est ou plutôt était une sorte de Mabille suburbain, car maintenant qui songe à la danse! Le jardin qui l'entoure est peuplé de statues mythologiques en plâtre peint à l'huile, dont la nudité frissonne à la bise d'octobre. Une immense salle abritait, pendant les soirées pluvieuses, les chorégraphies excentriques des Brididis et des grisettes de banlieue, et c'est là que l'atelier est installé.

Les murs en sont ornés de peintures à la détrempe représentant, dans des cadres d'architectures, des fleurs et des plantes exotiques; derrière l'orchestre s'arrondit un temple demi-circulaire aux blanches colonnes, se détachant d'un fond de sombre verdure. Les lustres pendent encore du plafond à demi dédorés et portant, au lieu de globes en verre dépoli, des boules de paillon vert et rouge. Une salle de bal n'est jamais gaie le jour : la lumière du soleil leur nuit comme aux femmes. Mais l'Élysée-Montmartre, animée par le travail, offrait, malgré la lividité du jour, un spectacle plein d'intérêt et de vie.

Une soixantaine d'ouvrières, la plupart jeunes, quelques-unes jolies, et toutes mises avec une propreté coquette, pressaient du pied la pédale des machines à coudre, qui bourdonnaient, imitant, à s'y méprendre, le bourdonnement antique du rouet, — Rouet de Marguerite

Œuvre de patience et de mélancolie,

lent travail de l'aiguille, qui avez inspiré à Thomas Hook l'immortelle chanson de la chemise *The song of the shirt*, comme vous voilà distancé par ce siècle progressif! comme avec une rapidité éblouissante la pointe d'acier se plongeait dans l'étoffe réunissant les deux bandes qu'on lui soumettait, par une couture d'une irréprochable régularité! Pauvre main féminine, dans ton œuvre moins certaine, on sentait le tremblement de la vie, mais aujourd'hui tu n'es plus qu'une maladroite, et tu ne peux lutter contre la prompte, infatigable et correcte machine. Heureusement la couseuse de métal a besoin d'une servante pour lui tailler les morceaux. Elle n'a pas d'yeux pour voir ce que font ses doigts d'acier; il n'est pas de rouage qui supplée le cerveau.

Dans cette même salle d'une immense longueur se trouvait une corderie et une fabrique de filet. Ce filet, espèce de housse à mailles larges vers l'équateur du ballon, à mailles allongées en losange au sommet et à la base de la sphère, dont la forme, lorsqu'elle est gonflée, a l'aspect d'une gigantesque toupie, est d'une importance extrême en matière d'aérostation. On n'y saurait apporter trop de soin; le filet maintient la capsule d'étoffe soie ou calicot, enflée de gaz, dont elle empêche la distension trop rapide, les poches ou les boursouflures.

Dans deux autres pièces, qui donnent sur la grande salle et devaient servir de buvette, l'on taille sur de longues tables, d'après le patron en fort papier, les bandes qui, réunies, composent le ballon. On peut les comparer exactement à des côtes de cantaloup ou aux degrés de longitude des mappemondes.

Cet atelier inspecté, Nadard nous conduisit à la gare du Nord, où l'on vernit les ballons. Quel silence! quel désert dans ces magnifiques salles, si agitées naguère par le départ et l'arrivée des voyageurs, par le tumulte des bagages et des colis! Des mobiles faisaient l'exercice au milieu de la cour, dont la grille était fermée. Une excursion à Enghien est aussi chimérique aujourd'hui qu'un voyage à Tombouctou ou aux sources du Nil blanc.

Dans la salle d'attente, des soldats, des marins, les manches de chemises retroussées, enduisaient d'un vernis composé d'huile grasse, de litharge et de caoutchouc le ballon qui devait partir le lendemain.

Le gaz tend toujours à s'échapper de l'enveloppe qui le renferme, laissant pénétrer une quantité équivalente du milieu où il plonge, par ce phénomène appelé par les physiciens *endosmose* et qui explique la communication des cellules entre elles. Pour sécher le vernis, on gonfle les ballons au moyen d'une sorte d'éolipyle, à l'aide d'une roue garnie de palettes qui, mue à la manivelle, chasse l'air avec force dans l'intérieur du globe distendu. De ces aérostats, Nadar, Dartois et Yon se chargent d'en livrer un par jour et même davantage s'il est besoin.

Maintenant, toutes les imaginations lèvent le nez en l'air. On ne rêve que ballons; on interroge le vent, on sonde les profondeurs du ciel. Les chimériques et les savants n'ont qu'une même idée, la direction des aérostats. Nadar dit *plus lourd que l'air*, d'autres cherchent la légèreté. Victor Hugo, dans son *Plein ciel*, a donné le plan de son aérostat, et voici que M. Dupuy de Lôme, l'habile constructeur des vaisseaux cuirassés et des monitors, a esquissé le croquis du sien à la craie sur le tableau noir de l'Institut; mais ceci regarde M. Henri de Parville.

Cette agitation fébrile prouve que nous voudrions bien avoir les réponses à nos lettres, et qu'à défaut de ballon, la colombe qui nous les apporterait écrites en caractères microscopiques sur son aile serait mieux venue que la colombe de l'arche avec son rameau vert au bec. Il y a encore un moyen plus simple, c'est de rejeter glorieusement les Prussiens au delà de leur Rhin allemand et de recevoir à la vieille manière notre correspondance par la poste. C'est, nous l'espérons, celui qu'on prendra.

Et peut-être, au bout de toutes ces recherches, trouvera-t-on le grand secret résolu par le moineau qui s'enlève du pavé sur les tuiles du toit! Et l'humanité qui crie depuis si longtemps : des ailes! des ailes! des ailes! comme dans la chanson de Ruckert, sera-t-elle enfin satisfaite! Maîtresse de la terre et de l'onde, elle s'emparera du domaine de l'air, car toute postulation de l'âme doit avoir son accomplissement.

18 OCTOBRE.

C. **Académie de médecine.** — L'Académie tient séance.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 18 octobre 1870. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

La correspondance non officielle comprend une lettre de M. Jules Guérin accompagnant l'envoi d'un pli cacheté relatif à un nouveau perfectionnement de la méthode de l'occlusion pneumatique

Le dépôt de ce pli est accepté.

Vaccine. — M. CHAUFFARD informe l'Académie que les médecins des hôpitaux ont reçu de l'Administration de l'assistance publique une lettre-circulaire demandant que les enfants vaccinés dans les hôpitaux soient envoyés comme vaccinifères aux salles de vaccination de l'Académie pour y servir aux inoculations vaccinales, et que ces enfants soient accompagnés de leurs mères. Or, comme ces enfants sont généralement vaccinés dans les premiers jours de leur naissance, il est impossible que leurs mères, encore malades de suites de couches, les accompagnent au moment opportun; il serait à désirer que M. le directeur de l'Assistance publique autorisât les infirmières ou les nourrices à accompagner les enfants à défaut de leurs mères, et que celles-ci n'en reçussent pas moins la gratification qui leur est allouée par le budget de l'Académie.

M. DEPAUL annonce à l'Académie que, depuis la dernière séance, il a vacciné environ trois mille soldats de la garde mobile.

Communications.

Nouveau moyen de diagnostic et d'extraction des projectiles en fonte de fer. — M. MILLIOT. Pour reconnaître les projectiles portés par une arme à feu dans le corps humain, on a employé jusqu'ici l'examen par la *vue*, par la *palpation*, par le *sondage* au moyen du doigt, de sondes, de stylets, etc., et par *l'électricité*, en introduisant dans le circuit galvanique d'un appareil électro-dynamique quelconque un galvanomètre ou un électro-trembleur dont l'aiguille ou le trembleur se mettent en mouvement dès que le courant est fermé par un corps métallique, par exemple par une balle en plomb ou un éclat d'obus.

Pour extraire les projectiles, on a employé différentes pinces, pincettes, tire-balles, tire-fonds, etc.

Tout en reconnaissant l'excellence de ces moyens d'extraction et d'investigation, et la nécessité de recourir à eux tous dans certains cas difficiles, j'ai cru possible, pour les cas dans lesquels il s'agit d'extraire et de diagnostiquer les projectiles en fonte de fer, par exemple les biscaïens, les éclats de bombes, etc., de recourir *à l'exploration et à l'extraction électro-magnétique.*

L'exploration électro-magnétique est basée sur la propriété qu'ont les électro-aimants d'attirer les corps paramagnétiques même à travers la peau du corps humain et les parois des cavités splanchiques. Il est facile, par conséquent, de concevoir que les électro-aimants peuvent être employés avec avantage dans le but de diagnostic des projectiles et des corps en fonte de fer logés dans le corps humain. Il suffit pour cela de les rapprocher de l'endroit où se trouvent ces corps; ainsi, par exemple, lorsqu'on approche les électro-aimants de la peau sous laquelle, à la distance de leur action, se trouve le corps en fer, ce dernier tend à être attiré et produit une saillie plus ou moins manifeste des téguments.

L'extraction des projectiles en fonte de fer portés par les armes à feu dans certaines parties du corps humain *au moyen des électro-aimants* est une opération élémentaire, et cependant elle n'a pas encore été appliquée sur les blessés. On avait proposé d'extraire, au moyen de l'aimant naturel, les battitures (étincelles) de fer tombées dans les yeux des maréchaux-ferrants; cependant ce procédé n'a pas été appliqué jusqu'à présent d'une manière sérieuse. On avait proposé aussi d'employer l'aimant pour l'extraction des aiguilles entrées dans une partie quelconque du corps humain; mais, d'une part, à l'approche des aimants de tout corps paramagnétique oblong, il se développe dans ce dernier des pôles et les aiguilles tendant à se mettre en croix avec lui; d'autre part, la pointe ou la tête d'une aiguille présente une surface trop petite pour que l'aimant, quelque puissant qu'il fût, pût agir sur elles. Cela nous explique pourquoi M. Ruhmkorff ne put jamais extraire les aiguilles chez les malades que lui envoyaient de temps à autre les médecins de Paris. Ayant pris en considération la tendance des corps paramagnétiques à se mettre en croix avec l'aimant et la difficulté qu'on éprouve à lui arracher le corps paramagnétique qu'il a attiré, difficulté qui pourrait avoir de très-graves conséquences lorsqu'il s'agirait d'extraire des plaies des projectiles ou autre corps en fonte ou en fer, j'ai eu recours à de petits électro-aimants portatifs confectionnés par M. Ruhmkorff. Ces électro-aimants sont engaînés dans des étuis de bois dans l'épaisseur desquels est ménagé un petit trou pour le passage d'un bouton qui se trouve vissé sur le bout d'un petit ressort. Lorsqu'on presse avec le doigt sur le bouton du petit ressort de l'étui, le courant traverse l'électro-aimant et produit son aimantation; par contre, lorsque la pression sur le bouton cesse, l'aimantation cesse instantanément. On sait que plus la distance entre les corps paramagnétiques et les électro-aimants est grande, et moins est forte la force attractive de ces derniers, les attractions magnétiques étant en raison inverse des carrés des distances auxquelles elles s'exercent. On sait aussi que la force attractive des électro-aimants est en raison directe de l'intensité du courant électrique, de la quantité de tours de leurs fils conducteurs de cuivre revêtus de soie, et de l'épaisseur et de la qualité du fer qui les composent. On peut avoir des électro-aimants de force considérable, et il y en a qui attirent 1,000 kilos et plus.

Dans mes expériences, j'ai employé un électro-aimant recourbé en fer à cheval et dont le fil conducteur a 109 mètres de long sur 1/2 millimètre de diamètre, et un électro-aimant droit dont le fil a 70 mètres de long sur 2 millimètres 1/2 de diamètre. Il est reconnu aujourd'hui que plus le fil conducteur est mince et plus il oppose de résistance au courant électrique; voilà pourquoi, pour l'aimantation d'un électro-aimant à fil mince, il faut employer une plus grande quantité d'éléments à petite surface, c'est-à-dire les disposer en séries; plus le fil conducteur des électro-aimants est gros et moins il faut employer d'éléments; mais ceux-ci doivent être à grande surface, c'est-à-dire disposés en batterie. C'est pour ces raisons que M. Ruhmkorff employa de gros fils conducteurs pour l'électro-aimant droit dont je produis l'aimantation à l'aide de mon appareil électro-dynamique à éléments à large surface. Avec l'électro-aimant recourbé en fer à cheval, j'attire des biscaïens et différents éclats d'obus à la distance de 15 millimètres; avec l'électro-aimant droit, j'attire ces mêmes projectiles à la distance de 40 millimètres. Afin de pouvoir atteindre ces projectiles dans la profondeur des plaies, j'ai muni les électro-aimants de tiges en fer de différentes longueurs, telles que 5, 10, 15 et 20 centimètres sur 10 à 15 millimètres de diamètre, et, malgré ces longueurs, j'ai pu avec plus ou moins de force extraire les projectiles sur le cadavre. L'emploi de ces sondes a une très-grande importance : on peut les employer dans une certaine profondeur de la plaie; on peut à leur aide extraire les projectiles en fonte de fer des formes les plus diverses, et en dernier lieu on n'agrandit pas le diamètre du trajet de la plaie, inconvénient qu'on ne peut éviter avec les instruments à extraction tels que les pinces, pincettes, etc. Si l'on prend un corps en fonte de fer rond, par exemple un biscaïen, l'attraction de l'électro-aimant s'exercera sur lui toujours de la même manière, n'importe le point de contact; autre chose a lieu lorsqu'on approche le même électro-aimant d'un corps paramagnétique oblong, par exemple d'un éclat d'obus : il s'y forme des pôles, et l'éclat attiré tâche de prendre une position transversale. On peut éviter cet inconvénient en approchant de l'éclat un seul pôle (électro-aimant droit) et en donnant à l'endroit de l'électro-aimant où s'exerce l'attraction la forme arrondie. Mes sondes en fer doux répondent à ce but. Enfin il reste à mentionner ce fait que les électro-aimants peuvent être employés d'une manière générale, dans tous les cas d'extraction des corps en fer ou en acier, par exemple des bouts de sabre, d'aiguilles, etc. J'ai mentionné le fait que l'aiguille présente à ses extrémités une surface trop restreinte pour que les électro-aimants puissent agir sur eux et vaincre la résistance que lui oppose l'espèce d'étreinte dans laquelle se trouve l'aiguille, ordinairement oxydée, au milieu des tissus. Cependant, lorsqu'on a affaire à un bout d'aiguille enfoncé à ras de la peau du corps humain, l'électro-aimant l'extrait facilement, car le resserrement des tissus autour d'un bout d'aiguille qui, en s'enfonçant, ne fait que les écarter, est faible relativement à la force attractive des électro-aimants. (Comm. : MM. Gosselin, Béclard et Gavarret.)

M. PELLARIN lit une *Note sur l'hygiène des opérés*. L'auteur insiste particulièrement sur la nécessité d'accroître le cube d'air affecté, dans les ambulances et les hôpitaux, à chaque blessé ou à chaque opéré. (Comm. : MM. Bouchardat, Bergeron et Verneuil.)

La séance est levée à quatre heures.

20 OCTOBRE

Cl. **Hygiène publique.** — Les membres de la commission des logements insalubres viennent de visiter, d'après les ordres du citoyen maire de Paris, la presque totalité des maisons du 4ᵉ arrondissement (plus de 1,350); ils ont donné aux propriétaires ou à leurs

représentants les instructions nécessaires pour faire disparaître les causes d'insalubrité inhérentes aux logements mis en location ou à leurs dépendances.

Ils ont en outre constaté que, par suite de l'émigration des personnes du dehors qui sont venues se réfugier à Paris, certains logements étaient occupés par un nombre d'habitants hors de toute proportion avec leur peu d'étendue (on a trouvé jusqu'à quinze personnes dans une seule pièce), et que cet encombrement était de nature à donner une cause grave d'insalubrité. Sur le rapport de la commission, des mesures ont été prises pour faire cesser cet état de choses en répartissant la population des logements encombrés dans des locaux plus vastes. (*Bulletin de la municipalité de Paris.*)

21 OCTOBRE

CII. **Ambulances.** — Le président du Gouvernement, gouverneur de Paris,

Considérant qu'il importe d'assujettir à une surveillance et à des règles communes les différentes ambulances, publiques ou privées, organisées pour le service des blessés, afin de fortifier, par une sage concentration, les moyens de toute nature que le zèle administratif et le patriotisme des citoyens ont mis à la disposition des défenseurs de Paris,

Arrête :

Art 1er. Il est institué une commission supérieure d'inspection du service des blessés civiles et militaires de l'armée de Paris.

Art. 2. Cette commission est ainsi composée :

M. Jules Ferry, membre du Gouvernement de la défense nationale, *président* ;

M. Wolf, intendant général de l'armée;

M. Larrey, médecin en chef de l'armée, président du conseil de santé;

M. Champouillon, médecin en chef de la garde nationale mobile;

M. Chenu, médecin de la Société internationale;

M. Guyon, chirurgien des hôpitaux;

M. Labbé, chirurgien des hôpitaux, membre de la commission centrale d'hygiène;

M. Béhier, médecin de l'Hôtel-Dieu, professeur à la Faculté de médecine;

M. Broca, professeur à la Faculté de médecine, vice-président du conseil général des hospices;

M. le docteur Jules Worms, *secrétaire*.

Fait à Paris, le 20 octobre 1870.

Général Trochu.

— Le président du Gouvernement, gouverneur de Paris,

Considérant qu'il est indispensable de maintenir un ordre absolu dans l'enlèvement des blessés et dans leur répartition dans les ambulances;

En conformité des ordonnances sur le service en campagne, et de la convention internationale de Genève;

Considérant qu'aux armées le service des sociétés de secours, pour être efficace, ne doit pas s'exercer en dehors des services militaires organisés,

Arrête :

Art. 1er. Les instructions pour la réunion et la mise en route des voitures destinées à l'enlèvement des blessés seront transmises aux directeurs des diverses sociétés de secours autorisées, sur l'ordre du gouverneur de Paris, par l'intendant général de l'armée de la défense.

Art. 2. En arrivant sur la partie de l'enceinte faisant face au lieu du combat, ces voitures se rangeront sur la chaussée à la gauche des voitures d'ambulances militaires, et dans l'ordre assigné par le fonctionnaire de l'intendance militaire ou l'officier d'état-major désigné à cet effet.

Art. 3. D'après les besoins signalés par l'intendant général de l'armée, ou par l'intendant militaire des troupes engagées, les fonctionnaires de l'intendance ou officiers de l'état-major de service aux portes autoriseront la sortie du nombre de voitures reconnu suffisant, en leur indiquant le lieu où elles devront se rendre, sans se détourner de leur route.

Art. 4. Arrivé au point de réunion, le chef de chaque société ou groupe de voitures prendra les ordres du fonctionnaire de l'intendance, qui lui indiquera la portion du terrain qu'il aura mission d'explorer.

Art. 5. Pendant l'enlèvement des blessés, les membres des sociétés de secours défèreront aux instructions des fonctionnaires de l'intendance, qui auront pris eux-mêmes les ordres du commandement. Le chargement fait, ils devront se rendre exactement du point de départ à l hôpital ou à l'ambulance qui leur aura été assigné, soit sur place, soit lorsqu'ils passeront les portes de l'enceinte.

Art. 6. Les voitures qui chercheraient à sortir sans ordre, ou avant leur tour, et celles qui ne se rendraient pas exactement au point indiqué, et qui, en un mot, contreviendraient d'une manière quelconque aux ordres donnés seraient exclues du service de l'évacuation des blessés, et seraient privées du droit de porter le drapeau de neutralité.

Art. 7. Les prescriptions des articles 2, 3, 4, 5 et 6 ci-dessus s'appliquent aux voitures particulières, autorisées à aller relever les blessés.

Toutes les dispositions contraires à celles du présent arrêté sont annulées.

Fait à Paris le 20 octobre 1870.

Général Trochu.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — Traitement de l'épilepsie (M. Aug. Voisin). — ACADÉMIE DES SCIENCES : Mémoires et communications des membres et correspondants de l'Académie. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 18 avril 1871.

TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE (1)

Par M. le Dr AUG. VOISIN
Médecin de l'hospice de Bicêtre.

Les médicaments dits vasculaires que l'on peut employer dans l'épilepsie, lorsque le bromure de potassium, l'oxyde de zinc, le sulfate de cuivre demeurent sans effet, sont inutiles, sont la valériane, la belladone, l'armoise.

La *valériane* est donnée en poudre ou en extrait hydro-alcoolique. Connue depuis une époque très-reculée comme utile dans l'épilepsie, elle a été de nouveau recommandée par Tissot, Chauffard (d'Avignon) et Ollier. L'extrait alcoolique peut être donné chez les enfants jusqu'à la dose quotidienne de *quinze* centigrammes, et chez les adultes de *trente* centigrammes. Le valérianate d'ammoniaque a été employée, dans ces dernières années, contre le vertige épileptique, notamment par Michéa.

La *belladone*, conseillée dans le siècle dernier par Fredic, a été remise en honneur par Murray, Debreyne, Bretonneau, Trousseau, Leuret et Ricard. Trousseau comptait un certain nombre de guérisons avec ce médicament, lorsqu'il avait été pris avec persévérance ; aussi Trousseau arrivait à donner pendant quinze, vingt mois, jusqu'à *vingt* centigrammes par jour, et ne diminuait ou suspendait que lorsque la dilatation excessive des pupilles, le trouble de la vue, la sécheresse du gosier, la diminution de la mémoire, indiquaient un effet toxique.

Lorsque la névrose se modifiait, il maintenait la dose administrée en dernier lieu, puis la descendait suivant une progression inverse ; puis enfin suspendait pendant quelque temps la médication pour la reprendre après cet intervalle de repos. Pour Trousseau, une année quelquefois suffit à peine, pour connaître l'influence de la belladone, et si l'année d'après il y a quelque amendement, il faut insister encore deux, trois, quatre ans.

La belladone est un médicament qui s'applique plutôt, ainsi que le zinc et le cuivre, à la cure du vertige épileptique ; le bromure de potassium, au contraire, agit surtout contre les attaques.

Le *curare* a été employé contre l'épilepsie, d'une façon rationnelle, par Thiercelin, le premier ; ses recherches sont restées malheureusement peu complètes par la privation de médicaments, et peu concluantes par le défaut d'une posologie déterminée. Benedikt a traité avec succès quelques épileptiques, mais ses malades n'ont pas été suivis assez longtemps pour qu'on puisse asseoir définitivement une opinion à leur sujet.

Quant à nous, nous avons fait nos premiers essais à Bicêtre, de concert avec M. Liouville. Dans une première série de six malades, tous épileptiques et déments depuis longues années, la médication n'a pas réussi. Depuis nous l'avons employée et nous l'employons chez des épileptiques moins gravement atteints et avons constaté la disparition à peu près complète de grandes attaques chez certains malades ; elle a été complète chez deux. J'ai échoué entièrement chez le plus grand nombre ; j'ai dit plus haut les résultats excellents que le curare me donnait dans la manie épileptique.

D'autres médicaments, tels que le sélin des marais, le cotylédon umbilicus, ont été employés avec plus ou moins de succès, par Herpin, Thossalter, Bullar, Graves et Fonssagrives ; entre mes mains, le sélin des marais n'a jamais produit aucun résultat; mais, pour le cotylédon, j'ai observé qu'il avait agi dans deux cas d'une façon très-efficace sur l'excitation génitale ; cet effet est il dû aux principes ammoniacaux qu'il renferme ? Quant au galium, je ne l'ai jamais vu réussir, et les succès de Tain me semblent bien douteux, si j'en juge par le récit de malades qui ont été traités par ce médicament.

L'emploi des sternutatoires a été recommandé par Laycock ; s'emparant d'une donnée qui découle des expériences de Kussmaul et Tenner, il considère l'attaque épileptique comme la conséquence d'une anémie subite du cervelet ; cette anémie aurait pour origine une impresssion que le cervelet recevrait tantôt des centres cérébraux affectés aux fonctions psychiques, tantôt et plus fréquemment de la moelle allongée. Pour modifier cet état morbide, Laycock pense qu'il est rationnel d'agir sur le système respiratoire et qu'on ne saurait agir plus sûrement qu'en irritant les branches de la cinquième paire qui se ramifient dans la membrane de Schneider. Le mélange sternutatoire auquel il a donné la préférence est formé de *cinq* grammes de poudre d'hellébore blanc et de *soixante* grammes de poudre de quinquina ; les malades doivent s'en introduire trois fois par jour une pincée dans les narines, de manière à provoquer des éternuments énergiques pendant dix minutes, puis ils doivent renifler de l'eau froide, lorsque les éternuments ne s'arrêtent pas spontanément. Ce traitement ne paraît pas avoir été suivi de succès durables, si on en juge par les observations de Laycock.

L'*électricité à courant constant* rend quelques services dans le traitement de l'épilepsie, par l'action calmante qu'elle peut exercer sur les nerfs périphériques et sur les centres nerveux. Le courant constant affaiblit et épuise l'excitabilité pathologiquement accrue de la moelle. Des expériences ont en effet montré que dans l'intervalle de la fermeture et de l'ouverture du circuit parcouru par un courant galvanique fort, l'excitabilité de la moelle est à ce point anéantie qu'aucune excitation portée sur elle ne détermine de contraction musculaire. (Jaccoud.)

Ce mode d'emploi de l'électricité, et son application au traitement des névroses, est surtout connu par les travaux de Remak, de Benedikt, de Fieber ; il n'a guère été employé en France, au moins à ma connaissance, pour le traitement de l'épilepsie. Quant à moi, j'ai commencé à en faire usage depuis que j'ai vu mettre en pratique l'électro thérapie à Vienne, et je suis arrivé aux résultats suivants :

Le courant constant supprime avec une grande rapidité les points d'hyperesthésie cutanée et musculaire, que présentent si souvent les épileptiques, et qui jouent si fréquemment un rôle important dans leur maladie.

Ce n'est pas en agissant directement sur les ganglions supérieurs du grand sympathique au cou, ainsi que l'ont fait Benedikt et Fieber, que l'on peut espérer agir dans l'épilepsie ; aussi il ne faut pas s'étonner de voir Benedikt signaler l'inutilité de l'électricité dans l'épilepsie ; c'est sur le bulbe, en effet, que l'on doit agir directement et non pas sur le grand sympathique ; pour cela, j'ai suivi les indications données par Ludwig Türck, et je suis arrivé, après bien des tâtonnements, à découvrir certains points où l'on doit appliquer les excitateurs de la pile électrique pour faire passer un courant par le bulbe. Ainsi, par exemple, j'ai observé qu'un excitateur placé sur certains points de la poitrine et un deuxième posé sur la face ou sur la langue en arrière du V, ou au menton, ont produit des phénomènes très-significatifs qui prouvent que le courant passe par le bulbe.

La recherche de ces cercles que l'on peut faire parcourir au courant constant, amènera, d'après ce que j'ai déjà observé, des résultats d'une certaine importance ; toujours est-il que les malades ainsi traités guérissent ou s'améliorent, alors même que leur affection avait résisté à d'autres traitements.

Fieber a remarqué que les courants constants étaient utiles dans le cas d'épilepsie vaso-motrice, dans celui de mal comitial lié à de la dysménorrhée ou de l'aménorrhée, et dans l'épilepsie réflexe, mais à la condition d'appliquer directement le pôle positif sur le point de la périphérie que l'on suppose être le point de départ de la convulsion, ou sur l'utérus. Pour Remak et Fieber, les courants constants interrompus sont utiles dans le cas où l'épilepsie est accompagnée d'hyperesthésie.

Toute espèce d'électricité autre que celle à courant constant obtenue par des *piles* dites de *Remak* doit être proscrite : elle est au moins inutile.

Je n'ai jamais vu obtenir aucun résultat avec la *brosse* dite *électrique*, avec les *ceintures électriques*, avec les courants d'induction.

Certaines manifestations de l'épilepsie analogues à celles de la fièvre intermittente ont fait penser à plusieurs auteurs et entre autres à Dumas, à Selade, qu'il serait bon de faire naître la *fièvre intermittente* chez les épileptiques et qu'ainsi il y aurait peut-être chance de guérir l'épilepsie. Un fait que j'ai observé de fièvre intermittente tierce des plus intenses chez un épileptique, semblerait prouver qu'il ne faut pas compter sur ce moyen pour la curabilité du mal comitial. Le malade a bien eu pendant sa fièvre moins de vertiges, d'absences et d'attaques, mais la fièvre disparue, l'affection a repris son cours habituel ; l'épilepsie s'est comportée là comme dans le cas de toute maladie fébrile intercurrente qui suspend les attaques. La même conclusion doit être tirée d'un fait publié par Girard, d'une épileptique dont les accès suspendus deux fois pendant une fièvre intermittente quotidienne, reprirent lorsque la fièvre fut guérie.

Pourtant il ne faut pas oublier le fait relaté par Ricard, d'une jeune fille qui guérit radicalement de l'épilepsie pendant une fièvre intermittente tierce.

La *gymnastique* dite *de chambre*, les exercices corporels de toute espèce sont un adjuvant auquel on doit avoir recours, surtout chez les enfants et les adolescents qui sont d'une nature très-irritable, d'un tempérament très-nerveux, qui présentent de la maigreur des muscles, un développement incomplet des membres, une certaine étroitesse de la poitrine, liée à de la saillie des veines du cou, du front, des tempes, et à un volume disproportionné de la tête.

J'ai vu à Bicêtre et à la Salpêtrière la gymnastique ainsi employée produire de bons résultats, en faisant cesser la prédominance de la névrosité et en rétablissant l'équilibre entre les fonctions organiques.

Récamier a traité avec succès un épileptique dont les attaques étaient annoncées par des auras périphériques, par de nombreux vésicatoires volants appliqués dans tous les points où le malade éprouvait des auras.

Lorsque les épileptiques éprouvent dans les membres en même temps que le long de la colonne vertébrale des douleurs spontanées et provoquées, l'application de vésicatoires ou de cautères sur les points douloureux du corps et de la colonne vertébrale produit le même effet.

Mettais aurait obtenu de bons effets de frictions faites sur le cuir chevelu avec la pommade stibiée. Plusieurs malades de Bicêtre ont été ainsi traités par mes prédécesseurs, mais aucun n'a guéri.

Lebreton a employé avec succès le cautère actuel sur la région syncipitale dans un cas d'épilepsie. La cautérisation du pharynx, conseillée par Ducros et Moreau (de Tours), a été employée avec succès dans un cas d'épilepsie avec aura périphérique.

Frank a fait pratiquer la castration dans un cas où la maladie paraissait avoir son point de départ dans les testicules ; depuis, cette opération a été recommandée par un chirurgien américain. Mais cet épileptique, coloré en bleu par le nitrate d'argent, qui voulait se faire castrer par un chirurgien français, a été opéré en Angleterre sans que sa maladie en ait été suspendue.

Un chirurgien américain a castré un épileptique qui était adonné à l'onanisme et qui aurait cessé d'être épileptique.

Le *trépan* a été depuis longtemps employé dans le traitement de l'épilepsie. Cette méthode, admise par Arétée, Fabrice d'Aquapendente, Lamotte, Tissot, Guild, Campbell, a été remise en honneur ; ainsi Mason-Warren a trépané dix épileptiques : trois ont guéri, deux ont été améliorés, cinq sont morts.

Broca a trépané aussi avec succès un enfant atteint d'attaques épileptiques consécutives à un traumatisme du crâne.

La *trachéotomie* a été employée par Marshall-Hall contre le mal caduc. On se souvient que cet auteur subordonnait à la contraction des muscles du cou et à l'obstruction de l'orifice glottique la perte de connaissance et les autres phénomènes convulsifs. Aussi il a pensé qu'en ouvrant la trachée on devait conjurer la strangulation et faire avorter les attaques. La théorie de Marshall Hall a été mise plusieurs fois en pratique en Angleterre : mais, de l'avis des médecins anglais qui ont pu suivre le résultat de ses opérations, ce procédé n'a aucune action. Russell Reynolds et Wynn William, entre autres, ont constaté des attaques chez des épileptiques qui portaient encore une canule dans la trachée.

Preston (de Calcutta) n'a pas craint de lier l'artère carotide, et aurait obtenu un succès momentané. Dans un autre cas où un épileptique s'était ouvert, dans une idée de suicide, l'artère thyroïdienne, Boileau lia la carotide. Le malade guérit de cette opération et de l'épilepsie.

D'un autre côté, Velpeau échoua chez un épileptique dont il avait lié les artères temporales et faciales pour le guérir de sa maladie.

La *ligature* et la *section des nerfs* des membres dans lesquels les épileptiques éprouvent des auras bien nettes et bien limitées, auraient peut-être, dans quelques cas, une bonne influence, si l'on en juge par les faits de Pontier et de Fabius (ce dernier rapporté par Portal, et par les expériences de Brown-Séquard.

Ce dernier, en effet, a montré que la section d'un nerf sciatique, qui produit chez un cobaye la faculté épileptogène, amène dans le bout central de ce nerf un état morbide qui doit nécessairement produire quelque irritation dans cette partie du nerf, et que la cessation de la faculté épileptogène coïncide avec la guérison de cet état morbide, c'est-à-dire avec l'atrophie du bout central du nerf ; eh bien, il n'est pas impossible de supposer que la section d'un nerf sur le trajet duquel existe un aura puisse guérir l'épilepsie.

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

D'ailleurs, il est avéré que l'extirpation de tumeurs d'où semblaient partir des auras a amené la guérison des épileptiques; c'est ainsi que Schort a agi chez un malade dont les attaques débutaient constamment par une vapeur froide partant du mollet. Il découvrit dans la profondeur des tissus, sur le trajet des nerfs, un petit corps dur, ganglionnaire, cartilagineux, et en fit l'extraction. Depuis, l'épilepsie guérit. Delasiauve a reproduit un certain nombre d'autres faits semblables, dus à Caron, Leduc, Fabrice de Hilden, Larmorier.

L'avulsion de dents douloureuses a amené le même résultat heureux entre les mains de Malouet, Portal, Anglade, Mosner.

On a dit que les affections *psoriques* guérissaient, par subtitution, l'épilepsie. Je puis répondre, à ce sujet, que j'ai observé deux enfants qui présentaient un favus des plus rebelles sans avoir été améliorés.

La thérapeutique de l'*épilepsie saturnine* intense consiste dans l'emploi de la diète et des boissons délayantes; c'est au moins la conclusion à laquelle est arrivé Tanquerel des Planches. Dans le cas d'épilepsie saturnine subaiguë et légère, l'épilepsie cesse dès que le malade renonce à l'emploi du plomb: ainsi pour les ouvriers typographes. Lorsque l'épilepsie persiste au contraire et devient chronique, ce qui n'est pas rare, le bromure de potassium réussit ordinairement.

J'en dirai autant de l'épilepsie alcoolique et absinthique: elle peut cesser par le seul fait de l'abstinence de liqueurs; mais nombre d'observations montrent que des individus sont restés épileptiques tout en supprimant l'usage d'alcooliques. Dans ces cas, il faut recourir au bromure de potassium.

Le traitement de l'*hystéro-épilepsie* doit suivre les mêmes indications que celui des deux névroses qu'elle réunit en une seule. S'il s'agit d'un enfant prédisposé héréditairement, il faut, à la première apparition d'accidents nerveux (éclampsie, spasmes, contractions), redoubler de précautions pour écarter tout ce qui risquerait de devenir une occasion de convulsions, comme les sensations fortes ou agaçantes, la douleur, l'insolation prolongée, la colère, la jalousie. Il faut équilibrer les goûts et les capacités exceptionnelles de l'enfant en cherchant à amener au même niveau les facultés et les sentiments qui sont moins développés, en ayant soin de suspendre le travail intellectuel et corporel avant que la fatigue ait amené une exaltation factice des forces. (Dunant.)

Lorsque des accidents convulsifs ou spasmodiques se sont produits, il faut employer plus souvent des toniques et des reconstituants que des antiphlogistiques, faire usage de l'hydrothérapie qui agit à la fois sur le sang et sur le système nerveux, et des médicaments suivants: belladone, assa-fœtida, bromure de potassium.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 10 avril 1871. — Présidence de M. Delaunay.

MÉMOIRES ET COMMUNICATIONS DES MEMBRES ET CORRESPONDANTS DE L'ACADÉMIE.

Physiologie végétale. — M. Chevreul lit la note suivante sur *Trois végétations d'un même oignon de jacinthe rose.*

§ I. — Première végétation.

J'ai communiqué à l'Académie quelques observations sur la végétation d'un oignon de *jacinthe rose* qui eut lieu dès les derniers jours de décembre 1867 au 1er mai 1868; la végétation s'était donc accomplie en quatre mois dans de l'eau ordinaire, avec cette circonstance remarquable que le plateau de l'oignon n'avait poussé aucune radicule; l'eau avait pénétré exclusivement dans l'oignon par imbibition, ou si l'on veut, par endosmose.

Février. — C'est vers le 1er février que le sommet d'une hampe apparut couverte de boutons roses. Ceux-ci s'épanouirent, la hampe grandit, elle était couverte de fleurs. Du 20 au 28, des fleurs commencèrent à se flétrir, et, fait remarquable, pas une feuille n'avait paru.

Mars. — Vers la mi-mars les fleurs étaient flétries, et c'est alors que les feuilles apparurent. A la fin de mars, des feuilles avaient plusieurs centimètres.

Avril. — Au 15 d'avril les feuilles intérieures avaient dépassé la dernière fleur de 0m,020.

La feuille la plus grande avait 0m,140 et la hampe 0m,120; elle n'était pas flétrie comme les fleurs.

Mai. — Le 1er mai, l'oignon fut retiré de la carafe; le plateau ne présentait pas une seule radicule; après quinze jours, les feuilles extérieures étaient sèches ou demi-sèches, les trois feuilles internes, d'un beau vert, cachaient la hampe, dont les fleurs étaient en partie sèches. Les feuilles internes commencèrent à sécher le 18 mai.

§ II. — Deuxième végétation.

1868. *Octobre.* — L'oignon fut abandonné à l'air d'une chambre jusqu'au premier jour d'octobre 1868. Dans les premiers jours de ce mois, un gros bouton légèrement verdâtre apparut au centre, et le 10 je le mis dans une carafe d'eau.

Le 17, des radicules, au nombre de 20, apparurent non sur la couronne du plateau, mais dans le plateau même.

Novembre. Le 1er, feuilles vertes de 0,010 de hauteur.

Décembre. Le 1er, la pousse avait 0,025 de hauteur.

Le 18, la pousse avait 0,050 de hauteur; hampe vigoureuse.

Le 28, la feuille la plus grande 0,065, la feuille la plus petite 0,055, la hampe 0,055; veines de rose sur quelques boutons floraux.

1869. *Janvier.* Le 6, la feuille la plus grande 0,080, la hampe 0,090; la fleur terminale n'était pas épanouie; elle était d'un orangé jaune, avec une macule rouge au sommet des divisions.

Le 10, la feuille la plus grande 0,100, la hampe 0,150; 7 fleurs épanouies; 5 fleurs semi-épanouies; 4 boutons. Les fleurs avaient l'odeur de la jacinthe. Presque toutes orangé jaune léger à l'extérieur. A l'intérieur, zone centrale rosée au milieu de chaque division.

Le 12, la feuille la plus longue 1,100, la hampe 0,180; 16 fleurs épanouies, odeur de jacinthe; presque toutes orangé jaune à l'extérieur; à l'intérieur, zone centrale rose.

Le 17, la feuille la plus longue 0,110, la hampe 0,220; 16 fleurs; les premières épanouies avaient perdu sensiblement de leurs couleurs jaune et rose.

Le 18, la feuille la plus longue 0,115, la hampe, 0,225.

Le 21, la feuille la plus longue 0,120, la hampe 0,270.

Février. Le 1er, la feuille la plus longue 0,125, la hampe 290. Apparition d'une 2e hampe.

Le 3, la feuille la plus longue 0,150, la hampe I, 0,290; la hampe II, 0,075.

Le 5, la feuille la plus longue 0,150, la hampe I, 0,305, la hampe II, 0,100. Grosse racine de 0,030 à 0,060 de longueur.

Le 7, la feuille la plus longue 0,180, la hampe I, 0,320. Les fleurs supérieures commencent à sécher; elles ont perdu presque tout leur jaune. La hampe II, 0,180; 9 boutons: 3 sont près de s'épanouir; ils sont jaune carné.

Le 8, la feuille la plus longue 0,180, la hampe I, 0,320. La hampe II, 0,200; 3 boutons ouverts, moins jaunes que les fleurs de la hampe 1.

Le 10, feuille la plus longue 0,200, hampe I, 0,320; 17 fleurs: 5 sèches, 5 demi-sèches, 6 commencent à sécher. Hampe II, 0,245; fleurs à odeur de jacinthe, plus pâles et proportionnellement plus rosées que celles de la hampe 1.

Le 12, feuille la plus longue 0,205, hampe I, 0,320, hampe II, 0,300.

Le 14, hampe I, 0,325; hampe II, 0,345.

Le 18, feuille la plus longue 0,250, hampe I, 0,325; hampe II, 0,365; 9 fleurs; zone centrale des divisions rose, le reste jaune pâle.

Le 23, feuille la plus longue 0,270, hampe I, 0,330, hampe II, 0,380; les fleurs avaient commencé à sécher le 22; le 24, 4 fleurs étaient fraîches.

Mars. Le 1er, feuille la plus longue 0,320, hampe I, 0,350, hampe II, 0,400.

Je ne tirerai de conclusion de ces observations qu'après avoir décrit les faits relatifs à la comparaison des deux autres végétations.

§ III. — Troisième végétation.

1870. *Février.* — L'oignon qui avait végété en 1869, en poussant des radicules et en produisant deux hampes, abandonné à l'air dans une chambre, examiné le 1er février, présenta au centre un bouton vert. Il fut mis dans l'eau d'une carafe et, après quelques jours l'ayant sorti de l'eau, le plateau, loin de présenter des radicules, parut avoir subi un commencement d'altération, il semblait moisi, quelques parties étaient rouges; on enleva tout ce qu'on put séparer sans altérer la partie saine et on le remit dans de l'eau fraîche.

Peu à peu la végétation commença à partir du 24 février. Elle était centrale; en d'autres termes, ce n'était point un caïeu latéral qui végétait, mais aucune radicule ne parut.

Mars. Le 1er, feuille longue de 0,030; le 10, hampe paraît, 0,005; le 13, feuille 0,065.

Le 14, feuille 0,070, hampe 0,007; présentant 5 boutons d'un blanc rosé avec zone verte.

Le 15, feuille 0,072, hampe 0,012.

Le 17, aucune radicule ne paraît. Feuille la plus longue 0,078, hampe 0,026; deux rangs de boutons.

Le 18, feuille la plus longue 0,078, hampe 0,033.

Le 19, feuille la plus longue 0,080, hampe 0,040; 8 boutons, 3 inférieurs ouverts.

Le 20, feuille la plus longue 0,085, hampe 0,045; 2 fleurs, 3 boutons épanouis, 7 boutons supérieurs. Fleurs odorantes.

Le 21, feuille 0,092, hampe 0,050; 2 fleurs, 6 boutons épanouis plus ou moins.

Le 22, feuille 0,095, hampe 0,050; 8 fleurs plus ou moins épanouies; violet rouge; odeur de jacinthe.

Le 23, feuille 0,096, hampe 0,030; 8 fleurs; odeur forte.

Le 24, feuille 0,098, hampe 0,050; 8 fleurs très-odorantes.

Le 25, feuille 0,100, hampe 0,050; 8 fleurs.

Le 26, feuille 0,102, hampe 8,050; fleur 2 4/2 violet rouge, du blanc au 6 ton.

Le 27, feuille 0,105, hampe 0,050; 8 fleurs.

Le 28, feuille 0,105, hampe 0,055; 8 fleurs.

Le 29, feuille 0,105, hampe 0,055.

Le 30, feuille 0,110, hampe 0,055; fleurs.

Le 31, feuille 0,110, hampe 0,055; fleurs.

Avril. Le 1er, feuille 0,110, hampe 0,055; la première fleur inférieure commence à se flétrir.

Le 2, feuille 0,120, hampe 0,055; la première fleur inférieure commence à se sécher.

Le 3, feuille 0,121, hampe 0,055.

Le 4, feuille 0,122, hampe 0,055.

Le 5, feuille 0,123, hampe 0,055.

Le 6, feuille 0,125, hampe 0,055.

Le 7, feuille 0,128, hampe 0,055; flétrie.

Le 9, feuille 0,130.

Le 10, feuille 0,135, hampe 0,055; commence à sécher.

Le 13, feuille 0,145.

Le 20, feuille la plus longue 0,155, commence à jaunir; hampe 0,055, sèche.

Le tableau suivant présente le résumé le plus précis des observations précédentes.

Durée de l'imbibition de l'oignon jusqu'à la manifestation de quelque organe externe.

1re végétation.	2e végétation.	3e végétation.
34 jours.	7 jours.	25 jours.

Époque de l'apparition des organes à partir du contact de l'eau avec l'oignon.

	1re végétation.	2e végétation.	3e végétation.
Radicule..	zéro.	le 7e jour.	zéro.
Feuille ...	74 jours.	le 20e jour.	le 25e jour.
Hampe ...	34 jours.	le 50e jour.	le 38e jour.
2e hampe.	....	le 113e jour.	

Durée.

	1re végétation.	2e végétation.	3e végétation.
Feuilles...	Après 46 jours, très-vertes; la plus longue, 0m,140.	121 jours, très-vertes; la plus longue 0m,320.	54 jours, commencèrent à jaunir; la plus longue 0m,155.
1re hampe.	Après 86 jours, n'était pas flétrie comme les fleurs, qui, à peine, durèrent 20 jours.	91 jours; verte, longueur 0m,350.	28 jours; longueur 0m,055.
2e hampe..	....	28 jours; verte, longueur 0m,400.	

Rapprochons les faits que présentent les trois végétations d'un même oignon de *Jacinthe rose* dite *double*, au point de vue le plus général.

Première végétation. — Cet oignon, dans les derniers jours de décembre 1867, fut mis dans une carafe d'eau de Seine jusqu'au 1er de mai 1868; je compte cent vingt jours.

Après trente quatre jours, des boutons floraux cachant une hampe apparurent. Peu à peu, la hampe parut, les boutons fleurirent; les fleurs durèrent une vingtaine de jours. La hampe n'était pas flétrie après quatre-vingt-six jours. Sa longueur était de 0m,120.

Fait remarquable, les feuilles n'ont commencé à croître sensiblement qu'après quarante-six jours, à l'époque où les fleurs étaient flétries. A la fin de l'expérience, leur couleur était fraîche, et la plus longue avait 0m,140 de longueur, 2 centimètres de plus que la hampe.

Ainsi la végétation d'un oignon qui a produit hampe et fleur d'abord, puis feuilles vertes, n'a pas développé une seule radicule pendant cent vingt jours!

Cette végétation diffère de celle d'une graine en ce que l'organe floral apparaît avant tout autre, que les feuilles vertes ne s'accroissent qu'après la flétrissure des fleurs, et que cette végétation s'accomplit sans production de la moindre racine; mais, comme dans la germination de la graine, l'oignon a absorbé de l'eau au dehors.

Deuxième végétation. — L'oignon précédent, remis dans l'eau le 10 d'octobre 1868, y a végété durant cent quarante et un jours, jusqu'au 1er de mars 1869, et, fait remarquable, la végétation a été anormale, sauf que les radicules sont parties de l'intérieur du plateau circonscrit par l'anneau circulaire d'où les radicules partent à l'état normal.

Les radicules se sont manifestées après sept jours de l'immersion du plateau dans l'eau, le vingtième jour les feuilles ont commencé à se développer, le cinquantième jour la hampe s'est accrue et le cent treizième jour une seconde hampe a paru.

A la fin de l'expérience, les feuilles, après cent vingt et un jours de végétation, étaient d'un beau vert, la plus longue avait 0m,320; la hampe était verte, d'une longueur de 0m,350; elle avait végété quatre-vingt-onze jours; la deuxième hampe avait végété vingt-huit jours et sa longueur était de 0m,400.

Si cette végétation ne peut absolument passer pour normale, elle se rapproche bien de l'être, si l'on considère qu'elle s'est manifestée après une première végétation si anormale.

Troisième végétation. — L'oignon précédent, conservé jusqu'au mois de janvier 1870, ayant présenté un bouton vert central, fut mis dans une carafe d'eau de Seine le 1er février, il y végéta soixante-dix-neuf jours, jusqu'au 21 avril exclusivement.

La naissance des feuilles ne se manifesta qu'après vingt-cinq jours d'imbibition, et celle de la hampe qu'après le trente-huitième. La floraison commença le quarante-septième jour, persista environ quatorze jours, et la hampe se flétrit le vingt-huitième jour. Elle n'avait que 0m,055.

Les feuilles commencèrent à jaunir le cinquante-quatrième jour: la plus longue avait 0m,155, c'est-à-dire 1 décimètre de plus que la hampe.

Dans la troisième végétation comme dans la première, il n'apparut pas une seule radicule: la troisième végétation fut donc comme elle anormale, mais avec les différences suivantes.

Dans la troisième végétation, les feuilles ont paru avant la hampe, et ont acquis proportionnellement bien plus de développement.

Les feuilles, la hampe et les fleurs ont vécu notablement moins longtemps que les mêmes organes de la première végétation, et à plus forte raison que les organes correspondants de la deuxième végétation, qui a paru normale.

Je ne donne pas cette note comme un travail méthodique, dépouillé qu'il est de toute espèce de contrôle, mais comme un recueil d'observations propres à suggérer des réflexions qui ne sont pas sans intérêt pour la science.

Quel était l'état de l'oignon antérieurement à la première végétation? demandera-t-on.

Je répondrai, c'était un *oignon* de choix; il me suffira de nommer la personne à qui je l'ai dû, car tous ceux qui l'ont connue conserveront le souvenir de l'alliance d'une extrême douceur avec l'esprit du monde et une instruction rare, qui lui valut le titre de membre correspondant de la Société centrale d'agriculture de

France : j'ai nommé madame Louis Vilmorin. Lors d'une visite dont elle m'honora, ayant vu dans ma bibliothèque des carafes à fleurs vides, elle m'envoya le lendemain même douze oignons de jacinthe, parmi lesquels se trouvait celui dont je viens de parler; les onze autres justifièrent, par la beauté de leurs fleurs, l'idée que la donatrice en avait conçue; j'ai donc eu raison de dire que le premier était bien un oignon de choix.

Cet oignon produisit d'abord une hampe et des fleurs, puis des feuilles, et après vingt-six jours de végétation apparente, les feuilles conservèrent leur fraicheur, il n'y avait eu que de l'eau absorbée par *simple imbibition*.

Ce même oignon, six mois après remis dans l'eau, produit alors des racines partant, non de la couronne du plateau, mais du plateau même, et présente, à cela près, une végétation normale; les feuilles sont très-vertes après cent vingt et un jours; la plus longue a $0^m,320$, et deux hampes ont été produites, dont la première a $0^m,350$, et la seconde $0^m,400$ de longueur.

Et enfin cet oignon, après plus de neuf mois, remis dans l'eau, végète une troisième fois sans produire de racines. Cette fois, la végétation est bien plus faible que la première, les feuilles paraissent avant la hampe et celle-ci n'atteint que la moitié de la grandeur de la première.

Ces observations montrent la puissance de la vie intérieure d'un oignon de jacinthe; puisque la cause, assez puissante pour empêcher la production des racines, n'empêche pas une production de hampes et de feuilles par une simple imbibition d'eau;

Et qu'après cette végétation anormale, une seconde a lieu avec production de racine, de feuilles et de deux hampes.

Enfin, après cette végétation, il s'en est manifesté une troisième anormale, sans racine, par simple imbibition, où il y a encore eu production de feuilles et de hampe.

La première et la deuxième végétation, tout anormales qu'elles sont, montrent bien que l'eau souterraine, qui contribue à la végétation, ne pénètre pas dans la plante seulement par les spongioles des racines, mais encore par des surfaces en contact avec l'eau. Cette observation explique la puissance que peuvent avoir des racines, très-développées sans doute, mais qui n'ont que très-peu de chevelu.

Lorsque M. Pépin communiqua à la Société d'agriculture une Note relative au bon usage que l'on peut tirer des racines de la chicorée sauvage, dite *barbe de capucin* (1), racines vendues avec leurs feuilles comme salade d'hiver, je pensai à la végétation anormale de l'oignon de jacinthe. En effet ces racines entières ou réduites en tronçons, étant enterrées et mises dans un lieu dont la température peut varier de 7 à 20 degrés, peuvent produire, tous les douze ou quinze jours, des feuilles de 4 à 10 centimètres susceptibles d'être mangées en salade.

Or ces racines agissent certainement par simple imbibition, car j'en ai vu qui étaient dépourvues de chevelu.

Météorologie. — M. DELAUNAY. — En examinant les nombres donnés dans ma note du 20 mars dernier, pour les minima thermométriques des mois de décembre et de janvier, j'ai reconnu qu'il s'y est, en effet, glissé quelques erreurs que je m'empresse de rectifier. Ces minima thermométriques dont j'ai voulu parler sont bien réellement les *moyennes thermométriques diurnes les plus basses*, et non les minima absolus, parce que les moyennes températures sont moins influencées que les minima par les conditions d'installation des instruments. Voici comment les passages de ma note relatifs à ces minima doivent être rétablis :

Pour le mois de décembre, il faut lire : le minimum thermométrique y est seulement de — 9°,4; or il a été de — 12°,1, après dix jours de gelée, en décembre 1859.

Et pour le mois de janvier, il faut lire : le minimum thermométrique le plus bas (2) de janvier dernier est de — 7°,2; il a été de — 7°,7 en janvier 1864, et de — 7°,8 en janvier 1868.

Sauf cette rectification de chiffres, je n'ai rien à changer à la Note que j'ai lue devant l'Académie.

MÉMOIRES LUS.

Expériences sur l'application à la peste bovine de la nouvelle méthode de traitement applicable à toutes les maladies endémiques, contagieuses et infectieuses, notamment au charbon et à la pustule maligne ou sang de rate, à la dyssenterie, à la fièvre typhoïde, à la fièvre intermittente, et probablement à la fièvre jaune et au choléra. — M. DÉCLAT. — Si je n'ai entretenu l'Académie que par de simples Notes de circonstance, des recherches qui ont suivi la présentation de mon Mémoire de 1865, c'est que je voulais attendre que mes observations fussent assez complètes pour me permettre de réunir dans un tableau concis le lien commun qui les unit, et d'exposer rapidement le système pathologique et thérapeutique qui me parait en être la conséquence.

Dans une récente communication, M. Bouley a bien voulu faire allusion aux expériences que j'ai tentées à grand'peine et à mes frais pour appliquer ma nouvelle méthode curative au traitement du typhus des bêtes à cornes; ces expériences ne sont point encore arrivées au point où je désire les conduire, mais j'ai pensé que l'Académie n'apprendrait pas sans quelque intérêt où elles en sont, et j'ai considéré, dans tous les cas, comme de mon devoir de lui en présenter le résumé, après le bienveillant accueil dont elle m'avait honoré au début de mes travaux.

Au commencement de la seconde quinzaine de février, j'appris que le typhus régnait à Landerneau, où il avait été importé de la manière que M. Bouley a fait connaître à l'Académie, et qu'une Commission avait été envoyée par l'administration pour étudier l'épidémie. Ne voulant point laisser passer l'occasion d'appliquer ma méthode curative à une maladie contagieuse grave, qui ne s'était point encore présentée à mon observation, mais que j'espérais

(1) *Voir* la Note de M. Pépin, dans le *Journal de l'agriculture*, de Barral, 1871, t. I, p. 51.

(2) C'est à tort que M. Ch. Sainte-Claire Deville considère cette expression de *minimum* thermométrique *le plus bas* comme un pléonasme. la moyenne température diurne présentant plusieurs minima pendant le cours du mois de janvier, il est naturel que j'indique celui de ces minima dont je veux parler.

pouvoir guérir, par cela seul qu'elle est contagieuse, je partis à mon tour pour la Bretagne.

Dès le soir même de mon arrivée à Morlaix, je fus conduit par M. Lecoz, vétérinaire distingué de cette ville, au village de Pleyberchrist, dans une ferme dirigée par M. Guernisson. Je fus introduit dans une première étable, où se trouvaient huit animaux; l'un venait de succomber au typhus, un autre était agonisant, un troisième était couché et ne pouvait plus se relever, et les cinq autres étaient plus ou moins gravement atteints, mais tous d'une manière absolument certaine. Le matin même ils avaient été condamnés officiellement à être abattus.

En présence de M. Lecoz et du fermier, M. Guernisson, homme fort intelligent, je fis prendre à cinq animaux un breuvage phéniqué contenant 5 grammes d'acide phénique dans 5 à 6 litres d'eau, et je pratiquai le complément de ma médication tel qu'il est décrit dans le pli cacheté que j'ai déposé aujourd'hui et déjà indiqué dans celui qui a été accepté par l'Académie, en mai 1869, et que l'Académie me pardonnera de ne pas faire connaître publiquement, jusqu'à ce que les résultats que j'ai obtenus aient été consacrés, soit par une commission officielle, soit par l'observation générale.

L'odeur méphitique de l'étable, qui commençait à m'incommoder sérieusement, m'empêcha d'appliquer moi-même le traitement à plus de cinq animaux; je dus abandonner les deux autres aux soins du fermier Guernisson, qui est, du reste, je le répète, exceptionnellement intelligent. Mais ce n'est pas l'intelligence de ce fermier qui fut ma seule bonne fortune; j'en eus une bien plus précieuse dans la rencontre de M. Lecoz. Ce savant vétérinaire saisit avec une merveilleuse facilité toutes les explications que je lui donnai sur ma méthode de traitement; je m'assurai qu'il pouvait l'appliquer avec tout le soin qu'exigent les premières expériences, et je dus, dès le lendemain, lui confier la direction de celles qui pourraient être tentées à l'avenir dans sa circonscription.... C'est d'après sa correspondance détaillée que j'ai écrit le résumé dont je vais donner lecture à l'Académie.

Des sept animaux dont j'ai parlé, et dont cinq ont été traités, au début, par moi-même, trois ont succombé, quatre ont guéri, M. Lecoz n'a pas été moins heureux que moi : sur dix animaux traités, il a obtenu six guérisons. En résumé, dix-sept animaux traités, six morts et onze guérisons ou plus de 64 pour 100.

L'un des succès de M. Lecoz a été constaté par M. Goubaud, amené le lendemain à Morlaix, par le retentissement qu'avaient déjà eu mes expériences. L'animal sur lequel ce succès a été obtenu était dans un état tel, que M. Goubaud avait dit qu'il reviendrait pour faire l'autopsie.

Mais, en fait de peste bovine, le traitement curatif n'était pas le seul but ni même le principal de ma méthode. Ce que je voulais, ce que j'espérais dans cette maladie comme dans toutes les maladies à marche souvent foudroyante, c'était de prévenir ce que l'on est trop souvent impuissant à guérir. Je comptais donc surtout, en allant en Bretagne, sur les bienfaits du traitement prophylactique. Ce traitement, je suis heureux de l'apprendre à l'Académie, a répondu, je dirais volontiers a dépassé mes espérances.

L'Académie sait, M. Bouley le lui a également rappelé, que le typhus bovin ne se communique pas seulement au contact mais aussi à distance; mais ces deux contagions sont inégalement actives : lorsque dans une étable, quelques animaux sont malades, ceux d'une étable plus ou moins éloignée peuvent échapper à la contagion, mais ceux qui sont renfermés dans l'étable même sont voués à la maladie, c'est-à-dire à la mort. Ce résultat est tellement fatal, que M. Bouley ni aucun vétérinaire intelligent n'ont hésité à conseiller l'abattage comme seul remède à la propagation du fléau.

D'après mes indications, M. Lecoz a expérimenté non-seulement sur la contagion au contact, mais encore dans les plus mauvaises conditions où cette contagion puisse s'exercer, c'est-à-dire sur des animaux vivant à côté d'autres animaux gravement atteints, parfois déjà morts depuis plusieurs heures, couchant sur la même litière, se mouillant de leurs déjections et de leur sécrétions. M. Lecoz a appliqué à vingt-cinq animaux se trouvant dans ces conditions le traitement indiqué ci-dessus, et de ces vingt-cinq animaux, aucun n'a contracté la maladie!

L'Académie n'ignore pas que le typhus, s'il se contracte à peu près invariablement au contact, ne se contracte pas deux fois. Pour être plus sûr encore que les animaux traités par ma méthode avaient bien été guéris du typhus, j'ai prié M. Lecoz d'inoculer quelques-uns de ces animaux avec des déjections, des sécrétions et du sang d'animaux très-malades ou morts de la maladie.... Le 23 mars, une vache guérie par mon traitement a été ainsi inoculée.... Cet animal se portait parfaitement bien six jours après l'inoculation...

Informé des expériences que je faisais avec succès en Bretagne, M. Bouley jugea utile de faire exécuter à Paris des expériences analogues, et il chargea plusieurs vétérinaires civils et militaires d'appliquer, sans mon concours, un traitement phéniqué à des animaux malades; il pria ces mêmes vétérinaires de choisir et de mettre à ma disposition six animaux atteints de typhus à divers degrés.

Ces vétérinaires choisirent, en effet, six animaux hors de ma présence et sans que j'en fusse même informé; ceux-ci furent conduits à l'abattoir de Grenelle, et j'appris le lendemain, 10 mars, qu'ils y étaient à ma disposition. Je me rendis le soir même à l'abattoir muni des instruments et substances nécessaires à l'application du traitement.

Les animaux avaient été placés à l'abattoir dans l'ordre où ils y étaient entrés; savoir quatre bœufs espagnols et venant d'Espagne, et deux bœufs français, dits *manceaux*.

Des quatre bœufs d'Espagne, deux étaient à une période avancée de maladie, diarrhée abondante avec projection, tremblement spasmodique de tous les membres, etc.; ils avaient de plus les symptômes très-prononcés et graves de la maladie appelée *cocote*; les deux autres n'ont pas eu de tremblements convulsifs en ma présence, mais les autres symptômes du typhus étaient très-prononcés et dénotaient un état des plus graves.

Les deux bœufs français présentaient du larmoiement, de la bave, une injection ecchymotique spéciale des paupières, et des ulcérations avec fausses membranes de la bouche; ils n'avaient pas la *cocote* et ne l'ont point contractée, quoique cette maladie soit contagieuse (1).

Ces six animaux furent traités comme il a été dit précédemment. Le 13, l'un des quatre bœufs espagnols meurt; le 17, j'en fais abattre un second qui me paraissait très-malade; le 18, j'en fais abattre un autre, et le 20, je fais abattre le dernier.

Quant aux bœufs français, après avoir eu de la diarrhée même sanglante, ils se sont remis progressivement tous les deux et ont repris tous les signes de la santé. L'un d'eux est mort depuis d'une autre maladie.

Le second bœuf français est toujours bien portant, et c'est sur lui que M. Bouley, dans la crainte que l'animal ne soit pris de la même maladie que son camarade, a fait lui-même la contre-épreuve de l'inoculation. Cette contre-épreuve a démontré, comme je n'en doutais pas, que l'animal a bien été guéri du typhus, c'est-à-dire d'une maladie jusqu'à ce jour incurable (2).

J'ai terminé l'exposé des expériences qu'il m'a été donné de faire et que je ne manquerai pas de continuer aussi souvent et aussi longtemps qu'il me sera possible.

Pour me résumer en quatre lignes, je dirai avec mon honorable correspondant M. Lecoz : Avec ma méthode de traitement intelligemment appliquée : 1° on prévient le typhus à peu près toujours (M. Lecoz dit *toujours*); 2° on le guérit presque toujours à l'état d'incubation; 3° on le guérit très-souvent à sa première période de développement; 4° on le guérit quelquefois à une période plus avancée. (Commissaires : MM. Boussingault, Pasteur, Bouley.)

Observations de nostalgie recueillies pendant le siége de Paris. — M. E. DECAISNE. La nostalgie atteint tous les âges de la vie, et quoiqu'elle soit plus fréquente dans la jeunesse, les vieillards et les enfants n'en sont pas exempts. Dans les vingt-deux observations que j'ai recueillies, je n'ai pas vu que les bilieux y fussent plus sujets que les autres, comme on le croit généralement; peut-être mes observations ne sont-elles pas assez nombreuses. Ce qu'il y a de certain, c'est que les hommes lui payent un tribut beaucoup plus large que les femmes.

Tout le monde sait que les habitants des pays de montagnes transportés hors du pays natal contractent facilement la nostalgie. Qui n'a entendu parler du fameux air du *Ranz des vaches* et de son pouvoir magique? Les gens de l'Auvergne et de la Savoie qui habitent Paris font cependant exception à la règle. Je me suis demandé s'il ne serait pas possible de trouver la cause de cette immunité, dans ce fait qu'ils sont âpres au gain, viennent presque tous dans la grande ville pour y faire fortune et sont soutenus dans leurs rudes travaux par la certitude de revoir le pays natal et d'aller y vivre de leurs économies. On pourrait peut-être en dire autant, comme le pense le D[r] Descuret, des exilés politiques que la nostalgie atteint aussi rarement et que l'espoir des retours de la fortune et du triomphe définitif de leur cause encourage dans leurs convictions et leur résistance.

Certains peuples sont-ils plus sujets que d'autres à la nostalgie? On a dit que le Français l'était moins. Cela tient peut-être, dit l'auteur que nous venons de citer, à ce que pour lui l'air natal est partout en France, tandis que privés du lien qui nous unit, l'Anglais, l'Allemand, l'Italien, le Suisse se montrent plus exigeants; il leur faut leur ville, leur canton, leur demeure habituelle.

La nostalgie n'est pas rare à bord des bâtiments de l'État, et les armées en campagne y sont quelquefois exposées. Au commencement de l'an II, l'armée du Rhin en fut atteinte, ainsi que l'armée des Alpes en l'an VIII. La nostalgie régna aussi épidémiquement en 1813 sur nos soldats à Mayence.

Nous l'avons déjà dit, les causes de la nostalgie sont complexes, et nos observation nous l'ont surabondamment prouvé. Pour nous servir du langage barbare des phrénologistes, elle aurait sa source, soit dans l'*habitativité*, soit dans l'*affectionivité*, soit dans l'*habitudivité*. Le sens de ces trois mots, malgré leur étrangeté, n'a pas besoin d'être expliqué.

Les observations que nous avons choisies parmi celles que nous possédons, pour leur donner place dans cette note, démontrent assez bien ce que nous venons d'avancer.

Première observation. — Dans les premiers jours d'octobre 1870, je fus appelé à donner des soins à un vieillard de 65 ans, cultivateur des environs de Paris, réfugié dans un hôtel du faubourg Saint-Germain, depuis l'investissement.

Sa femme me dit que depuis le jour où son mari a quitté sa maison pour venir habiter Paris, il a été pris d'une sombre tristesse, que de gai et de causeur qu'il était, il est devenu taciturne et inquiet. Il a perdu tout appétit. La fièvre le prend deux ou trois fois par jour, et son sommeil, quand il en a, est interrompu par des cauchemars. Il a maigri considérablement, a parfois de la diarrhée, et se refuse à tout exercice et à toute sortie. La femme pense que cet état est le résultat du chagrin qu'il ressent d'avoir quitté sa maison, et surtout ses occupations; mais elle ajoute qu'elle a eu beau l'interroger à ce sujet, elle n'a jamais pu obtenir de lui aucun aveu.

Le jour où je vis le malade pour la première fois, il venait d'avoir une syncope assez longue, et c'était à cette occasion qu'on m'avait appelé.

Quand j'arrivai, mon homme était revenu à lui, mais je constatai facilement une grande anémie, des bruits anormaux du cœur et une altération profonde de la face. Resté seul avec lui, je l'interrogeai longuement sur sa santé; il me répondit avec beaucoup d'intelligence et de lucidité. J'arrivai enfin à lui parler de sa maison, de sa nouvelle situation et de ses anciennes occupations. A peine eus-je prononcé ce dernier mot, qu'il se renferma dans un mutisme complet, et il me fut impossible, pendant plus de dix mi-

(1) J'aurais l'honneur d'entretenir ultérieurement l'Académie des recherches que j'ai faites sur cette maladie.

(2) Un des caractères du typhus est que les animaux qui en sont atteints perdent de leur poids plus rapidement et dans une proportion inconnue dans toutes les autres maladies.

J'ai donc cru devoir faire peser par les préposés à l'octroi le jeune bœuf qui a été inoculé par M. Bouley. Ce bœuf pesait 385 kilos, aujourd'hui même les mêmes employés ont constaté qu'il pèse 410 kilos, soit 25 kilos en plus. Il y a aujourd'hui plus de dix fois vingt-quatre heures que ce jeune bœuf a été inoculé.

nutes, d'en tirer une parole. Je ne me découragéai point; j'insistai longuement, et je finis par lui dire que je pourrais peut-être avoir quelques renseignements à lui donner sur l'état où se trouvait en ce moment sa petite propriété. Je vis bientôt son visage prendre de l'animation, ses yeux se ranimer, sa voix s'entrecouper de sanglots, et il me conta tous ses chagrins avec beaucoup d'éloquence. Je le quittai au bout de trois quarts d'heure, après avoir écrit une prescription, et promettant de le revoir dans quelques jours.

A ma seconde visite, c'est-à-dire quatre jours après, je trouvai mon malade avec une diarrhée intense que n'avaient pu arrêter ni le diascordium, ni l'extrait d'opium, ni le laudanum en lavements. Je constatai, en outre, une pneumonie contre laquelle j'employai sans succès les vésicatoires et le kermès. Le malade mourut quelques jours après.

A part quelques douleurs rhumatismales musculaires, cet homme n'avait jamais été malade auparavant.

Deuxième observation. — Pierre B..., mobile du Morbihan, à Paris depuis l'investissement, est âgé de vingt-trois ans, et je le vois pour la première fois quelques jours après la capitulation de Paris, dans une ambulance privée dont j'étais le médecin. La lettre délivrée par l'intendance porte : fièvre.

Après avoir examiné mon malade, je pus me convaincre qu'il ne s'agissait là, ni d'une maladie de poitrine, ni d'une fièvre typhoïde, ni d'une fièvre intermittente, et je soupçonnai la nostalgie. Je lui parlai de son pays que je connais un peu, j'entrai même dans quelques détails, et je le décidai au bout de deux jours à me faire des confidences. Il me raconta que, pendant les trois premiers mois du siége, il s'était assez bien porté, mais qu'à partir de la fin de décembre, la pensée du pays natal qui ne l'avait jamais quitté depuis son départ, l'obsédait de plus en plus, et l'avait jeté dans le dépérissement où je le voyais. Il ajouta qu'à plusieurs reprises, on l'avait dispensé du service pour des accès de fièvre qui ne revenaient pas régulièrement, qu'il avait maigri considérablement, perdu l'appétit et le sommeil, et qu'il pleurait souvent involontairement. Il ne me fut pas difficile de constater des palpitations, de l'intermittence du pouls et de l'anémie. Il n'y avait pas de diarrhée.

Un de ses camarades du même pays et du même bataillon qui venait lui rendre visite, m'a dit que sans être bien robuste, mon malade était ordinairement en bonne santé, et qu'il l'avait vu dépérir peu à peu sans pouvoir se rendre compte de la cause de son état, et sans pouvoir tirer de lui aucun éclaircissement. Il ajouta qu'en butte souvent aux plaisanteries de ses camarades, il ne leur répondait jamais.

Je soumis immédiatement Pierre B... à une bonne alimentation, au fer, au quinquina et à divers reconstituants, et je lui donnai l'assurance qu'avant quinze jours il serait renvoyé dans son pays.

A peine la semaine était-elle écoulée, que le pauvre garçon avait repris son sommeil, une assez bonne mine et un appétit remarquable. Il avait encore quelques palpitations de temps en temps.

Dix ou douze jours après, Pierre B... quittait l'ambulance pour rentrer chez lui avec une santé parfaite, et me disant que ce qui l'avait le plus tourmenté depuis son départ de Bretagne, c'était la crainte de mourir à Paris, et de ne pas être enterré auprès de son père et de sa mère, dans le cimetière de son village. (Commissaires : MM. Andral, J. Cloquet, de Quatrefages.)

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des fractures non-consolidées ou pseudarthroses, par le docteur Bérenger-Féraud, médecin principal de la marine. In-8 de 700 pages. — Prix : 10 francs.

Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie (tome XXI de la collection, année 1869). 1 volume in-8 de 627 pages et 6 planches lithographiées et coloriées. — Prix : 7 francs.

Nouvelles applications de l'acide phénique en médecine, etc., par le docteur Déclat. In-8, planches photogr. — Prix : 5 fr.

Des troubles de la sensibilité générale dans la période secondaire de la syphilis et notamment de l'analgésie syphilitique, par le docteur Faid, médecin de l'école du Caire (Égypte). In-8 de 134 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Des méthodes générales d'opération de la cataracte et en particulier de l'extraction linéaire composée, par Paul Yadès, docteur en médecine. Paris, 1870, 1 gr. in-8 de VIII-77 pages. — Prix : 3 fr.

Revue photographique des hôpitaux de Paris. Bulletin médical publié sous le patronage de l'administration de l'Assistance publique (2e année, n° 5, mai 1870; Nos de mai et juin 1870), avec 3 photographies. — Prix : 2 fr.

Études sur les fistules vésico-intestinales, par M. Blanquinque (E.), 1 vol. in-8. 1870. — Prix : 2 fr.

Annuaire des eaux minérales, des bains de mer et de l'hydrothérapie en France et à l'étranger, publié par la *Gazette des eaux*. 12e année, 1870. — Prix : 1 fr. 50.

Du fonctionnement des ambulances civiles et internationales sur le champ de bataille, par J.-P. Bonnafont, médecin principal des armées, en retraite, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, etc. In-8. — Prix : 50 centimes.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois.. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HÔPITAL SAINT-LAZARE D'ORAN. Anévrysme de l'artère axillaire. — Ligature de la sous-clavière (M. J. Marc Dupuy). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Documents pour servir à l'histoire du mouvement scientifique pendant le siége de Paris.

Paris, le 19 avril 1871.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La discussion sur l'infection purulente a fait à elle seule tous les frais de cette séance. La tribune a été occupée et bien occupée une heure durant par M. Verneuil. M. Verneuil a eu à cœur de donner à la théorie dont il s'est constitué l'éditeur, la précision et la netteté qui ont pu manquer à son premier exposé, faute de développements suffisants, de l'entourer de tout l'appareil de preuves et de démonstrations empruntées à l'anatomie pathologique, à la physiologie expérimentale et à la clinique, et qu'il avait résumées seulement en quelques propositions, et de la dégager enfin des critiques, ainsi que des équivoques et des malentendus dont elle a été l'objet. M. Verneuil n'a rempli qu'une partie de sa tâche dans cette argumentation qu'il appelle lui-même les prolégomènes de son sujet, mais il l'a remplie avec assez de clarté à la fois et d'abondance, pour que chacun puisse dès à présent se faire une idée très-claire et très-complète de cette théorie. Il a commencé par établir nettement les limites qui la séparent des doctrines professées jusqu'ici parmi nous. Tandis que la plupart de ses collègues considèrent l'infection purulente comme une maladie spéciale ayant une origine, une étiologie, une marche, une symptomatologie distinctes, il regarde l'infection purulente comme un fait secondaire, comme la complication accidentelle d'une maladie générale préexistante, la septicémie. Conséquents avec leur principe, ses collègues avaient exposé d'emblée les causes et l'évolution de la pyohémie; obéissant à la même logique, il place avant l'étude de la complication l'examen de la maladie primitive, la septicémie. La septicémie a pour origine, pour point de départ, pour cause, disons le mot, l'absorption d'un poison, d'un virus spécial qu'il désigne sous le nom de virus traumatique ou de sepsine, que l'élément en soit fourni par le malade lui-même, septicémie autochtone, ou qu'il lui vienne du dehors, septicémie hétérochtone.

Rien ne manquerait à la démonstration de cette théorie édifiée sur des masses de faits et d'arguments d'une incontestable valeur, que la démonstration du fait même, c'est-à-dire l'existence du virus. Il y a à peine à cet égard une ébauche, une tentative de preuve. Mais quelle est la maladie virulente, et nous parlons des moins contestées, dont la cause, l'élément, la matière virus, soit démontrée autrement que par ses effets et son évolution spéciale? Hypothèse, soit. Mais quand une hypothèse est basée sur des faits aussi imposants, quand elle jette quelque lueur sur le développement, sur la marche, l'évolution et les caractères de phénomènes morbides dont on n'avait donné jusque-là que des interprétations partielles, incomplètes, et le plus souvent insuffisantes, si même elles n'étaient pas erronées; quand surtout elle peut fournir des indications utiles à la prophylaxie et au traitement, il faut prendre cette hypothèse en sérieuse considération.

Il y a longtemps que nous avons dit, écrit et répété bien des fois, que lorsqu'une manifestation morbide ne s'expliquait pas naturellement par une perturbation fonctionnelle, en vertu des lois ordinaires et des faits connus de la physiologie, il fallait chercher le poison qui peut la produire. C'est ce qu'a fait ici M. Verneuil, et nous ne saurions l'en blâmer. Tous les argumentateurs auront à compter avec cette hypothèse.

Dr BROCHIN.

HOPITAL SAINT-LAZARE D'ORAN.

M. J. MARC-DUPUY.

Anévrysme de l'artère axillaire. — Ligature de la sous-clavière.

Le nommé A... J..., espagnol, âgé de 20 ans, exerçant la profession de bijoutier, est entré le 24 février 1865 à l'hôpital d'Oran. Il est atteint d'une tumeur anévrysmale siégeant au creux axillaire du côté droit, elle a été produite par une blessure de l'artère axillaire. Cet homme est d'une constitution assez frêle et d'un tempérament lymphatique; il n'a, dit-il, jamais été malade avant cet accident. Il y a trois mois il eut avec un de ses camarades une altercation assez vive, un échange de coups fut le premier résultat du combat, mais là ne devait pas s'arrêter l'affaire; comme presque toutes les rixes qui ont lieu entre espagnols, celle-ci devait être sanglante. A... était couché lorsque vers minuit son adversaire est venu le réveiller la menace à la bouche et un couteau à la main, et sans lui donner le temps de se lever il lui portait un coup de couteau à la partie antérieure de l'épaule droite, au niveau de l'angle formé par deux lignes dont l'une s'étendait de l'apophyse coracoïde au mamelon droit, et l'autre du milieu du bord de la clavicule vers le creux axillaire. La cicatrice est encore très-apparente, elle est transversale et longue de 3 centimètres; la ligne qui s'étend de son extrémité externe jusqu'à l'apophyse coracoïde est de 9 centimètres; celle qui, partant de son extrémité interne, arrive vers le milieu du bord antérieur de la clavicule a une longueur de 6 centimètres.

En recevant le coup, A... eut une syncope, et à son réveil il était baigné dans une mare de sang et presque épuisé. On essaya d'arrêter l'hémorrhagie, mais le sang continua à couler en petite quantité pendant trois ou quatre jours et la plaie se cicatrisa au dix-huitième jour. Pendant tout ce temps, le malade éprouvait des élancements dans le bras, se traduisant par des douleurs souvent insupportables; le membre tout entier était engourdi, il y éprouvait des fourmillements. Après la cicatrisation de la plaie il put reprendre ses occupations. Il y a seize jours, dit-il, qu'il s'est aperçu de la présence d'une tumeur sous l'aisselle qui, de la grosseur d'une noix, n'a pas tardé, dans l'espace de deux à trois jours, à prendre des dimensions colossales; il s'est alors décidé à entrer à l'hôpital et voici dans quel état nous l'avons trouvé :

La tête penchée vers l'épaule droite qui est fortement portée en haut par la présence dans le creux axillaire d'une tumeur très-volumineuse. Elle s'étend jusqu'à la partie inférieure de l'omoplate, qui se trouve elle-même soulevée et chassée en haut et en dedans. Une ligne s'étendant du milieu de l'épine de l'omoplate, embrassant la tumeur à sa partie inférieure et remontant de l'autre côté jusqu'au niveau de la cicatrice mesure une longueur de 50 centimètres. Le bruit du souffle est facilement constaté à l'auscultation, les pulsations sont assez sensibles au toucher, la tumeur a une consistance solide. Le malade éprouve de violentes douleurs qui l'empêchent de dormir, aussi demande-t-il à grands cris l'opération.

Le 1er juillet je pratiquai la ligature de l'artère sous-clavière au-dessus de la clavicule; je fus assisté par mes collègues de la capitale et quelques médecins de la ville. Je n'ai point à décrire ici le manuel opératoire; aucun accident ne se manifesta, j'éprouvai d'assez grandes difficultés parce que l'épaule étant fortement portée en haut et la tête du malade inclinée malgré lui du côté malade, je me trouvais fort gêné pour aller à la recherche de l'artère. J'ai pu constater que cette ligature offrait sur le vivant de très-sérieuses difficultés et de grands dangers, et qu'il fallait procéder avec la plus grande prudence.

La ligature faite, je fixai le fil en dehors de la plaie et fis quelques points de suture et un pansement simple; le malade s'est trouvé immédiatement soulagé, le membre a été bien enveloppé pour éviter tout refroidissement.

3 juillet. — Réunion immédiate, à l'exception du point où se trouve le fil de la ligature. La tumeur a diminué sensiblement de volume, elle n'est plus ou presque plus douloureuse, le malade va bien, il mange un peu, la nuit le sommeil est bon.

4 juillet. — Etat satisfaisant, la tumeur disparaît à vue d'œil.

5 juillet. — Les tissus qui entourent la plaie sont tendus, rouges et douloureux; ces symptômes s'expliquent par la présence d'une assez grande quantité de pus qui sort par la plaie au point où passe le fil qui sert à lier l'artère, et qui seul n'est pas cicatrisé. L'épaule n'est plus aussi fortement portée en haut, la tête elle-même tend à reprendre sa position naturelle. Le pouls, qui n'avait pas été sensible jusqu'à ce jour, donne au doigt la sensation d'un fil de soie. On le perçoit moins bien le matin qu'après le repas. L'état général du malade est satisfaisant, l'appétit est assez bon.

Le bras peut exécuter quelques mouvements, il conserve la chaleur normale.

6 juillet. — La suppuration continue, on fait le pansement deux fois par jour, pour ne pas permettre au pus de fuser.

7 juillet. — La tumeur est plus molle, elle n'est presque pas douloureuse à la pression, le malade accuse quelques élancements dans le bras, pouls petit, filiforme, mais sensible. Le pus diminue, les points de suture sont tombés.

10 juillet. — La ligature tombe, l'état général est le même.

15 juillet. — La plaie suppure encore; ses bords, qui paraissaient s'être réunis par première intention, sont écartés dans une certaine étendue pour laisser passer le pus; celui-ci est louable. Quant au volume de la tumeur il semble rester stationnaire; celle-ci s'est arrondie, entièrement circonscrite au creux axillaire, elle permet au bras des mouvements assez étendus. L'artère radiale seule est un peu sensible, encore faut-il beaucoup d'attention pour percevoir les pulsations. Le bras n'a pas souffert de ce défaut de nutrition, il est aussi gros que l'autre. La plaie continue à suppurer jusqu'au 30 juillet, époque à laquelle la cicatrisation est complète.

Le malade est toujours un peu faible, cet état est entretenu par un mouvement fébrile qui s'est manifesté dès le 25 juillet, à certaines heures de la journée. Quelques décigrammes de sulfate de quinine en triomphent facilement, mais le succès n'est que passager, car nous voyons revenir cette fièvre à des intervalles plus ou moins rapprochés. Quelques purgatifs, l'ipéca stibié sont administrés pour combattre un état saburral de l'estomac et je continue à donner le sulfate de quinine. Ce n'est que le 20 août que cette fièvre rebelle disparaît complétement. Quelques jours suffisent pour rétablir le malade, qui demande son *exeat* le 27 du même mois. A ce moment la tumeur est assez volumineuse, mais elle n'est sensible qu'à une très-forte pression et le malade peut se servir de son bras.

Dans le courant du mois de novembre, même année, le sieur A... est rentré à l'hôpital atteint de fièvres intermittentes qui ont récidivé, la tumeur anévrysmale a entièrement disparu.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 avril 1871. — Présidence de M. BLACHE.
(En l'absence du président et du vice-président.)

CORRESPONDANCE

Elle comprend : 1° une note de M. Personne sur le silicate de potasse.

Dans cette note, M. Personne fait connaître des moyens simples de distinguer le silicate de potasse du silicate de soude.

2° Une lettre de M. J. Guérin, par laquelle il s'excuse, pour raison de santé, de ne pouvoir assister à la séance, et demande que son tour de parole soit encore renvoyé.

M. PIORRY dépose sur le bureau le troisième volume de son *Traité de médecine pratique*, dans lequel se trouvent exposées ses opinions sur la septicémie.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'infection purulente. La parole est à M. Verneuil.

Suite de la discussion sur l'infection purulente

M. VERNEUIL. Lorsque, en 1869, j'intervins dans la discussion, je pris un rôle effacé et ne me présentai ni en réformateur ni en novateur. Je voulus être simplement l'éditeur d'une doctrine préparée lentement par un demi-siècle de travail, presque formulée dans notre pays, mais qui devait ensuite son quasi-achèvement à une série de recherches entreprises surtout au delà du Rhin. La théorie a été diversement jugée, mais l'opposition qui m'a été faite n'a pas changé mes convictions. Je m'aperçois seulement que j'ai manqué le but, que ma doctrine n'a pas été comprise. Pour me défendre, aujourd'hui, il me faudra entrer dans des développements plus étendus.

La plupart de mes collègues considèrent l'infection purulente comme une maladie spéciale, ayant une origine, une étiologie, une marche, une symptomatologie distincte et par conséquent une place définie dans le cadre nosologique. Je suis d'un avis différent. D'accord avec Virchow, Otto Weber et d'autres, je regarde l'infection purulente comme la complication accidentelle d'une maladie générale préexistante, la septicémie.

La dissidence est bien tranchée. Pour rester dans la logique, tandis que mes collègues exposaient d'emblée les causes et l'évolution de la pyohémie, j'ai placé avant l'étude de la complication l'examen de la maladie primitive qui lui sert de prologue; j'ai ébauché tout d'abord l'histoire de la septicémie.

Ici M. Verneuil aborde une question de mot sur laquelle il importait de se mettre d'accord. Il a donné le nom de virus traumatique ou sepsine à la substance particulière qui se produit en diverses circonstances, mais surtout à la surface des plaies exposées, et dont il a indiqué les principaux caractères dans sa première communication. Il se bornera ici à rappeler la propriété qui intéresse la discussion; introduite dans le torrent circulatoire par une voie ou par un procédé quelconque, cette substance altère le sang et fait naître une maladie générale qui a reçu le nom de septicémie. Quant à la dénomination elle-même de septine ou sepsine qu'il a empruntée à Bergmann; il est prêt à l'abandonner si on lui en indique une meilleure, mais il la croit préférable jusqu'à présent à celles qui ont été proposées....

Quoiqu'il en soit de la nature chimique de la sepsine, cette sub-

stance introduite dans l'économie engendre une maladie générale à laquelle, en 1847, M. Piorry donna le nom très-heureux de septicémie. Septicémie est donc synonyme d'altération du sang par les matières septiques, de fièvre putride, infection putride, résorption putride qu'on rencontre souvent dans les anciens auteurs. C'est qu'en effet si le mot était alors nouveau, la chose était connue depuis bien longtemps. Cependant c'est au commencement de ce siècle qu'elle fut expérimentalement démontrée, par Haller d'abord, puis par Orfila et plus tard par Gaspard. Mais tandis que les auteurs de pathologie interne savaient tirer parti de ces expériences et indiquaient les principaux traits de la septicémie chirurgicale aiguë ou chronique, sporadique ou épidémique, les chirurgiens se taisaient ou suivaient une autre direction. Aussi le mot de septicémie, créé depuis vingt-trois ans, n'a trouvé place jusqu'ici dans aucune publication chirurgicale de quelque importance.

Pendant ce temps l'école allemande ne restait pas inactive. A partir de 1846 Virchow reprenait et les expériences de Gaspard et le mot créé par M. Piorry; Otto Weber, Billroth, introduisaient dans l'étude des fièvres traumatiques l'usage si utile du thermomètre. Bugnnam, Panum, Hich, étudiaient les propriétés chimiques du poison putride. Ainsi s'établissait la distinction formelle entre la septicémie et la pyohémie. Leurs formes, le degré variable de leur gravité, l'époque différente de leur apparition n'en forment pas moins une série non interrompue depuis la fièvre traumatique, qui dure quatre ou cinq jours, la pyohémie, qui va d'une à plusieurs semaines, et la fièvre hectique, qui peut se prolonger plusieurs mois.

Deux conditions sont indispensables au développement de la maladie : 1° le contact médiat ou immédiat avec la sepsine; 2° le mélange de cette dernière avec le sang.

La sepsine se produit partout où des matières animales se putréfient; la décomposition putride qui survient inévitablement après la mort peut envahir également des parties encore adhérentes à l'organisme vivant. C'est ce qui arrive fréquemment en cas de gangrène; lorsque à la surface des plaies ou dans la profondeur les éléments anatomiques sont exposés à l'action prolongée de l'air ou des sécrétions altérées; lorsque la décomposition envahit les humeurs normales ou pathologiques, sang, urine, pus, etc., encore renfermées dans des cavités naturelles ou accidentelles, etc.

Le foyer septique peut donc être fixé au corps ou en être plus ou moins distant. Dans le premier cas la pénétration de la sepsine et son mélange au sang se comprennent sans peine, une frêle barrière étant seule interposée entre les veines et les lymphatiques d'un côté et la sepsine de l'autre. Pourtant ce passage ne s'effectue pas toujours facilement; il faut tenir compte des conditions générales et des circonstances individuelles diverses qui peuvent entraver ou favoriser l'absorption. Enfin aux produits ordinaires de la putréfaction des tissus généraux et des liquides nourriciers se mêlent souvent les produits des sécrétions normales et pathologiques d'où la septicémie urinaire, bilieuse, stercorale, etc. La septico-pyémie est la plus commune de ces formes complexes. Parmi les causes capables d'influencer la marche de la septicémie, il ne faut pas omettre le pouvoir qu'a l'économie de se débarrasser du poison par les émonctoires naturels. Telle est la pathogénie de la septicémie autochthone.

Comment se produit la septicémie hétérochthone ou l'hétéro-infection, c'est-à-dire celle qui provient d'un foyer extrinsèque, l'individu au moment de l'infection étant sain ou ne portant qu'une lésion locale sans réaction appréciable ?

La sepsine est un poison fixe qui s'attache à tous les corps solides, pièces de pansement, instruments, etc., qui se dissout dans les liquides de la plaie et enfin se répand aisément dans l'atmosphère à la faveur des débris desséchés ou poussières dans lesquels on reconnaît des cellules de pus ou d'épiderme. Quel que soit son état moléculaire la sepsine enveloppe le sujet et cherche une porte d'entrée. Il est impossible de nier la contagion s'effectuant par la plaie, que l'agent soit apporté par les pièces de pansement, les instruments ou par l'air ambiant devenu miasmatique. Mais il est plus difficile de savoir si ce même air s'introduisant dans les voies respiratoires peut entraîner avec lui jusque dans le torrent circulatoire la sepsine dont il est chargé. Des recherches directes que j'ai faites dans mes salles de Lariboisière pour savoir si les malades non blessés, entourés de malades atteints de septicémie traumatique supportaient impunément ce voisinage, bien que non terminées encore, me permettent d'affirmer qu'en certains cas très-évidents ce voisinage a provoqué une fièvre nosocomiale chez des sujets entrés à l'hôpital pour des contusions, des fractures simples ou qui étaient dans l'attente d'une opération.

En résumé, la septicémie peut naître dans nos salles de chirurgie : 1° par auto-infection partie du foyer morbide local et favorisée soit par les conditions anatomiques de ce foyer, soit aussi par l'état constitutionnel antérieur ou acquis du sujet; 2° par hétéro-infection pénétrant même par la voie d'une plaie et par le fait de l'inoculation, de la contagion palpable ou du contact avec les particules septiques suspendues dans l'air ambiant; 3° vraisemblablement, enfin, par hétéro-infection ayant sa source dans le milieu, mais choisissant pour porte d'entrée la muqueuse respiratoire, comme si la blessure n'existait pas et que le sujet fût complétement exposé au méphitique d'une atmosphère empoisonnée.

Quel est le degré de fréquence relative de ces trois mécanismes? On le saura d'autant plus difficilement, que sans doute ils s'associent dans un bon nombre de cas. Tout ce qu'on peut faire dans l'état actuel de la science est d'affirmer l'existence au moins des deux premiers.

L'auto-infection est indéniable; elle explique les cas de septicémie sporadique et ceux dans lesquels le foyer morbide initial est absolument soustrait à l'action directe de l'atmosphère.

Rejeter l'hétéro-infection serait nier l'évidence et se priver à plaisir de la seule explication possible des formes endémique et épidémique de la septicémie chirurgicale.

Je m'attends bien ici encore à ce que M. A. Guérin n'accordera pas au poison septique des modes de pénétration aussi multiples. Si je l'ai bien compris, il rejette l'auto-infection au nom de la physiologie. Il rejette aussi l'hétéro-infection par contagion immédiate. Il rejette jusqu'à l'hétéro-infection par inoculation; c'est-à-dire les piqûres anatomiques contractées soit à l'amphithéâtre de dissection, soit pendant le cours des opérations. Enfin il ne se prononce pas sur la pénétration des miasmes par la voie pulmonaire, de sorte qu'à force d'exclusion il ne reconnaît au miasme qu'une seule voie d'introduction, la plaie récente ou ancienne que porte le sujet contaminable.

M. A. GUÉRIN demande à faire une rectification, pour que M. Verneuil ne se méprenne pas plus longtemps sur sa pensée. Il y a, dit-il, dans une plaie deux choses essentiellement différentes, l'une constituée par les globules de pus (parties morphologiques), par la sérosité sanieuse ou purulente; l'autre, par l'émanation *insaisissable*, qui a échappé jusqu'ici aux investigations des savants, que j'appelle *miasme*, qui peut être absorbée par la plaie dès qu'elle est constituée, ou se répandre dans l'air et après sur les plaies des malades voisins. J'admets donc pour l'infection purulente l'auto infection et l'hétéro-infection, ou infection par l'intermédiaire de l'air.

M. VERNEUIL prend acte de cette déclaration de M. A. Guérin et continue en ces termes :

Tout empoisonnement implique des degrés et des formes en rapport avec la quantité et la qualité de la graine, avec la nature du terrain. Tout empoisonnement est encore modifiable par l'invasion d'un état pathologique intercurrent. Il n'en est pas autrement pour la septicémie. On a tracé dans le bloc des fièvres consécutives aux blessures des divisions commodes pour l'étude, mais en tout cas beaucoup trop radicales : la fièvre traumatique primitive, fièvre traumatique secondaire, fièvre inflammatoire, fièvre de suppuration.

Il est certain que l'on constate sur un blessé, depuis le premier jour jusqu'à la terminaison, des variations notables dans le mouvement fébrile.

On rencontre aussi des anomalies fréquentes, telles qu'absence totale ou apparition tardive des symptômes, prolongation de la fièvre primitive au delà du temps habituel, recrudescence fortuite, etc. Mais dans l'état général complexe qui résulte de l'association des foyers morbides, il est ordinairement facile de reconnaître la part qui reste à la septicémie primordiale; et à moins de complication évidente, il est impossible de voir dans ces irrégularités autre chose que des variétés de la septicémie ordinaire.

Je n'ai pas vu la fièvre secondaire, sauf l'intensité, avoir de caractères spéciaux, par conséquent je ne lui reconnais pas de causes distinctes.

Je rejette également la fièvre de suppuration, si on veut la distinguer de la fièvre inflammatoire et de la fièvre traumatique; elle doit disparaître et ne plus compliquer l'histoire de la septicémie traumatique.

Si je ne me fais illusion, il me semble que la théorie de la fièvre traumatique est aujourd'hui complète ou bien près de l'être. Je crois cet exposé inébranlable, parce qu'il repose sur la physiologie, l'expérimentation et l'observation clinique. Enfin il est d'une incontestable utilité, car il contient le pronostic, la prophylaxie et la thérapeutique.

Comme dans ma première communication, mais en termes cette fois plus explicites, je conclus ainsi :

1° La fièvre traumatique est une; elle se montre de bonne heure, mais peut survenir tant qu'existent les conditions de productions et d'absorption de la sepsine; elle cesse souvent au bout de quelques jours, quand la sepsine est éliminée, mais pour durer indéfiniment, cesser et reparaître, prendre le type rémittent régulier et irrégulier, sans changer pour cela de caractère essentiel.

2° Elle peut se combiner avec des fièvres provoquées par des lésions intermittentes inflammatoires ou autres : érysipèle, lymphangite, phlébite, phlegmon diffus et partant de la plaie, ou par des lésions diverses développées dans des organes éloignés. Il y a là deux fièvres superposées : l'une septique, l'autre inflammatoire.

3° Il n'y a point de fièvre traumatique inflammatoire si l'inflammation de la plaie ne dépasse pas le degré de l'inflammation plastique légitime. Si l'on admettait cette forme, il faudrait aussi reconnaître une fièvre traumatique varioleuse dans le cas où un blessé est pris de variole intercurrente.

4° Il n'y a pas davantage de fièvre de suppuration quand la production du pus n'excède pas les proportions normales et que ce fluide est de bonne nature. Devenu putride et absorbé, le pus détermine une recrudescence de la septicémie qui n'a rien de spécial.

5° La fièvre traumatique est précoce ou tardive, brève ou longue, régulière ou irrégulière, légère ou grave, tout comme la septicémie dont elle représente simplement une variété consécutive au traumatisme et imputable aux anomalies nombreuses du travail réparateur.

6° Quelle soit autochthone ou hétérochthone, la septicémie traumatique conserve toujours la même nature et la même physionomie générale.

7° Plus que jamais j'affirme qu'il est impossible de tracer une démarcation nette entre la fièvre traumatique et la septicémie aiguë ou chronique.

8° J'espère bien montrer que la pyohémie n'est qu'une septicémie grave avec complications spéciales, reconnaissant des causes spéciales, mais qu'en dépit de ses caractères spéciaux, elle rentre dans la série et n'en rompt pas l'unité.

C'est à cette dernière partie de mon programme que je suis arrivé, je n'ai traité jusqu'ici que les prolégomènes, j'entrerai désormais, et pour n'en plus sortir, dans le cœur du sujet (Marques d'approbation).

La séance est levée à quatre heures et demie.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

21 OCTOBRE.

CIII. **Alimentation publique.** — Pour rendre encore plus certaine la bonne qualité de la viande de cheval, par un arrêté en date du 20 octobre, le ministre de l'agriculture complète son arrêté du 7 octobre :

« Les chevaux reconnus sains seront marqués d'une lettre de feu à la hanche gauche. Les chevaux ainsi marqués seront seuls reçus dans les abattoirs.

22 OCTOBRE

CIV. **Ambulances.** — L'établissement des Pères Dominicains, situé à Arcueil, entre les forts de Bicêtre et de Montrouge, est occupé par la huitième ambulance internationale. Cette ambulance était à Raucourt la veille de la bataille de Sedan, et, n'ayant pu franchir les lignes ennemies le jour de la bataille pour aller donner ses soins aux blessés, elle était rentrée à pied à Paris. Repartie peu de temps après pour une nouvelle campagne, elle a dû s'arrêter à Meaux, revenir sur ses pas, et elle s'est installée définitivement aux avant-postes à Arcueil, dans un établissement où elle dispose de 450 lits, et où, par conséquent, elle peut rendre les plus grands services.

— Hier, 21 octobre, au combat de Rueil, les ambulances de la Presse, conduites par les docteurs Ricord et Demarquay et Mgr Bauer, étaient à leur poste au premier coup de canon. Elles ont fait bravement leur devoir, comme toujours, et n'ont repris le chemin de Paris qu'à la nuit. Ici se place un incident qui a inquiété jusqu'au lendemain matin les amis des médecins qui font partie de l'ambulance des Ponts et Chaussées. On crut un moment que MM. Duhomme, Barlemont, Voelker et Decaisne avaient été faits prisonniers par les Prussiens. Il n'en était rien, heureusement : ces messieurs, au moment de quitter Rueil, avaient tout simplement cédé leur voiture aux blessés et regagné à pied Paris, où ils ne rentrèrent que fort tard. (*Presse.*)

CV. **Bulletin des décès.** — Les déclarations de décès de la ville de Paris, du 16 au 22 octobre 1870 montent au chiffre de 1,746, ainsi décomposé :

Variole, 360; — scarlatine, 7; — rougeole, 7; — fièvre typhoïde, 55; — érysipèle, 10; — bronchite, 70; — pneumonie, 66; — diarrhée, 76; — dysenterie, 23; — choléra, 3; — angine couenneuse, 5; — croup, 4; — affections puerpérales, 4; — autres causes, 1,056.

24 OCTOBRE.

CVI. **Académie des sciences.** — L'Académie tient séance.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 oct. 1870. — Présidence de M. LIOUVILLE.

Hygiène publique. — M. Grimaud (de Caux) lit une seconde note sur l'*alimentation des habitants dans une ville en état de siége.*

... Entre la situation de Venise en 1849 et celle de Paris en 1870, abstraction faite du climat et de la saison, dont il n'est pas nécessaire de tenir compte, tout est semblable; tout, à l'exception de la famine, qu'en aucun cas nous n'éprouverons au même degré. C'est pourquoi la prudence ordonne d'aviser, en recourant dès à présent à l'emploi des moyens préservatifs contre les épidémies qui peuvent survenir, moyens conseillés par une hygiène dont l'expérience a consacré l'efficacité. Ceux que j'ai à exposer sont fort simples. Mais nous sommes dans des moments où la vulgarité est le grand mérite : il s'agit d'être utile à tous.

A Venise, aux premières manifestations épidémiques, je coupai court à tout souci d'alimentation recherchée. Une soupe à l'ail fit partie du régime de la maison : maîtres et serviteurs, tous les matins, dès le lever, chacun avait sa part d'un potage dont la composition était fort simple. On coupait le pain par larges tranches dans une soupière, et on l'arrosait d'huile; on l'assaisonnait avec du poivre et du sel; on mettait dessus plusieurs gousses d'ail cru, simplement écrasées; enfin on versait sur le tout une suffisante quantité d'eau bouillante, et l'on attendait que le pain fût bien trempé pour donner à chacun sa part. Ainsi que j'ai déjà eu occasion de le dire, nous étions quatorze dans la maison, et nul de nous ne fut malade, ni pendant ni après le siége.

Que les cantinières qui font le service des fortifications distribuent tous les matins la soupe à l'ail, et la santé des gardiens de nos remparts trouvera dans cet aliment un grand élément de conservation.

A cette indication, j'en joindrai une autre qui ne vise qu'à varier l'alimentation. Paris est abondamment pourvu de café et de chocolat. On obtient un aliment excellent, très-nourrissant et qui convient à tous les âges, en faisant une soupe avec moitié café et moitié chocolat, l'un et l'autre cuits à l'eau et convenablement sucrés. Pour beaucoup d'estomacs, dans les circonstances où nous sommes, c'est la matière d'un repas convenable au milieu du jour. Je dis *cuits à l'eau*, car le bon lait nous manque tout à fait maintenant. (Renvoi à la Commission nommée pour les questions relatives à l'alimentation.)

M. A. GAULDRÉE-BOILLEAU soumet au jugement de l'Académie un procédé d'alimentation, applicable pendant la durée du siége. L'aliment dont il s'agit était employé par les anciens Romains; c'est une bouillie faite avec du blé grillé et moulu, l'auteur la désigne sous le nom de *bouillie romaine* (1).

---

(1) Voir le dernier numéro.

(1) *Choix du blé.* — *Examen et soins préparatoires.* — Blé d'hiver, parfaitement sain, très-bien criblé. Même pour le blé qui paraîtra réunir le mieux ces conditions, on devra extraire à la main les grains altérés, les graines étrangères et les petites pierres qui auraient pu échapper au criblage.

Chauffage du blé. — Pour le chauffage du blé, on peut faire usage, soit de gamelles évasées en tôle, soit de brûloirs à cylindre, soit de casserolles en fonte ou de poêles à frire.

Quel que soit le combustible employé, charbon ou bois, on ne versera dans l'ustensile que la quantité de blé dont tous les grains pourront être mis, successivement et également, en contact avec les parois chauffées. Agiter fréquemment le grain, en le faisant sauter dans les vases ouverts, et évitant des *coups de feu :* le but à atteindre est l'évaporation de la plus notable partie de l'eau contenue dans le blé, sans que le grain lui-même soit brûlé, ce qui donnerait à la bouillie un goût désagréable.

Lorsque l'on se sert d'un brûloir, ouvrir le registre assez souvent, pour

M. Gauldrée-Boilleau a déjà pris des mesures pour faire ouvrir à Paris, dans le quartier des Ternes, un *fourneau économique*, où l'on distribuera, moyennant un prix de 5 centimes, une portion chaude de cette bouillie, avec 10 centilitres de vin. Il se propose de venir ainsi en aide aux familles nécessiteuses de ce quartier, et de donner un exemple pouvant susciter des imitateurs dans les autres quartiers de la ville. (Renvoi à la Commission nommée pour les questions relatives à l'alimentation.)

M. A. VIGNAL écrit à l'Académie, au nom d'une société formée par les habitants de Paris, originaires de l'Ardèche, pour lui rappeler que, dans la plupart des départements du midi de la France, le blé en nature tient, depuis un temps immémorial, une large place dans l'alimentation publique : le blé subit simplement une décortication préalable dans le moulin. Une commission, prise dans le sein de cette Société, s'est assurée déjà que la pratique des diverses préparations auxquelles cet aliment peut être soumis s'effectuerait à Paris sans difficulté. (Renvoi à la Commission nommée pour les questions relatives à l'alimentation.)

CORRESPONDANCE

LA SOCIÉTÉ DE GÉOGRAPHIE adresse à l'Académie la lettre suivante :

La Société de Géographie, dans sa séance de rentrée tenue le 21 octobre 1870, a décidé, à l'unanimité, qu'elle adhérait à la protestation de l'Institut de France en faveur des richesses scientifiques, artistiques et littéraires dont un bombardement de Paris entraînerait l'irréparable perte. La Société a décidé, de plus, qu'elle adresserait à chacune des cinq Académies son adhésion et ses remerciments, pour l'initiative prise par l'Institut de France dans l'intérêt d'une cause noble entre toutes.

Sur l'emploi du boudin de sang de bœuf comme aliment. — M. A. RICHE. Une communication, faite dans la dernière séance de l'Académie des sciences, a pu faire penser qu'il convenait de mettre une certaine réserve dans l'emploi du sang de bœuf comme aliment. Les observations faites, il y a quelques années, en Allemagne, montrent, il est vrai, que des boudins de porc fumés et longtemps conservés auraient causé des accidents. Mais ces exemples n'ont rien de commun avec l'alimentation au moyen d'un boudin de bœuf frais, non fumé et destiné à être mangé au bout de quelques jours; ils rentrent dans les effets connus des viandes mal fumées.

J'avais consulté, avant de m'occuper de ce sujet, divers médecins physiologistes et, récemment, deux hommes dont l'opinion fait autorité dans ces matières, M. Raynal et M. Huzard. Leur pensée peut se résumer ainsi : le sang de tout animal dont la chair est reconnue saine est parfaitement sain lui-même, quand il est récent et inaltéré. Or, on ne saigne dans les abattoirs que les animaux reconnus comme sains. Les animaux morts sont menés des parcs aux ateliers d'équarrissage, où ils sont détruits ; les animaux malades étant saignés sur place, leur sang ne peut se trouver dans les abattoirs, où le sang consommé aujourd'hui pour la fabrication des préparations alimentaires est exclusivement recueilli. A cet égard, il en est donc du sang comme de la viande.

D'ailleurs, combien de personnes ont mangé déjà du boudin de bœuf et n'ont eu qu'à s'en louer! N'en est-il pas de même pour le mélange de sang de mouton, de riz et de foie, convenablement épicé et cuit au four dans des terrines, dont M. Dumas dit quelques mots dans son intéressante communication sur l'alimentation actuelle de Paris?

La séance est levée à 4 heures et demie.

25 OCTOBRE.

CVII. **Académie de médecine.** — L'Académie tient séance.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 octobre 1870. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

M. LE PRÉSIDENT annonce que l'Académie de médecine se réunira mercredi prochain, au lieu de mardi, à cause de la fête de la Toussaint.

M. BARTH lit une première série de rapports sur différents travaux qu'il a été chargé par l'Académie d'examiner, et dont voici l'énumération :

1° Classification, pathologie et traitement des formations morbides, par M. Hugues Bennett (d'Edimbourg);

2° Mémoire sur la différence de composition des tumeurs fibreuses, par M. Sandras;

3° Observation d'un cancer du rein gauche pesant 5 kilogr. 1/2, par M. Dufau;

4° Masse de matière cancéreuse mélanée trouvée dans l'hypochondre gauche, par M. Morier (de Saint-Dizier);

5° Caractère particulier du tissu cancéreux, par M. Kuhn (de Niederbronn);

6° Lettre sur la distinction des différentes variétés de cancer, par M. Hélie (de Nantes);

7° Tumeur mélanique du sein droit datant de neuf années; amputation, guérison depuis onze mois, par M. Horteloup;

8° Considérations sur la curabilité du cancer (2 cas de guérison), par M. Murville, médecin de l'hôpital militaire de Lille;

9° Guérison d'un cancer encéphaloïde du testicule, par M. de Confevron (de Langres);

10° Lettre sur une pommade propre à guérir le cancer, par M. Remy (de Châtillon-sur-Marne);

11° Considérations sur quelques observations de cancer au point de vue du diagnostic et de la curabilité de cette maladie, par M. Chaumet (de Bordeaux);

12° Mélanges de chirurgie, par M. Levrat-Perroton;

13° Observations diverses, par M. Ledieu (d'Arras);

14° Maladie singulière des os de l'avant-bras, par M. Mangin (de Lamarché);

15° Compte rendu, par M. Leudet fils, de son service de médecine à l'Hôtel-Dieu de Rouen;

16° Observation de céphalœmatome, par M. Danvin (de Saint-Pol);

17° Sur une forme particulière de surdité grave dépendant d'une lésion de l'oreille interne, par M. Ménière;

18° Des effets pathologiques de quelque lésions de l'oreille moyenne, par M. Deleau;

19° Sur la production de symptômes cérébraux à la suite de certaines lésions du nerf auditif, par M. Brown-Séquard;

20° Kystes libres dans les cavités du cœur, par M. J. Dubois (d'Abbeville).

(M. Barth continuera, dans la prochaine séance, la lecture de la série de ses rapports.)

M. GAULTIER DE CLAUBRY lit un travail *Sur la confection du pain à Paris pendant l'état de siége.*

M. J. GUÉRIN offre en hommage une brochure intitulée : *Étude sur les ambulances du siége de Paris.*

La séance est levée à quatre heures et demie.

26 OCTOBRE.

CVIII. **Question des aliénés.** — Par arrêté en date du 24 octobre :

La commission de surveillance des asiles publics d'aliénés, instituée par arrêté du ministre de l'intérieur en date du 12 février 1869, est désormais ainsi constituée :

Le ministre de l'intérieur, président;
MM.
Bertrand, conseiller à la cour;
Rousse, bâtonnier de l'ordre des avocats;
Chambareaud, avocat à la cour de cassation;
Follet, chef de bureau au ministère de l'intérieur;
Blanche, docteur en médecine;
Lunier, inspecteur des établissements d'aliénés;
Dagonet, médecin-aliéniste (hospice Sainte-Anne);
Memet, médecin-aliéniste (hospice Saint-Antoine);
Calmeil, médecin en chef de l'hospice de Charenton;
Michel-Moring, agent général provisoire de l'assistance publique;
Legrand du Saulle, médecin-aliéniste;
Foville, médecin à l'hospice de Charenton, secrétaire de la commission.

CIX. **Voyages dans Paris.** — Théophile Gautier publie aujourd'hui dans l'*Officiel* ses impressions au rempart.

UN TOUR AU REMPART

Rien ne développe l'idée de la locomotion comme la conscience de ne pouvoir sortir d'un certain cercle. Aussi tel à qui suffisait amplement la promenade du coin de la rue Drouot au coin de la rue du Helder, et qui laissait aux Mungo Park du boulevard les régions chimériques de la Madeleine et de la Bastille se fait conduire aux points extrêmes de la circonférence où nous sommes enfermés, et regarde d'un œil jaloux l'espace illimité qui s'étend au delà du rempart. Auber lui-même, ce Parisien par excellence, se sent des velléités de voyage. Quand un ballon s'enlève on s'asseoirait volontiers dans la nacelle à côté de l'aéronaute, et cela non pour fuir l'ennemi, le brouet spartiate du siége et l'éventualité des bombes, mais pour franchir la limite, être libre un instant et passer au-dessus des lignes prussiennes.

Cédant à ce désir bien naturel, favorisé, d'ailleurs, par une magnifique journée d'automne, nous descendons avec un ami à l'embarcadère du pont Royal. Au bout de quelques minutes, le bateau-mouche arrive, fendant gracieusement l'eau de sa proue et couronné de son panache de fumée blanche, et nous voilà installé sur le pont, dans un coin, à l'abri du vent, assez frais malgré l'éclat du soleil. Nous avons déjà fait accomplir à nos lecteurs cette petite excursion nautique, la plus longue qui nous soit permise aujourd'hui, et nous débarquerons tout de suite près du pont Napoléon, où s'arrête maintenant le léger pyroscaphe.

Ce pont, d'une élégante hardiesse, donne passage à un chemin de fer et à une route : le chemin de fer de ceinture et la route militaire. Depuis quelques jours, une seconde voie ferrée, destinée au service du rempart, est venue allonger ses rails sur le chemin même, puissant auxiliaire pour la défense; c'est une véritable improvisation à étonner les Américains, si expéditifs pourtant.

On monte sur le tablier du pont par un large escalier en pierre. Une cloison de plaques de fonte, ornée de quelques arabesques en relief, sépare les deux voies. Sur le parapet qui regarde Charenton, des sacs de terre sont rangés symétriquement. Une embrasure assez large permet de voir le cours du fleuve, barré par trois lignes de pieux, de bateaux mis en travers et de pontons, sous la garde d'une chaloupe canonnière. Le ciel est d'un blanc laiteux, triste malgré sa splendeur. L'intensité de la lumière donne une teinte sombre aux objets. Autant que la vue peut s'étendre, solitude complète. Des nombreuses cheminées d'usines qui s'élèvent de ce côté, semblables à une forêt d'obélisques égyptiens, une seule fume. Sur la rivière, ordinairement si animée, pas l'apparence d'une barque. Au bout du pont, le rempart, qui s'est interrompu pour ouvrir passage au fleuve, continue sa ligne.

Avant d'aller plus loin, il ne serait peut-être pas hors de propos de dire avec quelque détail en quoi consiste le rempart d'une ville fortifiée. Il est bien entendu que personne ne l'ignore; mais, de même que M. Jourdain, à qui l'on demandait s'il comprenait le latin, et qui répondait : « Oui, mais faites comme si je ne le savais pas, » plus d'un lecteur ne serait peut-être pas fâché d'une brève explication; — elle n'est pas de nous. — La science des Vauban et des Cohorn nous est étrangère, et nous sommes, là-dessus, de la force de Jodelet, qui ne se contentait pas de la prise de la demi-lune d'Arras et qui voulait que ce fût une lune tout entière. Nous empruntons les lignes suivantes à l'excellent *Guide des environs de Paris*, de M. Adolphe Joanne :

« Les fortifications de Paris se divisent en deux parties : l'enceinte et les forts détachés. L'enceinte se compose d'une rue militaire, d'un rempart, d'un fossé et d'un glacis. Elle est bastionnée. La rue militaire qui longe toute l'enceinte à l'intérieur se trouve au niveau du sol naturel. Elle a 5 mètres de chaussée et 2 mètres d'accotement. Elle est macadamisée, sauf quelques endroits, où elle est pavée et plantée d'arbres dans toute son étendue. Viennent ensuite les terrassements ou remparts, comprenant : 1° le *terre-plein*, qui se relie avec la route par un talus intérieur; 2° les *gradins* ou *banquettes*, où se tiennent pendant les siéges les soldats qui font la fusillade; 3° le *parapet*, plus élevé que ces gradins et qui protége les défenseurs de la place; il a 5 mètres d'épaisseur. Un talus extérieur surmonte le mur ou revêtement en maçonnerie qui soutient ces terrassements. Le *mur* a 10 mètres de hauteur et en moyenne une épaisseur de 3 mètres 50 centimètres; il est renforcé de 5 mètres en 5 mètres par des massifs de maçonnerie, qui entrent de 2 mètres dans les terres du parapet.... L'*escarpe* forme un des côtés du fossé, qui a 15 mètres de largeur et au milieu duquel se trouve une rigole de 1 mètre 50 centimètres de largeur, sur une profondeur égale qui sert à l'écoulement des eaux et qu'on nomme la *cunette*. L'autre côté du fossé se nomme *contrescarpe*; elle se compose à l'intérieur d'un talus incliné à 45 degrés. En avant du fossé, le terrain est disposé de façon à couvrir les maçonneries de l'escarpe. Le terrassement extérieur s'appelle glacis.

« L'enceinte se compose d'une série de lignes brisées ayant des angles saillants et rentrants. Les angles saillants forment ce qu'on nomme les *bastions*; en arrière se trouvent les *courtines*. Un ensemble de courtines et de bastions s'appelle *front*. Presque tous les fronts de l'enceinte de Paris se développent en ligne droite. Or, d'après un axiome bien connu en fortification, une suite de fronts en ligne droite est inattaquable. »

Voilà un axiome qui nous plaît et dont la justesse sera bientôt prouvée, nous l'espérons. Maintenant, engageons-nous dans la rue militaire, autrefois presque déserte et maintenant si peuplée.

Le rempart, tel que nous venons de le décrire, représente l'enceinte en temps de paix et non armée pour la défense à laquelle on ne croyait pas avoir besoin de recourir jamais. Aussi quel feu roulant de plaisanteries plus ou moins spirituelles, de pois lancés à travers la sarbacane des petits journaux contre ce pauvre M. Thiers qui voulait fortifier Paris! Cette idée de voir l'ennemi devant la capitale de la France faisait sourire tout le monde, tant elle paraissait invraisemblable! L'opposition prétendait que l'enceinte ne servirait qu'à emprisonner la ville et que les forts tireraient sur l'émeute, au lieu de repousser une invasion chimérique. D'ailleurs, disait-on, le plus sûr rempart dont puisse s'entourer une cité, c'est un rempart fait de poitrines d'hommes : voyez plutôt Sparte, qui n'avait pas de murailles. Mais Athènes, non moins brave, en avait! et les fortifications tant raillées autrefois nous sauvent aujourd'hui.

On ne peut guère demander à l'art de la défense moderne, n'employant que des lignes droites, des angles sortants et rentrants, enfouissant autant que possible ses constructions au ras de terre, l'aspect pittoresque des forteresses du moyen âge avec leurs tours rondes ou carrées, leurs moucharabys, leurs donjons élevés, leurs échauguettes, leurs tourelles en poivrière et leurs toits en éteignoir, défenses formidables à l'œil, excellentes contre des flèches, des mangonneaux et des balistes, mais qui ne sauraient résister à de l'artillerie. Pourtant une beauté sévère se dégage de ces lignes mathématiques. Leur logique rigoureuse plaît à l'œil en dehors de toutes les séductions de la forme. On sent qu'il n'y a rien là qui ne soit nécessaire, et la configuration absolue de l'utile a fatalement son charme. Nous regardions, non sans plaisir, ce dessin ferme et net de la crête du rempart se détachant en vigueur sur la blancheur lumineuse du ciel, ces pentes du terre-plein, ces lignes des banquettes sur lesquelles se promenaient l'arme au bras les sentinelles, tout cet ensemble de formes simples d'une incontestable grandeur et d'une force calme, et nous éprouvions ce sentiment que donne l'aspect d'une chose réussie.

Sur le bord du parapet sont rangés des sacs de terre, arrangés de façon à laisser des vides pour laisser passer les chassepots. Le soleil parfois y met une étoile de lumière, en attendant que la flamme en jaillisse. L'effet de ces trous de clarté criblant la muraille sombre est un effet très-singulier et très-pittoresque.

Au bas du talus sont établies des casemates. Ce sont des huttes, composées d'une enceinte de pieux, avec un plafond de forts madriers, que recouvrent d'épaisses couches de terre à l'épreuve de la bombe. Les parois de la cabane sont également garanties par un revêtement de mottes gazonnées. L'aspect général est celui d'un tumulus celtique ou plutôt de ce *fac-simile* des catacombes de Rome qu'on voyait à l'exposition universelle de 1867. On y pénètre par un couloir demi-circulaire, qui protége les soldats réfugiés à l'intérieur des casemates contre les éclats des projectiles.

---

la sortie de la buée d'évaporation qui se produit surtout au commencement, et en même temps agiter fortement le chargement du cylindre.

Le grillage est suffisant au moment où le grain, ayant pris uniformément *un ton plus foncé sans être charbonné*, se casse sec sous la dent, par suite du plus grand développement qu'il a pris. Aussitôt, aérer le blé à l'air libre (l'air extérieur de préférence si le temps le permet), en le ventilant soit avec la gamelle de repas, soit avec un van, soit en l'étendant sur une table propre. L'opération est parfaite lorsque le blé a perdu de 9 à 10 pour 100 de son poids naturel.

Mouture. — On peut moudre, soit avec des moulins portatifs à café, soit avec des moulins à manivelle. On réglera le degré de rapprochement des dents d'engrenage, de manière à obtenir une farine aussi satisfaisante que le comporte la nature de l'appareil.

Cuisson. — Délayer la farine avec de l'eau (eau froide exclusivement), mettre le vase sur un feu bien allumé; saler, poivrer si on le désire, *remuer sans discontinuité* le mélange avec une spatule de bois. A mesure que la bouillie bout, foisonne, épaissit, verser *peu à peu* de l'eau (eau froide exclusivement), en quantité suffisante *pour empêcher le mélange de devenir trop épais*. Après trente minutes, l'aliment aura acquis le degré de cuisson voulu. Arrivée à ce point, la bouillie se trouve élevée à une haute température, qui, partage fait entre les parties prenantes, leur permet de la manger chaud. L'aliment est agréable au goût, et très-réconfortant sans être indigeste.

Refroidie, la bouillie présente une masse coagulée qui se conserve sans altération pendant plusieurs jours. Toutefois, lorsqu'on le pourra, il conviendra mieux, pour la manger, de la faire réchauffer, soit à sec, dans un vase en tôle ou en fonte, soit dans un vase quelconque, avec une légère addition d'eau.

Comme variété d'alimentation, ou pour rendre la bouillie plus nourrissante encore, on peut faire *revenir*, dans le vase destiné à la cuisson, une certaine quantité de lard, de la qualité dite *lard de poitrine.*

Ces travaux sont faits avec beaucoup de soin et de régularité. Dans l'intervalle d'une casemate à l'autre, on a placé des tonneaux, des haies de fascines, des sacs de terre empilés, pour abriter les défenseurs du rempart contre les éclats d'obus.

Les canons, de distance en distance, allongent leurs cous de bronze hors des embrasures; des pièces d'un plus fort calibre que celles des courtines arment les angles des bastions, prêtes à balayer la plaine de leurs feux croisés, si, par impossible, l'ennemi parvenait à se frayer un passage entre deux forts.

De loin en loin s'élèvent les postes-casernes d'octroi, bâtiments solides et d'un aspect sévère bien en harmonie avec les fortifications, où se sont installés divers services de la défense.

Les portes ont des ponts-levis qui se baissent le matin et se relèvent le soir, sans compter les murailles crénelées et percées de meurtrières, les épaulements, les palissades et les chevaux de frise. Paris, jadis si hospitalier, se montre aujourd'hui de farouche approche. Par ces portes rentraient des maraudeurs, — peut-être de pauvres gens allant au péril de leur vie arracher sous les balles des Prussiens les restes de leur récolte, — chargés de sacs de pommes de terre, de choux et autres légumes, de bouts de planches, d'échalas, de petits fagots, tristes épaves ! misérable butin ! Il y avait là des vieillards, de vieilles femmes, quelques jeunes filles, des enfants dont l'accoutrement dépenaillé eût tenté la pointe de Callot, et dont on retrouverait l'équivalent et le modèle dans les *malheurs de la guerre* du spirituel aqua-fortiste.

Des postes de gardes nationaux veillaient à la sûreté du rempart, ne laissaient approcher personne et exécutaient la consigne dans toute sa prudente rigueur. Les sentinelles se promenaient le fusil à l'épaule sur la banquette ou restaient immobiles comme des statues, sondant du regard quelque point de l'horizon. Au bas du talus des pelotons faisaient l'exercice et s'accoutumaient au maniement du chassepot ou du fusil à tabatière. D'autres jouaient au bouchon, un jeu fort à la mode en cet état de siége et qui sert à distraire innocemment les longues heures de garde. La tenue de ces soldats improvisés était ferme et grave, indiquant la résolution sérieuse de faire leur devoir à l'heure du péril. Plus de ces chants, de ces cris et de cette ivresse des premiers jours. La foule devient une armée, cela est sensible au premier coup d'œil.

Comme pour ramener la rêverie du promeneur à la situation, une fumée sortait de temps en temps du fort d'Ivry, déroulait ses flocons sur le ciel, et la voix du canon arrivait profonde et basse dans une bouffée de vent. C'est quelque obus qu'on envoie sonder une cachette de Prussiens.

Jusqu'à présent, nous n'avons décrit que le rempart. Regardons maintenant de l'autre côté de la rue militaire qui n'est pas moins curieux. Les murs des maisons, les clôtures des jardins que surmontent des branches d'arbres effeuillées et jaunies par l'automne sont bariolés d'immenses affiches imprimées ou obtenues au moyen d'estampages. Des abris recouverts de toile cirée ou goudronnée offrent en cas d'averse un refuge aux gardes nationaux. Sur de vastes tentes de toile grise on lit : *Cantine administrative*. Çà et là sont établis des marchands de comestibles et de boissons. Une cantinière de fantaisie, coquettement costumée et ceinte d'une écharpe tricolore en bandoulière, jeune, jolie et blonde, réunissait d'assez nombreuses pratiques autour de son *bar-room* en plein vent. Un peu plus loin, une concurrence essayait déjà de contrecarrer ce succès, mais inutilement; la cantinière rivale était brune et n'avait pas la même grâce mutine.

Par leur ton de sapin neuf, les baraquements destinés aux mobiles tranchaient sur les teintes grises des vieilles bâtisses, et çà et là quelques tentes rappelaient l'idée du bivouac. De noires traces de fumée montraient qu'on n'avait pas tenu compte de l'inscription défendant de faire du feu le long des murailles de jardin. Des tas de cendres, des tisons à demi brûlés entre deux pavés ou deux briques montraient la place des cuisines improvisées. Une fabrique de fascines, vraie industrie de siége, s'était installée dans l'abandon d'un vaste enclos. Des charrettes pesamment chargées creusaient encore les ornières de la rue, dont on réparait le macadam, et les chevaux inquiets dressaient l'oreille au passage haletant de la locomotive et des waggons que rien ne séparaient de la voie commune.

Le chemin, à partir du fleuve, va toujours en montant et s'élève par une pente douce, il est vrai, mais quand on se retourne à l'endroit où le terrain reprend son niveau, l'on aperçoit en contre-bas, au delà de la Seine, dans un lointain bleuâtre, Saint-Mandé, le bois et le château de Vincennes, dont le donjon et la grosse tour d'entrée se distinguent parfaitement. On découvre aussi par-dessus le rempart, à travers une brume argentée et foudroyante de lumière, la silhouette du fort et du château de Bicêtre. Le fort en ce moment tirait sur quelque objectif invisible pour nous, et de gros nuages de fumée blanche s'arrondissaient à ses embrasures.

Un amiral ou un contre-amiral, nous ne répondons pas du grade, suivi d'un état-major de trois cavaliers, visitait les postes en coupé. Il monta sur la banquette du rempart, examina un instant l'horizon, parut satisfait et repartit.

Nous étions arrivé à l'avenue d'Italie, animée d'un grand mouvement de voitures, de charettes, de fiacres, de piétons, de femmes portant des paquets, de flâneurs, de curieux, de marchands de liqueurs et de comestibles; nous nous sentions un peu las, et nous nous dirigeâmes vers la station la plus voisine du chemin de fer de ceinture, qui est la station de la Maison-Blanche. En état de siége, lorsqu'on est hermétiquement bloqué, c'est une sensation agréable de prendre un billet de chemin de fer : on croit qu'on va partir, il semble qu'on soit libre !

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 20 avril 1871.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE.

Sur les blessures de l'œil et leurs conséquences

CONFÉRENCES PUBLIQUES, FAITES A L'ÉCOLE DE MÉDECINE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

Par le docteur X.-GALEZOWSKI.

Messieurs, les blessures du globe oculaire sont relativement beaucoup plus fréquentes que celles de ses parties protectrices, comme vous avez pu juger par les chiffres que je vous ai communiqués dans ma première conférence. Au premier abord, cela paraît peu vraisemblable, surtout si l'on prend en considération que le globe de l'œil est protégé par l'orbite et les paupières; mais quand on songe à la rapidité extraordinaire avec laquelle sont lancés les éclats des capsules, des grains de plomb et toutes sortes de débris de projectiles qui s'introduisent dans l'œil, on comprend que tous ces corps étrangers arrivent à la cornée ou à la sclérotique avant que les paupières se ferment.

Il faut distinguer dans l'étude des blessures oculaires celles qui sont produites par l'instrument tranchant ou contondant et celles qui sont occasionnées par des projectiles ou des corps étrangers lancés avec une certaine force et qui ont pu s'arrêter et séjourner dans la cavité oculaire. Les premières ne sont graves que lorsqu'elles ont atteint l'œil sur une grande surface et plus particulièrement dans sa région ciliaire; les autres, au contraire, sont toujours très-dangereuses, même lorsque le corps étranger qui a pénétré dans l'œil est d'un tout petit volume. Et en effet, tant qu'il n'en a pas été éloigné, il met en danger la vue de l'œil blessé et de son congénère, qui peut se perdre à la longue par sympathie.

Dans les temps ordinaires, les plaies oculaires sont loin d'avoir une telle gravité que celles que nous rencontrons aujourd'hui; nous avons, en effet, plus particulièrement affaire aux blessures produites sur le champ de bataille ou celles qui sont le résultat de cet inique bombardement dirigé avec toute la férocité allemande contre les habitants paisibles de notre capitale.

Pour vous donner, messieurs, une idée exacte des blessures de l'œil, je dois examiner méthodiquement, l'une après l'autre, toutes les membranes oculaires et signaler les accidents qui peuvent être observés. Mais quelle que soit la nature de la blessure, je dois faire remarquer que toutes, sans exceptions, sont accompagnées de trois phénomènes: photophobie, larmoiement, rougeur péricornéenne et sensation d'un corps étranger dans l'œil.

I. CONJONCTIVE. — Les plaies de la conjonctive n'ont ordinairement aucune gravité, elles guérissent facilement sans laisser même de trace. Mais il n'en est pas de même de la conjonctive palpébrale, surtout lorsque sa blessure est accompagnée d'une perte de substance dans la partie correspondante du globe de l'œil. Les cicatrices qui s'ensuivent amènent des adhérences vicieuses, appelées *symblépharon*. Cet accident se rencontre le plus souvent après les brûlures et les explosions des préparations chimiques et de poudre de guerre.

Les corps étrangers se logent souvent sous la paupière supérieure et rendent ses mouvements excessivement douloureux. Rien n'est plus facile que d'enlever le corps étranger en renversant la paupière supérieure et explorant attentivement la conjonctive palpébrale où il se trouve habituellement incrusté; quant à la conjonctivite, qui en est la conséquence, elle guérit habituellement toute seule ou après qu'on aura appliqué quelques compresses d'eau froide.

II. CORNÉE. — Cette membrane de l'œil est exposée plus souvent que les autres au traumatisme, et sur 266 blessures que j'ai eu à soigner, la cornée seule figure pour 122 fois. Malgré une très-grande fréquence de ces blessures, leur gravité est relativement minime, et c'est à peine s'il y en avait 5 sur 100 qui présentaient une certaine gravité, tant par la marche de la lésion cornéenne que par les complications survenues dans les membranes internes de l'œil.

(1) Suite. — Voir les numéros des 11 octobre et 10 novembre 1870.

Les lésions les plus communes de cette membrane sont des corps étrangers; ils sont de toute sorte : des morceaux de charbon qui tombent de la cheminée des machines à vapeur, des paillettes de fer et d'acier, des morceaux de verre, etc., qui s'y introduisent à une profondeur plus ou moins grande. Leur présence est ordinairement très-douloureuse, mais certains d'entre eux peuvent rester très-longtemps sans provoquer une trop grande irritation. Le fait suivant montre qu'une coque de millet peut rester attachée à la cornée pendant plus d'un an sans amener trop d'inflammation.

OBSERVATION. — Mme Ch..., âgée de 52 ans, couturière, demeurant à Champcenest (Seine-et-Marne), vint me consulter le 29 décembre 1866 pour son œil droit, dont elle souffrait depuis un an. Elle se rappelle que l'œil s'enflamma après qu'elle avait soufflé dans une cage pour la nettoyer. Depuis cette époque, l'œil était constamment rouge et par moment il s'enflammait davantage, et malgré tous les traitements qu'elle a suivis, il restait constamment rouge et engorgé. En l'examinant attentivement, j'ai pu constater la présence d'une demi-coque de millet incrustée sur la cornée près de son bord externe. Elle se présentait sous forme d'une petite tumeur, arrondie, luisante, entourée d'un cercle vasculaire complet. J'ai enlevé séance tenante le corps étranger, et j'ai pu découvrir sur l'endroit ulcéré, en dedans de la coque, un autre cercle vasculaire communiquant visiblement avec le cercle vasculaire externe, comme on peut se rendre compte par la figure qui se trouve reproduite dans mon *Traité des maladies des yeux*, p. 296. L'extraction du corps étranger a suffi pour amener la guérison complète de l'œil.

Des accidents très-graves peuvent être amenés dans la cornée par les explosions de poudre; il se produit en effet une brûlure plus ou moins profonde de cette membrane qui se termine au bout de quelque temps par sa destruction totale, comme j'ai pu l'observer chez un enfant de 10 ans. Un fait m'a frappé chez cet enfant, c'est que pendant plus de huit jours la cornée avait conservé sa transparence et on n'y remarquait qu'un soulèvement de l'épithélium, puis elle s'est ramollie très-rapidement et s'est détruite en entier.

J'ai été appelé très-souvent, pendant le siége de Paris, auprès de malades atteints à l'œil droit par suite de crachement des *fusils à tabatière*. Vous savez, messieurs, que cette arme est l'ancien fusil à percussion transformé en fusil Enfield-Snider. La transformation a consisté à couper le canon à sa base et à rapporter une *culasse* taraudée et vissée sur le canon; la culasse s'ouvre comme le couvercle d'une tabatière, pour l'introduction d'une cartouche métallique, et se ferme au moyen d'un *bouton-arrêt*. Or il arrive que la culasse mobile ne ferme pas assez hermétiquement, que le bouton-arrêt se casse ou que la douille de cartouche étant mal confectionnée se déchire au moment du tir, et sous l'influence de ces accidents il se produit le crachement de fusil qui atteint le plus souvent et d'une manière très-grave l'œil droit du soldat. Ordinairement les paupières et la joue sont criblées par les grains de poudre, la conjonctive est œdématiée par suite de traumatisme considérable produit par de nombreux grains de poudre introduits dans son épaisseur. Mais c'est surtout la cornée qui présente de graves désordres; sa surface est inégale, érodée, ulcérée, et par places on y aperçoit des grains noirs de poudre incrustés plus ou moins profondément dans son épaisseur. L'œil est ordinairement très-sensible à l'impression de la lumière et de l'air, et le premier devoir d'un chirurgien est d'extraire de la cornée, avec le plus grand soin, tous les grains plus gros au moyen d'une aiguille à cataracte, et de soumettre ensuite l'œil aux irrigations continuelles avec de l'eau tiède pulvérisée, l'eau tiède seule étant l'agent le plus efficace pour dissoudre toutes les parcelles de poudre qui ont été abandonnées dans la cornée et la conjonctive. L'observation suivante peut servir d'exemple de l'efficacité de ce traitement :

OBSERVATION. — M. D..., âgé de 25 ans, franc-tireur de la Seine, vint me consulter le 1er février pour son œil droit, qui fut blessé au mois de décembre en tirant un fusil à tabatière. Le malade raconte que le bouton-arrêt de son fusil s'était cassé, et il a reçu une charge de poudre en pleine figure. Il fut conduit dans une ambulance où il resta jusqu'à la fin du mois de janvier. L'examen m'a permis de constater de nombreux grains de poudre dans les deux paupières et les conjonctives; quant à la cornée, elle était presque complétement opaque, et au centre même on distinguait facilement deux gros morceaux de poudre profondément enchâssés dans son épaisseur. J'ai pratiqué immédiatement l'extraction, puis je lui ai fait instiller le collyre d'atropine et soumettre l'œil à l'action de l'eau pulvérisée. Sous l'influence de ce traitement, la cornée s'est éclaircie très-rapidement; la vue revint, surtout après l'usage pendant deux semaines du collyre au nitrate d'argent, et au moment où le malade quitta Paris (16 mars) il pouvait distinguer avec le n° 10 convexe les caractères du n° 7 de l'échelle typographique.

Les plaies de la cornée peuvent avoir une gravité considérable lorsque le corps étranger, en traversant cette membrane, se loge dans l'intérieur de l'œil. Un éclat de capsule, un morceau de fer, de cuivre ou d'acier, lancés avec une certaine force peuvent traverser la cornée, l'iris et le cristallin pour aller se fixer dans une des membranes profondes de l'œil. Il est généralement très-difficile de constater leur présence, surtout si les milieux de l'œil sont troubles ou lorsque l'iris est enflammé; mais si l'on prend en considération les symptômes inflammatoires, la rougeur périkératique, la photophobie excessive, les douleurs périorbitaires, les synéchies postérieures et la sensibilité de l'œil au toucher, on acquiert la certitude que le corps étranger se trouve dans l'intérieur de l'œil.

La force de projection d'un éclat de capsule peut être telle qu'elle traversera la cornée, le cristallin, le corps vitré, et ne s'arrêtera que dans l'hémisphère postérieur du globe oculaire. Le fait suivant est un des plus remarquables sous ce rapport. Ayant reconnu la présence d'un morceau de capsule dans l'intérieur de l'œil, j'ai pratiqué l'énucléation de l'œil, et c'est dans la macule elle-même que j'ai trouvé le morceau de capsule. Voici les détails de cette intéressante observation, tels qu'ils étaient publiés dans la *Gazette hebdomadaire* (16 septembre 1870) :

OBSERVATION. — M. M..., capitaine de marine marchande, âgé de 35 ans, se trouvait avec son navire à Pissayna (Pérou) au mois de décembre 1869, lorsqu'en faisant partir une capsule pour nettoyer son fusil, il avait ressenti un coup sur l'œil gauche. C'était un éclat de capsule qui l'atteignit. Il ne fit pas d'abord grande attention, malgré que la vue y était de ce moment affaiblie; mais comme son œil devint rouge, larmoyant et sensible pour la lumière, le médecin lui fit appliquer six sangsues près de l'oreille et l'inflammation s'arrêta. Bientôt la photophobie revint plus forte que jamais, des mouches très-nombreuses apparurent devant l'œil et la vue se troubla davantage. Souffrant beaucoup il s'enfermait dans sa cabine, et ne pouvait point se montrer sur le pont du navire. Au bout de trois mois et demi de navigation, il débarqua à Liverpool où il resta pendant vingt jours pour se soigner. Arrivé à Paris au commencement du mois de mai 1870, il fut soigné par un de nos confrère pour une iritis, par des sangsues, l'atropine et les pilules de Sédillot, pendant quelques semaines. Le malade partit à la campagne sans être soulagé; mais lorsque le mal s'aggrava, il vint me consulter.

L'examen me permit de diagnostiquer l'existence d'un corps étranger dans le fond de l'œil, ce qui fut aussi confirmé par le professeur Richet, appelé en consultation. Les paupières et le sourcil ne portaient aucune trace de blessure, elles n'étaient que légèrement enflées. Le globe de l'œil était rouge, et c'est surtout au pourtour de la cornée qu'on remarquait l'injection des vaisseaux capillaires. Au centre de la cornée on pouvait apercevoir une cicatrice linéaire de 4 millimètres à peine marquée. L'iris était peu changé de couleur, mais dans la pupille on constatait trois petites synéchies en bas et en dedans, et deux en haut et en dehors. Au centre du cristallin on voyait une sorte d'exsudation capsulaire et une légère opacité des couches corticales, ce qui n'empêche pas d'éclairer avec l'ophthalmoscope le fond de l'œil. C'est dans les parties postérieures et profondes qu'on aperçoit une exsudation blanchâtre, mais rien dans le corps vitré. L'œil droit était très-sensible, il était larmoyant et voyait de nombreuses mouches, sans qu'on ait pu y découvrir la moindre altération. C'était une irritation sympathique consécutive à la blessure de l'autre œil.

Prenant en considération tous ces symptômes, nous n'avons pas hésité de diagnostiquer la présence du corps étranger dans l'intérieur de l'œil, et l'énucléation de l'œil fut décidée. C'est le 21 juin que j'ai pratiqué cette opération, d'après la méthode de Bonnet (de Lyon), avec le concours du docteur E. Paul et de mon oncle, le docteur Séverin Galezowski. Le malade fut endormi et l'opération se termina sans accident et fut suivie d'un plein succès. Le malade cessa de souffrir, le sommeil et l'appétit revinrent très-rapidement, et peu à peu l'autre œil a repris complétement ses forces. Aujourd'hui le malade est complétement guéri.

Dissection de l'œil extirpé. — La sclérotique est saine partout et ne présente nulle part de traces de blessure; la plaie cornéenne est bien apparente. Après avoir sectionné l'œil derrière les attaches du cristallin en deux moitiés, antérieure et postérieure, nous constatons un ramollissement du corps vitré et sa limpidité parfaite. Au fond de l'œil, et juste dans la macule, on distingue une sorte d'appendice blanc, long de 3 millimètres et épais de 2 millimètres de diamètre; cet appendice est attaché à la rétine et la choroïde par sa base, tandis que son sommet flotte librement dans le corps vitré. C'est en disséquant ce corps blanchâtre que nous avons pu découvrir un morceau de capsule long de 3 millimètres et qui était implanté dans la choroïde et la rétine. C'est de cette dernière que partait une sorte de manchon blanchâtre enveloppant le morceau de capsule; il était formé par une masse gélatiniforme très-vasculaire, composée en grande

partie du tissu amorphe et des fibres serrées du tissu cellulaire très-fin. Les éléments rétiniens ne s'y retrouvaient point. Evidemment il s'agissait là d'une sorte de produit exsudatif qui tendait de plus en plus à isoler le corps étranger des parties environnantes de la rétine et de la choroïde.

Les blessures de l'œil avec des corps contondants ou par armes tranchantes amènent quelquefois une déchirure de la cornée et de la sclérotique. La plaie ainsi faite laisse sortir le cristallin et une partie ou la totalité du corps vitré. Lorsqu'il n'y a que le cristallin qui s'échappe par la plaie, l'œil peut encore se cicatriser, mais on aura soin d'instiller le collyre d'atropine et de faire une compression méthodique sur l'œil blessé. Dans le cas où la blessure a été très-étendue et qu'elle a donné issue à une grande partie du corps vitré, l'œil est le plus souvent condamné à se détruire en entier. Cet accident est redoutable, comme dit justement M. Legouest (1), il amène souvent la suppuration de toute la cornée et souvent même la fonte purulente de l'œil. Ajoutons aussi que les plaies déchirées de la cornée, accompagnées de déchirures et de fortes contusions de l'iris, prédisposent d'une manière exceptionnelle à la suppuration.

(*A suivre.*)

HISTOIRE DE L'EXTIRPATION D'UN OVAIRE

Faite par le professeur Gaetan Emiliani,

Rapportée par le docteur Emile Emiliani, de Faenza (Romagne).

La publication de la petite note de M. Natta-Soleri-Vincenzo a engagé notre très-honoré confrère M. le docteur Boinet, à nous communiquer l'histoire complète de l'extirpation d'un ovaire. Nos lecteurs liront avec intérêt cette relation et les savantes réflexions que suggèrent à M. Boinet ses études spéciales sur la question.

Rosalie G... (de Faenza), lingère, âgée de 26 ans, tempérament lymphatique, réglée à l'âge ordinaire, n'avait jamais eu de maladie, même légère, excepté les exanthèmes de l'enfance. Elle avait eu trois enfants; un seul vivait et n'était pas encore sevré. Pressée par le besoin de linge blanc pour son enfant, elle entreprit de laver elle-même, se servant pour cela d'une planche appuyée à terre par un bout, et de l'autre bout sur son bas-ventre. Elle n'en ressentit aucun mal, ni dans le moment, ni de toute la journée; seulement, la nuit suivante, elle fut réveillée par une douleur vive dans la région iliaque gauche. Elle continua à souffrir les jours suivants et fit venir son médecin, le docteur Brunetti, qui, ayant exploré la région douloureuse, reconnut l'existence d'une tumeur presque isolée dans la cavité abdominale, sans aucun changement à l'extérieur, très-douloureuse au toucher. Comme il lui sembla qu'une certaine intempérie hiperesthésique se liait à ce phénomène, il mit en usage les émissions sanguines, les divers antiphlogistiques, et cela sans aucun succès. Comme la tumeur continuait à se développer, que, d'un autre côté, les fonctions, tant de la vie organique que de la vie de relation paraissaient s'accomplir de la manière la plus régulière, il recourut à la ciguë, aux mercuriaux, à d'autres remèdes d'une action semblable, aux douches d'eau tiède, sans aucun amendement dans la maladie; si bien que (il y avait déjà quatre mois passés que la tumeur était apparue) la malade, à certains signes particuliers, prétendit être enceinte, et tout le traitement se borna à des frictions avec de l'huile commune. Deux mois après, avec une perte de sang énorme, elle rendit une môle d'un volume considérable; 25 jours après, l'écoulement sanguin continuant d'une manière intermittente, en petite quantité et sans qu'aucune raison pût être invoquée comme cause, la fièvre survint. Son médecin réclama l'assistance d'un chirurgien et demanda que le docteur Emiliani fût appelé.

La malade se présenta à lui avec l'appareil symptomatique suivant : fièvre continue avec exacerbation tous les soirs et frissons, refroidissement des membres inférieurs et surtout des pieds; soif vive, sécheresse de la bouche, langue fuligineuse, anxiété, insomnie, anorexie, constipation, urines rares, foncées, sans sédiments, nutrition assez satisfaisante. On sentait la tumeur dans la région susdite. Elle était dure, circonscrite, de forme sphérique, indolente au toucher; mais, de temps en temps, elle était le siége de douleurs lancinantes, spasmodiques. A l'extérieur, on n'observait aucun changement. L'ensemble de ces symptômes, soit qu'on procédât par élimination, soit qu'on s'en tint au raisonnement, ramenait à l'idée d'une affection de l'ovaire, de nature squirrheuse, et adoptant l'idée d'un carcinome, tout autre argument étant sans portée, on en arrivait à accepter un moyen de traitement extrême, mais le seul qui eût des chances de succès, l'extirpation.

Les conditions assez favorables dans lesquelles se trouvait encore la malade, l'absence de toute manifestation morbide semblable dans d'autres régions, ce qui justifiait l'espoir que la nature et l'art ne seraient pas impuissants, tout encourageait à tenter une opération dont la nécessité était démontrée. Le médecin traitant l'approuvait; la malade, de plus en plus fatiguée par le mal, la demandait, surtout depuis l'accroissement de la fièvre; les élancements devenaient plus aigus et plus fréquents; à la constipation avait succédé un relâchement tel que, dans la journée, il y avait eu des déjections nombreuses de matières fétides; les urines étaient plus abondantes, plus colorées, sédimenteuses; l'opération fut décidée.

Elle eut lieu en présence du docteur Brunetti, du phlébotomiste Antonio Bucci et quelques parents de la malade. Le docteur Emiliani ouvrit les téguments le long de la ligne blanche dans la longueur de deux pouces et demi environ, divisa les muscles placés au-dessous, coupa avec beaucoup de précaution le péritoine, et alors apparut l'ovaire gauche, facile à reconnaître à sa position et à sa forme; ses rapports, quoi qu'ils fussent augmentés de volume squirrheux, présentaient à sa partie supérieure des vésicules d'où s'écoulait un liquide fétide; il avait des adhérences avec toute la portion inférieure de l'intestin colon; tout autour, on observait des vaisseaux variqueux. L'ovaire fut promptement séparé de ses attaches, des adhérences; on lia les rameaux artériels à mesure qu'on les coupait. Le sang perdu peut être évalué à environ une demi-livre. Les lèvres de la blessure furent unies par une suture : on appliqua une compresse de toile enduite d'une pommade; par dessus, une compresse sèche, et enfin un bandage un peu serré.

(1) Legouest, *Traité de chirurgie de l'armée*. Paris, 1863, p. 368.

Le lendemain, la fièvre augmenta; la soif était dévorante; l'anorexie rendait insupportable la plus petite quantité d'aliments; l'intervention médicale était inutile pour maintenir une diète sévère. On prescrivit une saignée qu'on répéta le lendemain; on donna une solution de tartre émétique, de la limonade végétale pour boisson.

Au troisième jour, on découvrit la plaie pour la première fois, en présence de quelques médecins et chirurgiens; elle était en grande partie cicatrisée, suppurant seulement dans quelques points. Au onzième jour, plus de fièvre, aucun phénomène morbide; et peu de temps après, cette femme sortait du lit, guérie, et l'on pourrait presque dire ayant une vie nouvelle.

La menstruation se rétablit pour s'arrêter peu de temps après, sous l'influence d'une grossesse. Un an environ après l'opération, cette femme avait une couche double, un garçon et une fille, qui vécurent quelques heures; puis un autre garçon. Plus tard, elle eut une autre fille, puis un autre garçon, qui moururent au maillot; elle eut encore un garçon, mort de scrofules, adulte, et deux filles pleines de vie, de santé et mères elles-mêmes.

L'opérée vit encore, bénissant la main de l'heureux chirurgien. Le docteur Brunetti, le phlébotomiste Bucci et les parents de la malade qui assistaient à l'opération vivent encore (1843).

L'ovaire, après 28 ans, conservé dans l'alcool, offre une figure pyriforme; mesuré dans sa longueur, il avait 9 centimètres 5 dans sa plus grande largeur; en vain y chercherait-on un tissu propre. Cette pièce pathologique est aujourd'hui au cabinet de la Société médico-chirurgicale de Bologne. (1843. — *Bulletin des sciences de Bologne.*)

Telle est l'observation rapportée par le docteur Perruzy, et voici les réflexions qu'elle me suggère. Cette observation est assurément très-intéressante; malheureusement elle manque de détails très-importants. Quel était le volume de la tumeur au moment de l'extraction? sans doute peu considérable, pour pouvoir être extraite par une ouverture de *deux pouces et demi*, et non de *douze centimètres*, comme le dit M. Natta-Soleri-Vincenzo, dans la note insérée... Cette tumeur fut-elle ponctionnée avant son extraction? Comment fut-elle extraite? Avait-elle un pédicule? Fut-il lié, fut-il excisé (il est dit seulement dans l'observation que la tumeur fut séparée)? Comment put-on lier les rameaux artériels (*qui laissèrent écouler une demi-livre de sang*) au fond de la cavité abdominale par une ouverture de deux pouces et demi (environ 7 à 8 centimètres)? Le sang s'écoula-t-il dans la cavité abdominale? Comment fut-il enlevé? Rien n'est indiqué, et cette observation, toute curieuse qu'elle est, laisse trop à désirer pour servir d'exemple utile pour l'opération de l'ovariotomie.

Enfin, comment comprendre qu'une observation restée inconnue jusqu'en 1843 ait pu avoir de l'influence sur les progrès de l'ovariotomie depuis 1815? C'est donc à tort qu'on soutiendrait, se basant sur cette observation, que l'ovariotomie a fait son entrée en 1815 par la voie de l'Italie. A quoi a-t-elle pu servir aux chirurgiens qui ont pratiqué l'ovariotomie en Europe de 1815 à 1843? et ces chirurgiens sont nombreux, en Angleterre surtout. Cette observation, publiée en 1843 par le fils de l'opérateur, qui dit l'avoir retrouvée dans les notes de son père, ne peut donc avoir une valeur quelconque qu'à partir de sa publication, c'est-à-dire de 1843, et pour l'Italie l'ovariotomie ne peut donc dater que de 1843 et non de 1815.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE

PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

CX. **Ambulances.** — Nous reproduisons l'étude que M. Daremberg publie dans *les Débats* de ce jour :

Nous avons visité, à titre purement officieux, plus de quarante ambulances, et plusieurs à diverses reprises : ambulance de la Société internationale, de la Société de la presse, de diverses Sociétés particulières, enfin ambulances purement privées. Ce chiffre de quarante, déjà respectable, est loin cependant du chiffre total, car on rencontre des drapeaux et des enseignes d'ambulances dans toutes les rues; quelquefois il y en a plusieurs dans la même rue. Est-ce le cas de dire : « Abondance de bien ne nuit pas? » Nous croyons qu'il y a beaucoup de bon, pas mal de médiocre et un peu de mauvais. Il nous est permis d'exprimer ce jugement, puisque nous avons vu des spécimens de chacune des espèces d'ambulances. En attendant un plus ample examen, nous pouvons dès aujourd'hui soumettre à nos lecteurs les réflexions générales qui se sont présentées à notre esprit.

Il nous a semblé, en premier lieu, qu'en raison même de cette multitude d'ambulances qui se comptent par centaines, nous devrions presque dire par milliers, il est urgent, très-urgent, d'en faire un dénombrement complet, de les soumettre toutes à une inspection attentive, scrupuleuse, impartiale, à la fois bienveillante et ferme : — bienveillante, car il faut tenir grand compte des efforts incessants, des sacrifices de tout genre, du patriotisme, de la charité de nos concitoyens; — ferme, puisqu'il s'agit du salut et du bien-être de ceux qui exposent si noblement, avec tant d'abnégation, leur vie ou leur santé pour sauver la patrie.

(1) Voir le dernier numéro.

Je diviserais les ambulances en deux catégories (1) : celles qui sont destinées aux blessés, et celles où l'on se propose de recevoir des malades. En aucun cas, sous aucun prétexte, je ne permettrais la promiscuité des malades et des blessés dans les mêmes salles, attendu qu'ils se nuisent réciproquement, cela est admis par tous les cliniciens. Tout au plus je tolérerais les malades et les blessés dans le même local, encore à la condition expresse que l'isolement soit *réel*, comme cela existe pour quelques ambulances que j'ai signalées dans mes précédents articles. Outre ces ambulances qui recevraient les blessés ou les malades au moment de la blessure et au début des maladies, je voudrais que l'évacuation des convalescents fût aussi prompte que possible, afin de désencombrer les services surchargés, de laisser constamment des lits disponibles pour les besoins journaliers, et de hâter la guérison grace au changement d'un air toujours un peu vicié par les maladies ou les plaies en un air non encore infecté.

Je pense que les ambulances dites *privées* sont précisément celles sur lesquelles devrait s'effectuer ce transbordement. Le motif en est simple : les convalescents ne réclament guère que des *soins* et une bonne hygiène; il n'ont pas besoin de visites médicales multipliées; il ne causent ni embarras ni soucis; ils ne courent pas non plus ces terribles chances d'accidents graves ou de mort si bien faits pour épouvanter et prendre au dépourvu des personnes dévouées sans doute, mais inexpérimentées et réduites aux expédients. De plus, comme il suffit de simples pansements pour les blessés convalescents, les médecins y suffisent, tandis qu'ils ne suffisent pas pour les grandes opérations ni pour la conduite des plaies compliquées. Or, les médecins sont plus nombreux que les chirurgiens, et, dans chaque quartier, on en trouverait de tout disposés à consacrer leurs loisirs au service des convalescents, qui ne peuvent pas engager leur responsabilité. Enfin, les ambulances *privées* ne contiennent généralement que peu de lits, elles n'ont pas un nombreux personnel ni de très-grandes ressources; par conséquent, elles présentent les conditions requises pour recevoir des convalescents qu'on peut disséminer sans de notables inconvénients, tandis qu'il n'en est pas de même pour les blessés ou les malades.

Ceci m'amène à un autre ordre de considérations qu'il importe de ne pas négliger, ou, mieux, sur lesquelles on ne saurait trop insister. Les ambulances ouvertes pour les malades ou les blessés doivent être assimilées à des hôpitaux bien aménagés, c'est-à-dire qu'elles doivent être assez vastes pour que le service médical ou chirurgical y soit fait très-régulièrement, et pas assez cependant pour que ni blessés ni malades ne soient accumulés en un même lieu. Outre que la trop grande dissémination des blessés ou des malades rendrait le service des médecins ou des chirurgiens à peu près impossible, elle ne permettrait pas une surveillance de tous les instants; elle n'offrirait pas, en un mot, de sérieuses garanties. D'un autre côté, il n'est pas besoin de rappeler combien l'encombrement est nuisible, tranchons le mot, *fatal*. C'est en permettant d'éviter cet encombrement, qui existerait nécessairement si nous n'avions en ce moment que les hôpitaux et les hospices civils ou militaires à notre disposition, que les ambulances rendent tant et de si précieux services, et qu'il faut bénir la convention de Genève de les avoir rendues possibles et praticables. Il y a plus : les hôpitaux, quoi qu'on fasse, sont imprégnés de je ne sais quels miasmes qui exercent inévitablement une influence fâcheuse, tandis que les ambulances de récente création sont, pour ainsi parler, encore vierges de tout principe malfaisant. C'est là un incontestable avantage qu'on appréciera chaque jour, et qui même ne sera pas sans influence sur l'organisation future des hôpitaux. Nos malheurs ont voulu que l'expérience se fasse sur une vaste échelle; cette triste expérience aura d'heureux résultats, nous osons l'affirmer.

S'il est nécessaire qu'une classe d'ambulances ressemble aux hôpitaux, il faut que cette ressemblance soit en bien et non en mal. Nous nous expliquons. On ne doit ni accumuler les malades dans un même local ni remplir toutes les salles. Il conviendrait de conserver toujours quelque lit disponibles, — de ne pas placer les blessés nouveaux avec ceux dont les plaies ont plusieurs jours de date; — si on est assez favorisé pour avoir plusieurs salles, d'en laisser alternativement une en jachère, afin de la purifier et de la rendre apte à recevoir les nouveaux arrivants; — de séparer autant que possible des autres blessés et des autres malades ceux qui peuvent contaminer leurs voisins. — On ne peut enfin que louer la mesure générale qui consiste à ne recevoir aucun varioleux ni dans les ambulances ni dans les hôpitaux où il y a des blessés ou des malades de l'armée.

Dans nos précédentes notes, nous avons déjà dit quelques mots du personnel médical ou chirurgical et des provisions de bouche; c'est un point si essentiel, que nous devons le traiter avec quelque étendue.

Quoiqu'on ne soit plus au temps où l'on croyait que toutes les plaies par arme à feu (2) sont de leur nature propre empoisonnées (3), et qu'on ne les traite plus par l'huile ou par l'essence de

(1) Sans parler des ambulances de rempart qui ne sont que des entrepôts de blessés, mais des entrepôts fort utiles, et sur lesquels nous reviendrons une autre fois, attendu que nous n'en connaissons pas encore assez le fonctionnement.

(2) Les plaies par arme blanche sont infiniment rares, si on les compare à la multitude et à la variété des plaies par arme à feu.—Nous avons observé depuis le commencement du siége un très-grand nombre de blessés, et nous n'avons pas vu une seule plaie par arme blanche. Cela tient, d'une part, à ce que les approches des ennemis qui permettent l'usage de la baïonnette, que les charges à coups de sabre sont beaucoup moins fréquentes qu'on ne le supposerait, d'après les récits ou les tableaux de bataille, et, d'autre part, que les coups de baïonnette qui, par hasard, pénètrent dans les cavités sont plus immédiatement mortelles que les mêmes plaies produites par les armes à feu. Cela tient à des conditions particulières bien connues des chirurgiens d'armée.

(3) Il n'y a pas encore bien longtemps que les médecins ont secoué ce préjugé populaire, qui persiste encore dans quelques-unes de nos provinces reculées. Mais ce qui n'est guère moins fâcheux, c'est que beaucoup de personnes mal éclairées, et qui veulent ou ne peuvent pas admettre que les plaies ont trop souvent, en raison soit de leur gravité, soit du milieu où vivent les blessés, des conséquences funestes, mais *naturelles*, se plaisent à supposer que les balles ennemies ont été *empoisonnées*. — On doit tenir

térébenthine bouillante, il n'en est pas moins certain que ces plaies, les moins graves en apparence, présentent le plus souvent des problèmes de diagnostic fort difficiles à résoudre, qu'elles peuvent devenir le siége de complications redoutables, et qu'elles réclament une sorte d'intrépidité, un à-propos constant de la part de celui qui les traite. Prenons le cas qui semble le plus simple selon toute probabilité : une cuisse traversée par une balle; nous ne parlons même pas des cas où la balle reste dans les chairs et déjouera longtemps la sagacité, l'habileté de main du chirurgien. Eh bien, il faut que le chirurgien soit toujours en éveil pour s'assurer qu'il n'y a pas de corps étranger, pour surveiller la formation des fusées purulentes et des clapiers, pour attendre le moment précis où tomberont les escarres produites par le passage de la balle, celui où il faudra traverser la plaie par un drain (tuyau en caoutchouc percé de trous), dans le but de faciliter l'écoulement de la sanie et de permettre des injections qui nettoieront la plaie et favoriseront le travail de cicatrisation, celui enfin où il conviendra de pratiquer des contre-ouvertures devenues nécessaires, etc., etc. Que sera-ce si la balle est logée dans un os, si elle a brisé une articulation, si elle s'est cachée dans une des trois cavités : tête, poitrine, ventre, ou si elle les a traversées? Le chirurgien, dans une ambulance, doit être prêt à tout et à tout moment : aussi bien à désarticuler la cuisse qu'à couper la jambe; aussi bien à trépaner le crâne qu'à enlever une portion des mâchoires supérieure ou inférieure, à reséquer un os soit dans sa continuité, soit au voisinage d'une articulation, qu'à donner un coup de bistouri pour évacuer une collection purulente! A la fois savant anatomiste et habile opérateur, il devra tantôt trouver dans la profondeur des chairs un vaisseau ouvert pour le lier, tantôt éviter ce même vaisseau avec la pointe ou le tranchant de son bistouri. Il n'est pas indifférent non plus d'entamer une grosse veine, encore moins d'intéresser un nerf. Un homme inexpert ne tiendra presque aucun compte d'une luxation d'une phalange des doigts avec issue de l'os à travers la plaie, un vrai chirurgien ne dormira pas tranquille dans la crainte du tétanos!

Est-ce que, par hasard, les maladies internes ne réclameraient pas autant de perspicacité et de savoir que les plaies? Les maladies qui suivent les armées en campagne comme leur ombre sont en général fort redoutables par leur gravié ou leur ténacité. Ce n'est point chose facile de traiter la dysenterie, les fièvres intermittentes rebelles, les rhumatismes, les fluxions de poitrine; et quelle déroute ne mettrait pas dans une ambulance mal préparée l'apparition du typhus!

Pour toutes ces causes, et pour d'autres qu'il n'est pas besoin d'énumérer, jamais je n'enverrais de blessés ou de malades dans une ambulance qui n'aurait pas un chirurgien ou médecin attitré; où il n'y aurait pas chaque jour une ou, suivant l'occurrence, deux visites régulières. Encore ce chirurgien ou ce médecin ne suffisent pas, attendu qu'ils ne résident pas dans l'ambulance; ils doivent être secondés par un interne qui couche près de ses malades, par un ou plusieurs infirmiers, par des surveillants ou surveillantes. Ce n'est pas tout : on ne choisit pas les blessés ou les malades, il en arrive de toutes sortes, et l'on ne doit se montrer en défaut pour aucun cas; aussi toute ambulance doit être abondamment pourvue, je ne dis pas seulement de linge ou de charpie, mais d'un véritable arsenal de chirurgie : boîtes à opérations, pièces d'appareil et de pansements, ustensiles de tout genre, brancards, voitures, etc.; pharmacie comprenant les médicaments les plus utiles, les plus généralement employés.

Ces conditions ne sauraient guère se rencontrer que dans les ambulances fondées par des sociétés assez richement dotées et offrant un champ suffisant à l'activité d'un médecin et d'un chirurgien; les ambulances *privées* ne peuvent avoir de telles prétentions; d'assez tristes exemples prouvent combien est grande l'imprudence des personnes plus empressées qu'éclairées qui ouvrent leurs maisons, mal pourvues, à des malades, surtout à des blessés. Nous pourrions citer comme faisant exception à la règle générale une ambulance du boulevard Haussmann (nous ne la désignerons pas plus clairement, pour épargner la modestie de son prévoyant et généreux fondateur), mais c'est la seule que nous connaissions jusqu'à présent. Cette ambulance se compose de trois salons qui contiennent en tout douze lits environ, ce qui est dans une juste proportion. Je veux bien admettre que plusieurs ambulances privées ont reçu la promesse du concours de chirurgiens ou de médecins, et que ces chirurgiens ou ces médecins feront de temps en temps des visites; mais cela n'est point assez : il faut, et j'y insiste, des docteurs attitrés et des visites régulières. Je puis néanmoins faire une petite concession : comme il y a plus de médecins que de chirurgiens, j'accorderais des malades plus volontiers que des blessés aux ambulances privées; toutefois, je les crois dans leur ensemble surtout propres à recevoir des convalescents, et bientôt on aura, pour eux, besoin de nombreux asiles (1).

La présence assidue d'un médecin ou d'un chirurgien dans les ambulances présentera en outre cet avantage, que les diagnostics seront exacts, qu'il sera possible de recueillir des *observations* satisfaisantes, et qu'on réunira ainsi les éléments d'une statistique d'autant plus précieuse et d'autant plus instructive, que nous aurons un terme de comparaison dans la statistique que de leur côté les Allemands ne manqueront pas de publier. Aussi nous prions avec instance les chefs de service de ne pas manquer une occasion de tenir registre des cas qu'ils observent, du milieu où se trouvent soit le malade, soit le blessé, des moyens de guérison, des causes de complications ou de mort, enfin des désordres que révèle l'autopsie quand il est possible de la pratiquer. Il faut au moins que les désastres incalculables de cette guerre terrible servent du même coup d'instruction et d'avertissement aux générations futures.

Ce ne sont pas, on l'a déjà pressenti, les seules conditions que doivent remplir les bonnes ambulances. Quand elles posséderont un chirurgien, un médecin, un personnel auxiliaire, une pharmacie et un matériel complet, il leur manquera encore quelque chose de très-important : le *pabulum vitæ*, je veux dire les munitions de bouche. Une ambulance doit être abondamment pourvue de tout ce qui peut se conserver en fait de substances alimentaires, et d'assez d'argent pour subvenir aux frais considérables qu'entraîne l'achat de la viande et des légumes frais. Il convient qu'une ambulance puisse, soit par la notoriété publique, soit par une enquête spéciale, justifier de ses ressources; car ni les blessés ni les malades ne peuvent être abandonnés au milieu du traitement, et l'on ne doit pas attendre les quêtes, le bon vouloir des amis, ou l'intervention soit du gouvernement, soit des administrations municipales, pour subvenir en toutes circonstances aux nécessités qui surgissent à l'improviste. Ce n'est pas assez que le drapeau de Genève neutralise les ambulances, il faut qu'il protége efficacement nos soldats, qui y sont reçus pour y subir un traitement quelquefois très-prolongé et très-dispendieux.

Nous pourrions nommer telles ambulances fort bien situées, très-bien aménagées, qui peuvent *compter* sur un personnel médical, et qui cependant, faute d'argent, se trouvent jusqu'à présent dans l'impossibilité de fonctionner (1). Cela est fâcheux, car s'il y a trop de mauvaises ambulances, il n'y en a pas encore assez de bonnes et qui offrent, eu égard à leur installation matérielle, toutes les sûretés désirables.

Il reste une dernière question, celle de l'aération, mais que je veux seulement indiquer, non qu'elle ne soit de très-grande conséquence, mais parce que je l'ai déjà traitée ici même avec quelques développements à propos de l'ouvrage de la célèbre miss Nightingale (2), et parce que la commission centrale d'hygiène doit donner à cet égard des instructions détaillées, instructions d'autant plus nécessaires que les règles les plus élémentaires sont assez fréquemment méconnues ou négligées. Toutefois je ne passerai pas outre sans combattre un préjugé funeste, trop répandu dans le public, et que je vois avec regret partagé par quelques-uns de mes confrères.

On croit généralement que l'ampleur (non pas tant encore le périmètre que la hauteur) d'une salle d'hôpital ou d'ambulance remplace la ventilation; c'est là une grave erreur. Il est clair que plus les salles seront vastes, plus sera reculée la viciation absolue de l'air; mais il n'est pas moins certain qu'une fois cette infection accomplie, il deviendra d'autant plus difficile d'y remédier que la couche d'air aura plus d'étendue en tous sens, particulièrement en hauteur, à moins qu'on ne possède des moyens très-puissants d'aération, ce qui, avec des dimensions trop élevées, n'est pas aisé à obtenir; de sorte qu'on se trouvera au milieu d'un foyer malfaisant sans cesse entretenu. D'autre part, quand on possède de vastes salles, on se résigne difficilement à les voir en partie désertes, je veux dire à n'y placer qu'un nombre de lits comparativement restreint, et encore à ne pas les faire tous occuper.

La question d'aération, de ventilation, est d'autant plus importante en ce moment que nous approchons de l'hiver, et que c'est pendant cette saison que le typhus, même les affections dysenteriques graves, se développent parmi les blessés, par suite de la crainte exagérée de refroidir les malades en les aérant. Nous ajouterons que des relations historiques nous apprennent que cette redoutable maladie a sévi fréquemment avec violence dans de vastes églises où l'air ne pouvait pas être renouvelé convenablement, et où l'on avait entassé trop de blessés ou de malades par une fausse confiance dans l'ampleur du vaisseau.

A mon avis, — je pense que c'est aussi celui de tous les bons cliniciens, — on doit préférer à d'immenses réceptacles des salles de médiocre grandeur, où la quantité des lits soit calculée d'après les mètres cubes d'air qu'il faut accorder très-libéralement à tout individu qui respire, surtout aux malades; des salles où puisse se renouveler l'air, pour ainsi dire *incessamment*, à l'aide des fenêtres ou des portes, aidées par des ventilateurs, des vasistas, des appels habilement ménagés. Ainsi que le demande miss Nightingale, nous réclamons, non pas des *courants d'air* essentiellement nuisibles, mais une *nappe d'air* toujours ondulant, par conséquent un air toujours aussi pur que le permet le milieu où sont placées les ambulances, car c'est là encore un point essentiel à considérer : ne vous servez pas de chambres qui ouvrent sur des cours étroites; proscrivez les ambulances soit dans les rues resserrées, mal tenues, ou trop populeuses, ou mal aérées, ou mal éclairées, soit dans le voisinage des établissements insalubres. Les anciens ont dit que l'air, c'est la vie, que la lumière c'est l'âme. Les malades et les blessés ont besoin de toute leur vie, de toute leur âme!

Cet article était rédigé quand le *Journal officiel* du 21 courant nous a apporté deux décrets qui, en donnant satisfaction à nos désirs, changent notre plan et nous permettent désormais de continuer notre officieuse inspection, à notre seul profit, pour notre unique instruction. Le premier de ces décrets nomme une commission de dix membres, qui devront exercer une surveillance active sur les ambulances, les assujettir à des règles communes, et fortifier, par une « sage concentration, les moyens de toute nature que le zèle administratif et le patriotisme des citoyens ont mis à la disposition des défenseurs de Paris. » Ce sont les termes mêmes du considérant. Cette commission, où l'on n'a admis avec juste raison que des médecins et des chirurgiens d'hôpitaux ou des praticiens chargés de grands services d'ambulance, cette commission, où l'élément civil et l'élément militaire (3) s'équilibrent dans d'assez bonnes proportions, ne manquera certainement pas de classer les ambulances à peu près comme nous l'avons indiqué, de s'assurer de l'existence des ressources indispensables qu'elles doivent présenter, de s'enquérir du personnel médical ou chirurgical, de faire distribuer équitablement les blessés ou les malades dans les diverses ambulances, suivant un état authentique et continuellement tenu à jour des lits disponibles. De cette façon, les intérêts sacrés de nos soldats seront sauvegardés; de cette façon disparaîtront de petites rivalités toujours fâcheuses à tous les points de vue; de cette façon aussi cesseront des conflits regrettables où la dignité médicale peut être compromise.

L'autre décret n'est pas de moindre importance, puisqu'il tend à régler l'enlèvement et la distribution des blessés sur le champ de bataille, pendant l'action ou quand le feu a cessé. Sur cette question, notre expérience personnelle n'est pas assez complète pour que nous nous trouvions en mesure de donner quelques conseils; nous avons la ferme conviction que la justice distributive sera exacte, et qu'on mettra fin à ces déplorables rivalités d'ambulance qui pouvaient se convertir en un danger réel pour la vie des blessés.

Le décret susvisé ne se rapporte qu'aux *blessés*; mais la commission, où figurent à côté d'habiles chirurgiens des médecins distingués, n'oubliera certainement pas de tracer aussi des règles pour l'expédition des *malades* dans les hôpitaux ou dans les ambulances qui peuvent ou doivent en recevoir. Nous avons pleine confiance dans l'institution de cette commission, qui saura employer utilement toutes les forces vives mises par la bienfaisance publique ou privée au service des défenseurs du pays; elle saura distinguer le zèle calme et de bon aloi, d'empressements quelquefois suspects par leur vivacité même.

Quant à nous, heureux de ces sages mesures que nous avions sollicitées depuis longtemps auprès de quelques-uns de nos amis qui font partie de la commission centrale d'hygiène, nous n'aurons plus à entretenir nos lecteurs que de l'histoire de la Convention de Genève d'après les documents officiels; nous ajouterons quelques considérations également historiques sur les ambulances en général. Nous pensons aussi qu'il ne sera pas inopportun d'entrer, à propos de quelques publications récentes, dans quelques détails sur les plaies par armes de guerre, non pour faire de la chirurgie populaire, ni pour nous élever à des remarques purement scientifiques, mais pour initier le public au mécanisme des pansements, pour éloigner de son esprit certains préjugés malheureusement trop enracinés, enfin pour l'instruire sur la bonne tenue intérieure d'une ambulance, en ce qui concerne particulièrement l'aménagement de la lingerie et de la literie.

Aujourd'hui, en attendant de meilleurs jours et la reprise des études, il faut laisser la parole aux fabricants d'armes et aux médecins praticiens. Nous sommes tous soldats ou infirmiers! — Ch. Daremberg.

27 OCTOBRE.

CXI. **Assistance publique.** — Le ministre de l'intérieur par intérim,

Vu l'article 5 du décret du Gouvernement de la défense nationale, en date du 29 septembre 1870;

Vu l'extrait du procès-verbal de la séance du conseil général des hospices du 22 octobre dernier, portant présentation d'une liste de trois candidats pour le poste d'agent général des hospices;

Considérant que M. Michel Moring, directeur de l'administration préfectorale et nommé agent intérimaire par un arrêté du 1er octobre, a été placé par le conseil général en tête de la liste de présentation;

Sur l'avis conforme et sur la proposition du membre du Gouvernement délégué près l'administration du département de la Seine,

Arrête :

Art. 1er. M. Michel Moring, directeur de l'administration préfectorale, est nommé agent général des hospices.

Art. 2. L'effet du présent arrêté remontera, pour la validation de la signature de M. Michel Moring, au 1er octobre 1870, date de l'arrêté préfectoral qui lui a confié le service à titre intérimaire.

Fait à Paris, le 26 octobre 1870.

Le ministre de l'intérieur par intérim,

JULES FAVRE.

— Le poste de directeur de l'hospice des Enfants-Assistés étant vacant, les candidats à cette fonction sont invités à adresser leur demande et leurs titres avant samedi à M. Etienne Arago, maire de Paris, président du conseil des hospices de la Seine.

— Le personnel de l'hôpital Saint-Antoine a tenu à coopérer à la fabrication des canons nécessaires à la défense nationale. Il vient d'envoyer à la mairie de Paris la somme de 394 francs, montant de 120 souscriptions.

CXII. **Hygiène publique.** — Une des plaies du siége, les *queues* de boucherie et de boulangerie, inspirent à M. Daremberg ces réflexions :

C'est chose triste de voir ces jours-ci les *queues* de ménagères, indignement mouillées par des torrents de pluie qui ne respectent pas même les parapluies, ustensile dont il est, du reste, difficile de se servir dans une foule. Nous n'ignorons pas que, depuis les récentes mesures prises pour multiplier les boucheries municipales, cette foule est moins nombreuse et moins persistante qu'aux premiers jours du rationnement; néanmoins on ne compte, dans la matinée, guère moins de quarante à cinquante personnes attendant leur tour devant chaque boucherie. Eh bien! nous croyons qu'il serait très-facile de préserver de la pluie les personnes qui viennent chercher leur portion de viande; nous osons même recommander notre idée aux administrations municipales, sans réclamer

---

pour certain qu'il n'y a plus que les sauvages qui empoisonnent leurs flèches, et que les projectiles prussiens, comme les projectiles français, n'ont pas besoin d'autre chose que de leur volume, de leur poids et de leur force d'impulsion pour produire les plus grands ravages. Il en est pour les balles comme pour les épidémies. On se souvient qu'en 1832 on faisait émeute autour des puits, qu'on disait empoisonnés par la malveillance ou par les vieux partis.

(1) Après la guerre, il faudra prendre d'autres soins, avoir d'autres soucis, et songer à ces longues convalescences des blessés qui réclament des moyens spéciaux de traitement. Je souhaiterais que, dès maintenant, si on pouvait en être avisé, on préparât des ambulances en province, dans le midi, et particulièrement dans certaines stations d'eaux. On ne saurait trop faire pour réparer les dommages de la guerre et rendre à nos glorieux invalides, sinon la vigueur première, du moins une existence plus supportable.

(1) Qu'elles fassent un appel par la voie des journaux, et nous ne manquerons pas de les seconder, car nous saurons bien les distinguer des ambulances de parade.

(2) *Des soins à donner aux malades*. Paris, 1862, librairie Didier. — Je renvoie d'autant plus volontiers à cet ouvrage que je n'y ai pris d'autre part que de revoir la traduction et de présenter le livre au public français par une introduction. Il y a peu d'écrits qui, dans les circonstances actuelles, offrent plus d'intérêt et procurent plus d'instruction.

(3) Nous sommes de ceux qui pensent que l'intendance militaire ne doit pas rester étrangère à l'inspection des ambulances, puisqu'elles sont destinées à des *soldats* de tout ordre; mais nous croyons en même temps que son intervention doit être discrète, bienveillante, et ne pas tendre à pénétrer dans les détails administratifs ou médicaux.

le bénéfice d'un brevet d'invention. Il s'agirait tout simplement de faire placer au-dessus de la porte de chaque boucherie des auvents mobiles ou fixes, larges, longs, imperméables, munis d'un rebord en contre-bas et un peu incliné, à angle obtus du côté de la chaussée pour y déverser l'eau. De tels abris protégeraient efficacement contre les intempéries de la saison les acheteurs, et même le garde national de service, ce dont il ne se plaindrait certes pas.

CXIII. **Société internationale de secours aux blessés.** — Il résulte d'un *Exposé de situation* au 10 octobre, que la *Société internationale de secours aux blessés* a très-libéralement et très-utilement employé en argent et en nature les dons qui lui ont été faits. Voici quelques chiffres significatifs : Elle a dépensé 2,568,254 fr. en argent, dont 921,686 fr. pour les ambulances actives de campagne, 84,275 fr. pour les ambulances sédentaires de Paris, 1,566,290 fr. pour les services divers (évacuation des blessés, ravitaillement, secours aux blessés, missions diverses, etc.). Nous indiquons pour l'emploi fait en nature : 12,187 chemises, 10,332 draps, 72,790 kilos de linge à pansement, 1,082 gilets de flanelle, 104,048 litres de vin, 4,773 litres de liqueurs. Nous ajouterons les renseignements suivants :

La Société fait chaque jour visiter par un médecin les ambulances particulières qui demandent à s'affilier à elle ou réclament son assistance. Elle fait faire, par des membres délégués, des visites aux blessés dans le but d'adoucir, avec leur concours et par les témoignages de leur sympathie, les épreuves auxquelles ils sont soumis et les souffrances qu'ils subissent. Elle fait partir des cartes individuelles, par ballons montés ou non montés, à l'adresse des familles pour leur donner de leurs nouvelles.

Avant l'investissement de Paris, la Société a constitué des sous-comités, notamment à Bruxelles, à Tours, à Lille, à Montpellier, à Marseille, à Bordeaux, à Colmar, à Lyon, à Rennes, et a mis à leur disposition des fonds et des ressources en nature, pour venir en aide aux blessés des ambulances et aux prisonniers blessés internés en Allemagne.

Dans cet ensemble d'efforts pour atteindre tout le bien qu'elle a en vue de réaliser, elle est admirablement soutenue et fortifiée par le dévouement des médecins et chirurgiens les plus habiles, et par celui des dames qui veillent au pied des lits des blessés et leur prodiguent des soins et des encouragements qu'elles seules peuvent leur assurer.

La Société espère répondre ainsi à la confiance publique et se maintenir, par de persistants et journaliers efforts, à la hauteur de la mission qu'elle a pour but d'accomplir.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

—

Curation des maladies organiques de la langue et des cancers en général, par le docteur Déclat. Gr. in-8. — Prix : 8 fr.

De l'intervention chirurgicale dans les étranglements internes, par M. Charpentier (P.), 1 vol. in-8, 1870. — Prix : 2 fr. 50 centimes.

De l'équitation considérée au point de vue physiologique, hygiénique et thérapeutique, par le docteur R. Chassaigne. 1870, gr. in-8 de 116 pages. — Prix : 2 fr. 50.

De la congestion pulmonaire simple, par le docteur Bourgeois, ancien interne des hôpitaux de Paris. Brochure in-8 de 90 pages. — Prix : 2 francs.

Examen clinique de 396 cas du rétrécissement du bassin observés à la Maternité de Paris de 1860 à 1870, par le docteur Rigaud, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8 de 142 pages. — Prix : 3 francs.

De l'hyoscyamine et de la daturine. Étude physiologique et applications thérapeutiques, par le docteur Laurent, ancien interne des hôpitaux de Paris. Brochure in-8, avec figures dans le texte. — Prix : 3 fr.

De quelques applications de l'électricité à la thérapeutique (courants continus, bains électrisés), par le docteur Chapot-Duvert. In-8 avec figures dans le texte. — Prix : 1 fr. 75.

De la dénudation des artères, par le docteur Delbarre, ancien interne des hôpitaux de Paris. Brochure in-8 de 70 pages. — Prix : 1 fr. 50.

De l'hémiplégie pneumonique, par le docteur R. Lépine, préparateur du cours de pathologie comparée et expérimentale à la Faculté de médecine de Paris. 1870, in-8 de 40 pages. — Prix : 1 fr. 25.

Recueil de questions posées aux 5 examens de médecine et aux accouchements. 1 fr. 50 le volume. — Chez A. Delahaye, place de l'Ecole de-Médecine.

Traité des maladies chroniques, par le docteur Thompson, traduction de l'anglais. Brochure in-12 de 80 pages. — Prix : 1 fr.

Considérations sur le diagnostic, le pronostic et la thérapeutique de quelques-unes des principales formes de la variole, par le docteur Desnos, médecin de l'hôpital Lariboisière. Brochure in-8 de 8 pages. — Prix : 50 c.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 21 avril 1871.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Maladies régnantes. — État sanitaire de Paris pendant le siége.

LE SCORBUT.

Le scorbut n'a figuré sur aucun des relevés des décès publiés pendant le siége ; il est même digne de remarque que le nom de cette affection n'ait point été inscrit sur les bulletins imprimés. Cependant personne n'ignore qu'il s'est montré pendant la dernière période du siége, non pas il est vrai avec une très-grande fréquence ni une grande gravité, mais assez cependant pour avoir causé un certain nombre de décès et pour avoir compliqué plus ou moins sérieusement la plupart des autres affections, dont il a souvent entravé ou ralenti tout au moins la convalescence ; assez surtout pour avoir appelé sérieusement l'attention des médecins et des hygiénistes et suscité d'utiles et intéressantes recherches.

Les premiers cas ont été signalés vers le commencement de janvier; il en a dû être observé avant, sans aucun doute (1) ; mais ce n'est guère qu'à cette époque que les faits ont paru se multiplier assez pour que l'attention des médecins s'en émût un peu.

Dans la séance de la Société médicale des hôpitaux du 10 février, M. Laboulbène disait avoir vu depuis un mois douze cas de scorbut. M. Isambert, à la même époque, en avait vu deux cas graves. M. Bucquoy en avait vu un cas bien franc dans son service, chez une jeune fille de 16 ans; MM. Brouardel, Labric, Potain, Marrotte, en avaient vu également un certain nombre.

Ces premiers cas ont été constatés à peu près en même temps dans les prisons, dans les hôpitaux et les ambulances. Les malades des prisons ayant été réunis à la maison de Sainte-Pélagie, devenue momentanément annexe de l'hôpital de la Pitié, où ils ont été confiés aux soins de M. le professeur Lasègue et de son chef de clinique, M. Legroux, c'est principalement dans ce service que nous puisons les premiers renseignements cliniques.

L'un des premiers signes constatés par M. Lasègue a été l'apparition aux membres inférieurs de petites taches roses, arrondies, légèrement proéminentes, situées à la base des poils; coïncidemment il a observé de petites taches ecchymotiques à la face interne des gencives, près de l'insertion des dents, sur le voile et sur les piliers du palais. Tels sont, avec la pâleur de la face, la faiblesse générale, les phénomènes qui ont paru caractériser la période initiale. Puis se montraient successivement, dans un ordre variable, le ramollissement des gencives, la tuméfaction de la muqueuse palatine, les ecchymoses et les infiltrations sanguines des membres inférieurs, l'œdème des extrémités, la bouffissure de la face, enfin les troubles viscéraux portant particulièrement sur les organes digestifs, la diarrhée, les hémorrhagies intestinales, etc. (2).

Dans une note publiée par M. le docteur A. Legroux dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, nous trouvons sur les cas de scorbut observés dans le service de M. Lasègue quelques renseignements instructifs que nous résumerons volontiers ici.

La maladie a atteint les hommes bien plus que les femmes dans une très-grande proportion : 3 ou 4 femmes tout au plus sur 200 scorbutiques.

M. Legroux distingue dans les cas qu'il a observés trois périodes qui se succèdent quelquefois régulièrement, une période initiale caractérisée par l'éruption acnéiforme et par les premières manifestations gingivales et palatines ; la deuxième période est celle des grandes ecchymoses, des larges suffusions sanguines sous-cutanées et profondes, des fongosités plus abondantes et plus volumineuses des gencives; la troisième période est celle de la cachexie, dans laquelle on observe les complications graves, les syncopes, les épanchements pleuraux, les hémorrhagies diverses, la diarrhée, la bouffissure générale, la teinte terreuse de la peau, et quelquefois la mort.

Du reste, la régularité n'étant pas le fait du scorbut, certains sujets ayant présenté les symptômes de la période initiale, ne sont pas entrés plus avant dans la maladie, tandis que d'autres, au contraire, ont passé précipitamment par les deux premières périodes pour arriver de suite à la cachexie scorbutique.

En étudiant la succession des symptômes du scorbut, la prédominance de tel ou tel accident, M. Legroux a cru reconnaître des prédispositions locales ou générales qui décidaient de la marche et de l'apparition des manifestations, telles, par exemple, qu'un appel des suffusions sanguines en tel ou tel point par le fait d'anciennes cicatrices ou de lésions de la peau ou des muqueuses et une tendance vers certaines complications créées par des maladies antérieures. M. Legroux croit pouvoir expliquer par des circonstances analogues, telles que l'irritation résultant du frottement habituel des vêtements sur certaines régions, l'éruption acnéiforme des bulbes pileux, qui a été signalée par la plupart des observateurs dans cette dernière épidémie; de même un grand nombre d'accidents consécutifs plus ou moins graves sont facilités ou provoqués par des maladies antérieures locales ou générales, tels que des épanchements pleurétiques, des diarrhées incoërcibles, des engorgements ganglionnaires, etc.

Beaucoup des cas traités à Sainte-Pélagie ont été légers et sont arrivés lentement, sans secousse ni complications, à la convalescence par un traitement approprié. Des cas plus graves se sont modifiés plus lentement, se compliquant de bronchites, d'épanchements pleuraux, de diarrhée, etc.

La mortalité a été assez restreinte. Sur quatre-vingt et quelques cas observés par M. Legroux, quatre malades seulement sont morts. Dans ces quatre cas, la mort a été déterminée par des épanchements pleuraux abondants ou par le marasme causé par une diarrhée intarissable.

M. Leven ayant eu l'occasion d'observer un certain nombre de cas de scorbut, a signalé, dans une communication faite à l'Académie de médecine, parmi les symptômes du début, un sentiment de faiblesse extrême dans les jambes, apparition de taches violacées à la peau, ramollissement des gencives; il a signalé d'une manière particulière la difficulté de respirer. Il a remarqué, en outre, dans les phénomènes qui succèdent à cette période, le développement des ecchymoses principalement aux environs des régions où les contractions musculaires sont le plus actives, dans le pli de flexion des articulations, par exemple.

Enfin M. Leven signale le bruit de souffle du cœur au second temps, accompagné d'une faiblesse extrême des contractions de cet organe.

Les lésions anatomiques des scorbutiques ont été étudiées par M. Leven et par M. Hayem.

Les altérations principales que M. Leven a trouvées sont des dégénérescences graisseuses des muscles; le cœur est le premier envahi par cette dégénérescence ; il est atrophié, réduit aux deux tiers ou à la moitié de son volume, les fibres striées ont complétement disparu pour faire place à des granulations graisseuses.

La dégénérescence graisseuse a envahi également les reins, le foie, les poumons; la rate a été trouvée hypertrophiée. Les vaisseaux ont paru généralement exempts d'altération.

Le sang n'a pas présenté cette diffluence, cette défibrination dont on a fait l'un des principaux caractères de la maladie. Les cavités du cœur contenaient des caillots énormes.

En résumé, l'altération essentielle et caractéristique du scorbut a consisté dans une dégénérescence graisseuse des divers tissus et principalement des muscles.

M. Hayem a fait l'examen microscopique du sang pendant la vie, elle ne lui a révélé aucune altération morphologique bien appréciable. Le même examen, fait après la mort, lui a fait reconnaître, comme à M. Leven, que le sang n'était pas diffluent ; il n'a trouvé, non plus que son collègue, ni oblitérations artérielles ni oblitérations veineuses, mais une stase étendue à un grand nombre de capillaires et de veinules au niveau des infiltrations hémorrhagiques.

Voici en quels termes M. Hayem résume l'ensemble de ses recherches sur les altérations anatomiques dans le scorbut.

Il n'y a pas, dit-il, d'altération particulière au scorbut vrai ; l'état morbide, constitué par le purpura secondaire, ainsi que la maladie appelée scorbut, nés tous deux sous les mêmes influences extérieures, ne représentent que des degrés divers de la même altération générale de l'organisme, altération dyscrasique qui paraît se rattacher évidemment à une alimentation insuffisante, et qui peut se résumer dans les deux phénomènes suivants : 1° diminution des principes fournis par l'alimentation ; 2° passage dans le torrent circulatoire des principes de désassimilation.

M. Hayem a fait incidemment quelques remarques qui méritent d'être mentionnées ici. Un premier fait l'a frappé, c'est que les hémorrhagies ont été d'autant plus prédominantes que les individus étaient moins faibles au moment où survenaient les accidents. Il semblait, dit-il, que seuls les individus encore vigoureux ou non épuisés par une maladie antérieure grave, fussent capables de présenter les phénomènes du scorbut complet. Les malades atteints, au contraire, d'une affection diathésique avancée, n'offraient que des pétéchies, une sorte de purpura cachectique.

Nous avons été à même de vérifier sur quelques points les observations qui précèdent par celles que nous avons pu faire à l'ambulance du Luxembourg. Le nombre des cas de scorbut observés au Luxembourg, dans le court espace de quelques semaines seulement, s'élève à deux cents environ. Presque tous sont venus du dehors, quelques-uns seulement se sont développés dans l'ambulance même. Le plus grand nombre provenait des forts; presque tous étaient des marins, qui avaient navigué plus ou moins longtemps, et quelques-uns d'entre eux avaient déjà eu des atteintes plus ou moins sérieuses de scorbut. Ils n'en étaient en quelque sorte que plus préparés déjà à subir les influences qui ont agi sur la population tout entière. Aussi est-ce parmi eux que nous avons observé les cas les plus graves. Pour ne parler ici que de ceux que nous avons vus dans le service dont nous avons été particulièrement chargé (la salle 33, contenant soixante lits), vingt et quelques malades nous ont offert des symptômes manifestes de scorbut, depuis le degré le plus faible, consistant dans la manifestation de quelques taches de purpura et de cette éruption acnéiforme des régions pileuses, que presque tous les médecins ont constatée, avec quelques signes d'anémie et des douleurs musculaires rhumatoïdes, particulièrement dans les muscles du mollet, jusqu'au degré d'acuité le plus intense ou à la cachexie la plus complète et la mort. Trois malades ont succombé, dont deux amenés dans nos salles dans le degré de cachexie scorbutique le plus extrême sont morts entre deux visites sans que nous ayons pu les voir. Le troisième a succombé à une pneumonie hypostatique, après avoir présenté toute la série des symptômes du scorbut le plus intense : anémie profonde, larges taches ecchymotiques répandues sur une grande surface du corps et plus particulièrement au niveau des surfaces de flexion des grandes articulations, éruption abondante de purpura aux jambes, œdème des extrémités, état fongueux des gencives avec fétidité extrême de l'haleine, hémorrhagies nasales et intestinales. Chez plusieurs malades l'état cachectique s'est traduit par des épanchements séreux dans l'abdomen ou dans la poitrine. L'un d'entre eux avait à la fois de l'ascite, un épanchement pleural abondant et de l'anasarque.

Les phénomènes que nous avons constatés le plus généralement et qui nous ont paru constituer en quelque sorte le fonds commun de la maladie chez presque tous ces sujets, étaient, indépendamment de l'éruption purpurine et acnéique caractéristique, une anémie plus ou moins apparente, mais accusée chez tous par la pâleur du teint et surtout par la pâleur des membranes muqueuses superficielles, des lèvres et des gencives, lorsque celles-ci n'étaient pas le siége de fongosités, de boursoufflement et d'ulcération, ce qui n'a pas eu lieu, à beaucoup près, chez tous les malades; un état général de faiblesse, de lassitude, de prostration, de lenteur et de difficulté des mouvements ; la faiblesse des pulsations cardiaques et artérielles et chez quelques-uns le bruit de souffle du cœur et de gros vaisseaux ; la faiblesse des mouvements respiratoires allant parfois

(1) Au moment même où nous écrivons ces lignes, on nous remet un travail imprimé de M. le docteur Delpech, intitulé : Le scorbut pendant le siége de Paris, étude sur l'étiologie de cette affection, à l'occasion d'une épidémie observée dans la maison de correction de la Santé (Broch. in-8; Paris, 1871, chez J.-B. Baillière et fils). M. Delpech nous apprend dans ce travail que, le 1er décembre, le préfet de police, informé que des manifestations scorbutiques s'étaient produites chez plusieurs détenus de la maison de correction de la rue de la Santé, reçus à l'infirmerie pour des affections diverses, lui donna la mission de visiter cet établissement et d'en faire un rapport au Conseil de salubrité C'est l'objet du travail en question. — Nous y voyons que 65 détenus ont été successivement atteints de scorbut dans cet établissement, 2 en octobre, 9 en novembre, 35 en décembre, 14 en janvier et 5 du 1er au 15 février. Sur ces 65 sujets atteints de scorbut, 11 ont succombé. Ces 11 décès ont eu lieu parmi les sujets atteints en décembre. Enfin un peu plus tard, le 21 décembre, M. Delpech était également informé que de nouveaux cas de scorbut s'étaient déclarés à la maison des jeunes détenus (Petite Roquette), parmi les condamnés militaires qui y étaient enfermés. Nous reviendrons sur les faits que contient le rapport de M. Delpech, particulièrement à l'occasion de l'étiologie qui y a été étudiée avec une attention spéciale.

(2) Voici les symptômes constatés par M. Delpech chez les premiers malades observés à la maison de correction de la rue de la Santé : « Chez tous les malades, dit-il, j'ai constaté la tuméfaction considérable, l'aspect violacé et fongueux des gencives, la fétidité horrible de l'haleine, la tendance aux hémorrhagies, les taches purpuriques à la peau ; chez le plus grand nombre, de larges ecchymoses sous-cutanées, les douleurs rhumatoïdes des membres, la faiblesse extrême, les palpitations cardiaques, l'oppression habituelle s'exagérant au moindre mouvement, un degré plus ou moins prononcé d'œdème. »

jusqu'à la dyspnée, fait sur lequel a insisté M. Leven dans sa communication et qui avait déjà frappé notre attention à cette époque; enfin les douleurs musculaires pendant les mouvements et même souvent au repos.

Pendant que nous observions ces faits de scorbut bien caractérisé, nous n'avons pas été moins frappé de la fréquence des symptômes scorbutiques qui se sont montrés pendant le cours d'autres affections, et particulièrement durant les dernières périodes ou la convalescence des fièvres typhoïdes. Vers la fin de janvier, ayant déjà remarqué plusieurs fois avec quelle lenteur se rétablissaient les sujets atteints de fièvre typhoïde, conservant presque tous une extrême faiblesse, avec une diarrhée persistante et surtout une teinte anémique, une décoloration profonde des téguments et des muqueuses, il nous arriva plusieurs fois en découvrant les malades pour les examiner plus attentivement de trouver leurs jambes œdématiées et couvertes de taches de purpura. Notre attention ayant été éveillée là-dessus, nous avons eu l'occasion de constater un assez grand nombre de fois ce fait sur divers convalescents de diverses affections aiguës, jusque vers le commencement du mois de mars, époque où les cas de scorbut ne se sont plus présentés que de plus en plus rarement pour cesser entièrement dans les premiers jours d'avril.

Il nous a été malheureusement très-difficile, chez la plupart de nos malades, de suivre leur affection jusqu'au bout. Nous avons dit plus haut que nous n'avons eu des scorbutiques que pendant quelques semaines seulement. En effet, ce n'est guère que vers la fin de janvier, c'est-à-dire presque immédiatement après la levée du siége que nous avons reçu des scorbutiques en certain nombre, et vers le milieu de février, l'ordre nous fut notifié d'évacuer tous les scorbutiques transportables pour les diriger vers les hôpitaux de province. Nous sommes donc resté naturellement dans l'ignorance de la marche ultérieure et de l'issue définitive de leur maladie. Cette même circonstance nous a privé en partie des éléments d'appréciation des moyens divers de traitement qui ont été mis en usage.

Nous n'en aborderons pas moins cependant ce point important de l'histoire de l'épidémie de scorbut, dont nous venons de tracer seulement une rapide esquisse, ainsi que l'étude de ses principales conditions étiologiques. C'est ce que nous ferons dans la prochaine revue.

Dr Brochin.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

27 OCTOBRE.

CXIV. **Hygiène morale.** — La Comédie-Française ayant eu l'heureuse idée de donner une matinée littéraire, M. Legouvé donne une conférence sur l'*Hygiène morale* de Paris assiégé. Le succès de l'orateur fut immense. Plusieurs fois il dut redonner cette conférence devant un auditoire de plus en plus nombreux. La parole de M. Legouvé eut, au point de vue moral, une influence considérable sur les défenseurs de la ville. Nous reproduisons à ce titre cette conférence.

Mesdames et messieurs,

Dans les circonstances terribles où nous nous trouvons, rien de plus utile sans doute que de songer à nourrir le corps; mais il importe aussi de nourrir l'âme. D'abord, jusqu'ici, notre corps, à dire vrai, n'a pas souffert, tout au plus est-il à la ration; mais notre âme, elle, est à jeun! à jeun de tout ce qui la console ou la touche, à jeun de cette chose charmante qu'on appelle une lettre!.... Notre pauvre âme! elle est atteinte de toutes parts. Ce sont les terreurs qui l'affolent, c'est l'abattement qui l'accable, ce sont les séparations qui la déchirent. Elle aussi, c'est une blessée!...une blessée au secours de laquelle il faut courir, qu'il faut aller ramasser sur le plus douloureux des champs de bataille : la maison vide et le foyer domestique désert. C'est donc pour elle que je voudrais avec vous et devant vous chercher dans les profondeurs de l'abîme où nous sommes tombés, les motifs de courage, les causes de confiance, les sujets de réconfort qui nous restent; je voudrais *glaner* tous les grains, tous les brins d'espérance et en faire une gerbe pour nourrir le pauvre malade.

La chose me semble d'autant plus utile que, vous le savez, nourrir l'âme, c'est nourrir le corps. L'énergie morale est un cordial. Un maigre repas, mangé d'un cœur viril, vaut un festin. Quand vous n'aurez qu'un morceau de pain sec, mettez un peu de courage dessus, et vous verrez comme il vous soutiendra! Vous vous rappelez la multiplication des pains du Nouveau-Testament : Eh bien! ce miracle n'est pas seulement miracle d'Evangile. Il ne s'opère pas seulement par les mains d'un Dieu; il est l'œuvre de tout homme qui a au dedans de lui un grand sentiment d'honneur, de patriotisme, de foi! Lui aussi, il fait mille pains avec trois pains, et cinq mille poissons avec cinq poissons! Lui aussi, il s'appelle Lamartine, Lincoln, Jules Favre, il nourrit la foule qui l'entoure, avec quelques paroles parties de son âme; il la donne, cette âme, en aliment à tout un peuple, et ce peuple, comme dit l'Evangile, s'en retourne rassasié.

Puisons donc largement à ces deux grandes sources nourricières, la confiance et l'espérance; et puisque nous n'avons pas encore, Dieu merci, besoin de partager nos provisions de bouche, partageons, si vous le voulez, nos provisions de cœur.

Je ne puis mieux commencer qu'en combattant dans l'esprit de quelques-uns d'entre vous un regret, peut-être une injustice.

J'ai entendu plusieurs fois, depuis le commencement du siége, des personnes, même de courage, regretter de n'avoir pas quitté Paris.

Eh bien; qu'elles le sachent! il est mille fois moins dur d'être dedans que d'être dehors.

Permettez-moi d'alléguer pour preuve un fait particulier dont j'ai été témoin, et où plus d'un de vous se reconnaîtra.

Quelques jours avant le siége, un de mes amis, un de mes contemporains se trouva cruellement partagé entre deux devoirs : il est grand-père, et il a plusieurs petits-enfants. Le père de ces enfants, rappelé à Paris par son service, ne pouvait pas les suivre dans l'asile qu'il leur avait choisi. Leur mère s'en trouvait seule chargée. Que devait faire le grand-père? Il y a longtemps qu'il n'a plus le droit de porter une bande rouge à son pantalon; il n'exerce aucune fonction active qui exige sa présence à Paris. N'était-ce pas pour lui une obligation stricte de rester avec ses petits-enfants, de leur prêter appui?

Il le crut. Le père revint donc ici défendre le pays; le grand-père resta là-bas pour défendre sa famille.

Dès le second jour, le malaise le prit. S'il apercevait de loin, sur la plage, une figure de connaissance, il faisait un détour pour n'être pas aperçu. Au dedans de lui il entendait bien bas le mot de fuyard. Habitué qu'il était à regarder la conscience comme un juge infaillible, il se dit que ce dont il avait honte ne pouvait pas être juste. Le lendemain matin, il entra donc dans la chambre de celle qu'il s'était chargé de défendre et lui dit :

« Je ne peux plus y tenir! Il faut que je m'en aille. Quelque chose me dit que ma place est là-bas. Qu'y ferai-je? Je n'en sais rien, mais la seule présence d'un homme de bonne volonté n'est jamais complétement inutile. On trouve toujours un conseil à donner, un secours à offrir, une souffrance à soulager, une douleur à consoler. Enfin, que te dirai-je? Quand je devrais ne rien faire, il faut que j'y aille. J'aime passionnément notre cher Paris. J'y suis né, j'y ai été élevé, je lui ai dû cinquante ans de nobles plaisirs; je ne l'abandonnerai pas aujourd'hui. Quand un être qu'on aime est malade, on court à son chevet; eh bien! Paris souffre! je veux aller souffrir avec lui! »

Celle qui l'écoutait, répondit ce que beaucoup d'entre vous, mesdames, auraient répondu :

« Mes devoirs maternels qui me retiennent ici m'empêchent de rien faire pour notre cher pays. Je ne puis lui offrir qu'un sacrifice : ton absence, pars. »

Il partit et revint ici : eh bien! depuis son retour je ne l'ai pas revu une seule fois sans lui entendre dire :

« Que je suis heureux d'être revenu! »

Ce n'est pas que cette séparation ne lui soit une amère souffrance, ce n'est pas qu'il ne suive sans cesse de la pensée ces êtres si chers, sur la plage où il les a laissés. Quand il rentre le soir, le bruit de ses pas, dans son appartement vide, lui retentit dans le cœur. La vue de ce salon, où il ne les voit plus, le remplit de tristesse; il lui paraît énorme, ce salon! un appartement sans femme est si grand! Nous autres hommes, nous ne meublons pas. Il y a même telle chambre où il n'ose pas entrer, de peur d'y retrouver ce métier à tapisserie où elle travaillait, cette chaise où elle s'asseyait! Et pourtant, même au milieu de son chagrin, il finit toujours par répéter :

« N'importe, j'aime mieux être ici que là-bas. Il vaut mieux être dedans que dehors. »

Il a raison. Les malheureux, ce sont eux! ce sont les absents! Sans doute, nous souffrons, nous, mais nous agissons, nous luttons; tandis qu'eux! quel supplice! Isolés! oisifs! passant leur journée à prêter l'oreille du côté de Paris, pour entendre s'il ne leur arrive pas quelque bruit de délivrance; ils sont sur la terre de France, et il leur semble être sur la terre d'exil. Les lettres qu'ils reçoivent de nous, s'ils en reçoivent, ne les rassurent qu'à demi. Nous étions sains et saufs quand nous leur avons écrit, le sommes-nous encore quand il nous lisent? Leur imagination se figure que nous les avons trompés pour les rassurer. Leur mémoire leur retrace les horreurs de tous les siéges connus, et nous représente à eux comme enfermés dans un cercle de fer et de feu... Ah! Messieurs, plaignons-les, ne les envions pas! et surtout ne les accusons pas! Je m'indigne lorsque j'entends traiter tous ceux qui ne sont pas ici de déserteurs. Qu'il y ait eu quelques cœurs faibles qui aient fui devant le danger, c'est possible; et ils ont bien fait de fuir; car, que nous auraient-ils apporté, sinon la contagion de leur faiblesse? Mais qu'il faille écrire à la fenêtre de tous les appartements vides, *absent pour cause de lâcheté*... voilà ce à quoi je ne consentirai jamais. J'ai horreur de votre liste des absents, elle ressemble à la loi des suspects. Elle me rappelle la plus cruelle ennemie, disons mieux, la plus mortelle maladie de la démocratie et de la République... Le soupçon! savez-vous ce qu'il fait, le soupçon? non-seulement des accusateurs iniques et des victimes innocentes, mais il crée la plus infâme race de ce monde, la race des délateurs! Ah! si nos regards pouvaient percer les lignes prussiennes, quel serait notre remords, en voyant la plupart de ceux dont nous incriminions l'absence, tendant vers nous leurs bras... et peut-être leurs bras armés pour accourir à notre aide. Vienne le jour du retour, de la réunion, et vous verrai si je dis vrai! Ce jour-là... oh! ce jour-là sera un bien beau jour! Peut-être, en nous revoyant, ces chers êtres nous trouveront la face un peu blême, et les joues un peu creuses. Faisons tout du moins pour qu'ils nous retrouvent le cœur bien portant et l'âme plus vigoureuse et plus tendre.

La Fontaine a dit :

L'absence est le plus grand des maux.

Elle est quelquefois aussi le plus grand des biens. On apprend, dans l'absence, à estimer bien des choses dont on avait méconnu le prix. L'absence est comme la mort. Elle nous rend plus justes pour ceux qui ne sont plus là, et plus sévère pour nous-mêmes; elle nous donne le remords de n'avoir pas toujours assez aimé, et surtout pas assez excusé nos compagnons de vie... Vous le dirai-je? je compte sur l'absence, c'est-à-dire sur le siége, pour réconcilier plus d'un ménage à moitié désuni.

Après ce conseil d'indulgence, qui, je crois, n'est pas inutile, permettez-moi de vous faire part de deux moyens de défense qui m'ont réussi.

Quand je revins à Paris, c'était le premier jour de l'investissement, je trouvai partout le découragement, le désespoir et le désordre! Je me fis aussitôt mon plan de vie. — Voici ce plan :

Un officier qui avait fait toutes les campagnes d'Allemagne et de Pologne me disait un jour que le plus terrible supplice de ces rudes guerres, c'était la boue; c'était la marche pendant de longs jours, à travers ces routes défoncées que la pluie transformait en une mer de fange liquide.

« Comment faisiez-vous pour vous en tirer? » lui dis-je.

« Oh! mon Dieu! c'est bien simple, je me mettais en plein au milieu. Au lieu de faire comme mes camarades, de chercher les petits endroits les plus secs, je me lançais résolûment sur la chaussée, là où la boue était la plus épaisse, où j'en avais jusqu'à mi-jambe, et un quart-d'heure après, je n'y pensais plus. »

Eh bien, Messieurs, voilà ce qu'il faut faire dans des événements pareils, se jeter en plein dans le courant! agir et réagir de toutes façon, et surtout ne pas se résigner. J'admire beaucoup la résignation, c'est une des plus belles vertus chrétiennes..... mais à sa place. Se résigner quand on est cloué sur son lit par la maladie, — très-bien; se résigner quand on est enfermé dans un cachot, et qu'il n'y a pas de moyen humain de se sauver, — à merveille; — se résigner quand la pauvreté vous condamne à un travail dur et utile aux autres, — c'est admirable.

Mais se résigner dans les moments de lutte, — non. La résignation, dans des siéges comme celui-ci, c'est du pain de seconde qualité et qui ne nourrit qu'à demi. Se résigner, c'est accepter, c'est subir, c'est courber la tête, et ce qu'il faut aujourd'hui, c'est la relever.

Permettez-moi un second conseil, que je résume en deux mots... Ne découragez jamais personne, et rassurez toujours tout le monde. D'abord, en rassurant les autres, on se rassure soi-même. Puis, rappelez-vous, par votre propre expérience, le mal que peut faire une fatale nouvelle vraie ou fausse. Vous êtes tranquille, vous espérez! arrive quelqu'un dont la figure est sombre, et qui vous dit : « Cela va mal! » Voilà votre pauvre petit rayon de joie qui s'éteint!... Voilà les crêpes de deuil qui retombent sur votre cœur. En vérité, celui qui jette une substance malfaisante dans mes aliments est moins coupable que celui qui verse en moi le poison du découragement.

Mais, par contre, qui ne sait que dans les moments de désespoir les plus profonds, il suffit parfois d'un mot de confiance, d'un regard serein pour vous relever le cœur? Il y a quelques jours, un de mes amis va aux remparts voir son fils, enrégimenté dans les mobiles; il le trouve accablé de fatigue et souffrant. Voilà le pauvre père désespéré. En revenant, il descendait la Grand'Rue de Saint-Denis, la tête basse et le cœur noyé dans la mélancolie, lorsque machinalement il relève les yeux et voit sur une enseigne de boutique :

« *Espérandieu*, épicier. »

Espérandieu était le nom de cet homme. Eh bien! ce seul nom chassa tout à coup la tristesse de son âme et la remplit de confiance. Oh! oui, messieurs, n'eussions-nous plus la foi et l'espérance dans le cœur, ayons-les toujours sur les lèvres, car il y a des jours où la foi et l'espérance, c'est de la charité.

C'est quelquefois aussi la vérité; en voici une preuve frappante.

Vous vous rappelez l'affreux jour du premier combat de Châtillon! un bataillon entier s'enfuyant sans avoir tiré un coup de feu! Des malheureux affolés de terreur, accourant dans Paris au pas de course et se répandant dans tous les quartiers de la ville en s'écriant : « Nous sommes perdus! nous sommes perdus! »

Oh! certes, ce jour-là, on avait bien le droit de désespérer! notre malheur paraissait bien réel; eh bien! savez-vous ce qu'était ce jour-là? c'était la veille de notre retour à la vie!

Ce jour-là, j'avais couru comme tout le monde au Trocadéro. J'assistais de loin, le cœur navré, à tous les épisodes de notre défaite. Un membre du gouvernement de la défense nationale, M. Jules Simon, passe en voiture avec M. E. Picard. Ils m'appellent tous deux de la main; je les suis, et j'entre avec eux dans la petite cour de l'établissement des phares. Au milieu de la cour se trouvait un général à cheval avec son état-major. C'était le général Trochu. M. Picard court à lui. Ils échangent tristement les fatales nouvelles du combat; puis le général, se penchant sur sa selle, dit tout bas à son collègue :

— Eh bien! est-il revenu?

— Vous savez bien qu'on ne dit pas qu'il soit parti.

— Oui, je sais... répondit en souriant le général, mais est-il revenu?

— Pas encore.

— Comment se tirera-t-il de cette bagarre? Il est exposé à recevoir des coups de fusil?...

Je n'en entendis pas davantage, et je n'en compris pas plus que je n'en entendis.

Eh bien! savez-vous ce qu'était cet *Il?*

C'était M. Jules Favre; M. Jules Favre, parti la veille pour le quartier du roi de Prusse, parti, vous le voyez, au péril de sa vie; M. Jules Favre qui, le lendemain, lançait sur Paris et sur l'Europe son admirable récit.

En un clin d'œil tout change.

Sous le coup des insultes de M. de Bismark, Paris a bondi tout entier d'indignation et de rage comme un homme qui reçoit un soufflet. Puis, par un effet contraire, mais parti de la même cause, les âmes se calmèrent en s'élevant. Notre atmosphère n'était plus la même. La veille, nous étions les agresseurs, ce jour-là nous étions les victimes. La veille, nous représentions l'iniquité, ce jour-là, nous représentions la justice. La veille, nous avions tort, ce jour-là nous avions raison! Et, sous ce simple et beau mot, la raison, nous entrâmes dans la pure et tranquille sphère du droit, et nous relevâmes la tête. Ah! si jamais il y a un calendrier républicain, je demande que ce jour-là, le 26 septembre, soit un jour de fête, et qu'il s'appelle la fête de la résurrection.

Trois semaines se sont écoulées depuis ce moment, et en trois semaines la résurrection est devenue une régénération.

Messieurs, aujourd'hui, dans la situation grave où nous sommes, il ne faut pas se payer de mots. Les faits seuls doivent parler. C'est donc par les faits seuls que je voudrais vous démontrer cette œuvre

(1) Voir le dernier numéro.

de notre régénération; c'est aux faits seuls que je demanderai ce renfort, cet aliment moral que je voudrais vous donner.

M. de Bismark a dit un jour dans son cynique langage :

« Nous laisserons un peu cuire les Parisiens dans leur jus. »

Soit! monsieur le chancelier fédéral, mais en parlant ainsi, vous ne vous doutiez guère quel bouillon allait sortir de cette marmite-là! Ce qui y cuit... non... non... laissons-là ce grossier vocabulaire tudesque, qui a je ne sais quelle odeur de choucroûte, et parlons notre belle langue française. Plus que jamais il importe de protester de toutes façons contre l'invasion teutonne... Chassons-la de nos lèvres, comme de nos murs, et empruntons nos comparaisons à notre véritable mère, à notre maîtresse en élégance comme en liberté, à la Grèce.

A Corinthe, lors du siége, l'incendie fut si terrible que plusieurs métaux différents se fondirent en un seul, et de leurs éléments ainsi violemment amalgamés sortit ce précieux métal, appelé métal de Corinthe.

Eh bien! pareil phénomène se produit à Paris depuis trois semaines.

Quatre classes étrangères l'une à l'autre, souvent hostiles l'une à l'autre : le peuple, la petite bourgeoisie, l'aristocratie de fortune ou de naissance, et enfin la province se trouvent violemment mêlées ensemble par la communauté de péril, de fatigue et d'existence matérielle. La vie de rempart et de caserne rapproche forcément, pendant de longues heures, des hommes que séparait pour toujours leur position. Qu'en est-il résulté? Qu'en se rapprochant, ils se sont fondus ensemble. Les hommes, la plupart du temps, ne se craignent ou se dédaignent que parce qu'ils ne se connaisent pas. Bourgeois et ouvriers, mobiles de province et Parisiens apprennent sur le bastion et sur le rempart à s'estimer, à s'aimer et même à s'aider!

J'en sais un exemple charmant.

Le fils d'un de nos avocats distingués est mobile dans une de nos banlieues. Son tour venu, il voulait nettoyer la baraque. Un de ses camarades, un paysan, lui arracha le balai :

— Laissez moi faire, lui dit-il, cela ne vous connaît pas.

Le jenue homme veut résister.

— Laissez donc! je balaierai pour vous, vous écrirez pour moi à ma payse.

Ainsi s'établit la véritable égalité, l'égalité fondée sur le maintien et le développement des différences. Ah! merci, monsieur de Bismark, merci! Grâce à vous, nous sommes tous tombés pêle-mêle dans la fournaise; nous y deviendrons métal de Corinthe; nous y sommes entrés castes, nous en sortirons nation!

Rien ne me le prouve mieux que le nombre des choses mauvaises qui ont été détruites et des choses bonnes qui ont été faites depuis un mois.

Le césarisme est mort.

Le prétorianisme est mort.

L'ultramontanisme est mort.

Les petits crevés sont morts.

L'instruction gratuite et obligatoire est fondée.

Les écoles normales et primaires sont décrétées.

La séparation de l'Église et de l'État est comme accomplie.

Une loi de révision sur le régime des hospices, sur les aliénés se prépare, et partout l'initiative individuelle substitue la pratique à la routine, la vie à l'immobilité.

Il aurait fallu trente ans, même sous un régime honnête, pour réaliser ces progrès, pour balayer ces écuries d'Augias de l'empire, trente jours y ont suffi.

J'ai dit : Le prétorianisme est mort. J'aurais dû dire... Veuillez attendre mon explication pour juger mon mot. J'aurais dû dire : Le militarisme est mort. Soyons sincères, il y avait une ligne de démarcation regrettable entre les militaires et le reste de la population. L'armée était une nation dans la nation. Elle se considérait et avait le droit de se considérer comme seule chargée de nous protéger. Le drapeau de la France reposait entre ses seules mains; nos soldats semblaient presque seuls, les représentants du courage, de l'esprit de sacrifice. Quelquefois même, je ne vous rappelle que ce que vous savez, leur fidélité à un homme a tourné leurs armes contre le pays. Aujourd'hui, ce fait antagonisme est tombé à jamais.

Qui l'a détruit? Osons le dire : nos défaites!... Si nos défaites ont enlevé une partie du prestige attaché à ce mot... le soldat français, elles ont emporté aussi du même coup la barrière qui nous séparait du soldat! car ce jour-là, le peuple tout entier a relevé notre drapeau, et l'armée a disparu pour faire place à la nation armée. S'y est-elle abaissée?... Non. Elle a grandi! A mesure que tous les citoyens devenaient soldats, tous les soldats devenaient citoyens, et ils prenaient place, à leur tour, dans notre œuvre de transformation. Hier, il y avait un homme qui nous gouvernait, aujourd'hui nous nous gouvernons nous-mêmes; hier, il y avait des priviléegiés qui faisaient nos affaires, aujourd'hui nous faisons nos affaires nous-mêmes. Hier il y avait une classe qui nous défendait, aujourd'hui, nous nous défendons nous-mêmes! Voilà une victoire qui compense bien des revers! et qui doit nous donner du cœur contre bien des souffrances...

Il est un autre fait bien plus considérable encore, c'est la façon même dont s'est établie la République.

Il y a trois mois, combien étions-nous de républicains en France et même à Paris? à peine un sur cent. En vain répétions-nous toujours, nous, républicains convaincus, que la République était le seul gouvernement raisonnable. Soit! nous répondait-on; mais par combien de folies nous faudra-t-il passer pour arriver à cette chose raisonnable! par combien d'années de révoltes, de discordes intestines nous faudra-t-il acheter son avénement! Puis les souvenirs de 93, les élucubrations insensées de quelques clubs venaient mêler à ces craintes des images de meurtre, de pillage. Le spectre rouge se levait à l'horizon et y jetait une lueur sanglante.

Eh bien! elle est venue cette terrible République! Comment? En un jour, en une heure, sans une violence! après avoir été acclamée comme d'inspiration, elle est si bien entrée dans les faits, qu'elle est déjà entrée dans tous les esprits. Tout le monde est si dégoûté des folies et des crimes du pouvoir personnel, que personne n'en veut plus. Tout le monde accepte la République, ne lui demandant qu'une chose, de durer, c'est-à-dire d'être juste, honnête, et... je ne dis pas modérée, mais modérément révolutionnaire; de sorte que dans ce pays, qui ne comptait pour ainsi dire il y a trois mois que des partisans de toutes les dynasties, il n'y a plus en réalité ni légitimistes, ni orléanistes, ni impérialistes, il n'y a plus que des républicains! N'est-ce pas un miracle? Quant au spectre rouge, il s'est levé; mais la nation aussi s'est levée, et lui il est parti; parti comme la République est venue, sans un coup de fusil, sans un désordre réel, arrêté par la seule présence de 50,000 hommes, qui lui ont dit : On n'entre pas! et le bon sens public achève chaque jour de faire justice des rêveries de ces révolutionnaires excessifs, qui nous traitent tous de réactionnaires. Réactionnaires! mais les vrais réactionnaires ce sont eux, car ils veulent toujours retourner en arrière, et en arrière de quatre-vingts ans.

Il est entre autres un anachronisme bien bizarre, c'est la substitution du mot citoyens, dans les actes de la vie privée, au mot messieurs! En 91 et 92, rien de plus légitime que la mise en avant du nom de citoyens. Ce nom était le symbole de la conquête récente, la conquête des droits civiques et civils, la devise du drapeau; mais aujourd'hui que nous avons la chose, nous n'avons plus besoins du mot. Prendre aujourd'hui le mot de citoyen pour mot de ralliement, c'est comme si on criait : Vive la Réforme! ou : Vive la Charte!

Ajoutez qu'il ne faut jamais appauvrir la langue en supprimant une appellation utile, car c'est appauvrir la pensée humaine.

Or, citoyen et monsieur, sont deux mots qui s'appliquent à deux choses très-différentes. L'un correspond à la qualité générale d'hommes. L'autre ne s'applique qu'au rôle de membre de la cité. Je suis, *Monsieur*, par toute la terre, je ne suis citoyen que dans mon pays! Enfin ce mot a, en France, quand il est mis à tout propos, le plus grand des inconvénients, il prête quelque peu au ridicule! Que dirai-je du mot de citoyenne? Nous voyez-vous, nous, auteurs dramatiques, faisant dire à un amoureux qui s'adresse à la femme qu'il aime :

« Délicieuse citoyenne! »

Passons!... mais non sans nous plaindre de cette ardeur trop excessive à changer tous les noms de nos rues, de nos places et de nos lycées.

Qu'on efface certains noms odieux, comme le Dix Décembre.... Qu'on appelle le collége Bonaparte, le collége Condorcet.... rien de plus juste! mais débaptiser le collége Henri IV!... mais changer en place des Vosges, la place Royale! La place Royale, un des monuments les plus parisiens de notre Paris! La place Royale, le témoin des mœurs, des habitudes d'un des règnes les plus glorieux de notre histoire! La place Royale! dont le nom se retrouve à chaque page, dans Mme de Sévigné, dans Retz, dans Saint-Simon! La place Royale enfin qui est le titre d'une pièce de Corneille(1). J'admire certains actes, et certains hommes de la Convention. Pas tous! Oh! non! Mais tous ils ont eu une volonté souveraine, c'est le sentiment des besoins de leur temps, ce que j'appellerai l'instinct de la situation. Aussi je suis convaincu que s'ils revenaient au monde aujourd'hui, ils diraient à ceux qui prétendent leur succéder :

« Mais si vous voulez être nos continuateurs, faites donc ce que nous ferions et non pas ce que nous avons fait... Le but est changé, la route doit l'être. Notre œuvre, à nous, était une œuvre de combat, la vôtre est une œuvre de conciliation. Nous avions à détruire, vous avez à fonder. Il nous fallait répudier le passé, puisque c'était contre lui que nous nous battions. Mais vous! le passé est votre héritage, il fait parti de vos richesses nationales, de votre patrimoine. Au lieu de le répudier, embrassez tous les siècles de la France dans votre étreinte fraternelle. Tout homme qui a rendu un service à notre pays, que ce soit il y a trois siècles ou il y a trois lustres, cet homme a été votre aïeul. Henri IV est pour vous le frère de Vercingétorix; car si l'un est le héros de la Gaule, l'autre est le régénérateur de la France! Confisquez donc, accaparez, réunissez toutes nos gloires pour en former un vaste faisceau de lumière. Il faut faire entrer le plus d'étoiles possible dans le ciel de la République. »

Je m'en fie pour cela à l'esprit de Paris.... et c'est là un de mes grands sujets de réconfort. Paris n'a jamais eu tant de bon sens et d'esprit. Cette verve, qu'il dépensait il y a quelques mois en pièces de théâtre, en livres, en œuvres d'art, il le répand aujourd'hui à grands flots en inventions industrielles, militaires, alimentaires, voire même maraîchères!

C'est tous les jours quelque chose de nouveau! Nous devenons tous mécaniciens, stratégistes! Qui est-ce qui n'a pas inventé des canons? Le cerveau parisien bout! Encore un bouillon sur lequel M. de Bismark ne comptait pas! Mais nos plus jolis instruments de défense sont certainement les ballons et les pigeons. Nous aussi, comme les Romains, nous sommes sauvés par des oiseaux, mais par des oiseaux plus poétiques!

Et que dites-vous des ballons qui servent maintenant de voitures aux hommes d'Etat? Ils ont, du reste, gagné quelque chose à cet emploi nouveau. Remarquez, en effet, que le *Journal officiel*, en annonçant le départ de M. le ministre de l'intérieur, n'a pas dit : Il est parti *en ballon*. Le mot eût quelque peu prêté au ridicule, mais « par le ballon. » Or, ce simple article, ajouté au mot, a non-seulement relevé la phrase, mais donné à l'aérostat un état civil; le voilà quelqu'un. Il monte au rang des rouages de la machine sociale, car il y a un article comme *les* postes, comme *le* télégraphe, comme *la* vapeur; c'est une particule nobiliaire, ce *le*; c'est son *de*. Ainsi de tous côtés aux renversements succèdent les avénements.

Toutes nos inventions ne sont pas aussi inoffensives. On a proposé au brave général qui gouverne Paris des fusées à l'huile de pétrole. Il les a refusées, et il a raison! D'abord parce qu'il est le gardien de notre honneur, et que la France ne doit pas la première déchaîner un fléau de plus sur le monde; puis, parce qu'il ne veut pas faire retomber par milliers sur nos édifices et sur nos têtes les quelques flammes incendiaires que nous jetterions à notre ennemi; enfin parce que cet homme de cœur ne défend pas seulement Paris, mais il l'aime!... Pourquoi? Parce qu'il est capable d'aimer lui-même. Que les Prussiens soient plus disciplinés que nous, plus scientifiques que nous, plus prudents que nous! soit, je le veux!... Mais ce qui leur manque, et, Dieu merci, ce qui ne nous manque pas, c'est le cœur! Nos ennemis ont quelque chose là (montrer le front), soit! mais nous avons, nous, quelque chose là (montrer le front) et là (montrer le cœur).

J'ai hâte d'arriver au dernier point de notre causerie, c'est-à-dire au dernier motif de réconfort que je voudrais vous offrir.

Dans la vie ordinaire, dans le mouvement des occupations et des plaisirs habituels, le connais toi toi-même, de Socrate, tient peu de place. On n'accorde à sa conscience que de rares audiences; nous ne sommes pour nous-mêmes qu'une connaissance que nous voyons de temps en temps; on ne cause pas à fond avec soi. Mais les loisirs forcés du siége, les longues veillées sur les remparts, les réflexions sérieuses, nées de la gravité des événements, nous amènent forcément à faire notre inventaire moral.

Comme l'a dit un homme de beaucoup d'esprit, qui est en même temps un très-bon citoyen : « On descend dans les sous-sols de sa *conscience*. » Or, avouons-le, ce que nous y avons trouvé au début n'était pas toujours beau. Combien d'égoïsmes que nous cachions à nous-mêmes! Combien de faiblesses que nous ne voulions pas voir! Que de défaillances profondes et secrètes ont éclaté alors à nos yeux! Mais à mesure que nous avons pratiqué cette rude vie de siége, nous avons senti notre âme se retremper et se fortifier. Je ne voudrais pas, dans les graves circonstances où nous sommes, jouer le rôle de flatteur; mais je crois qu'il n'y a pas un de nous qui ne sente qu'il vaut mieux aujourd'hui qu'il y a un mois. La Rente a baissé, mais le cœur a monté.

Eh bien! plus j'ai réfléchi sur les événements qui s'accomplissent, plus j'ai acquis la conviction que si la Providence nous soumet à ce dur régime, ce n'est pas seulement pour nous faire expier notre passé, mais que c'est aussi, que c'est surtout pour nous préparer à notre avenir, pour nous exercer d'avance aux devoirs qui nous attendent. Il faut bien nous le dire; le siége fini, tout ne sera pas fini. Nous sortirons de l'enfer, mais pour entrer dans le purgatoire : après les périls viendront les épreuves; après les batailles, des difficultés aussi terribles que des batailles! Les graves problèmes du salaire, du travail, de la misère, viendront frapper à la porte de l'Assemblée, et demander satisfaction. On ne pourra plus ajourner indéfiniment les solutions, comme on le fait si souvent quand il s'agit des souffrances des autres, car il n'y aura plus de souffrances des autres! Tous, nous devrons supporter notre part de malheur de tous! tous apporter notre pierre à l'édification du sort de tous! Une communauté féconde et incessante de sacrifices et de services deviendra notre première loi. La République, aux trois mots de sa devise : Liberté, Égalité, Fraternité, en devra ajouter un quatrième : Solidarité. Eh bien! examinez attentivement ce qui se passe depuis un mois, et voyez s'il ne semble pas que Dieu — pardon, ce nom sonne mal à certaines oreilles!... Raison de plus pour moi de le prononcer! Car je crois à Dieu de toutes les forces de mon âme! et je ne me puis m'expliquer comment des hommes qui ont le culte de la justice et de la bonté peuvent nier celui qui n'est autre chose que l'assemblage de la bonté et de la justice. Je reviens et je dis : Ne semble-t-il pas que Dieu nous conduise par la main devant tous les écueils qui nous attendent pour nous apprendre à les éviter? En définitive, que faisons-nous pendant ce siége? Notre éducation. Nous sommes en apprentissage. Ces fondations de sociétés de toutes sortes, ces organisations de secours, d'aliments, de vêtements, de travail ne sont que des essais de nos institutions futures. Essais bien informes! réglementations bien irrégulières! soit! mais il y a quelque chose qui s'y exerce merveilleusement, c'est le grand instrument au moyen duquel s'opéreront toutes ces transformations, c'est notre cœur.

On a dit que Paris assiégé est un vaisseau... Oui, un vaisseau-école! Nous apprenons la manœuvre, et quand le vaisseau s'élancera libre dans la pleine mer, il voguera glorieusement jusqu'au bout du monde, car son équipage sera prêt, et il aura en poupe, pour gonfler ses voiles, les deux souffles tout-puissants devant lesquels disparaissent tous les obstacles et qui dévorent tous les espaces : l'esprit de justice et l'esprit de charité!

J'entends d'ici votre objection! Je la lis sur vos lèvres!... Oui! répondez-vous; mais ce navire, quand sortira-t-il? quand sortirons-nous de cet abîme? Comment tout cela finira-t-il? Quand? Comment? Qui oserait répondre à une telle question? Mais d'abord, une chose me rassure!... C'est que, soyez-en sûrs, nos ennemis se demandent aussi : Comment tout cela finira-t-il? Et, pour moi, ce que j'ose dire avec une conviction profonde, c'est que nous en sortirons glorieusement. Voici mes raisons.

La première, c'est notre transformation morale elle-même. Je ne suis pas de ceux qui attribuent à la Providence une action continue et quotidienne sur la direction des affaires humaines, ce serait mettre à sa charge trop d'injustices et de monstruosités, mais il y a dans la marche des États et dans leur destinée une certaine logique, un certain rapport entre les effets et les causes, qui est ce que j'appellerai la fatalité du bon sens, du bon droit.

Eh bien! ouvrez toutes les histoires, interrogez tous les siècles, et je vous défie d'en trouver un seul où se rencontre ce monstrueux fait d'un peuple qui, en même temps, à la même heure, se régénère et s'anéantisse. L'abaissement de la France ne peut pas être le résultat, le dénoûment de sa régénération. Dieu ne conduit pas les peuples à leur perte par un tel chemin.

Mon autre motif d'espoir, c'est la marche même de notre délivrance. Nous nous y acheminons comme les malades remontent à une guérison définitive, par progrès lents, mais continus. Nous n'avons pas eu un seul succès éclatant depuis un mois, mais pas un jour ne s'est passé sans quelque fait heureux, sans quelque amélioration inespérée. — C'est Bourbaki qui vient donner un chef à cette armée de la Loire, à qui il ne manquait qu'un chef; c'est Gambetta qui apporte à la délégation de Tours l'esprit et la flamme de Paris; c'est enfin Garibaldi et Charette, arrivant le même jour offrir leur épée à la République. Connaissez-vous un fait plus étrange et plus glorieux pour un peuple? Ces deux hommes qui se combattaient hier et qui s'unissent aujourd'hui pour nous défendre? Ces deux haines qui se fondent pour nous en un seul amour! Ah! Paris a bien le droit de s'appeler le cœur de la France, car c'est son

(1) Si légère que soit cette critique, je ne l'adresse pas sans regret à l'homme de cœur qui dirige la municipalité de Paris; mais, j'en appelle de sa décision, à lui-même, c'est-à-dire à l'auteur spirituel de plusieurs vives comédies, au rédacteur consciencieux de nombreux articles de théâtre et surtout au poëte des *Aristocraties*.

héroïsme qui a produit ce miracle. Aussi, vous l'avouerai-je, je m'indigne quand j'entends dire à quelques personnes que Paris est triste d'aspect. Paris triste! Je ne l'ai jamais trouvé si beau! Oui, ce Paris cerné, bloqué, bastionné, sans chemins de fer, sans spectacles, sans gaz, et se découronnant par ses propres mains des forêts qui l'environnent, comme une veuve qui coupe sa chevelure en signe de deuil, ce Paris me semble mille fois plus brillant que dans ses plus beaux jours de fête!... que dis-je? plus brillant même que dans ces incomparables mois de l'Exposition universelle, où il donnait une hospitalité si loyale et si cordiale à ceux qui l'égorgent aujourd'hui! Car Paris alors n'exposait aux yeux du monde que son génie : aujourd'hui, il expose quelque chose qui vaut mille fois plus que toutes les merveilles de l'industrie, de la science et de l'art, son âme!

28 OCTOBRE.

CXV. **Val-de-Grâce.** — Plusieurs personnes s'étant inquiétées de la mortalité des blessés en traitement à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, le ministère de l'intérieur a fait prendre des renseignements.

Voici ce qui résulte de ces renseignements :

Décès survenus par suite de blessures depuis le 20 courant, à l'hôpital du Val-de-Grâce :

20 octobre, 5 décès; 21, néant; 22, 4 décès; 23, 2 décès; 24, 2 décès; 25, 1 décès.

Nous nous hâtons de dire que les renseignements pris ne s'étendent pas aux ambulances auxiliaires du Val-de-Grâce. L'état des blessés envoyés dans ces ambulances doit être, d'ailleurs, aussi satisfaisant que possible, car, toutes les blessures graves étant retenues au Val-de-Grâce, on n'évacue sur les ambulances auxiliaires que les blessés dont l'état ne donne plus de sérieuses inquiétudes.

Disons, en terminant, que l'hôpital du Val-de-Grâce compte 833 lits et a, pour le moment, 385 blessés.

Au reste, le ministère de l'intérieur fera publier une fois par semaine l'état général des ambulances parisiennes.

CXVI. **Alimentation publique.** — Le ministre de l'agriculture et du commerce,

Vu le décret du Gouvernement de la défense nationale du 1er octobre 1870;

Considérant qu'il importe, dans l'alimentation de Paris, qu'on puisse disposer du poisson qui existe dans la Marne, la Seine, le canal Saint-Martin et les lacs du bois de Vincennes et du bois de Boulogne,

Arrête :

Art. 1er. Réquisition est faite du poisson qui existe dans la partie de la Marne et de la Seine encore accessibles et dans le canal Saint-Martin, ainsi que dans les lacs du bois de Vincennes et du bois de Boulogne.

Art. 2. Le ministre des travaux publics prendra les mesures nécessaires pour résilier les baux qui pourraient gêner la pêche qu'il s'agit de faire.

Fait à Paris, le 28 octobre 1870.

J. Magnin.

CXVII. **Hygiène militaire.** — La commission centrale d'hygiène, désireuse de s'assurer si tous les baraquements construits pour les gardes mobiles réunissent les conditions de salubrité indispensables, a chargé une sous-commission de visiter ces baraquements.

A la suite de cette visite, il a été reconnu nécessaire d'apporter dans ces constructions d'assez notables améliorations. La ville de Paris va donc faire immédiatement procéder aux travaux convenables, de telle sorte que les inconvénients signalés disparaissent sans aucun retard.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres instruments ou autres objets).

Traité des fractures non-consolidées ou pseudarthroses, par le docteur Bérenger-Féraud, médecin principal de la marine. In-8 de 700 pages. — Prix : 10 francs.

Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie (tome XXI de la collection, année 1869). 1 volume in-8 de 627 pages et 6 planches lithographiées et coloriées. — Prix : 7 francs.

Nouvelles applications de l'acide phénique en médecine, etc., par le docteur Déclat. In-8, planches photogr. — Prix : 5 fr.

Des troubles de la sensibilité générale dans la période secondaire de la syphilis et notamment de l'analgésie syphilitique, par le docteur Faid, médecin de l'école du Caire (Égypte). In-8 de 134 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Des méthodes générales d'opération de la cataracte et en particulier de l'extraction linéaire composée, par Paul Yades, docteur en médecine. Paris, 1870, 1 gr. in-8 de VIII-77 pages. — Prix : 3 fr.

Revue photographique des hôpitaux de Paris. Bulletin médical publié sous le patronage de l'administration de l'Assistance publique (2e année, n° 5, mai 1870; nos de mai et juin 1870), avec 3 photographies. — Prix : 2 fr.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en tr
L'abonnement part du 1er de chaque

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 18 faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques ins rnal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuve prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. Sur les s de l'œil et leurs conséquences (Conférences publiques faites à l'École de médecine pendant le siége de Paris, par le docteur X. Galezowski). — Documents pour servir à l'histoire du mouvement scientifique pendant le siége de Paris. — Avis. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 22 avril 1871.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE.

Sur les blessures de l'œil et leurs conséquences

CONFÉRENCES PUBLIQUES, FAITES A L'ÉCOLE DE MÉDECINE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

Par le docteur X. GALEZOWSKI.

III. IRIS. — Par sa structure vasculaire et ses attaches peu solides avec la choroïde, l'iris est exposé, sous l'influence de traumatisme, aux hémorrhagies abondantes dans la chambre antérieure, et à son décollement du grand cercle d'attache sur une certaine étendue. On reconnaît facilement ces accidents par le changement de la couleur de l'iris, par la présence d'une tache semi-lunaire vers son bord (décollement), par l'accumulation du sang rouge foncé au bas de la chambre antérieure, par la rougeur périkératique, etc.

Le prolapsus irien ne présente aucune gravité, et il suffit habituellement de faire une simple occlusion de l'œil avec compression pour que la cicatrisation de la plaie commence et la réduction de la hernie puisse avoir lieu. Ici nous devons ajouter que, lorsque la hernie est au centre de la cornée, l'instillation du collyre d'atropine est indiquée, tandis qu'on devra avoir recours au collyre d'ésérine toutes les fois que la hernie se trouve près du bord cornéen.

Les piqûres et les déchirures de l'iris n'ont point une telle gravité qu'on leur attribuait il y a quelque temps, elles guérissent facilement en laissant quelques adhérences soit avec la cornée, soit avec le cristallin. Immédiatement après ces accidents, la chambre antérieure se remplit de sang, qui se résorbe habituellement après de simples compresses d'eau froide. Mais si ces collections sanguines sont très-abondantes et produisent de très-fortes douleurs périorbitaires, on devra sans hésiter suivre l'exemple de Larrey (2), qui incisait la cornée et évacuait tout le sang épanché.

La présence d'un corps étranger dans l'iris constitue un des accidents les plus graves et exige une intervention immédiate, qui consiste à faire l'extraction du corps étranger avec ou sans iris.

Il n'est pas toujours facile de reconnaître sa présence; des morceaux de capsule, des paillettes de fer en traversant la cornée se logent dans l'épaisseur de l'iris seul ou de l'iris et du cristallin en même temps. Le contact de ce corps étranger avec la membrane, aussi sensible et vasculaire que l'iris, amène très-rapidement un épanchement plastique tout à son pourtour, qui le masquera complétement. Pourtant d'après les signes suivants sa présence sera reconnue : l'iris est ordinairement boursouflé, et plus foncé dans l'endroit du corps étranger, et en face de ce point plus malade on distinguera la plaie cornéenne. La pupille ne se dilate pas sous l'influence de l'atropine ; elle présente des adhérences surtout au voisinage du corps étranger, et bientôt se couvre d'exsudations plastiques dans toute son étendue.

Dès qu'on aura découvert l'endroit qu'occupe le corps étranger dans l'iris, on devra procéder à son extraction en faisant l'excision de la partie de l'iris qui le contient.

Voici un fait de ce genre montrant l'efficacité de l'opération :

OBSERVATION. — M. B..., âgé de vingt-neuf ans, demeurant à Paris, vint me consulter le 20 juillet 1869, pour la blessure de son œil gauche ; un fragment de capsule lui traversa la veille toute la paupière supérieure et la cornée, et alla se loger dans l'iris. On constatait sur la paupière supérieure une plaie de 5 millimètres, et une autre plaie de 3 millimètres, verticale, située un peu en dedans du centre de la cornée. La chambre antérieure avait ses dimensions normales, l'iris était foncé, brunâtre, boursouflé dans la partie inférieure et interne, et l'on y apercevait une tache noire qui était due au corps étranger. La pupille était claire et le cristallin intact. Assisté de MM. les docteurs Morel et Miard, j'ai pratiqué séance tenante une iridectomie dans la partie inférieure et interne, et j'ai eu la satisfaction de découvrir dans la portion excisée de l'iris un morceau de capsule, en cuivre, cannelé, à peu près de 3 millimètres de longueur sur 1 millimètre de largeur. La compression de l'œil pendant huit jours a suffi pour amener la guérison complète. La vue revint complétement.

L'extraction des corps étrangers de l'iris est très-importante, leur présence prolongée pouvant amener des iridochoroïdites chroniques et des ophthalmies sympathiques de l'autre œil. Mais parmi les corps étrangers il y en a qui restent longtemps en contact avec l'iris sans y provoquer des symptômes inflammatoires. Dans le courant de 1870, j'ai vu un malade dans le service du docteur Léon Labbé, à l'hôpital Saint-Antoine, qui portait dans son œil droit depuis quatre ou cinq ans, un éclat de pierre qu'il avait reçu en taillant les pierres dures de marbre. Son œil ne lui avait jamais fait mal et il ne voulait point consulter pour cela; il était légèrement injecté au bord de la cornée, et au bord de la pupille on distinguait une petite tumeur blanc grisâtre.

Le *décollement* partiel de l'iris se produit le plus souvent à la suite d'une violente contusion et d'un coup sur l'œil. Ces contusions varient beaucoup d'intensité selon la nature de l'agent extérieur qui les produit. Souvent on l'a vu apparaître après un coup de poing ou une chute sur la face. Je l'ai vu se produire chez un malade qui avait reçu une violente commotion pendant qu'une bombe avait éclaté dans sa chambre où il travaillait. La détonation fut tellement violente qu'il tomba par terre, et lorsqu'il se releva, son œil droit était tout troublé par suite d'un décollement de l'iris et de paralysie du muscle accommodateur.

IV. SCLÉROTIQUE. — Les blessures de la sclérotique se rencontrent le plus souvent dans l'hémisphère antérieur de l'œil; elles sont produites par des corps contondants, des projectiles de guerre, des grains de plomb, des éclats de capsule, et divers autres corps étrangers.

En général, toutes les blessures de la région ciliaire sont très-graves ; les désordres qui se déclarent simultanément dans les membranes internes amènent souvent une cécité complète. D'autre part il peut arriver qu'à la suite des contusions et des blessures faites avec des projectiles de guerre, l'œil tout entier soit désorganisé, se vide et s'atrophie complétement.

Quelquefois même il peut arriver que la sclérotique se rompe par contre-coup ; elle est, en effet, d'après Denonvilliers et Gosselin, la membrane de l'œil la plus susceptible de se rompre au devant de l'insertion des muscles droits internes.

Au point de vue pratique il importe de savoir jusqu'à quel point les blessures de ce genre ont de la gravité, et quel est le traitement qui doit être entrepris.

Les indications suivantes, tirées de la pratique journalière, permettront de se prononcer d'une manière certaine à ce sujet :

1° Les plaies de la sclérotique parallèles au bord de la cornée et situées à 4 ou 5 millimètres d'elle, sont ordinairement beaucoup plus graves que celles qui sont parallèles à l'axe de l'œil, et se dirigent verticalement vers le bord cornéen.

Ces plaies, en effet, acquièrent d'autant plus de gravité qu'elles occupent une plus grande surface de la région ciliaire. Cette dernière est disposée circulairement autour de la cornée, et remplit, comme on sait, les fonctions d'une membrane nutritive et sécrétante de l'œil. Une blessure verticale n'atteint qu'un point limité de cette membrane et ne compromet par conséquent pas la nutrition du globe, tandis qu'une plaie longeant le cercle ciliaire provoque une inflammation sur un quart ou une moitié de cette membrane, la suspend pour un certain temps et se termine souvent par une atrophie de l'œil.

2° Lorsque la plaie longe la cornée sur une certaine étendue et qu'elle est produite par contre-coup, il peut se faire que le cristallin se luxe dans ce choc violent et qu'il soit entraîné avec une partie des humeurs de l'œil au dehors, pour s'arrêter sous la conjonctive ou entre les paupières. Ordinairement, dans ces cas, la pupille est entraînée dans la plaie, et la chambre antérieure se remplit de sang, ce qui suffit pour amener la perte de la vue, tant par le sang épanché que par la pression exercée du dehors en dedans par le cristallin luxé qui pèse sur le globe de l'œil.

Le premier devoir du chirurgien, en voyant une tumeur transparente formée autour de la plaie, est de faire une incision de la conjonctive sur cette tumeur, et de retirer le cristallin. Le fait suivant peut servir d'exemple :

OBSERVATION.—Mme W..., âgée de trente-trois ans, vint me consulter, le 13 juillet 1870, pour l'œil droit blessé avec une barre de fer trois jours auparavant, et dont la vue était complétement abolie. A l'examen nous avons constaté que la paupière supérieure était rouge, enflée, et se relevait à peine; la conjonctive bulbaire injectée, et par places recouverte de taches ecchymotiques. La cornée était transparente, mais à 2 ou 3 millimètres de son bord supérieur on remarquait une tumeur sur la sclérotique, s'étendant depuis l'angle externe jusqu'au bord interne. Elle était transparente, bien circonscrite dans sa partie externe, plus diffuse et foncée en dedans. La moitié inférieure de la chambre antérieure était remplie de sang, et la pupille formait une encoche en haut, juste comme après une iridectomie. Il n'était pas douteux que nous avions affaire à une luxation sous-conjonctivale du cristallin, placée à l'angle externe de l'œil, pendant que la hernie de l'iris formait une autre portion de la tumeur près du bord supérieur de la cornée, où était situé la plaie scléroticale. Après avoir pratiqué l'incision sur la tumeur, j'en ai retiré le cristallin avec la curette, et la capsule avec une pince, et aussitôt après la malade aperçut la lumière. Le traitement consécutif était très-simple: j'ai fait instiller tous les jours une goutte d'ésérine pour réduire la hernie, et je recommandai d'immobiliser l'œil au moyen d'un bandage. Sous l'influence de ce traitement, la hernie disparut, la plaie se cicatrisa et la vue revint, quoique l'œil restât astigmatique par suite de la déformation de la cornée dans sa courbure.

En général, on diagnostique facilement la luxation sous-conjonctivale du cristallin par les signes suivants :

(*a*) La pupille est ovale et fortement entraînée du côté de la plaie scléroticale ; (*b*) une plaie plus ou moins étendue, saillante et foncée, s'observe le plus souvent près du bord supérieur et interne de la cornée; (*c*) une tumeur globuleuse, dure et transparente, se trouve au voisinage de cette même plaie; (*d*) d'après le docteur Tillaux, la paupière supérieure est plissée, et le creux orbito-palpébral est moins profond que celui du côté opposé.

Les blessures de la sclérotique peuvent être suivies d'une hernie de l'iris et de la choroïde, sans que le cristallin prenne part à l'accident. Rarement a-t-on besoin d'intervenir chirurgicalement dans la hernie traumatique, une simple compression et l'instillation d'ésérine suffit à amener la cicatrisation de la plaie. Mais il peut arriver que l'œil reste constamment irrité, enflammé même après l'accident, et qu'au surplus la vue se trouble, non-seulement dans l'œil blessé, mais aussi dans son congénère. L'examen ophthalmoscopique démontre alors la présence de flocons dans le corps vitré, qui sont le signe certain d'une cyclite, tandis que la hernie s'est transformée en un staphylôme scléroticai. Si le mal n'est pas encore avancé, on pourra arrêter sa marche en faisant l'excision du staphylôme et d'une partie de l'iris voisine de la plaie; dans le cas contraire la cyclite suivra sa marche progressive et se terminera par un glaucome, hydrophthalmie, et quelquefois même par une atrophie de l'œil.

Voici un fait remarquable de la guérison obtenue par une opération :

OBSERVATION. — M. G..., âgé de vingt-trois ans, polonais, mécanicien, demeurant aux Ternes (Paris), vint me consulter le 25 mai 1866 pour l'affaiblissement de la vue dans les deux yeux. Il avait reçu une blessure sur la sclérotique au bord interne de la cornée gauche, le 28 mars de la même année, par un éclat de fer rouge, grand de 5 centimètres, qui traversa la paupière supérieure pour aller se fixer dans l'endroit indiqué du globe de l'œil, d'où il fut aussitôt retiré. Le malade entra immédiatement à l'hôpital Beaujon, où il fut soigné pendant deux mois.

En l'examinant au sortir de l'hôpital, j'ai pu constater une cicatrice sur la paupière supérieure, et deux petites tumeurs grisâtres scléroticales situées au bord interne et supérieur de la cornée; elles étaient formées par la hernie de la choroïde et de l'iris; la pupille se trouvait aussi engagée par un de ses bords dans la cicatrice. La vue est affaiblie de cet œil, au point qu'il compte à peine les doigts. A l'ophthalmoscope on constate de nombreux flocons dans le corps vitré, et la pupille ne se voit qu'à travers un épais brouillard. L'œil droit est troublé aussi par sympathie; il ne voit plus à une aussi grande distance que précédemment; de près il peut lire le n° 2 de l'échelle typographique, mais avec peine. Il y a une sorte de spasme du muscle accommodateur, en outre les deux yeux sont très-sensibles pour la lumière.

L'atropine prescrite en instillation ne produit aucun effet, et je pratique le 14 juin l'excision de toute la partie herniée de l'iris formant une saillie staphylomateuse, et j'applique le bandage compressif.

19 Juin. Cautérisation de la plaie avec le crayon mitigé.

17 Juillet. La tumeur est diminuée; mais comme il n'y a pas de changement ni dans la vue, ni en ce qui concerne la photophobie, je pratique une iridectomie dans la partie supérieure, tout près du staphylôme.

20 Juillet. Le staphylôme diminue.

26 Août. La vue s'éclaircit, et il peut lire le n° 4 de l'échelle, et

(1) Suite. — Voir les numéros des 11 octobre, 10 et 22 novembre 1870.
(2) Larrey, *Clinique chirurgicale*, t. Ier, p. 403.

distingue à dix pas le caractère nº 100. A l'ophthalmoscope on constate la disparition d'une grande partie des flocons du corps vitré, la pupille se voit très-nettement, elle est injectée; à la distance d'un diamètre de la pupille on aperçoit une atrophie choroïdienne sous forme d'un cercle blanc large de quelques millimètres; il commence en haut de la pupille, contourne la macula et se perd dans les parties inférieures du fond de l'œil. Cette atrophie choroïdienne formant un arc de cercle, n'est autre qu'une rupture de la choroïde par contre-coup.

(A suivre.)

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

28 OCTOBRE.

CXVII. **Ambulance italienne.** — L'*Électeur libre* reçoit la lettre suivante :

« Monsieur,

« Je vous adresse ci-joint le récit exact et circonstancié des événements auxquels je me suis trouvé mêlé dans la journée du 21, et vous prie de bien vouloir le reproduire dans votre estimable journal; je prends ce récit sous ma responsabilité personnelle et absolue.

« Agréez, monsieur le rédacteur, l'expression de mes sentiments de haute considération.

« L. MONTEMERLI,

« 24, rue Taitbout.

« Paris, 28 octobre 1870. »

Les rapports détaillés que j'ai eu l'honneur de soumettre à M. Wolf, intendant général de l'armée, lui auront démontré que la Compagnie humanitaire italienne a scrupuleusement accompli son devoir sur le champ de bataille à l'affaire du 21 octobre dernier, et que tous ceux que j'ai eu l'honneur de conduire ont rivalisé de courage et de zèle, allant jusque sous les balles ennemies pour secourir et emporter les blessés. C'est ainsi qu'à peine la dernière fusillade échangée, mes hommes, pour accomplir leur tâche, se trouvèrent côtoyant les lignes prussiennes.

De mon côté, après avoir reçu les derniers ordres de l'intendant général, j'expédiai sur Paris nos voitures d'ambulance, remplies des blessés; après quoi je me rendis aux avant-postes pour communiquer aux miens, restés encore sur le champ de bataille, et aux diverses ambulances qui les entouraient, l'ordre de M. l'intendant général d'avancer par le boulevard Solferino et Rueil jusqu'à l'avenue de Saint-Cloud, où, à côté d'une station de l'intendance militaire, se trouvait l'ambulance de M. Comte, de Rueil.

Là furent déposés par les miens et par les soldats du train plusieurs blessés. Ce fut alors que M. Fillette, de Rueil, qui se présenta comme attaché de l'ambulance de ce lieu, et qui portait le brassard et le drapeau international, fut prié de nous servir de guide pour nous conduire vers le point où se trouvaient le plus grand nombre de blessés.

Sous son escorte, nous nous dirigeâmes par l'avenue des platanes jusque sous les murs du parc de La Malmaison, où nous nous trouvâmes face à face avec un détachement prussien. La vue de l'ennemi ne nous empêcha pas de prodiguer des soins à six blessés, dont deux furent transportés à Rueil.

L'ennemi nous regardait faire. Je mis pied à terre pour secourir un lieutenant, mais, la blessure étant mortelle, en quelques minutes il expira.

Je cherchai s'il avait sur lui des cartes, une lettre, quelque chose qui pût nous faire connaître son identité; mes recherches furent infructueuses. Je pris un bouton de son uniforme, portant le numéro 15, et, plus tard, je remis à l'intendant militaire la bourse et les divers objets trouvés sur le mort.

Notre guide nous ayant assuré que d'autres blessés gisaient au delà du point où nous nous trouvions et où s'étaient dirigés plusieurs des miens, sous le commandement de M. Henri de Castro, dont je ne saurais trop proclamer le dévouement, je résolus de m'y rendre; mais n'ayant ni le contingent nécessaire ni les moyens de transport, je dis à M. Parmentier, le sous-intendant qui était avec nous, que j'allais à Rueil pour y chercher hommes et voitures.

C'est alors que je m'aperçus que les Prussiens, qui jusque-là m'avaient paru des témoins impassibles, de simples spectateurs, s'étaient constitués nos gardiens; car, lorsque je piquai des deux, un soldat saisit mon cheval par la bride et voulut m'empêcher de partir. Un des hommes qui m'accompagnait, parlant parfaitement l'allemand, lui ayant fait comprendre que j'allais chercher des moyens de transport, que je reviendrais, et qu'un officier restait avec le détachement de l'ambulance, le Prussien lâcha prise, et je m'éloignai au galop.

Dans l'avenue de platanes, près de Rueil, je rencontrai un convoi de mules. Là se trouvaient un chirurgien et un sous-intendant de l'armée. Portant le brassard, tous deux voulurent me suivre. Mais ayant la conviction que nous allions courir le risque d'être faits prisonniers, je les suppliai de n'en rien faire, d'autant plus qu'un des leurs, le brave M. Parmentier, se trouvait déjà, ainsi que trois prêtres, faire partie de notre expédition, et que j'espérais qu'il pourrait se rendre garant de la sûreté des militaires, comme, de mon côté, je me rendais garant de la sûreté de l'ambulance italienne. Ces messieurs s'étant rendus à mon avis, me confièrent quinze mules et leurs conducteurs, et je retournai là où j'avais laissé mes hommes, en compagnie des Prussiens. Lorsque j'arrivai, les soldats du roi Guillaume crièrent : « *No Paris*, capitaine; *no Paris*, Bougival. » Et avec des manières peu diplomatiques, ils nous conduisirent par le parc vers Bougival.

Il faisait nuit, l'obscurité était complète; nos hommes, portant sur des brancards trois soldats grièvement blessés, pouvaient à peine avancer. Notre escorte prussienne, par ignorance des lieux ou de propos délibéré, nous faisait prendre mille détours; on se fût cru dans un labyrinthe.

Nous restâmes plus d'une heure et demie dans le parc, devant à chaque instant franchir des obstacles ou sauter des fossés, au risque de nous y noyer. Ce risque, évité par nous, ne put l'être par deux de nos mulets qui, tombés dans ces fossés profonds et ne pouvant se relever, y furent par nous abandonnés.

Dans un fourré du parc, les Prussiens nous indiquèrent un point où un Français était tombé. Nous le trouvâmes. C'était un officier. Il était expirant, et nous ne pûmes le transporter. Tous les soins que nous lui prodiguâmes furent inutiles.

Nous arrivâmes enfin à Bougival. Les Prussiens nous introduisirent dans une vaste cour où il y avait plus d'un bataillon ennemi en armes. L'obscurité de la nuit ne nous montrait de ces hommes que la forme, nous en dérobant le visage.

Un officier se présenta à moi; il me dit, d'une voix de stentor, « que nous étions des espions, que nous avions passé leurs lignes, et que notre affaire était claire. »

A cette accusation, je m'écriai que leur manière d'agir était indigne de l'armée d'une nation civilisée; que c'était nous qui, désarmés et sous l'étendard de Genève, avions été entraînés dans un guet-apens; et qu'il était d'une inhumanité révoltante de rendre les blessés victimes de l'acte inqualifiable que les soldats prussiens avaient osé commettre contre des hommes rendus inviolables par la mission sacrée qu'ils accomplissent, secourant sans distinction toutes les victimes de la guerre.

Alors, une voix criant : « A Versailles! à Versailles! » domina toutes les autres.

Je protestai de nouveau, disant que nous étions Italiens, que toute l'Europe saurait la manière dont les Prussiens traitaient les sujets des puissances neutres, et je refusai de transporter les blessés à demi agonisants un pas plus loin, déclarant que je les rendrais responsables de la vie de ces nobles victimes.

On fit droit à cette réclamation. Les blessés furent reçus dans une ambulance prussienne; et ceux qui les y transportèrent y restèrent sous les ordres de M. Henri de Castro, ainsi que deux médecins de l'armée et les autres Italiens qui les y avaient déjà précédés.

Quant à moi et à ceux qui m'accompagnaient, consignés à la garde d'un caporal polonais et de quatre hommes, nous prîmes la route de Versailles, que la fatigue et la faim nous firent sembler longue. Ayant fait une halte, de bons paysans des environs de Saint-Cloud nous offrirent, et de bien bon cœur, à boire. A une lieue de Versailles, nous fîmes rencontre d'un cavalier. Il s'unit à notre caravane et nous dit être l'aumônier en chef de l'armée prussienne. Arrivés à Versailles, on nous conduisit à l'hôtel de France.

Un jeune aide de camp nous y reçut, nous disant que son général allait venir nous parler. Celui-ci ne se fit pas attendre. A peine arrivé, et d'une manière impérative, le général m'adressa de vifs reproches, m'accusant d'avoir franchi les lignes ennemies, et que nous en subirions les conséquences.

Il ajouta que, quant à nous, Italiens résidant à Paris, nous ne songions qu'à aider les Français, etc., etc.

Je répondis, qu'en effet, j'étais Italien; que moi et mes compagnons nous nous étions mis à l'ombre d'un drapeau humanitaire, drapeau que le roi d'Italie et le roi de Prusse avaient juré de respecter; que, par cette raison, je ne craignais ni les cris ni les menaces; que, s'il nous faisait fusiller, il en devrait compte à l'Europe et à notre pays, auxquels ils rendraient raison de cet acte de vandalisme!

Le général me répliqua aussitôt que l'Italie ne lui faisait pas peur.

Ce à quoi je lui répondis vivement que tout homme doit craindre d'exercer la force brutalement en dehors du droit et de la légalité, et qu'agir ainsi, c'était fouler aux pieds les lois les plus sacrées de la civilisation.

Ces raisonnements, et plus encore les bons offices d'un beau jeune homme, officier supérieur, qui était près du général (et que l'on dit être son fils), ramenèrent le général à des sentiments plus humains. Il ne fut plus question de nous punir ni de nous emprisonner, mais de nous envoyer, bêtes et gens, à l'hôpital, pour y passer la nuit.

Je refusai, disant qu'à l'hôpital nous ne portions que les malades, et que, quant à moi, je resterais à l'hôtel.

Alors, et avec des manières toutes radoucies, le général et son fils me firent observer qu'à l'hôtel aucun lit n'était disponible, tandis qu'à l'hôpital français il se trouvait des lits neufs, sur lesquels nous pourrions nous reposer.

— Il est impossible, me dit-il, de retourner à Paris ce soir, les portes sont fermées; je vous donne ma parole, monsieur, de vous renvoyer, vous et tous les vôtres, demain matin à cinq heures.

Satisfait de cette assurance, et accompagné du jeune aide de camp, je me rendis à l'hôpital français pour m'assurer si mes compagnons pouvaient y passer la nuit.

Le directeur français, entouré de son nombreux personnel, nous fit le meilleur accueil; il répondit à nos demandes avec beaucoup de bienveillance, m'assurant qu'il n'y avait pas à l'hôpital de maladies contagieuses, et me promettant de mettre à la disposition de ceux d'entre nous qui voudraient séjourner sous son toit les meilleurs lits dont il pourrait disposer.

M. Henri de Castro, qui à cet instant arrivait de Bougival avec ceux qui étaient restés avec lui, pour déposer à l'ambulance prussienne les blessés, se chargea d'accompagner ceux des nôtres qui acceptèrent le séjour de l'hôpital. Les autres restèrent avec moi à l'hôtel.

J'avais eu avec le général d'assez vifs pourparlers à propos des trois ecclésiastiques faits prisonniers; mais j'eus le bonheur, en me rendant personnellement responsable de ces messieurs, d'aplanir toutes les difficultés.

A cinq heures du matin, un officier supérieur, aide de camp du prince, vint nous prier d'avoir la complaisance de le suivre. Et, en toute vérité, nous devons avouer qu'il est impossible d'être plus courtois et plus affable que celui dont on avait fait choix, et que l'on nous avait donné pour seule escorte. Nous fîmes avec lui, en plein jour, la route de Versailles. Nous arrivâmes à huit heures à Bougival : là, nous eûmes la douleur de trouver morts plusieurs des blessés que nous y avions déposés la veille.

Ceux encore vivants, vu la gravité de leurs blessures, constatées par les deux médecins français, MM. Quot et Cauvo (admirables de dévouement et qui furent nos compagnons de captivité), ne purent être ramenés à Paris.

A la sortie de Bougival, l'officier prussien qui nous avait escortés prit congé de nous de la manière la plus charmante, témoignant ses regrets pour tous les inconvénients survenus.

Il nous pria de recommander à toutes les ambulances et à tous les ecclésiastiques qui agissent pour les Français de ne plus s'aventurer à dépasser les lignes prussiennes.

Arrivé à Paris, j'appris que mon brave ami Brufel, secrétaire de la commission italienne, était parti, dès cinq heures du matin, pour courir à notre recherche; cet acte de dévouement l'exposa, ainsi que ceux qui l'accompagnaient, à être, comme nous l'avions été nous-mêmes, arrêtés par les Prussiens.

Je laisse à M. Brufel le soin de relater les épisodes de ce séjour parmi les Prussiens le 22 octobre.

Je ne puis finir ce compte rendu sans parler avec reconnaissance et orgueil de tous ceux des miens qui, dans la journée du 21, ont pris part à l'action. Chacun s'est montré digne de sa mission; tous ont fait leur devoir.

Les membres de la commission et les chefs de la Compagnie humanitaire ont fait preuve d'un sang-froid et d'un courage admirables avec tous leurs hommes, et voici leurs noms :

Ont pris part à la journée :

M. Brufel, membre de la commission.
M. Centomani, id.
M. Coblentz, aide-chirurgien.
M. Miccio, membre de la commission.
M. Netti, id.
M. Spaventi, id.
M. Bartolomeucci, gradé de la compagnie.
M. Bosisio, id.
M. Ciuffa, id.
M. Ferrario, id.
M. Vellerini, id.

Prisonniers de Versailles.

M. De Castro, membre de la commission.
M. Cuccinotta, id.
M. Bertone, gradé de la compagnie.
M. Garcia, id.
M. Giannollio, id.
M. Levi, id.

Se sentir entouré de braves que la mission de secourir leurs semblables rend supérieurs à tous les dangers est plus qu'un bonheur c'est une récompense.

Comte LORENZO MONTEMERLI.

27 octobre 1870.

29 OCTOBRE.

CXVIII. **Légion d'Honneur.** — Par décret du 28 octobre :

« A l'avenir, la décoration de la Légion d'Honneur, sera exclusivement réservée à la récompense des services militaires et des actes de bravoure et de dévouement accompli en présence de l'ennemi. »

CXIX. **Enrôlement de volontaires.** — Les inscriptions des volontaires se continuent avec activité dans les mairies et dans les bataillons. M. le docteur Bertillon, maire du 5e arrondissement, a eu l'heureuse et patriotique idée de leur donner une véritable solennité; il y préside lui-même sur une estrade construite devant les grilles du Panthéon. Un bataillon y envoie tous les jours une garde et des tambours qui exécutent des roulements. M. le commandant supérieur de la garde nationale a témoigné toute sa satisfaction à M. Bertillon, et M. le ministre de l'intérieur lui a adressé la lettre suivante :

« Monsieur le maire,

« Permettez-moi de vous féliciter de votre patriotique conduite. Vous savez inspirer aux citoyens de votre arrondissement le zèle qui vous anime pour la défense de notre cité. Vous les excitez par des appels publics, et vous leur faites ainsi comprendre que chacun doit payer de sa personne et courir volontairement au-devant du devoir. J'espère que votre exemple sera suivi, et que, grâce au dévouement des maires de Paris, la garde nationale offrira à la défense ses bataillons d'élite au complet, partageant avec l'armée et la garde mobile l'œuvre glorieuse qui assurera notre délivrance.

Je vous prie, monsieur le maire, d'agréer l'expression de mes sentiments bien dévoués,

Le ministre de l'intérieur par intérim,

JULES FAVRE.

Ce vendredi 28 octobre 1870.

CXX. **Ambulances.** — Les ambulances municipales et privées ayant au moins six lits, qui désireraient prendre part à la répartition des vins provenant des palais nationaux, sont priées d'envoyer les 9, 19 et 29 de chaque mois, par lettre affranchie, au secrétaire de la commission de répartition, rue Lepeletier, 27, l'état de leurs blessés, afin que la commission puisse statuer sur la quantité des vins à leur envoyer.

CXXI. **Alimentation publique.** — Le *Temps* publie la note suivante :

Dans un rapport rédigé par M. Pierre Thomas, au nom du comité d'hygiène et de salubrité du 9e arrondissement de Paris, nous trouvons d'excellents avis relatifs à la consommation de la viande de cheval. Le public est encore inexpérimenté; il convient donc de l'éclairer sur les conditions qu'il doit rechercher dans les viandes

(1) Voir le dernier numéro.

offertes à la consommation, et de lui faire connaître les méthodes de préparation culinaire appropriées à l'aliment nouveau pour lui.

Choix de la viande. — Evitez la viande trop foncée de couleur ou qui exhale une forte odeur de venaison; le bon morceau doit se rapprocher de la couleur du bœuf, son fumet doit rappeler presque exactement celui du porc. Ne recherchez pas une viande trop grasse, le cheval garde mal sa graisse pendant la cuisson, et la viande grasse, dès qu'elle est cuite, devient creuse.

Préparation culinaire. — Les observations suivantes permettront de fixer les conditions d'une bonne préparation de la viande :

1° Le cheval produit une viande noire qui a beaucoup d'analogie, par sa structure et son fumet, avec celle du cerf; c'est une véritable venaison à fibres, un peu lâches et ondulées; sa contexture lui donne, surtout quand elle est toute fraîche, une élasticité désagréable à la dent.

2° La viande contient peu de jus et l'abandonne à la moindre cuisson. Sa graisse est presque entièrement constituée par de l'oléine (graisse liquide); à peine laisse-t-elle déposer de 10 à 20 pour 100 de graisse concrète à la température de 15 degrés. En raison de cette fluidité, elle sort de la viande à la plus légère chaleur, en même temps que le jus, de sorte qu'un morceau de cheval, mis au pot-au-feu comme à l'ordinaire, ne représente plus, après la cuisson, qu'une masse fibreuse dépourvue de saveur. Il faut noter que la graisse de cheval est d'une finesse et d'une légèreté extrêmes; sa faible odeur est celle du saindoux. Elle peut avantageusement remplacer, dans les usages culinaires, toutes les graisses ordinairement employées; elle peut même être utilisée comme huile, dans les salades ou vinaigrettes; c'est une excellente graisse à friture.

3° Enfin, la viande de certains chevaux (probablement les entiers) répand un fumet exagéré.

De ce qui précède on peut conclure :

Que la viande de cheval ne doit pas être bouillie;

Que, pour la broche ou le gril, il est nécessaire de l'*attendre* quelques jours et même de la mariner;

Que sa meilleure préparation consiste à la cuire dans son jus, sous forme, soit de *cheval à la mode*, soit de daube ou de pâté; ces derniers valent ceux du gibier;

Que la cuisson doit *saisir* la viande pour lui permettre de conserver son jus et sa graisse à l'intérieur. Ainsi, on pourrait arriver à en faire un beau morceau de bouilli, à la condition de plonger la viande dans l'eau bouillante et de la faire cuire rapidement; il est vrai qu'alors le bouillon n'existera pas. Mais, comme le bouillon est nécessaire à nos habitudes, on pourra toujours en préparer de fort bon avec le cheval, à la condition de ne pas compter sur le bouilli lui-même. La manière de le préparer est la même que pour le bœuf, avec la précaution de bien surveiller l'écume et de l'enlever dès qu'elle se présente, car elle a une grande tendance à retomber. Pour être sûr d'obtenir un bouillon clair et de bonne apparence avec un morceau quelconque, on peut ajouter au pot-au-feu un quart ou un cinquième de débris de bœuf.

Dans les fourneaux économiques, si l'on éprouve quelque difficulté à produire un bouillon limpide, on pourra délayer dans l'eau froide, avant d'y introduire la viande, soit du blanc d'œuf (un blanc pour 12 à 15 litres), soit 1/2 pour 100 d'albumine sèche, l'ébullition donnera, dans ce cas, une écume ferme et facile à enlever. En restituant à la viande bouillie la graisse et la saveur qui lui manquent, on en fera des ragoûts très-mangeables au moyen de la graisse de cheval elle-même et de l'emploi de quelques légumes de haut goût, tels qu'oignons, tomates, céleri ou autres.

CXXII. **Ambulances.** — M. ALISON, interne des hôpitaux, publie dans la *Gazette médicale* les considérations suivantes sur une *nouvelle méthode de transport pour les blessés et de contention dans le traitement des blessures.*

M. le docteur Bastien, transportant dans le domaine de la chirurgie un grand nombre de tissus, paille, osier, lattes, etc., jusqu'alors spécialement en usage dans l'industrie, a pu réaliser une série d'appareils destinés à rendre de grands services, qu'il s'agisse du simple transport ou du pansement définitif des blessés. Nous nous proposons de faire connaître chacun des appareils nouveaux que ce chirurgien emploie dans son ambulance de la presse, rue Tournefort, 39. Nous décrirons d'abord le brancard osier-paille, puis un certain nombre d'appareils à contention et de gouttières-écharpes contenus dans ce que nous désignerons sous le nom de sac d'ambulance, puis enfin une série de gouttières et d'attelles droites ou courbes, avec ou sans articulation, roides, extensibles ou élastiques, fixes ou mobiles dans le sens de leur largeur aussi bien que de leur longueur.

ART. 1er. — DU BRANCARD OSIER-PAILLE (1).

Le brancard osier-paille du docteur Bastien est surtout remarquable :

1° Par la modicité de son prix; il ne revient qu'à 5 francs sans gouttière et 7 fr. 50 c. avec gouttière, tandis que les brancards que l'on emploie à l'armée coûtent de 20 à 40 francs;

2° Par la facilité de son transport, puisqu'il est d'une grande légèreté et que l'on peut aisément le porter, soit étalé comme une toile, soit plié ou enroulé sur lui-même;

3° Par la facilité que l'on a à se le procurer; car ce tissu (paille et osier) est très-répandu, et un seul homme peut en un seul jour en fabriquer, quel que soit l'endroit où il se trouve, de 100 à 120 mètres. Il suffit donc qu'il y ait à la suite des armées un simple métier à tisser pour que ce brancard puisse se fabriquer à volonté;

4° Par ses usages; au point de vue chirurgical, on peut s'en servir tout à la fois comme brancard, comme gouttière et comme attelle, et nous ajoutons, au point de vue hygiénique, comme excellent lit de camp, son tissu étant très-mauvais conducteur de l'humidité.

(1) Ce brancard est fabriqué par M. Dorléans au palais de l'Élysée, et les prix que nous donnons ici sont ceux du fabricant.

Les parties qui composent ce brancard sont :

1° Un tissu formé de paille et d'osier, et que nous désignerons sous le nom de toile;

2° Deux bâtons;

3° Deux paillassons.

1° *De la toile.*

Elle a de 2 mètres à $2^m,30$ de longueur et $6^m,75$ de largeur. Son excès de longueur sur la longueur moyenne du corps permet de la replier à chaque extrémité, au niveau des pieds et de la tête; en bas, afin de permettre à la plante des pieds de s'appuyer sur un petit coussinet destiné à maintenir le pied et à l'empêcher de se porter en dedans ou en dehors; en haut, pour donner un oreiller à la tête du blessé. Le tissu de la toile peut être de plusieurs sortes :

1° De petites poignées de paille semblables à celles qui forment les paillassons de jardin, et dans lesquelles se trouve incorporée une baguette d'osier;

2° De petites poignées de paille semblables aux précédentes et renfermant aussi comme elles une petite baguette d'osier, mais chacune de ces poignées alternant avec de petites poignées d'osier ou avec une seule baguette un peu forte;

3° Enfin, de petites poignées renfermant chacune cinq ou six petites baguettes d'osier ou de tout autre bois.

Chacune de ces poignées, quel que soit le genre de tissu que l'on emploie, est disposée en travers dans toute la longueur du brancard, et cette disposition nous a semblé avoir de grands avantages. Elle permet à la toile de se replier et de se soulever en un point quelconque de sa longueur, au niveau du genou, par exemple, si l'on veut donner au membre une position intermédiaire à la flexion et à l'extension. En la repliant dans la partie qui correspond à la partie supérieure du corps, on fournit un point d'appui au tronc du blessé lorsque celui-ci peut être porté assis. Ce tissu osier-paille a été choisi parce qu'il est tout à la fois doué d'un degré d'élasticité qui lui permet de s'incurver au niveau des saillies comme l'épaule, sans les comprimer, comme le font les brancards de toile; d'assez de résistance pour fournir des points d'appui solides aux lacs, avantage que l'on ne peut obtenir avec aucun autre tissu flexible, et enfin d'assez de perméabilité pour se laisser traverser facilement par tous les liquides, quels qu'ils soient. Mouillé, le tissu de ce brancard se séchera facilement, pourvu que l'on ait soin de le dresser, suivant la longueur des poignées. Ce tissu est divisé, suivant sa longueur, par des tresses espacées de $0^m,10$ environ et faites au moyen de ficelles goudronnées, ce qui les rend imputrescibles, tout en augmentant leur solidité. De plus, dans huit ou dix poignées d'osier sont incorporées et arrêtées des ficelles qui viennent former en se réunissant autant de coulisses placées sous la face inférieure de la toile. Chacune des ficelles qui entrent dans le tissage et celles qui forment les coulisses sont expérimentées à plus de 60 kilogrammes. On ne doit donc pas craindre leur rupture, surtout si l'on songe qu'une partie seulement du poids du blessé porte sur elles, les bâtons n'ayant que peu de tendance à s'écarter. Les coulisses dont j'ai parlé sont destinées à recevoir les bâtons.

2° *Des bâtons.*

Les bâtons sont carrés; mais à leurs extrémités ils sont plus hauts que larges, disposition qui permet d'éloigner la toile du sol en formant de petits pieds.

Le moyen le plus rapide de placer les bâtons sous les coulisses est de prendre les ficelles d'une main pendant que de l'autre on engage le premier bâton entre elles et la toile, puis on glisse le second parallèlement au premier et suivant son côté interne. Pour que ces bâtons ne se déplacent pas suivant leur longueur, on les fixe à l'aide de petits crochets aux barrettes qui sont aux extrémités.

3° *Des paillassons.*

Les paillassons jouent un rôle considérable dans ce bracard. Ils sont en effet disposés de façon à servir d'appareils de contention et de gouttière-attelle, soit pour le tronc, soit pour les membres. Si le blessé n'est atteint d'aucune affection exigeant un moyen de contention spécial, les paillassons forment, en recouvrant le brancard, une sorte de matelas sur lequel le blessé est parfaitement à son aise. Si au contraire le malade a une fracture ou une plaie grave de l'une ou des deux cuisses ou jambes, de l'un ou des deux bras, ou du tronc lui-même, les paillassons remplissent alors tout à la fois le double rôle de gouttière et d'attelle. Si une fracture, par exemple, ne porte que sur un membre, on replie, après avoir préalablement placé le paillasson sur le brancard avant d'y mettre le blessé, deux ou trois fois sur eux-mêmes, et suivant une largeur de trois ou quatre poignées, les bords latéraux du paillasson, puis on le serre par les lacs autour du membre blessé. Une fracture, par exemple, existe-t-elle, au contraire, simultanément sur les deux membres inférieurs, on soulève le paillasson dans son milieu, dans l'intervalle des deux jambes, de façon à avoir une sorte d'attelle médiane pouvant servir pour les deux membres, puis on replie les bords latéraux des paillassons et l'on sert le tout au moyen de lacs, comme il a été dit plus haut. Lorsqu'on ne peut étendre le membre inférieur ou lorsqu'on veut le mettre dans une flexion plus ou moins prononcée, on peut soulever la toile au niveau du genou à l'aide d'un des paillassons restés libres, ou de tout autre objet, pourvu que l'on ait le soin de ne pas comprendre dans les bâtons la ficelle qui correspond à ce point; de cette façon, le membre repose sur un double plan incliné. La gouttière-attelle en paille donne, si elle est bien placée, une contention supérieure à celle donnée par l'appareil de Scultet, le plus régulièrement placé. On peut, si on le juge convenable, lui donner de la résistance en incorporant aux poignées de paille de petites languettes d'osier ou de bois.

Des lacs. — A quel endroit faut-il placer chacun des lacs?

Nous pouvons d'abord établir que, parmi ces lacs, les uns servent à fixer le membre dans la gouttière, les autres à fixer la gouttière sur la toile. Pour ces derniers, qui sont des lacs de convention pour les jointures, on devra les placer vis-à-vis des articulations, ce qui aura, outre l'avantage d'immobiliser les jointures, celui de faciliter, si on le veut, le soulèvement de la toile et la formation du double plan incliné. Les autres étant surtout destinés à immobiliser les membres réduits en fragments doivent se placer suivant les solutions de continuité, c'est-à-dire, d'une manière générale, au milieu de la cuisse et au milieu de la jambe, et pour le membre supérieur, l'un au milieu de l'avant-bras et l'autre au milieu du bras. Or les tresses des gouttières sont espacées de manière que, en mettant un lac sur la seconde tresse, un autre sur la quatrième, ces lacs correspondent au milieu des segments inter-articulaires. Quant aux lacs de la toile, ils doivent être placés sur les tresses longitudinales, sur un point intermédiaire aux tresses sur lesquelles se trouvent placés les lacs de la gouttière; ces derniers correspondent alors aux articulations. Et ainsi l'on a, s'il ne s'agit que de former une seule gouttière, cinq lacs dont deux, ceux de la gouttière, correspondent, l'un au milieu de la jambe, l'autre au milieu de la cuisse, et dont les trois autres, ceux du brancard, correspondent, l'un à l'articulation du cou-de-pied, le second à l'articulation du genou et le troisième à l'articulation de la hanche. Mais si l'on veut faire avec ce paillasson une double gouttière servant à la fois pour les deux membres inférieurs, ce que nous conseillons toujours de faire même lorsque la fracture ne porte que sur un seul membre, le membre sain servant alors d'attelle au membre blessé, il faut, de plus, fixer deux petits lacs sur la poignée médiane qui est au sommet du pli qui sépare les deux jambes.

Nous venons de parler de la gouttière-attelle simple ou double du membre inférieur. Pour le membre supérieur, le docteur Bastien ajoute à son brancard un second paillasson remplissant aussi le rôle de gouttière-attelle. Sur ce paillasson-gouttière se trouvent deux lacs destinés à maintenir les fragments du membre supérieur, tandis que deux autres lacs placés sur la toile, mais dans l'intervalle des premiers, servent aussi comme pour le membre inférieur à immobiliser les articulations du poignet et du coude. Si le blessé est atteint d'une plaie du tronc ou d'une fracture de la colonne vertébrale, on se sert alors du paillasson, presque toujours resté libre dans ce cas, du membre inférieur, et l'on forme de la même façon une gouttière-attelle pour le tronc.

M. Larrey pense que, dans certains cas, l'incurvation du brancard n'est peut-être pas suffisante. Pour l'augmenter, il propose de disposer, suivant sa longueur, le tissu qui le constitue. M. Bastien a eu alors l'idée de décomposer la toile de son brancard en trois paillassons imbriqués de telle façon que celui qui est destiné aux membres inférieurs recouvre celui du milieu et que celui-ci recouvre le paillasson destiné à la tête. Chacun de ces paillassons a de $0^m,75$ à $0^m,80$ de longueur et de largeur. La décomposition de ce brancard en trois paillassons a pour avantage de pouvoir les disposer tous suivant leur longueur ou seulement celui des jambes et celui du tronc suivant leur longueur, tandis que celui qui correspond à la tête est en travers. Sur la poignée médiane de chacun des paillassons sont disposées des ficelles que l'on peut nouer à volonté sur les barrettes qui unissent les deux bâtons, si l'on veut les empêcher de glisser. Les bâtons, semblables à ceux du brancard précédent, sont réunis entre eux non-seulement par deux ou trois petites barres en bois, mais encore par une ou deux sangles articulées de façon à faciliter le rapprochement des bâtons jusqu'à leur contact. Les lacs sont disposés de la même façon et en même nombre que dans chacune des parties correspondantes du brancard précédent. Ce brancard décomposé ne revient pas plus cher que le brancard à toile continue, les barrettes et les sangles compensant le prix du brancard précédent. Au lieu de disposer sur le porte-tolle précédent, composé par les bâtons et les barrettes, de simples paillassons-gouttières, on peut y placer une grande gouttière en osier ou en bois, ce qui a pour avantage de faciliter le transport du blessé, celui-ci n'ayant pas besoin d'être déplacé, quel que soit le moyen de transport. Ces gouttières fonctionnent du reste déjà dans les ambulances de la presse.

30 OCTOBRE

CXXIII. **Alimentation publique.** — La viande de cheval entre tellement dans l'alimentation, que l'administration est contrainte de ménager nos ressources et, en date du 25 octobre, prend l'arrêté suivant :

Art. 1er. Six cents chevaux seulement seront vendus pour la boucherie à chacun des marchés de chaque semaine.

Art. 2. L'entrée du marché ne sera autorisée que pour huit cents chevaux, parmi lesquels la commission vétérinaire en choisira la quantité de six cents destinée à être abattue.

Art. 3. Un contrôle établi à la porte du marché constatera les entrées, et les portes seront fermées aussitôt que huit cents chevaux auront été introduits.

Art. 4. Le préfet de police est expressément chargé de l'exécution du présent arrêté.

31 OCTOBRE

CXXIV. **Municipalité.** — Par décret en date du 30 octobre, M. le docteur Grimaux a été nommé adjoint au maire du 18e arrondissement.

CXXV. **Décret par lequel la Patrie adopte les orphelins de la guerre.** — Le Gouvernement de la défense nationale,

Considérant que, dans la crise suprême que traverse la France, tous les citoyens doivent se lever, combattre et, s'il le faut, mourir pour chasser l'étranger;

Considérant qu'en retour de leurs sacrifices, ils sont en droit d'attendre pour leurs familles l'appui de la Patrie,

Décrète :

Article unique. La France adopte les enfants des citoyens morts pour sa défense.

Elle pourvoira aux besoins de leurs veuves et de leurs familles qui réclameront le secours de l'État.

GÉNÉRAL TROCHU, JULES FAVRE, EMMANUEL ARAGO, GARNIER-PAGÈS, ERNEST PICARD, JULES FERRY, EUGÈNE PELLETAN, HENRI ROCHEFORT, JULES SIMON.

CXXVI. **Bulletin des décès.** — Notre confrère, le docteur Decaisne, publie dans la *France* les réflexions suivantes :

La mortalité générale augmente sensiblement chaque semaine.

Elle donnait 1,746 décès la semaine dernière; elle en accuse aujourd'hui 1,878. Si l'on prend maintenant les chiffres du mois dernier, on trouve, par exemple, que du 4 au 10 septembre, il y a eu 981 décès à Paris, tandis que du 23 au 29 octobre, pendant le même nombre de jours, on en compte 1,878.

Mais il faut bien dire que chaque année, à cette époque, il y a une recrudescence dans la mortalité; en outre, l'augmentation subite des cas de variole pour les raisons que nous avons déjà données, les décès par suite de blessures de guerre, mille causes enfin, de maladies et de débilitation qui, sans avoir aucun caractère épidémique, doivent jusqu'à un certain point être mises sur le compte du blocus, tout cela, je le répète, explique jusqu'à un certain point le chiffre considérable des décès à Paris que nous donnons aujourd'hui, et ne doit pas effrayer la population.

Mais ce qui doit nous inquiéter tous, c'est le sort des petits enfants par ces temps de misère. Il ne faut pas se le dissimuler, la mortalité est considérable parmi eux, et je n'ai pas besoin d'en donner les raisons, mais je reviens encore une fois sur la nécessité de leur réserver tout le lait qu'on peut se procurer encore à Paris. C'est une question d'humanité, c'est une question de vie ou de mort pour un grand nombre de ces pauvres petits êtres. Il est si facile d'ailleurs de faire violence à ses goûts sur ce point. Nous savons que l'administration a pris des mesures dans ce sens, et qu'elle les fait exécuter. A ce propos, nous dirons que nous sommes témoins chaque jour des efforts que fait le comité d'hygiène et de salubrité, et nous applaudissons vivement à toutes les mesures qu'il prend pour préserver la population des dangers qui peuvent menacer la santé publique dans les cruelles circonstances que nous traversons.

Les maladies qui donnent une augmentation plus ou moins sensible de décès cette semaine sont :

La variole, qui de 360 arrive à 378.
La fièvre typhoïde, de 55 à 62.
La bronchite, de 70 à 77.
La pneumonie, de 66 à 71.
La diarrhée, de 76 à 99.
La dyssenterie; de 23 à 49.

Voici, du reste, la liste des décès causés par les principales maladies régnantes, du 23 au 29 octobre :

Variole, 378; scarlatine, 9; rougeole, 5; fièvre typhoïde, 62; érysipèle, 8; bronchite, 77; pneumonie, 71; diarrhée, 99; dyssenterie, 49; choléra, 1; angine couenneuse, 7; croup, 5; affections puerpérales, 8.

AVIS

Avec le n° 138 (29 novembre 1870) se termine la collection de ceux de nos souscripteurs dont l'abonnement expirait le 30 novembre dernier.

Nous prions très-instamment nos confrères de vouloir bien nous adresser le montant de leur renouvellement en un mandat sur la poste à l'ordre du Directeur de la *Gazette des Hôpitaux*.

Ce mode de payement est le plus *sûr* et le plus *économique*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Curation des maladies organiques de la langue et des cancers en général, par le docteur Déclat. Gr. in-8. — Prix : 8 fr.

Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte, rédigé par Benj. Anger, Bailly, Barrallier, Bernutz, P. Bert, Bœckel, Buignet, Cusco, Demarquay, Denucé, Desnos, Desormeaux, A. Després, Devilliers, Alfr. Fournier, Ach. Foville, T. Gallard, H. Gintrac, Gombault, Gosselin, A. Guérin, A. Hardy, Heurtaux, Hirtz, Jaccoud, Jacquemet, Kœberlé, O. Lannelongue, S. Laugier, Ledentu, P. Lorain, Lunier, Luton, A. Nélaton, A. Ollivier, Oré, Panas, Péan, M. Raynaud, Richet, Ph. Ricord, Jules Rochard (de Lorient), Z. Roussin, Saint-Germain, Ch. Sarazin, Germain Sée, Jules Simon, Siredey, Stoltz, A. Tardieu, S. Tarnier, Valette, Verjon, Aug. Voisin.

Directeur de la rédaction : le docteur Jaccoud.

Se composera d'environ 25 volumes grand in-8 cavalier de 800 pages. Prix de chaque volume de 800 pages avec figures intercalées dans le texte : 10 fr.

Les tomes I et XIII sont en vente. Le tome XIII comprend 800 pages avec 150 figures. Les principaux articles sont : Encéphale, par Jaccoud, Hallopeau et S. Laugier; Endémie, par J. Rochard; Endocarde, par Jaccoud; Endoscope, par Desormeaux; Entozoaires, par L. Vaillant et Luton; Épaule, par Panas; Épidémies, Épidémiques (maladies), par P. Lorain; Épilepsie, par Aug. Voisin; Épithélium, par Ranvier; Érectiles (appareils, mouvements, tumeurs), par Bœckel, etc.

Armées en campagne. — Considérations relatives aux hommes et aux chevaux. — Prix : 2 fr., au profit des pauvres.

Études sur les fistules vésico-intestinales, par M. Blanquinque (E.), 1 vol. in-8. 1870. — Prix : 2 fr.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois.. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — Documents pour servir à l'histoire du mouvement scientifique pendant le siége de Paris. — Avis. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 24 avril 1871.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

27 OCTOBRE.

CXXVII. **Académie des sciences.** — L'Académie tient séance.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 31 octobre 1870. — Présidence de M. LIOUVILLE.

Hygiène publique. — M. E. FRÉMY fait la communication suivante sur l'*Emploi de l'osséine dans l'alimentation.*

Dans les circonstances actuelles, des devoirs importants et nombreux sont imposés à la chimie. Elle intervient dans les questions qui se rapportent à l'armement, en transformant les rails Bessemer en aciers destinés à nos chassepots et à nos mitrailleuses; elle retire le salpêtre des matériaux de démolition; elle fabrique des poudres brisantes pour les bombes et les torpilles. La chimie s'occupe aussi des subsistances; elle conserve celles qui peuvent s'altérer et recherche constamment si elle ne peut pas fournir à l'alimentation quelque principe utile, négligé jusqu'à présent.

En me plaçant à ce dernier point de vue, je viens conseiller de faire entrer, pour une certaine part, dans notre alimentation, l'*osséine*, qui est la matière organique des os.

Je n'ai pas l'intention de revenir en ce moment sur la question relative aux propriétés nutritives de la gélatine.

Je crois cependant que cette discussion devra nécessairement être reprise, parce que, dans le rapport fait à l'Académie sur l'emploi de la gélatine comme aliment, on trouve certaines assertions que la chimie et la physiologie ne peuvent plus accepter aujourd'hui.

Le corps que je propose à l'alimentation actuelle n'est pas de la gélatine, mais de l'*osséine*. On sait que ces deux substances sont isomériques, comme l'amidon est isomère de la dextrine, mais qu'elles n'ont pas les mêmes propriétés.

La gélatine est un corps qui n'existe pas tout formé dans l'organisme; il est le produit d'une transformation chimique; il résulte de l'action de l'eau et de la chaleur sur le tissu osseux : la gélatine est, comme on le sait, complétement soluble dans l'eau, tandis que l'osséine est insoluble et véritablement organisée; c'est le tissu osseux qui a perdu ses éléments calcaires; on peut comparer l'osséine aux tendons, à la peau et même aux tissus fibrineux. Ces explications font comprendre la différence considérable qui, au point de vue de l'alimentation, peut exister entre la gélatine et l'osséine : dans l'acte digestif, une substance insoluble comme l'osséine doit se comporter autrement que la gélatine qui est soluble.

En proposant de faire entrer l'osséine dans l'alimentation, je dois, pour éviter toute méprise ou tout malentendu, m'expliquer catégoriquement sur le rôle que cette substance peut jouer, selon moi, dans la préparation des aliments.

Je suis loin de dire que l'osséine puisse tenir lieu de pain et de viande; je sais qu'une substance employée seule ne peut jamais suffire longtemps à l'alimentation, et je regrette que l'on n'ait pas encore réfuté l'assertion suivante, que je trouve dans les conclusions du rapport fait à l'Académie sur les propriétés nutritives de la gélatine : « Le gluten, tel qu'on l'extrait de la farine de froment ou de maïs, *suffit à lui seul* à une nutrition complète et prolongée. » Une nutrition ne peut être complète et prolongée que par l'emploi des aliments complexes, comme le lait et le pain, qui présentent l'association convenable des éléments minéraux et organiques utiles à l'économie animale. Le gluten, c'est-à-dire la farine privée d'amidon, de corps gras, de substances solubles, n'est donc pas un aliment complet.

L'osséine prise seule ne peut pas être alimentaire pendant longtemps; sous ce rapport, elle ne diffère pas de la fibrine, de la caséine et de l'albumine; mais, en l'associant à d'autres corps qui complètent son action physiologique, j'affirme que l'osséine peut jouer dans l'alimentation le même rôle que les substances azotées qui forment la base de notre nourriture. Je crois donc que nous avons un grand intérêt à demander en ce moment à l'industrie l'extraction économique de l'osséine.

Cette préparation est rapide et ne présente aucune difficulté; je l'ai rappelée dans le mémoire que j'ai publié, il y a déjà longtemps, sur la composition des os : c'est elle qui m'a permis de déterminer avec exactitude la quantité d'osséine qui se trouve dans les différents tissus osseux.

Pour obtenir industriellement l'osséine, il suffit de scier en lames minces les os une fois dégraissés et de les soumettre pendant quelque temps à l'action de l'acide chlorhydrique étendu d'eau. Le résidu organique, après des lavages et une dessiccation, n'est autre que l'osséine; ce corps ainsi préparé peut se conserver indéfiniment. Quant aux eaux acides qui résultent de cette opération, elles ne sont pas sans valeur; en les saturant par de la chaux, elles laissent précipiter du phosphate de chaux que l'agriculture utilise aujourd'hui avec tant de profit.

Sachant que les fabricants de gélatine exécutent les opérations que je viens de décrire, lorsqu'ils veulent obtenir la gélatine alimentaire, je me suis mis en rapport avec un habile industriel, M. Bonneville, qui a bien voulu me donner toute l'osséine utile à mes essais. M. Bonneville est persuadé que les fabricants de gélatine pourraient fournir en peu de temps à la consommation de Paris des quantités considérables d'osséine et que le prix de cette substance serait beaucoup moins élevé que celui de la gélatine.

Les os provenant des abatages sont en ce moment presque complétement perdus; ils pourront donner environ 35 pour 100 d'osséine.

Cette communication serait évidemment incomplète, si je ne parlais pas des essais que j'ai entrepris, avec le concours empressé et intelligent de M. Balvay, dans le but de déterminer le mode d'emploi de l'osséine dans l'alimentation.

L'osséine retiré des os par l'action de l'acide chlorhydrique est dure, élastique et coriace; sous cette forme, elle n'est pas comestible; mais lorsqu'on la soumet à l'action de l'eau bouillante, elle se gonfle et se transforme en une substance molle; l'osséine, une fois cuite, présente la plus grande analogie avec une foule de tissus fort recherchés dans l'alimentation.

Pour employer l'osséine comme aliment, il faut la laisser gonfler lentement dans de l'eau froide et la faire bouillir ensuite, pendant une heure environ, dans de l'eau salée et aromatisée par les méthodes ordinaires. L'eau gélatineuse provenant de cette cuisson peut déjà être utilisée dans la préparation de certains aliments. Quant à l'osséine cuite dans les conditions que je viens d'indiquer, elle possède une saveur agréable et peut recevoir facilement tous les assaisonnements culinaires, comme je l'ai reconnu dans un repas auquel j'ai pris part.

En résumé, je n'hésite pas à déclarer que les os qui sont perdus en ce moment peuvent fournir à l'alimentation un tissu azoté abondant, nutritif et imputrescible : je demande donc que la fabrication industrielle de l'osséine alimentaire soit immédiatement entreprise.

M. CHEVREUIL. Je partage tout à fait l'opinion de M. Frémy, relativement à la différence existant comme aliment entre un tissu qui donne de la gélatine et cette gélatine (1). Depuis longtemps j'ai considéré la *cuisson* comme tendant à *simplifier* beaucoup de matières organiques dans leur composition en les rapprochant des *composés minéraux d'une composition moins complexe* (1). Je considère donc depuis longtemps la gélatine comme moins nutritive que les tissus organisés qui la donnent. Il y a plus, c'est que tout ce qu'on appelle *gélatine* n'est pas dans une condition unique relativement à la qualité alimentaire. Ainsi, sans refuser absolument cette qualité à la gélatine quand elle sera associée à quelque autre matière décidément alimentaire, j'admets qu'une gélatine dont la solution concentrée se prend en gelée par le refroidissement est plus alimentaire qu'une gélatine qui a bouilli longtemps ou qui a été préparée avec de la vapeur surchauffée, de manière que la solution ne se prend plus en gelée par la concentration et le refroidissement.

Je sais, par ma propre expérience, que le tendon du bouilli qui, en conservant sa solidité, a été gonflé par l'eau, et aussi le tissu cellulaire qui n'est point passé à l'état de gélatine dans le bouillon, sont réellement nutritifs.

Enfin, en parlant de l'assimilation de la matière aux êtres vivants, dans l'ouvrage *De la méthode à posteriori expérimentale* (2), que j'ai présenté à l'Académie à la fin de l'année dernière, j'ai insisté sur les raisons qu'il y a de croire que dans l'assimilation de la matière minérale aux plantes il y a un phénomène inverse de la *cuisson*, que j'ai appelé *décuisson*, phénomène qu'il est difficile de se refuser à admettre dans l'homme, où les principes immédiats pris à l'état cuit se retrouvent à l'état cru dans les liquides des organes et dans les tissus qui les renferment.

Le goût du sel, du poivre, du laurier-sauce, en un mot des assaisonnements comprenant des matières qui peuvent affecter le goût et l'odorat, explique en partie la préférence que l'on donne aux viandes cuites relativement aux viandes crues; car presque toujours la chaleur développe des aromes très-variés recherchés du gourmet, ainsi que je l'ai démontré il y a longtemps (3) et rappelé récemment à l'Académie (4).

C'est dans la classe des *assaisonnements* que rentrent les principes odorants acides du beurre, des fromages et d'autres aliments fermentés. Bien des gens seraient étonnés d'apprendre où l'un de ces acides existe. Mais, pour être vrai, il ne faut pas oublier que dans le fromage il existe plusieurs principes immédiats essentiellement nutritifs.

On a parlé dans ces derniers temps de la nécessité d'une matière grasse pour l'alimentation, et c'est avec raison; mais l'on aurait dû s'expliquer sur la nature de cette matière, parce qu'elle est très-variée quant aux espèces comprises dans cette dénomination, et indubitablement les propriétés essentielles de chacune de ces espèces ne sont point indifférentes à l'alimentation.

Ainsi des carbures d'hydrogène binaires, la cholestérine, une matière cireuse fusible à 63 degrés, la cétine, la stéarine, la margarine, l'oléine, la butyrine et des essences sulfurées, des huiles phosphorées, ne doivent pas être confondus sous la dénomination générale de matière grasse.

J'ai signalé, il y a longtemps, l'existence de matières grasses dans les farines des céréales, notamment dans celle du froment. J'en ai démontré la préexistence dans l'amidon et le gluten, aussi bien que dans les tissus d'origine animale où Berzélius en niait l'existence, soutenant qu'elles étaient produites par la réaction de l'alcool ou de l'éther au moyen desquels on les extrait.

M. DUMAS rappelle qu'il a été témoin, en 1816, à Genève, pour l'alimentation des populations pauvres de la Savoie, des bons effets obtenus par l'emploi du parenchyme des os dépouillés de sels calcaires par les acides. On l'employait à préparer des soupes économiques.

Quelques années après, il constatait, comme membre de la commission de la gélatine et chargé de toutes les analyses, combien, au contraire, la gélatine extraite des os par la vapeur inspirait de doutes et soulevait de difficultés.

En conséquence, au moment où il signalait, il y a quelques semaines, le parti qu'on pouvait tirer des os comme aliment, il indiquait, de préférence à la gélatine des os extraite par la vapeur, l'emploi du parenchyme qu'ils laissent après le traitement par les acides. Par suite, divers industriels ont offert leur concours à l'administration. M. Demongeot, ingénieur des mines, chargé de la direction du service important de l'alimentation par les produits fournis par le bétail, leur a donné les facilités nécessaires.

Les os traités par les acides, on le sait, laissent un tissu parenchymateux qui, plongé dans l'eau bouillante et retiré au bout de deux minutes, puis plongé dans une dissolution gélatineuse chaude et concentrée, reste, en se desséchant, couvert d'un vernis qui l'abrite et qui préserve de rancissement la graisse dont il est encore

---

(1) Voir le dernier numéro.

(1) Le passage suivant, extrait du compte rendu de la séance du 21 août 1851 de la Société centrale d'agriculture, en fait foi. Il s'agissait d'une matière alimentaire préparée en Amérique par M. Ashbel-Smith, en mêlant à la farine de froment une sorte de pâte de viande cuite à la vapeur, puis séchée dans un four. Ce mélange appelé *meetbeef* est formé, selon Playfair, de 32 de matière azotée et de 68 de matière farineuse.

Voici ce qu'on lit aux pages 759 et 760 du compte rendu cité :

« .. Relativement à ce qu'a dit M. de Kergolay des travaux de M. Darcet sur la gélatine, M. Chevreul présente des observations sur les expériences qui ont eu lieu à cette époque.

« Lorsqu'on s'est occupé, dit-il, de la gélatine, les idées sur l'alimentation étaient peu avancées; si à cette époque une discussion scientifique se fût établie, peut-être n'aurait-on pas été aussi loin dans des essais qui ont eu des résultats fâcheux. Il est certain, ajoute M. Chevreul, que les aliments destinés à l'homme doivent être *très-complexes de leur nature*. Le biscuit qu'on vient de présenter à la Société est un des *arguments les plus forts en faveur d'une thèse qu'il a soutenue il y a longtemps*, en supposant, bien entendu, que *cette préparation renferme*, comme on le dit, *toute la matière azotée de l'animal* qui a servi à la confectionner, mêlée avec de la farine de froment. Quand on a voulu déterminer la valeur nutritive des aliments, si on a bien fait de les soumettre à un dosage élémentaire, parce que les aliments contenant de l'azote sont, sans doute, supérieurs aux autres, cependant il s'en faut que les substances contenant une même quantité d'azote soient toujours également avantageuses pour l'alimentation, attendu qu'il y a un *certain arrangement moléculaire des atomes dont il faut tenir compte*. En effet, *moins l'arrangement des molécules des principes immédiats de la viande est modifié par les préparations culinaires, meilleur est l'aliment, en général, parce qu'en général, plus cet arrangement a été modifié par l'action de la chaleur, par exemple, plus il tend à se rapprocher d'une matière inorganique; conséquemment, plus un tissu susceptible de donner de la gélatine aura été fortement cuit, de manière à devenir absolument soluble dans l'eau froide, plus il perdra de sa qualité alimentaire primitive*. Du reste, les échantillons de *meetbeef* présentés seront remis à l'examen d'une commission spéciale.

. . . .

M. Chevreul fait observer que dans le *meetbeef* il y a deux choses réunies : de la farine qui est une matière solide, et de la viande devenue, dit-on, soluble.

. . . .

Dans la farine de froment, on a trouvé des matières qui correspondent, par leurs propriétés immédiates, aux matières qui existent dans les animaux, savoir, des *matières grasses*, *des matières albumineuses et fibreuses*, des phosphates terreux; c'est ce qui *explique les bons effets des graines des céréales pour la nourriture des animaux*. En résumé, M. Chevreul estime que la réunion de deux substances aussi nutritives que la farine et la viande, opérée par un procédé qui permet de donner sous un petit volume une quantité considérable de nourriture, a un grand avantage, si, comme on l'avance, les matières mêlées n'ont pas perdu, par ce procédé, les propriétés nutritives dont elles sont douées. »

On voit par cette note que depuis vingt ans je suis de l'opinion de M. Frémy.

(1) Il faut comprendre que cette *simplification* ne porte pas sur le *nombre* des principes immédiats après la cuisson de la matière organique, mais sur la *composition des principes cuits*, moins complexe en général que la *composition des principes crus*. Par exemple, c'est ce qui arriverait à un *principe immédiat* qui par la cuisson donnerait de l'eau, de l'acide carbonique, de l'ammoniaque, etc., etc.; car évidemment l'eau, l'acide carbonique, l'ammoniaque, etc., etc.. sont plus simples que le principe immédiat cru.

(2) Paragraphes 8 et 9, de la page 223 à la page 255 inclusivement.

(3) *Rapport sur le bouillon de la Compagnie hollandaise*, fait à l'Académie des sciences le 19 mars 1832.

(4) *Compte rendu* de la séance du 15 octobre 1870, p. 490.

imprégné. Cette préparation est connue depuis longtemps. Elle est décrite dans le *Traité de Chimie appliquée aux arts* (1844).

Ce parenchyme des os, que notre savant confrère nomme *osséine* avec MM. Verdet et Robin, constitue-t-il un mélange de divers produits ou une espèce? Telle n'est pas la question en ce moment.

Ce que M. Dumas, seul survivant de la Commission de la gélatine, tient à rappeler, c'est que cette Commission n'avait pas confondu le parenchyme des os et la gélatine qui en provient, et qu'elle avait constaté la supériorité du premier produit sur le second.

M. Dumas est convaincu que, si le parenchyme des os dépouillé par les acides et desséché n'existe pas dans le commerce depuis longtemps, cela tient surtout à la difficulté que l'on trouve à se procurer, pour une semblable fabrication, les os frais qui lui sont indispensables.

En résumé, soit que la gélatine extraite par la vapeur se trouve *cuite*, en employant cette expression dans le sens profond que lui attribue notre illustre doyen M. Chevreul, et que le parenchyme des os se trouve *décuit*, soit par d'autres causes complexes, M. Dumas regarde comme démontré depuis longtemps par l'expérience que le parenchyme des os est un aliment préférable à la gélatine des os extraite par la vapeur.

Notre savant confrère lui paraît donc être dans le vrai lorsqu'il ajoute le poids de son expérience récente à celui des anciens travaux auxquels la Commission de la gélatine avait consacré dix années de soins assidus.

Sans contester absolument à la gélatine un rôle alimentaire, lorsqu'elle était mêlée à d'autres aliments, cette Commission préférait, en effet, l'emploi de tissu des os dépouillé par les acides.

Ses expériences démontraient de plus que, parmi ces tissus, ceux qui contiennent une proportion plus forte de matière animale insoluble, comme les pieds de mouton, sont préférables à ceux qui renferment surtout une matière animale soluble, comme la tête de mouton.

Il y a donc profit à faire entrer dans la composition des aliments le parenchyme osseux en nature, tel que le laissent les acides, au lieu d'en extraire seulement la partie soluble qui constitue la gélatine proprement dite.

Les idées admises aujourd'hui au sujet du rôle des aliments ont souvent emprunté et n'ont rien changé d'ailleurs au travail de l'ancienne Commission de l'Académie (*Comptes rendus*, t. XIII), qui, fondé entièrement sur l'expérience, ne pouvait qu'être confirmé par l'expérience.

Les os fournissent donc quatre sortes de produits, ainsi rangés dans l'ordre utile comme aliments;

1° Parenchyme des pieds de moutons, isolé par les acides, contenant le plus de tissu insoluble et pouvant nourrir pendant un mois sans répugnance les animaux soumis à l'expérience;

2° Parenchyme des têtes de bœuf ou de mouton, contenant surtout des matières animales solubles; les animaux s'en dégoûtent au bout de cinq ou six jours;

3° Gélatine récente et inaltérée; les animaux la refusent où s'en dégoûtent bientôt lorsqu'elle est mise seule à leur disposition, mais elle peut être utilisée à l'état de mélange avec d'autres aliments;

4° Dissolutions gélatineuses altérées, même légèrement; elles excitent la répugnance des animaux et ne peuvent pas être employées, même à l'état de mélange avec d'autres aliments.

M. PAYEN, à l'appui de l'instante recommandation présentée par M. Fremy, en vue de décider l'application du tissu organique des os dans l'alimentation, dit qu'il ne serait pas même nécessaire de diviser en lames minces les os compactes et épais, opération d'autant plus dispendieuse qu'elle s'appliquerait aux gros os longs et en lames épaisses, dits de *travail*, employés dans la tabletterie. Le plus grand nombre des os d'un prix bien moindre, provenant de l'abatage des animaux, s'appliquent directement en effet dans les usines à la préparation du tissu organique désigné sous le nom d'*os amollis* : tels sont les divers os minces très-irréguliers ou très-poreux des têtes de bœufs et de moutons; ceux de l'intérieur des cornes qui, bien que volumineux, offrent relativement à leur masse une surface très-grande à l'action de l'acide en raison du nombre considérable des canalicules qui traversent toute leur épaisseur; les os très-minces d'omoplates des moutons; les côtes minces ordinairement concassées afin d'extraire par l'eau bouillante la matière grasse que recèle la partie spongieuse interne de ces os; la portion élargie des côtes de bœuf après que l'on en a obtenu les petits cercles dits *moules de boutons*; les os ainsi troués, désignés vulgairement sous le nom de *dentelle*, laissent une très-grande surface à l'action de l'acide, et n'ont qu'une faible valeur comparativement avec l'os de travail qui les a fournis.

C'est dans les mêmes vues que l'on applique à la préparation du tissu organique, dit *osséine*, les os de tibia des moutons.

Quant aux os d'omoplates des bœufs, ils sont réservés comme os de travail; on se borne à entamer avec une hachette les portions renflées contenant les parties spongieuses, afin que l'eau bouillante en puisse faire sortir la matière grasse.

On pourrait sans doute utiliser directement au profit de la nourriture de l'homme les tissus de chondrine qui terminent les portions planes des omoplates et des côtes, en introduisant ainsi une certaine variété de propriétés spéciales généralement favorable à l'alimentation.

Quant aux portions renflées des gros os longs fémurs du bœuf, on les sépare à la scie pour extraire la moelle, réserver la partie tubulaire au travail, et diviser à la hache ou concasser les bouts renflés afin de faire sortir par l'eau bouillante la graisse contenue dans ces parties spongieuses (1).

La matière grasse obtenue ainsi par l'eau bouillante (ou parfois directement) des parties tubulaires et spongieuses ouvertes, constituerait elle-même une excellente substance alimentaire, à la seule condition de traiter le plus promptement possible après l'abatage, pour éviter toute altération, ceux de ces os non destinés à être réunis à la viande dans le pot-au-feu. Ces derniers eux-mêmes forment une partie des matières premières de la fabrication des graisses d'os et du noir animal.

(1) Lorsqu'on les a laissés se dessécher au soleil, ces *os gras* ne fournissent plus de graisse à l'eau bouillante parce que cette matière fluidifiée s'est substituée à l'eau hygroscopique, et ne peut plus être extraite directement.

On conçoit naturellement que le traitement des os par l'acide chlorhydrique exclut toute cette partie du nombre des matières premières applicables à la fabrication du charbon d'os qui serait utilisé dans l'extraction et le raffinage du sucre.

M. Payen, en terminant, ajoute à l'appui des importantes considérations présentées par MM. Chevreul, Dumas et Frémy et de la démonstration expérimentale fournie par M. Edwards aîné sur les propriétés nutritives du tissu organique des os, ce fait qu'il avait observé et consigné dans les *Comptes rendus* à l'époque où M. Blondlot avait bien voulu mettre à sa disposition un chien muni d'une canule à l'estomac permettant l'extraction facile du suc gastrique. Ce suc, maintenu à la température de 40 degrés cx., avait le pouvoir de désagréger et de dissoudre graduellement le tissu organique des os. Cette réaction du principe actif spécial (*pepsine* ou *gasterase*), qui agit d'une manière analogue sur diverses substances azotées alimentaires, semble un indice de la propriété du tissu organique des os de pouvoir concourir utilement pour sa part, comme les tendons et les tissus cutanés, à la nutrition de l'homme (1).

Amputations. — M. Ch. Tellier adresse une Note relative à l'emploi de la glace et du froid dans les amputations. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

Sur les animaux employés par les anciens Égyptiens à la chasse et à la guerre. — M. FR. LENORMANT. Dans les solennelles et douloureuses circonstances que nous traversons, il est doux, lorsqu'on dépose le fusil du volontaire et qu'on rentre se reposer quelques heures à son foyer, de chercher dans la science une distraction puissante, un moyen d'échapper temporairement aux poignantes angoisses du siége. C'est la raison qui m'engage à reprendre aujourd'hui, au bruit du canon prussien, la série d'études de zoologie historique sur les animaux domestiques des anciens Egyptiens, dont l'Académie a daigné accueillir avec tant de bienveillance, il y a quelques mois, les premières ébauches et à lui soumettre de nouveau quelques essais du même genre.

Le dressage de certains animaux dont l'homme utilise les aptitudes spéciales pour en faire ses auxiliaires de chasse est un art que des peuples encore à peine entrés dans la voie de la vie policée ont pratiqué de bonne heure. C'est un premier degré de domestication encore très-imparfait, et qui, le plus souvent, n'arrive jamais à être complet. A part le chien, dont les diverses variétés se rattachent peut-être à des espèces différentes à l'origine et domestiquées dans des contrées distinctes, mais qui paraît bien, d'après les découvertes de l'archéologie préhistorique, avoir été le premier compagnon que l'homme ait attaché à son service; la plupart des animaux dont les différents peuples, plus ou moins avancés dans la civilisation, se sont appliqués à employer le concours dans leurs chasses, n'ont été amenés qu'à un état fort imparfait de domesticité. Ils sont restés pour le chasseur plutôt des associés d'un caractère très-indépendant et presque volontaire que de véritables et dociles serviteurs.

Les tribus encore si sauvages qui ont laissé des vestiges de leurs festins grossiers dans les *Kjækkenmœddiger* du nord de l'Europe avaient déjà des chiens qui vivaient avec elles, les aidaient dans leurs chasses sur les oiseaux du bord de la mer et se nourrissaient des reliefs de leurs repas. C'était le seul animal domestique de ces peuplades pour qui la vie pastorale elle-même n'existait pas encore. Aussi n'a-t-on pas lieu d'être surpris, dans un centre de civilisation aussi antique que l'Égypte, de voir au plus haut que les monuments nous fassent remonter, c'est-à-dire quarante siècles au moins avant l'ère chrétienne, le chien à l'état de l'animal domestique par excellence, remplissant déjà, comme encore aujourd'hui, le rôle de l'hôte habituel et favori de la maison, du compagnon constant du chasseur et du berger. Ce serait le contraire qui devrait étonner.

Non-seulement les Egyptiens, dès les âges les plus antiques de leur civilisation, possédaient et utilisaient le chien, mais ceux de leurs monuments qui remontent aux dates les plus prodigieusement reculées nous offrent les images parfaitement caractérisées de plusieurs variétés de chiens très-distinctes, utilisées dès lors à des fonctions différentes et produites par un élevage savant en vue de ces fonctions mêmes. La plupart des variétés de chien représentées ainsi dans les bas-reliefs des tombeaux égyptiens subsistent encore aujourd'hui dans le pays ou dans les contrées voisines.

Ce sont : 1° Le chien-renard à la robe fauve, au museau effilé, aux oreilles pointues, à la queue épaisse, qui se retrouve identique à bien des siècles de distance dans le chien des bazars du Caire et des autres villes de l'Egypte contemporaine. Il figure sur les monuments de toutes les époques, depuis les âges les plus reculés de l'ancien empire. Dans les scènes de la vie quotidienne retracées sur les parois des tombeaux, il joue le rôle de gardien de la maison et des troupeaux, de compagnon du maître ou de ses colons, mais on ne le voit jamais employé à la chasse, pas plus que ne le sont aujourd'hui ses descendants, trop paresseux pour cet exercice. C'est cette variété de chiens dont on trouve des momies dans plusieurs des nécropoles antiques. C'est elle en effet qui, avec le chacal, était l'animal sacré du dieu Anubis, le gardien des sépultures et l'une des divinités principales du monde des morts. Les archéologues modernes ont l'habitude de qualifier de *tête de chacal* la tête d'Anubis dans les images du symbolisme religieux des bords du Nil. Pour les Grecs et les Romains il était un dieu à *tête de chien, latrator Anubis*. Et en effet, la tête du chacal et celle du chien-renard de l'Egypte ne présentent pas de différences assez caractéristiques pour que l'on puisse se prononcer à ce sujet d'une manière tout à fait affirmative, les deux animaux étant également consacrés au même dieu.

2° A partir de la XIIe dynastie (environ 3000 ans avant notre ère), c'est-à-dire à partir du moment où les Egyptiens étendirent leur domination d'une manière stable sur le pays de *Kousch* ou les contrées du Haut-Nil au-dessus de la seconde cataracte, nous voyons apparaître sur les monuments, à côté de ce chien, qui est celui qui appartient à l'Egypte d'une manière toute spéciale, et remplir les mêmes offices à la maison et aux champs, le chien de Dongolah, dont la tête est la même, mais dont la taille est plus petite, les formes plus élancées, les allures plus vives, la robe d'un rouge brun. Ce chien est encore aujourd'hui celui qu'on rencontre le plus habituellement dans les villages de Nubie. Ehrenberg (*Icones et descriptiones mammalium*, dec. 2) lui assigne pour souche une espèce sauvage particulière des mêmes contrées, qu'il a nommée *Canis sabbar*.

(1) Surtout lorsque ces substances, non entièrement désagrégées ou dissoutes par l'ébullition, sont associées à d'autres aliments complémentaires plus sapides. (*Des substances alimentaires*, p. 82, 4e édition.)

3° Le chien de chasse de l'ancien empire, figuré mille fois sur les monuments avec cette exactitude si remarquable que les artistes égyptiens apportaient à la représentation des animaux, est le *sloughi* ou grand lévrier du Nord de l'Afrique, assez différent du lévrier de Syrie et caractérisé par des oreilles larges et droites, dont la race antique s'est conservée jusqu'à nos jours avec une pureté toute particulière chez les agriculteurs et les nomades du Soudan égyptien. Les bas-reliefs des tombes des dynasties primitives, autour de Memphis, le montrent toujours tenu en laisse par des valets de chasse ou lancé dans la campagne, poursuivant les antilopes du désert et les bouquetins, attaquant même des animaux plus redoutables, comme la hyène et le chien hyénoïde (*Canis pictus*). Pendant toute cette époque, il est le seul chien employé à de semblables usages. Plus tard, et tant que les monuments nous fournissent des renseignements, c'est-à-dire jusqu'à l'époque grecque et romaine, la race se maintient sans altération. Mais dans les temps postérieurs de l'indépendance égyptienne, elle n'est plus seule en usage. A dater de la XIIe dynastie, elle est associée à une autre variété, qui paraît provenir d'une importation étrangère et que nous voyons pour la première fois dans les peintures des célèbres tombeaux de Béni-Hassan-el-Qadim.

4° Celle-ci est un grand chien-courant de haute taille, aux formes élancées, aux oreilles pendantes, à la tête semblable à celle du *fox-hound* anglais, à la robe variée de blanc et de noir ou de blanc et de brun rouge. Introduit sous la XIIe dynastie, ce chien devient surtout en usage avec la XVIIIe, sous le Nouvel Empire. Il est alors l'animal favori des veneurs égyptiens et supplante, presque entièrement dans leurs exercices, le lévrier des époques plus anciennes. C'est ce chien-courant que nous trouvons de beaucoup, le plus habituellement représenté dans les scènes de chasse des tombeaux de Gournah, décorés sous les dynasties thébaines du Nouvel Empire. Je citerai, comme un des exemples où les caractères propres s'en reconnaissent le mieux, la belle peinture publiée par sir Gardner Wilkinson (*Manners and customs of ancient Egyptians*, 3e édition, t. III, p. 22), où des chiens-courants attaquent des troupeaux d'antilopes parmi lesquelles on distingue la gazelle, l'algazelle, le *Damalis Senegalensis*, H. Smith (qui s'étendait dans l'antiquité jusque dans les déserts touchant à l'Egypte, ainsi que j'ai eu l'occasion de le remarquer dans une précédente communication), en même temps que le bouquetin du Sinaï et du désert Arabique, le chacal, le lièvre d'Egypte, l'hyène et l'autruche.

5° Une dernière variété de chien se montre encore sur les monuments égyptiens, mais exclusivement à l'époque de la XIIe dynastie; car on n'en voit des traces ni avant, ni après. D'où il faut conclure que c'était sans doute une race étrangère, importée alors par le commerce, on ne sait d'où, et qui ne parvint pas à se naturaliser définitivement dans le pays. C'est une sorte de basset à jambes basses, de fort petite taille, dont le port est exactement celui du *turnspite* des Anglais, mais dont la tête, au museau effilé, aux oreilles droites et pointues, diffère absolument de celle de toutes nos variétés de bassets. La robe est sur le dos d'un brun rouge assez clair, nuancée de taches plus foncées; le ventre blanc. Je ne connais pas de race vivante analogue. C'était là le chien à la mode sous les Osortasen et les Amenemhé, 3000 ans environ avant l'ère chrétienne. Tous les morts de distinction de cette époque se font représenter dans leur tombeau ayant auprès d'eux leur basset favori. Mais il ne paraît pas que cette race ait jamais servi autrement que comme animal de luxe et d'agrément dans l'intérieur des maisons, car on ne le voit figurer ni dans les scènes de chasse, ni dans celles de la vie pastorale.

A 5 heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

La séance est levée à 5 heures trois quarts.

1er NOVEMBRE 1870.

I. **Assistance publique.** — Le Conseil général des hospices fait publier l'avis suivant :

Les mères de famille résidant à Paris, qui consentiraient à allaiter un enfant de l'hospice des Enfants-Assistés, peuvent se présenter tous les jours, de onze heures du matin à trois heures du soir, au directeur de cet établissement, sis rue d'Enfer, 72, où les conditions de prix, le mode de payement et les obligations à remplir par elles leur seront indiqués.

2 NOVEMBRE.

II. **Voyages dans Paris.** — Théophile Gautier publie dans le *Journal officiel* la suite de son voyage.

Le chemin de fer de ceinture. — La station de la Maison-Blanche est au niveau de la route d'Italie, et l'on descend au chemin de fer, qui se trouve au fond d'une tranchée, par des escaliers couverts d'un toit en tôle que soutiennent des colonnettes en fonte. Nous avions pris des billets d'impériale pour jouir d'une perspective plus vaste, et cette idée était venue à beaucoup d'autres, car les wagons ne renfermaient que de rares voyageurs. Sur les banquettes aériennes, il y avait des mobiles, des gardes nationaux, des bourgeois, des flâneurs, des enfants et même des femmes que n'avait pas effrayées l'ascension; la curiosité rend les filles d'Eve intrépides : où ne les ferait pas grimper l'espérance de voir quelque chose?

Toute cette portion du chemin de fer de ceinture est construite avec le soin le plus parfait. Les murs qui soutiennent les terres sont bâtis à la façon des murs cyclopéens, en pierres ajustées d'après le hasard de leurs angles, et cette irrégularité contrastant avec la symétrie des pierres de taille qui encadrent ces pans de mosaïque produit sur l'œil une impression agréable. Les escaliers, les rampes

de descente, les pavillons des embarcadères présentent des lignes simples, mais non sans élégance. L'art n'est pas si inconciliable qu'on le croit avec l'industrie.

Sur beaucoup de points de son parcours, le chemin de ceinture est assez profondément encaissé et forme en dedans de la ville un fossé qui pourrait arrêter l'ennemi, si jamais il devait pénétrer jusque-là. C'est l'ébauche d'une troisième ligne de défense qu'il s'agit de compléter, et l'on y travaille activement. De notre impériale nous voyions au-dessus de la tranchée du chemin de fer rouler les brouettes, se baisser et relever les pelles, aller et venir les hommes en bras de chemises et s'exhausser des épaulements de plusieurs mètres d'épaisseur. Le précepte du général Totleben, « remuer de la terre », est mis en pratique avec un zèle qui charmerait l'illustre défenseur de Sébastopol.

Du côté extérieur, au delà du rempart, on apercevait, dans une brume de poussière lumineuse, la silhouette du château de Bicêtre et le profil sévère du fort, qui tirait en ce moment et se couronnait de longs jets de fumée roussâtre traversée par le soleil. En jetant les yeux vers la ville, on découvrait les maigres peupliers qui indiquent le cours de la Bièvre, des terrains vagues, des enclos de planches, des pans de murs lépreux, des hangars de tannerie, des linges se balançant sur des cordes, de petits jardins avec quelques fleurs d'automne, dalhias et tournesols, piquant le paysage de points rouges et jaunes, des cultures de maraîchers étalant leurs carrés de choux, leurs plates-bandes de salades, leurs lignes de cloches diamantées par le soleil et leurs vitres de couches, lançant des éclairs subits.

Plus loin miroitaient les flaques d'eau de la Glacière, fréquentées autrefois des patineurs, dans un temps où le bois de Boulogne n'avait pas de lac. A l'horizon, le Val-de-Grâce arrondissait sa coupole un peu engoncée et bossue, comme tous les édifices en style Louis XIII, et le Panthéon, plus élégant, plus hardi, élevait son dôme posé sur un diadème de colonnes; au sommet d'une butte ou plutôt d'un renflement de terrain se dessinait d'une façon assez pittoresque une carcasse de moulin aux ailes brisées. Cela eût donné à Auguet, le peintre des moulins à vent, des pierres de taille et des arbres coupés, le motif d'une jolie aquarelle.

Par moment, l'obscurité brusque d'un tunnel que nécessitait le passage d'une voie supérieure ou de trop fortes différences de niveau éteignait le paysage, comme un décor de théâtre quand on baisse le gaz pour faire la nuit, puis la perspective se rouvrait dans un éblouissement de lumière.

Gentilly est bientôt dépassé, et l'on traverse souterrainement le parc de Montsouris, qui, avant que les limites de la ville fussent reculées jusqu'aux fortifications, se trouvait en pleine banlieue, n'avait pas l'honneur d'être un parc et fournissait à L. Cabat le sujet d'un de ses plus jolis tableaux, *le Cabaret de Montsouris*, digne de faire pendant à une toile du même peintre, *l'Ancien jardin Beaujon*, souvenir d'un site parisien qui n'existe plus et ne se retrouve que dans ce petit cadre. Que d'aspects charmants ont ainsi disparu depuis notre enfance!

Franchir les stations de Montrouge et de Vaugirard est pour la locomotive l'affaire de quelques minutes. Le convoi ne court plus au fond d'une chaussée; le terrain s'abaisse en approchant de la Seine, et les rails sont posés sur des remblais qui permettent à la vue de s'étendre au loin. On découvre les forts de Vanves et d'Issy, le val de Fleury que le chemin de fer de Versailles (rive gauche) enjambe sur un viaduc à deux étages d'arcades, dont les baies laissent voir du ciel, des arbres et des pentes de collines; le bois du bas Meudon rougi, doré par la première bise, mais d'une douceur de ton extrême et comme entrevu à travers une gaze d'argent.

Tout l'horizon, du reste, était noyé dans une clarté blanche où se perdaient les contours; cependant il n'y avait pas de brouillard, mais plutôt une sorte de poudre lumineuse; la nature ce jour-là semblait peinte avec la palette de Corot.

Comme pour rappeler au sentiment de la réalité l'âme que ce magnifique spectacle aurait portée à la rêverie, de fortes détonations, qui cette fois ne partaient pas des forts, se faisaient entendre à une distance très-rapprochée. Le convoi, ralentissant sa marche, s'engageait sur le splendide viaduc du Point-du-Jour qui relie les deux rives de la Seine.

Du haut de cet observatoire, un merveilleux panorama se déroulait devant nous. D'un côté, Paris avec ses dômes, ses tours, ses clochers lointains, ayant pour premier plan l'eau du fleuve, glacée de reflets de nacre; de l'autre, les collines mollement onduleuses de Meudon, de Bellevue et de Sèvres, veloutées de verdures bleuâtres, charmants promenoirs, fréquentés jadis des amoureux, qui avaient inspiré à Victor Hugo ce vers délicieux :

Et quand je dis Meudon, suppose Tivoli!

maintenant réceptacles des Prussiens, cachés sous leurs ombrages comme des bêtes fauves. Là sont nos ennemis, invisibles le jour et rôdant la nuit à l'heure où sortent les animaux féroces. Aucune fumée ne trahit leur présence, rien ne bouge, nulle baïonnette ne luit. La solitude semble complète, et il faut un raisonnement pour se convaincre que Paris est bloqué. Calme trompeur! à l'abri de ces bois que la séve d'automne a empêché d'incendier, ils fouillent le sol comme des taupes et recommencent avec une aveugle ténacité les retranchements que les bombes du Mont-Valérien et les boulets de la canonnière Farcy détruisent chaque matin.

Le fleuve était désert. On n'y voyait qu'une chaloupe cuirassée vers la pointe de l'île Saint-Germain et les lignes des estacades de défense y traçaient trois barres noires. A gauche et à droite, en contre-bas, à une grande profondeur, car le dernier étage de viaduc sur lequel passe le train est très-élevé, s'allongeaient les quais tout hérissés d'obstacles qu'il est inutile de décrire.

Pendant que nous étions là-haut, les batteries d'Auteuil et du Point du-Jour lancèrent quelques projectiles de gros calibre, avec un bruit dont les arcades doublaient le fracas. C'était la première fois que nous entendions parler le rempart; il a le verbe haut et saurait se faire écouter dans un dialogue avec l'ennemi.

Si, contrairement à leurs habitudes, nous disions-nous, il prenait fantaisie aux Prussiens de répondre, quel merveilleux objectif, — qu'on nous permette de nous servir une fois de ce *cliché* à la mode, qui donne à la guerre un petit air esthétique tout à fait convenable,— offrirait à leurs boulets cette ligne de waggons arrêtés, se détachant en vigueur sur la clarté du ciel! et quelle chute effroyable feraient du haut de cette crête au fond de la Seine nos morceaux dispersés! Cette pensée était sans doute venue à plusieurs de nos compagnons de route. On ne riait plus, on ne bavardait plus, et les physionomies avaient pris une expression sérieuse. Ce ne fut pas sans une certaine satisfaction qu'on sentit le convoi se remettre en marche.

L'élégie de Ronsard sur la forêt coupée nous revenait en mémoire, à l'aspect de ce pauvre bois de Boulogne, dont les arbres taillés en sifflet à quelques pieds de terre forment une herse de pieux aigus où s'enferreraient les chevaux et les hommes. Un arbre abattu, cela est plus triste qu'une maison ruinée; pour relever l'une, il ne faut que de l'argent; pour faire repousser l'autre, il faut la lente collaboration de la nature, qui, ayant l'éternité devant elle, ne se presse jamais et se rit des impatiences de l'homme éphémère; mais Paris qui ne recule devant aucun sacrifice a tranché sans regret sa belle chevelure verte, pour être plus apte au combat et ne pas donner prise à l'adversaire.

En passant le long du rempart, notre regard plonge dans de riantes villas, asiles charmants de la vie heureuse, qui ont conservé leurs bassins de marbre, leurs parterres de fleurs, leurs massifs d'arbres rares, leurs vases et leurs statues. Au bord de l'avenue Uhrich nous apercevons l'ambulance américaine installée sous des tentes, mode reconnu le meilleur pendant la longue guerre de la sécession. Qui eût pensé, il y a trois mois, que le drapeau de la Société internationale flotterait au bois de Boulogne, abritant des blessés?

Le soir commençait à tomber, des teintes d'un violet froid envahissaient le ciel, les objets s'estompaient et prenaient des formes confuses; il nous fallut remettre à une autre fois le reste de l'excursion. Ce jour-là, par malheur, le vent roulait des nuages gros de pluie et une tempête furieuse se déchaînait sur la ville faisant voler comme des feuilles mortes les tuiles et les ardoises des toits; mais nous sommes un vieux voyageur qui a vu déjà bien des orages et nous avons pour principe de ne jamais nous occuper de la température, cet éternel souci du philistin. Nous voilà donc parti pour un temps « à ne pas mettre un poëte à la porte. »

On rétrograde d'abord jusqu'à Courcelles, où la voie d'Auteuil se raccorde avec le chemin de fer de ceinture. Cette portion du chemin n'est pas moins curieuse que la première. On contourne intérieurement le rempart qui offre l'animation la plus pittoresque. Les casemates, les postes blindés, les abris formés de planches épaisses soutenues par des pieux, les rangées de tonneaux remplis d'eau ou de sable, les haies de fascines, les sacs de terre rangés sur le parapet pour protéger les sentinelles, les défenses de toutes sortes sont multipliées à l'infini; les murailles des jardins et des enclos sont crénelées, percées de meurtrières. Des palissades hérissent l'abord des stations; les barricades construites en pavés, en madriers, en troncs d'arbre, offrent partout des obstacles. Des chemins creux les rattachent l'une à l'autre lorsqu'il faut traverser un terrain découvert.

Tout ce que peut imaginer le génie de la défense désespérée est accumulé là. Nous ne savons pas si nous sortirons de Paris, mais, à coup sûr, personne n'y entrera. Ce ne sont que terrassements, épaulements, fossés, escarpes et contre-escarpes, piéges à loups, chausse-trappes, chevaux de frise, surprises désagréables. Il faudra une bataille pour enlever chaque pouce de terre. En attendant l'assaut, les gardes nationaux, les mobiles, les francs-tireurs ont l'oreille et l'œil au guet; ni le vent, ni la pluie, ni la boue, qui leur met des guêtres jaunes aux pieds, n'altèrent leur bonne humeur. Ils vont, ils viennent, font l'exercice, allument pour leur *popote* un feu auquel l'aquilon sert de soufflet, fument leurs pipes, boivent un verre d'eau-de-vie à la cantine, et ne s'inquiètent nullement des gouttes d'eau dont le goupillon de l'orage leur asperge le nez.

Au delà du rempart, on apercevait dans la campagne une tourelle à deux étages surmontée d'un sémaphore, le coteau de Sannois reconnaissable à son escarpement couleur d'ocre, et les pentes plus éloignées de Montmorency azurées par la distance.

En se retournant vers la ville, on avait la perspective de grandes cours, de vastes enclos attenant à des maisons décrépites composées de pièces et de morceaux comme l'habit d'arlequin. C'étaient des magasins hybrides où viennent échouer les épaves des démolitions, une espèce de temple ou de *Rastro* architectural. Là se trouvaient des entassements de portes, de jalousies, de persiennes, de fenêtres ayant encore leurs carreaux, de cages d'escaliers, de boiseries déchirées par pans, de devantures de boutiques, d'auvents, de parquets, de poutres, de planches, de quoi bâtir toute une cité assez grande sans charpentier, sans maçon, sans menuisier, sans serrurier.

Dans d'autres cours, des charrettes renversées en arrière tendaient au ciel leurs brancards comme pour implorer de l'ouvrage. Des linges séchaient aux croisées, et toutes sortes de petites industries familières s'exerçaient dans les espaces vagues. Des poules picoraient en liberté comme à la campagne. Paris a conservé là son ancien aspect de faubourg et de banlieue que la ville nouvelle ignore et qui a ses hasards pittoresques.

Nous étions en vue de Montmartre, dont la silhouette sombre se dessinait farouchement sur un fond d'orage. Les premiers plans étaient formés par les rotondes des gazomètres, dont les couvercles s'abaissent de plus en plus et par des cheminées d'usine d'un noir d'encre. Des fumées bleuâtres traînaient entre le premier et le second plan, augmentant ainsi la perspective aérienne du tableau. On distinguait au fond de la butte, d'un ton plus clair que le reste, la batterie de canons qui doit déjouer tout l'acier fondu de Krupp, les deux moulins, seuls survivants de cette bande ailée et gesticulante que Don Quichotte de la Manche eût attaquée, la tour de Solferino avec ses signaux et quelques maisons dont les lignes sévères ne dérangeaient pas le contour. Toute la butte était de ce ton que les peintres d'aquarelle appellent « teinte neutre » dont la gamme va du noir bleu au gris violâtre.

Des bancs de nuage effondrés, croulants, semblables aux décombres d'une ville cyclopéenne en ruines, laissaient filtrer entre leurs blocs disjoints des flots de lumière livide qu'avivait parfois le souffle de la tempête. C'était beau et grandiose comme les gravures bibliques de Ninive ou de Babylone de l'anglais Martynn.

Les rues en contre-bas sont occupées par des usines, des fabriques, des docks avec leurs grands murs de briques et leur poulie à la fenêtre du grenier, indice d'une grande activité industrielle interrompue par la guerre. Celles de ces rues qui aboutissent à une porte de rempart présentent à leur extrémité des barricades savamment construites, imprenables comme des forteresses. Voici le canal de l'Ourcq encombré de bateaux des gabarits les plus variés qui ont cherché refuge dans ses bassins; la présence de cette flottille aux mâts goudronnés, aux peintures de couleurs vives, donne à ce coin du tableau un petit air hollandais tout à fait agréable. Voilà Pantin que couronne une église gothique (gothique moderne), à double flèche, d'un effet pittoresque et charmant, mais à peine avons-nous le temps de la regarder. Le chemin s'enfonce entre deux pentes garnies de roches factices plantées de pins par M. Alphand, et bientôt s'engloutit dans un interminable tunnel, qui passe sous le parc des buttes Chaumont. On sort un instant du souterrain, et par un second tunnel un peu moins long que le premier on traverse le Père-Lachaise au-dessous de la tombe des morts; l'eau qui suinte de la voûte a filtré à travers leurs os, et nous y pensions non sans une secrète horreur. Quand on se retourne au débouché du souterrain, on aperçoit au revers de la colline, sur un fond de noire verdure, la ville funèbre avec ses petites maisons blanches faites à la taille des Mânes.

Les colonnes de l'ancienne barrière du Trône apparaissent bientôt, surmontées de leurs glorieux stylites : Philippe-Auguste et Saint-Louis. Saint-Mandé montre ses jolies habitations bourgeoises précédées de petits jardins. Vincennes étale son bois, qui dominent son donjon, sa tour de Mirabeau et les minarets terminés en croissants de sa Sainte-Chapelle. La station de Bercy n'est plus qu'à sept ou huit minutes, et nous avons accompli notre voyage.

La tempête s'est apaisée; il ne pleut plus, et des lambeaux de nuages striés de rose par le couchant flottent dans un ciel qui a ce ton de cendre d'Égypte verdie ou de turquoise malade qu'on remarque entre les blanches colonnades des festins de Paul Véronèse.

III. **Académie de médecine.** — L'Académie tient séance.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 2 novembre 1870. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL communique une lettre de M. Larrey annonçant que M. le ministre de la guerre vient de mettre à la disposition de l'Académie de médecine un crédit de 3,000 francs pour les besoins de la vaccination dans l'armée.

M. DEPAUL dit, à cette occasion, qu'il a vacciné avant hier un millier de soldats casernés au Mont-Valérien, et qu'il espère, grâce au concours des médecins de ce fort, que ceux-là serviront à revacciner la garnison tout entière.

M. Depaul ajoute qu'il a vacciné en quinze jours environ 15,000 soldats, et que, sur un groupe de 550 mobiles, il a obtenu 50 pour 100 de succès.

M. BARTH communique une série de rapports faisant suite à ceux qu'il a communiqués dans la précédente séance; en voici l'énumération :

21° De l'obturation subite des artères par des corps solides ou des concrétions fibrineuses détachées du cœur ou des gros vaisseaux à sang rouge, par M. le docteur Schutzemberger (de Strasbourg);

22° De la pneumonie et de son traitement par la vératrine, par M. le docteur Bouyer;

23° Traité de la phthisie pulmonaire, par M. le docteur Cormac (de Belfast);

24° Le tubercule comparé à quelques autres produits pathologiques, par M. le docteur Mandl;

25° Aperçu clinique sur la phthisie calculeuse primitive, par M. Forget (de Strasbourg);

26° Du rôle de l'élément inflammatoire dans la production et l'évolution des tubercules pulmonaires, et des indications thérapeutiques spéciales qui en découlent, par M. le docteur Fonssagrives;

27° Diagnostic des maladies thoraciques par la compression des nerfs pneumo-gastriques, laryngés, cardiaques supérieurs et grand sympathique, par M. le docteur Auguste Pinel;

28° Note sur trois symptômes nouveaux ou peu connus des épanchements pleurétiques, par M. le docteur Imbert-Gourbeyre;

29° Note sur la respiration amphorique dans certains cas de collections livides de la plèvre, par M. Landouzy (de Reims);

30° Recherches sur les dimensions de la poitrine dans leurs rapports avec la tuberculisation pulmonaire, par M. le docteur Henri Gintrac (de Bordeaux).

M. J. GUÉRIN rappelle que depuis longtemps il fait, sur les rapports qui existent entre la conformation extérieure du thorax et la phthisie pulmonaire, des recherches dont il a communiqué les résultats. En poursuivant ces études, il est arrivé à la constatation d'un fait nouveau, savoir que, dès la période initiale de la tuberculisation pulmonaire, il se produit toujours une dépression de la partie du thorax correspondante à la portion du poumon affecté. Cette déformation est analogue à celle que M. J. Guérin a déjà signalée chez les enfants atteints de rachitisme et que l'on observe au niveau des parties du poumon dans lesquelles l'air a cessé de pénétrer, en d'autres termes, qui sont affectées de carnification.

31° Note sur un nouveau moyen de la mensuration de la poitrine, par M. Woillez;

32° Lettre sur le traitement de la diphthérie et de l'angine couenneuse, par M. le docteur Lasserre;

33° Observation de fistule œsophago-trachéale, par MM. Saussier et Carteron (de Troyes);

34° Traitement abortif de la fièvre typhoïde par l'emploi du seigle ergoté, par M. Billard (de Corbigny);

35° Occlusion intestinale, élimination d'une portion d'intestin grêle longue de 40 centimètres; guérison, par M. Dubois (Henri);

36° Guérison, depuis dix ans, d'une invagination intestinale avec expulsion de 75 centimètres d'intestin grêle, par M. le docteur Halleguen (de Châteaulin).

(Une courte discussion, à laquelle prennent part MM. Blot, J. Guérin, Chauffard et Leblanc, confirme la réalité de l'élimination de

portions intestinales, et fait ressortir l'importance qu'il y a à les distinguer des exsudats membraneux qui sont parfois expulsés).

37° Recherches sur l'ulcération et la perforation du gros intestin, par M. Leudet (de Rouen);

38° Note sur un point d'anatomie pathologique du tube digestif, par M. Ménière;

39° Cas remarquable de tympanite péritonéale, par M. Labalbary (de Gourdon).

M. JULES GUÉRIN fait remarquer, à propos de ce rapport, que la tympanite péritonéale peut résulter d'une injection intra-utérine par pénétration de l'air dans le péritoine à travers les trompes, ainsi que le démontrent plusieurs faits observés par MM. de Laurès, Laborie, et par lui-même.

(Une courte discussion, à laquelle prennent part MM. Barth, Blot, Hardy et Leblanc, tend à démontrer l'innocuité du traitement palliatif de la tympanite péritonéale ou intestinale par la ponction au moyen d'un trocart étroit.)

La séance est levée à quatre heures et demie.

3 NOVEMBRE

IV. **Alimentation publique.** — Le ministre de l'agriculture et du commerce,

Vu le décret de la Convention nationale en date du 19 brumaire an III;

Vu les décrets des 29 septembre et 1er octobre 1870;

Considérant que, pendant la durée du siége, il importe qu'aucune substance reconnue propre à l'alimentation ne soit détournée de cet usage; qu'à la suite d'essais variés, dont l'Académie des sciences vient de constater l'utilité et le succès, il paraît établi que les os peuvent fournir la matière de préparations alimentaires douées de qualités nutritives; que néanmoins les os, achetés au prix maximum de 2 francs les 100 kilos, sont généralement traités pour extraction de graisses communes, puis détruits par les acides et rejetés dans les égouts,

Arrête :

Art. 1er. Réquisition est faite, au nom du Gouvernement de la défense nationale, tant dans les boucheries municipales que dans les boucheries libres de cheval et dans les fourneaux économiques, de la totalité des os qui ne sont point vendus au public avec la viande, ou qui ne sont plus employés à la préparation du bouillon.

Art. 2. Le prix de 2 fr. 50 les 100 kilogrammes est offert aux établissements détenteurs de ces os.

Art. 3. Ampliation du présent arrêté sera envoyée aux mairies des vingt arrondissements de Paris, ainsi qu'aux boucheries de cheval autorisées.

Paris, le 3 novembre 1870.

Le ministre de l'agriculture et du commerce,

J. MAGNIN.

AVIS

Avec le n° 138 (29 novembre 1870) s'est terminée la collection de ceux de nos souscripteurs dont l'abonnement expirait le 30 octobre dernier.

Nous prions très-instamment nos confrères de vouloir bien nous adresser le montant de leur renouvellement en un mandat sur la poste à l'ordre du Directeur de la *Gazette des Hôpitaux*.

Ce mode de payement est le plus *sûr* et le plus *économique*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Examen clinique de 396 cas du rétrécissement du bassin observés à la Maternité de Paris de 1860 à 1870, par le docteur RIGAUD, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8 de 142 pages. — Prix : 3 francs.

De l'équitation considérée au point de vue physiologique, hygiénique et thérapeutique, par le docteur R. CHASSAIGNE. 1870, gr. in-8 de 116 pages. — Prix : 2 fr. 50.

De l'intervention chirurgicale dans les étranglements internes, par M. CHARPENTIER (P.), 1 vol. in-8, 1870. — Prix : 2 fr. 50 centimes.

Plaies pénétrantes de l'abdomen et procédé de suture nouvelle pour la guérison des anus contre nature, par M. GOYARD, 1 vol. in-8, avec figures, 1870. — Prix : 2 fr.

De la congestion pulmonaire simple, par le docteur BOURGEOIS, ancien interne des hôpitaux de Paris. Brochure in-8 de 90 pages. — Prix : 2 francs.

Du fonctionnement des ambulances civiles et internationales sur le champ de bataille, par J.-P. BONNAFONT, médecin principal des armées, en retraite, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, etc. In-8. — Prix : 50 centimes.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 140. — SAMEDI 3 DÉCEMBRE 1870. 43e ANNÉE. SAMEDI 3 DÉCEMBRE 1870. — N° 140.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an..... 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. Sur les blessures de l'œil et leurs conséquences (Conferences publiques faites à l'École de médecine pendant le siége de Paris, par le docteur X. Galezowski). — ACADÉMIE DES SCIENCES. — Documents pour servir à l'histoire du mouvement scientifique pendant le siége de Paris. — Avis. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 25 avril 1871.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE.

Sur les blessures de l'œil et leurs conséquences

CONFÉRENCES PUBLIQUES, FAITES A L'ÉCOLE DE MÉDECINE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1)

Par le docteur X. GALEZOWSKI.

Nous avons vu quelle importance on doit attacher aux blessures placées dans la région ciliaire, même lorsqu'elles ne sont produites que par un instrument tranchant, contondant, ou tout autre corps vulnérant qui ne serait pas resté dans l'œil. Ces mêmes blessures peuvent être suivies d'hémorrhagies considérables intra-oculaires, succédant aux déchirures plus ou moins larges de la choroïde. Dans d'autres cas on voit la rétine se décoller sur une certaine étendue et donner lieu à une cécité soit temporelle, soit permanente.

Il est rare de voir la rétine décollée reprendre sa position primitive ; je l'ai pourtant observé dans deux cas traumatiques, dont l'un s'est terminé par la guérison complète (2), tandis que l'autre, plus récent, a été suivi, comme on verra, par un affaiblissement excessif de la vue.

OBSERVATION. — Un soldat de l'armée de Paris fut atteint d'un éclat d'obus au sourcil gauche, ce qui amena la perte de la vue de l'œil correspondant. En l'examinant avec l'ophthalmoscope, deux mois après l'accident, j'ai pu constater que la rétine était soulevée sur plusieurs points au pourtour de la papille ainsi que dans un endroit rapproché de l'ora-serrata. La rétine était plissée sur plusieurs endroits, ce qui démontrait qu'au début elle était décollée et qu'ensuite l'exsudation séreuse s'était résorbée, et qu'il n'est resté qu'une partie d'exsudation plastique.

Les déchirures de la choroïde par contre-coup prennent des proportions très-variées; le plus souvent elles occupent la région de la macula ou le voisinage de la papille. En général, il faut savoir que toute plaie occupante de la macula, qu'elle soit large ou petite, compromet à jamais la vision centrale, sans que pour cela la nutrition du globe oculaire soit affectée; une sorte de scotoma central plus ou moins large recouvre tous les objets que le malade veut fixer et l'empêche de voir. Voici un fait assez intéressant à ce sujet :

OBSERVATION. — M. M..., âgé de quatorze ans, vint me consulter en décembre 1868, pour une blessure reçue quatre mois auparavant d'un de ses camarades qui lui lança une balle en plomb sur la figure. Le malade voyait double par suite de strabisme divergent, et, avec un verre grossissant, distinguait à peine les caractères n° 10; sa pupille était dilatée. Les objets lui paraissaient tout à fait défigurés; les lignes droites semblaient courbes et interrompus par places. A l'examen ophthalmoscopique j'ai constaté une large tache atrophique et bordée de pigment et d'exsudations, et qui traversait la macula de haut en bas, sous forme d'une raquette, et donnait des prolongements dans tous les sens et surtout vers la papille. C'était une déchirure de la choroïde. Le malade ne souffrait point.

Ce fait et plusieurs autres que j'ai pu observer dans ma clientèle prouvent que de pareilles altérations peuvent rester longtemps sans signes d'inflammation ni d'irritation quelconque. Mais nous connaissons des cas dans lesquels l'œil resta longtemps sensible, douloureux, et les nerfs de la cinquième paire irrités donnèrent lieu à des névralgies très-violentes.

Le fait suivant, rapporté par le docteur Reymond (de Turin) (3), mérite toute votre attention :

OBSERVATION. — Un jeune ouvrier fut blessé dans des expériences pyrotechniques par un éclat d'obus à la région sous-orbitaire gauche, et la cécité de l'œil correspondant s'ensuivit. En l'examinant à l'ophthalmoscope, six semaines après l'accident, M. Reymond a pu constater tous les signes d'une rupture de la choroïde, s'étendant à peu de distance du bord inférieur de la papille sur une longueur transversale de six fois le diamètre papillaire, avec une longueur à peu près égale à ce diamètre. A partir de la quatrième semaine le malade fut pris de douleurs névralgiques très-violentes, qui avaient pour point de départ la cicatrice, et s'irradiaient surtout aux ramifications de la deuxième branche du trijumeau; l'œil s'enflamma, la cornée se troubla et présentait des signes d'une kératite ulcéreuse. D'après le docteur Reymond, c'était une ophthalmie névro-paralytique due à une lésion du tronc de la deuxième branche.

Ces différentes altérations peuvent avoir une gravité considérable pour l'œil blessé, dont la vision est souvent à jamais abolie. Mais il y a une circonstance au moins qui rend ces blessures moins graves que les autres : c'est qu'elles n'ont habituellement aucune influence dans l'avenir pour l'autre œil, surtout si le cercle ciliaire n'est pas endommagé, et que la nutrition normale de l'œil se conserve dans son intégrité.

Les blessures du globe de l'œil avec des éclats de capsule, des morceaux d'acier, des grains de plomb, etc., ont une importance bien autrement grave que toutes celles qui sont produites par les corps tranchants ou piquants, mais qui ne séjournent pas dans le globe oculaire. Quoiqu'elles ne soient souvent accompagnées d'aucune réaction inflammatoire immédiate, que la rougeur soit peu prononcée et se divise facilement, et que la vue elle-même reste très-peu altérée, il n'en est pas moins vrai que la présence du corps étranger dans l'œil constitue un danger immense pour le malade. L'œil atteint par le projectile ou autre corps étranger, dans un grand nombre de cas, peut être considéré comme perdu; il expose le malade à des souffrances permanentes et à la perte presque certaine de la vue de l'autre œil par ophthalmie sympathique, si on ne prévient pas ces accidents réflexes par une énucléation de l'œil primitivement atteint.

IV. CRISTALLIN. — Placé immédiatement derrière l'iris, et non loin de la cornée, le cristallin est exposé aux traumatismes de toutes sortes. C'est ainsi que des coups portés avec des corps aigus, des aiguilles, des couteaux, des ciseaux, etc., après avoir traversé la cornée et quelquefois aussi l'iris, atteignent la capsule antérieure sur une surface plus ou moins grande. A la suite de cet accident, l'humeur aqueuse s'introduit à travers la plaie capsulaire, amène petit à petit une imbibition des couches corticales et une opacification partielle ou totale du cristallin. Souvent la cataracte est produite par un corps étranger qui se loge dans l'intérieur du cristallin et ne fait que le traverser.

Il arrive quelquefois que la plaie capsulaire est tellement petite qu'elle ne tarde pas à se cicatriser. Si cela avait lieu, on verrait l'accident se terminer par une petite tache blanchâtre et allongée dans la capsule cristallinienne. Mais ces faits ne sont pas fréquents, et on voit au contraire plus habituellement cette plaie s'entr'ouvrir et donner issue à une portion de cristallin qui, par le contact avec l'humeur aqueuse, se ramollit et passe dans la chambre antérieure sous forme d'un magma blanchâtre ressemblant à de la lymphe plastique. A la suite d'une large plaie capsulaire, il se produit quelquefois un ramollissement rapide de la lentille, et les éléments désagrégés et opacifiés par leur gonflement simultané augmentent tellement le volume du cristallin, que ce dernier, en pressant sur l'iris, le refoulera fortement en avant et donnera lieu à une iritis plus ou moins violente.

Cette iritis peut même dégénérer en une irido-cyclite si on ne parvient pas à arrêter le mal, soit par le traitement antiphlogistique, soit par une opération. On voit quelques-unes de ces formes d'iritis affecter une nature suppurative et donner lieu à des exsudations plastiques qui remplissent la pupille et la chambre antérieure ; d'autres, au contraire, accusent tous les caractères d'irido-choroïdite séreuse, avec augmentation de la tension intra-oculaire, et qui peut se terminer par une excavation de la papille du nerf optique. C'est en faisant l'iridectomie dans la partie la plus comprimée qu'on arrive à prévenir les conséquences fâcheuses de cet accident. Si pendant cette opération on s'apercevait que les couches corticales sont complétement ramollies, on pourra les extraire sans danger par la même plaie en y introduisant une curette de Daviel.

Les cataractes traumatiques s'arrêtent assez souvent dans leur évolution, surtout si l'individu est âgé et si la plaie n'est pas très-étendue. On voit alors l'opacité se localiser au point même de la blessure et le reste du cristallin conserver toute sa transparence, ce qui est plus rare, ou bien le cristallin opaque et gonflé diminuer successivement d'épaisseur, se ratatiner petit à petit et se réduire enfin à un tout petit volume. Ce dernier changement se produit à la suite d'une absorption de magma cristallinienne.

Nous avons vu jusqu'à présent que les cataractes traumatiques se développaient à la suite d'une lésion directe de la lentille. Mais nous possédons aujourd'hui des faits positifs qui démontrent jusqu'à l'évidence que la cataracte peut se former par une simple contusion du globe oculaire et sans que les tuniques externes soient lésées. Testelin (de Lille), Lawson, Stœber et Fano en ont rapporté des exemples, et il est probable que dans ces cas la capsule s'est rompue sous l'influence d'un choc violent, ou que la nutrition de cet organe s'est troublée par une sorte d'ébranlement moléculaire, comme le pensent Stœber et Warlomont.

Les plaies de la capsule ne sont pas toujours suivies d'opacification générale du cristallin, et il arrive quelquefois que la cataracte traumatique commençante s'arrête dans son évolution et même guérit complétement. L'opinion de Sanson (1) ne laisse à cet égard aucun doute lorsqu'il dit : « les seules cataractes que j'ai vues rétrograder sont des cataractes récentes, dépendantes d'une contusion ou d'une plaie du globe de l'œil. Elles ont disparu sous l'influence du traitement applicable à la plaie ou à la contusion. » J'ai pu, dans quelques cas rares il est vrai, me convaincre par moi-même de l'exactitude de l'assertion de cet éminent chirurgien ; c'est pourquoi je conseille de prescrire un traitement antiphlogistique toutes les fois qu'il s'agit d'une cataracte traumatique à son début. Si au bout de quelque temps on s'aperçoit que la cataracte est définitivement formée, on procédera alors à une extraction, mais en ayant soin de s'assurer que toute inflammation a complétement cessé.

V. BLESSURES COMPLIQUÉES D'UN CORPS ÉTRANGER SÉJOURNANT DANS L'INTÉRIEUR DE L'ŒIL. — Parmi les affections traumatiques de l'œil, il y en a un certain nombre qui présentent une gravité toute particulière, tant au point de vue du pronostic que du traitement. Nous voulons parler des blessures produites par un corps étranger qui aura franchi les enveloppes externes pour aller se fixer dans une des membranes internes de l'œil. Il serait difficile d'énumérer toutes les variétés des corps étrangers qui s'introduisent dans l'œil ; mais il suffira de dire que dans la grande majorité des cas, ce sont des morceaux d'acier, de fonte ou de cuivre qui, lancés avec une force extraordinaire, par explosion ou arrachement, parviennent à perforer la coque oculaire.

Il n'est pas toujours facile de constater la présence d'un corps étranger dans l'intérieur de l'œil, surtout si la plaie d'entrée est très-petite et qu'elle occupe la cornée. Mais si l'on prend en considération les symptômes inflammatoires qui se déclarent soit immédiatement, soit au bout de quelques semaines, la persistance de la rougeur périkératique, des douleurs périorbitaires, de larmoiement et des signes d'iritis, on aura plus de probabilité de sa présence. L'examen ophthalmoscopique joue un rôle non moins important dans le diagnostic de ces traumatismes, et pourvu que le cristallin conserve sa transparence, on verra des exsudations plastiques recouvrir la rétine sur une certaine étendue, au milieu desquelles se trouve habituellement le corps étranger.

On verra, par l'observation que nous avons rapportée plus haut, que chez un capitaine de marine, opéré par moi l'année dernière pour une énucléation de l'œil, qu'un éclat de capsule traversa la cornée, le cristallin dans sa partie centrale, le corps vitré, et est allé se fixer dans la macula. Malgré les désordres, le cristallin conserva en grande partie sa transparence et m'a permis de voir au moyen de l'ophthalmoscope les exsudations rétiniennes en question. Le malade souffrait depuis plus de six mois de l'œil blessé, et déjà les signes d'ophthalmie sympathique commençaient à se déclarer lorsque l'énucléation de l'œil pratiquée par moi vint y mettre fin.

C'est donc en se basant sur l'ensemble de tous les signes de la blessure, en s'informant de toutes les circonstances qui ont accompagné l'accident, et en comparant tous les symptômes anatomiques, physiologiques et ophthalmoscopiques qu'on parviendra à établir le diagnostic de l'existence du corps étranger.

L'indication pour le traitement dans ce cas est tracée d'avance, et, comme nous verrons tout à l'heure, il n'y a que l'énucléation de l'œil blessé qui peut mettre son congénère à l'abri de l'ophthalmie sympathique, et par conséquent de la cécité complète.

On a vu quelquefois le corps étranger suspendu au milieu du corps vitré, et moi-même j'ai eu l'occasion de constater sa présence avec l'ophthalmoscope ; mais il serait difficile et je dirais même téméraire de chercher à l'extraire. Il est vrai que de Graefe (2) avait proposé de faire l'extraction du cristallin avec

(1) Suite. — Voir les numéros des 11 octobre, 10, 22 et 29 novembre 1870.
(2) Galezowski, *Annales d'oculistique*, 1863, t. XLIX, p. 165.
(3) Reymond, *Giornale d'oftalmogia italiano*, 1869, 3e fascicule.

(1) Sanson, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, 1830, t. V, p. 556.
(2) Graefe, *Extraction frēmder Korper*, etc. (*Archivif. ophthalm.*, Bd. IX, Abstr. II, p. 79.

excision de l'iris, pour aller ensuite avec une pince saisir le corps étranger dans le corps vitré. Mais le succès d'une pareille opération n'est pas exempt de danger, et des observations rapportées par ses élèves (1) démontrent que l'atrophie de l'œil est souvent la conséquence de cette opération. En présence de pareils accidents, je préfère m'abstenir de toute introduction pendant tout le temps que le corps étranger reste suspendu dans le corps vitré; mais dès qu'on le verra se fixer à une des membranes internes et l'œil s'enflammer, je n'hésite pas à pratiquer l'énucléation du globe oculaire.

(*Suite et fin prochainement.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 17 avril. — Présidence de M. Delaunay.

MÉMOIRES ET COMMUNICATIONS DES MEMBRES ET DES CORRESPONDANTS DE L'ACADÉMIE.

Physiologie. — M. PAYEN lit un travail intitulé : *Développement des végétaux, cellulose et matière ligneuse ; effets comparés dans l'alimentation; influence des substances grasses et azotées.*

Depuis l'époque (1840) où il a été établi que la cellulose constitue la trame des cellules ainsi que des divers tissus naissants des plantes, ce principe immédiat s'est retrouvé avec sa composition élémentaire et ses propriétés caractéristiques, même après s'être incrusté ou injecté de diverses substances organiques ou minérales, toutes les fois que l'on est parvenu à se débarrasser entièrement de ces substances étrangères.

Depuis cette époque aussi, maintes occasions se sont offertes de mettre en évidence, dans divers cas particuliers, cette loi générale de la composition de la trame organique, plus ou moins résistante et souple du tissu végétal.

Une autre loi non moins générale de la végétation, constatée dès 1835, avait montré que, dans les organismes naissants ou très-jeunes, la substance organique azotée ou quaternaire se trouve en fortes proportions; d'autant plus fortes, en effet, que les membranes non azotées, formées de cellulose, se trouvent alors plus minces et en quantités pondérales plus faibles.

Parmi les tissus formés de membranes minces, mais rapidement injectées de matières azotées, grasses et salines, on a particulièrement remarqué ceux qui se développent au contact de l'air, ou se trouvent le plus rapprochés de la superficie des tiges, feuilles et fruits : tels sont en général le périderme, l'épiderme et la cuticule épidermique. Il était difficile d'éliminer dans ce cas les substances étrangères, dissimulant par leur interposition la trame de cellulose, car celle-ci ne pouvait résister d'une manière absolue aux réactifs employés pour dissoudre ces matières interposées.

On a vu comment, par l'emploi successif de ces dissolvants, l'épiderme ou le périderme du tubercule de la pomme de terre avait pu être réduit à sa trame de cellulose blanche et pure, tout en conservant intacte la structure de ce tissu (*Comptes rendus* pour 1868, t. LXVI, p. 509).

L'épuration plus difficile encore de la cellulose formant la trame de la cuticule épidermique d'une jeune tige de *Cereus peruvianus*, entreprise dès lors par les mêmes moyens, n'a pu être réalisée complétement que plus tard : ce fut en ajoutant à ces divers traitements successifs l'action à froid suffisamment prolongée de l'acide azotique étendu à 25 degrés.

Après cette dernière réaction, suivie d'un simple lavage, la cuticule s'est montrée sous le microscope, divisée en figures circonscrites par les lignes médianes des saillies correspondantes aux sillons entre les cellules épidermiques sous-jacentes; c'était une sorte d'anatomie effectuée par la réaction légèrement oxydante de l'acide azotique étendu qui avait attaqué et partagé, à leur jonction récemment formée, les saillies de la trame de cellulose un peu pénétrantes entre les cellules recouvertes par cette cuticule.

Nous avons obtenu par le même procédé une épuration non moins complète de la trame de cellulose d'une cuticule du fruit du *Cucumis sativus* (concombre), mais en conservant la membrane continue sans aucune dislocation (2) ; on constate facilement la réaction caractéristique qu'offre cette membrane épurée, en la plaçant humide sous le microscope en contact avec une solution aqueuse, alcoolisée d'iode, puis faisant arriver entre les deux lames de verre du porte-objet une goutte d'acide sulfurique à 60 degrés : on voit au moment du contact se développer la couleur bleue caractéristique, tandis que, plus résistante, elle prenait, sous l'influence des mêmes réactifs (3), avant son épuration, la coloration jaune orangé, due aux matières étrangères, azotées et grasses, dont elle était injectée. La démonstration est devenue plus complète lorsqu'on eut reconnu que cette trame organique, ainsi épurée, présente la composition élémentaire de la cellulose, $C^{12}H^{10}O^{10}$, et qu'elle se peut dissoudre dans le réactif de Schweitzer (solution ammoniacale d'oxyde de cuivre), dont elle se précipite avec toutes ses propriétés par l'acide chlorhydrique ajouté en un léger excès, suffisant toutefois pour précipiter et redissoudre l'oxyde de cuivre.

(1) Des blessures de l'œil (*Klinische monatabl.* 1865).

(2) Noue sommes parvenu à obtenir à l'aide des mêmes procédés d'analyse immédiate la trame de cellulose pure d'un tube en bois qui avait servi à conduire les eaux de la première *pompe à feu* installée dans Paris.

Ce tube, dont un spécimen nous avait été remis pour en faire l'analyse, était demeuré enfoui dans le sol depuis plus de cent ans.

(3) Il importe, afin de préparer ces réactifs dans des conditions telles que leurs effets soient très-faciles à observer : 1° que, par exemple, la solution d'iode soit effectuée et entretenue à saturation dans l'eau contenant 3 centièmes d'alcool, en y ajoutant un excès d'iode en cristaux; et 2° que l'acide sulfurique ait une densité correspondante à 60 degrés Baumé ou contienne 1 partie d'eau pour 2 parties de l'acide monohydraté.

Notre savant confrère M. Decaisne a bien voulu observer avec nous au microscope les réactions caractéristiques de la cellulose sur la cuticule épurée du *Cucumis sativus.*

Nous avons communiqué à la Société centrale d'agriculture de France plusieurs résultats du même genre et répété avec les membres de son bureau les expériences qui en démontrent la réalité; qui établissent notamment les caractères distinctifs de la cellulose pure extraite avec sa structure propre, des péridermes de la tige souterraine du *Solanum tuberosum* et du *Quercus suber*, des cuticules épidermiques du *Cactus opuntia*, du *Cereus peruvianus*, d'une pomme de Calville et d'un fruit du *Cucumis sativus*.

Pendant que nous saisissons ici toutes les occasions favorables de mettre plus complétement en évidence le rôle de la cellulose dans la formation et le développement de divers tissus végétaux, la vérité sur ce point se faisait jour à l'étranger : on introduisait dans la science de nouveaux faits relatifs à la part que peut prendre ce principe immédiat dans l'alimentation des animaux; on constatait de nouveau les différences fondamentales qui existent entre la cellulose et les matières organiques *incrustantes* qui la pénètrent dans les fibres ligneuses.

Voici quelques-uns des résultats obtenus dans le cours de ces recherches, instituées et poursuivies en Allemagne depuis cinq ans, d'après la méthode scientifique *à posteriori* expérimentale.

Elles ont élucidé plusieurs questions de physiologie et d'économie rurale qui ont trouvé place dans une discussion intéressante soulevée récemment au sein de la Société centrale d'agriculture.

Extraits textuels (1).

Voici, d'après les expériences d'Henneberg et Stohmann, avec le concours de Rautemberg, les quantités et les qualités des substances digestibles dans les pailles et les foins pour fournir seulement les rations journalières d'entretien par 1000 kilogrammes de poids vif.

Elles représentent

7 à 8 kilogrammes de matières extractives non azotées,
1 à 2 kilogrammes de substances protéiques brutes,
Plus 26 grammes de matières alcalines et sels minéraux.

La portion digérée du *ligneux* des fourrages est de la cellulose pure, dont la composition est, en centièmes :

44,4 de carbone,
6,2 d'hydrogène,
49,4 d'oxygène.

Sa quantité représente 45 à 60 pour 100 du poids du *ligneux*, résultats confirmés par les expériences des docteurs Marker et Schulze à Weende, relatives à l'utilisation du foin par les moutons.

La portion non digérée (outre une partie de la cellulose fortement agrégée qui n'est pas digérée non plus) a la composition de la *lignine* (matière incrustante), dont la composition est ainsi représentée suivant Schulze :

Carbone....................	55,3
Hydrogène................	5,8
Oxygène..................	38,9

C'est la matière qui incruste dans les cellules mortes (2) les parois de la substance cellulaire propre et les pénètre. En somme, la portion non digérée des fourrages, dans le cas de la ration d'entretien, se compose de *lignine*, de la cellulose adhérente à la *lignine*, des substances épidermiques et péridermiques.

Les matières azotées sont économisées par l'emploi de proportions convenables des substances non azotées.

Rations économiques pour 1000 kilogrammes de poids vivant (bœufs) contenant une dose d'azote très-peu élevée :

Paille d'avoine ou de seigle....	7	kilogrammes
Trèfle..............................	2	»
Tourteau de colza.............	0,3	»

Une quantité d'azote moindre encore a suffi :

Paille de blé........................	7	kilogrammes
Mélasse.............................	4	»
Tourteau............................	0,5	»

Avantages des matières grasses dans l'alimentation, démontrés par F. Crusius (1re station, en Saxe) :

Douze bœufs à l'engrais, race Voigtland, comparativement nourris avec des aliments riches et des aliments pauvres en matières grasses : on a conclu des résultats obtenus, que la présence des matières grasses accroît l'assimilation des substances protéiques, des matières non azotées, et notamment de la cellulose extraite du *ligneux* par la digestion.

L'emploi des rations riches en matière grasses et en substances protéiques rend l'engraissement plus rapide et plus économique. Cette double influence est plus grande encore chez les jeunes animaux, particulièrement en ce qui touche l'effet nutritif du lait, lorsque les proportions de la matière grasse se trouvent augmentées; en voici un exemple :

	Caséine.	Sucre de lait.	Beurre.	Accroissement en une semaine.
Lait écrémé. .	4,6	5,5	1,2	5,9
Lait pur. . . .	3,8	7,7	2	12,2
Crême.	5,1	6,3	7,5	22,1

On voit que l'effet nutritif a été plus que doublé lorsque l'on a augmenté les doses de la matière grasse.

On arrive à des conclusions analogues d'après les expériences d'Ellriegel et d'Ulbrigt sur l'engraissement des cochons et celles de Weber sur la production du lait.

On sait quels sont les avantages des matières grasses contenues dans la ration des bœufs de trait : 1 kilogramme de graisse fournit autant de chaleur que 2 kilog. 5 de cellulose ou d'amidon.

D'après les expériences de Crusius, la ration la plus avantageuse pour l'engraissement des bœufs se réalise lorsque les matières grasses s'élèvent à un tiers ou à la moitié de la somme des substances azotées.

Henneberg et Stohmann ont démontré (ce qui d'ailleurs est également admis chez nous) que les matières grasses extractibles par l'éther n'ont pas toutes la même valeur dans l'alimentation : en effet, les excréments ne contiennent pas de matières grasses lorsqu'on donne aux bœufs des fèves ou des tourteaux de navette ou de colza, aux doses de 200 à 300 grammes par tête et par jour; la matière grasse des pailles et des foins est assimilée en moyenne dans la proportion de 1/3 de la quantité totale.

La partie non assimilée se compose de cire, de résine, etc.

On doit tenir compte, dans l'analyse des fourrages, de l'acide phosphorique, de la chaux, de la potasse et du fer, et s'assurer qu'ils s'y trouvent en quantités suffisantes; le sel marin est toujours ajouté suivant les doses de 16 à 32 grammes pour les bœufs, et de 1 à 2 grammes pour les moutons (1).

En résumé, on peut voir que les savants auteurs de ces laborieuses recherches expérimentales admettent la constitution générale du tissu ligneux comme étant formé de cellulose et de matière incrustante, telle que nous l'avions établie et dans les mêmes proportions.

Ils ont également reconnu la composition élémentaire de la matière incrustante, plus riche en carbone que la cellulose et contenant de l'hydrogène en excès, relativement à l'oxygène (2), tandis que dans la composition de la cellulose, ces deux éléments se rencontrent suivant les rapports qui constituent l'eau.

On leur doit d'avoir reconnu et signalé ce fait important que la matière incrustante contenue dans les substances ligneuses des fourrages n'est pas digestible.

Ils ont constaté expérimentalement aussi et admettent comme nous la composition élémentaire de la cellulose, ainsi que ses différents degrés d'agrégation correspondant aux états particuliers sous lesquels, dans certains cas, elle est digestible, et dans d'autres elle résiste à la digestion (3).

Ces démonstrations nouvelles de faits importants, très-généralement admis en France, mais dont quelques-uns avaient été contestés il y a peu de temps encore, ne peuvent manquer d'être utiles aux progrès de la science.

Nous avons remarqué plusieurs résultats curieux de ces expériences, s'accordant avec les nombreuses observations de M. Magne, directeur de l'Ecole vétérinaire d'Alfort, et démontrant en outre par des déterminations précises que la présence de ces matières grasses favorise à la fois l'assimilation des substances protéiques et celle des matières organiques non azotées (cellulose, amidon, etc.) contenues dans les fourrages.

De son côté, M. Sanson a fait justement ressortir, dans un mémoire très-étendu, l'intérêt agricole qu'offrent ces expériences, au point de vue des rations alimentaires et des aptitudes de certaines races d'animaux à l'engraissement précoce économique (4).

APPENDICE.

On peut comprendre sans peine que les matières ligneuses des fourrages, analogues aux tissus ligneux des différents bois, puissent être également représentées avec leur composition élémentaire variable, par la cellulose et la matière incrustante : il suffit pour cela de tenir compte des relations pondérables entre ces deux substances.

Que si, par exemple, prenant pour termes de comparaison la composition immédiate moyenne de plusieurs bois durs et celle des bois tendres ou plus ou moins flexibles, on calcule les doses de carbone d'après les rapports entre la matière incrustante et la cellulose contenus dans ces sortes de bois; attribuant enfin à la cellulose sa composition élémentaire parfaitement déterminée, et à la matière incrustante complexe sa composition moyenne contenant pour 100 parties, la première 44,4 de carbone et la seconde 54,5, on arrivera aux équations ci-dessous, qui s'appliquent en effet aux compositions immédiates soit de plusieurs bois durs contenant, d'après l'analyse, 60/100 de matière incrustante et 40/100 de cellulose, soit de divers bois tendres ou flexibles qui ont offert expérimentalement les deux substances organiques, suivant les rapports de 60/100 de cellulose et 40/100 de matière incrustante :

	Bois durs.	Bois tendres ou flexibles.
Matière incrustante.	$60 \times 0,545 = 32,70$	$40 \times 0,545 = 21,80$
Cellulose..........	$40 \times 0,444 = 17,76$	$60 \times 0,444 = 26,24$
Masse ligneuse.....	100 = carbone 50,46	100 = carbone 48,44

Outre la matière incrustante proprement dite qui se rencontre dans le plus grand nombre des tissus ligneux, plusieurs autres substances organiques qui pénètrent dans ces tissus, et notamment chez certaines essences forestières, modifient plus ou moins la composition élémentaire du bois : ce sont surtout les matières colorantes et colorables, des résines, des huiles essentielles, et, dans un assez

(1) Traduction de Roblin (Nièvre), *Journal de l'Agriculture* de M. Barral, t. II et IV, années 1865 à 1870.

(2) C'est-à-dire arrivées au terme de leur croissance.

(1) Il est évident, ainsi que nous l'avons fait remarquer avec M. Gasparin, que ces doses doivent varier suivant les quantités de sel naturellement contenues dans les herbes des prairies, celles du Midi, par exemple, souvent très-riches sous ce rapport.

(2) Peut-être n'ont-ils pas approfondi l'étude de cette matière organique incrustante, car ils la désignent sous le nom de *lignine*, qui semblerait mieux convenir à un principe immédiat nettement défini, qu'à une substance de composition complexe, contenant au moins trois principes immédiats distincts.

(3) Dans notre premier mémoire sur la cellulose, nous avons constaté que l'herbe des prairies naturelles contient des tissus dont la trame formée de cellulose résiste à la digestion des ruminants (espèce bovine), et peut être extraite de leurs déjections avec sa structure et ses propriétés caractéristiques.

(4) M. Sanson a montré notamment que, pour une portion égale de la même nourriture relativement à leur poids vif, les sujets des diverses variétés d'une même race, et à plus forte raison ceux de races différentes, n'en assimilent point des quantités égales et ne gagnent point, par conséquent, des quantités proportionnellement égales de chair et de graisse. Les quantités en poids les plus fortes sont toujours en faveur des sujets les plus précoces, dont l'aptitude digestive se montre ainsi plus active. Il a été prouvé que cette activité plus grande de la digestion s'exerce surtout, chez les ruminants, sur la cellulose des aliments ligneux.

grand nombre de cas, des granules amylacés isomériques avec la cellulose.

Il est très-digne d'intérêt et très-facile de constater que, dans les coquilles des noyaux des fruits de Celtis, la substance minérale composée de carbonate de chaux (plus traces de phosphate de chaux et de magnésie) se trouve injectée dans la cellulose et forme les dures parois de ces noyaux; elle se trouve, dans ce cas tout spécial, substituée à la matière organique incrustante qui est injectée dans l'épaisseur des parois des noyaux de tous les fruits dits *à noyaux* des arbres que l'on cultive dans les vergers [pêchers, abricotiers, pruniers, cerisiers (1)].

Depuis ma première observation sur la présence du carbonate de chaux dans les tissus d'organismes particuliers des feuilles de toutes les plantes des cinq familles de la classe des Urticées (2), ainsi que dans les parois des noyaux de Celtis, j'ai reconnu que cette sécrétion minérale est déjà formée dans les noyaux de ces fruits à peine parvenus à la moitié de leur développement; que cette sécrétion continue à s'accroître, enveloppée de cellulose et toujours au milieu d'une pulpe acide, à mesure que les fruits, ainsi que leurs noyaux, se développent jusqu'à la maturité ultime.

Au moment de la germination, l'embryon, se gonflant, favorise la rupture du noyau en deux coquilles; celles-ci, lors de leur apparition, et plus tard, après que l'embryon, s'étant développé, la tigelle atteint plusieurs centimètres, conservent encore la sécrétion calcaire en aussi fortes proportions. Ce n'est, sans doute, que par suite de l'altération du tissu que l'élément calcaire, ramené des profondeurs du sol dans les organismes des feuilles et des fruits des plantes de cette classe, est mis en liberté, et peut dès lors prendre part à la nutrition végétale par les radicelles qui trouvent à leur portée ces détritus minéraux et organiques.

M. Chevreul, après avoir entendu la lecture du mémoire de M. Payen, lui demande s'il est vrai que le sous-carbonate de chaux, reconnu dans les noyaux des fruits de Celtis, se trouve en contact durant son développement avec la pulpe acide du fruit.

Sur la réponse affirmative de son confrère, M. Chevreul, en le félicitant de l'intérêt de la communication qu'il vient de faire, rappelle des faits analogues qu'il a observés, non dans la matière vivante, mais dans des produits chimiques de laboratoire.

Par exemple, le butyrate de potasse, dissous dans les quatre cinquièmes de son poids d'eau auquel on ajoute un tiers de l'acide butyrique qui neutralise la base du sel, présente une solution qui ne rougit pas le papier de tournesol sec et qui n'est pas neutralisée par du sous-carbonate de potasse sec qu'on y ajoute à froid; elle rougit le papier de tournesol humecté, et décompose le sous-carbonate avec effervescence, si on la fait chauffer ou si on l'étend d'eau (3).

Ces affinités faibles, dont un grand nombre appartiennent à l'action des dissolvants, n'ont point, à mon sens, assez fixé l'attention des savants; cependant la connaissance d'un grand nombre de cas d'affinités faibles intéresse les sciences qui s'occupent des phénomènes de la vie.

Par exemple, il existe des acides organiques, tels que l'acide acétique, l'acide citrique, etc., qui, pris comme aliments dans des produits naturels, affectent l'organe du goût autrement que si on les prenait à l'état de pureté. Ainsi le vinaigre, le jus de citron, etc., pris au même degré que l'acide acétique pur, que l'acide citrique pur, etc., dissous dans l'eau distillée, affectent plus agréablement l'organe du goût que ne le font les acides.

Quelle en est la cause ? C'est que, dans les produits naturels, l'acide est uni à une matière organique neutre qui, sans en modifier la capacité de saturation, affaiblit l'action qu'il exercerait sur les tissus de l'organe du goût, et s'oppose ainsi à une action plus ou moins érosive que l'acide exempt de cette matière organique neutre tend à produire.

L'idée de la neutralité, telle que je la professe depuis longtemps, portera, je l'espère, une vive lumière dans l'étude des phénomènes de la vie, et particulièrement en médecine.

Histoire des Sciences. — M. Chevreul présente à l'Académie un opuscule composé pendant le siége de Paris sous le titre : *D'une erreur de raisonnement très-fréquente dans les sciences du ressort de la philosophie naturelle qui concernent le* CONCRET, *expliquée par les derniers écrits de M. Chevreul.*

Cet opuscule, dit M. Chevreul, complément de mes écrits antérieurs sur la méthode naturelle (4), échappera, je l'espère, à une critique qui reprocherait à l'auteur de s'être livré à des considérations communes et connues de tous, ou à des considérations vagues échappant à toute application par le défaut de précision de leur expression.

Peut-être même qu'une attention bienveillante me saura gré d'avoir montré clairement, et d'une manière précise, une différence réelle entre les sciences de la philosophie naturelle d'après un ordre de vues tout à fait différentes des classifications où on les a réparties conformément à des définitions telles, que la plupart des sciences relatives à ces définitions, manquant de limites distinctes qui devraient circonscrire le domaine de chacune d'elles, protestent bien haut par là même contre le vague d'expressions données pour des *définitions* précises.

La clarté de mes vues tient à la vérité du *principe*, base de tous mes écrits sur les généralités des sciences, que nous ne connaissons le *concret* que par l'*abstrait*; le *substantif propre* que par l'*adjectif*; le *corps* que par ses *propriétés*, ses *qualités*, en un mot ses *attributs*.

Les sciences n'étudient que des propriétés.

Les *Mathématiques pures* n'en étudient qu'une seule, la *grandeur*.

La *Physique* étudie les *propriétés* qu'on dit *générales*.

Et chacune d'elles l'est dans une série de corps qui la possèdent, sans préoccupation des autres propriétés que ces corps peuvent avoir.

Par le fait, la *Physique*, telle qu'elle est circonscrite actuellement, n'étudie que des *propriétés physiques*; mais, rationnellement et conformément à son étymologie Φυσις, son domaine pourrait s'étendre aux *propriétés chimiques* et aux *propriétés organoleptiques*.

Elle pourrait étudier de la même manière les propriétés générales des êtres vivants.

Une cause limite donc cette science à l'étude des propriétés physiques; et cette cause, non rationnelle, l'imperfection de l'esprit humain, en restreint le domaine à l'étude des propriétés physiques.

Et c'est parce que la Chimie, science pure, étudie seule les propriétés chimiques dans l'ensemble des propriétés que les corps possèdent à l'état d'espèce chimique exempte de toute matière étrangère à sa composition, que le chimiste en étudie les propriétés chimiques générales, à l'instar du physicien livré à l'étude des propriétés physiques; et à plus forte raison en est-il de même des attributs appartenant aux êtres vivants; ils sont étudiés surtout par des botanistes, des zoologistes, des anatomistes et des physiologistes, des agronomes et des médecins.

Voilà des idées claires, positives, expliquant la raison de ce qui *est*, de la *réalité*, du *fait*, et pourquoi ce qui *est* dans le moment actuel diffère de ce qui *pourrait être*, rationnellement parlant.

C'est un exemple qu'il faut joindre à plus d'une proposition avancée au nom du *rationalisme*, dans la conversation et les livres, qui pourrait être vraie si notre esprit n'était pas aussi imparfait, ou si nos connaissances actuelles ne laissaient pas tant à désirer.

La chimie étudie chaque espèce chimique en elle-même au point de vue du *concret*; elle veut connaître toutes les propriétés qu'elle possède, et ces propriétés sont *physiques*, *chimiques* et *organoleptiques* : elle n'en exclut aucune; loin de là, ajouter plus de précision à la connaissance d'un attribut, lui donner de l'extension, compte parmi les découvertes aussi bien que celle d'un attribut nouveau.

Si la botanique et la zoologie, au point de vue de la science pure, depuis la fin du XVIIIe siècle, n'ont guère été étudiées qu'*eu égard à la méthode naturelle*, ce serait une grande erreur de penser que l'histoire de cette méthode a suivi les mêmes phases et pour la Botanique et pour la Zoologie : telle est la raison de l'insistance que j'ai mise en tout temps sur la diversité de ce développement, selon qu'il s'est agi des animaux ou des plantes, et de mon empressement à donner immédiatement la raison de cette diversité par le fait qu'en zoologie l'homme est un terme de comparaison entre les animaux au moyen duquel, il y a vingt siècles, Aristote a pu les distinguer en groupes supérieurs conformes à l'esprit de la méthode naturelle. C'est faute d'un type analogue pour les plantes, que l'application de la méthode naturelle à leur classification en familles, en genres et en espèces, ne date guère que du dix-huitième siècle.

Ces faits rappelés, on voit avec quelle facilité j'ai pu montrer comment la botanique et la zoologie n'ont guère été jusqu'ici pour les naturalistes purs que la classification des espèces d'après la méthode naturelle, dont le but principal est la recherche d'attributs susceptibles de servir de *caractères*, et non la recherche de *tous* indistinctement, que comporte la connaissance complète de chaque espèce.

Différence frappante entre la méthode naturelle appliquée à la classification des espèces vivantes et l'étude des espèces chimiques, prétendant explicitement à connaître de la manière la plus approfondie tous leurs attributs, indépendamment de toute considération dont le but serait l'appréciation d'une prééminence respective des attributs en fait de classification.

Enfin la manière de procéder de la chimie dans l'étude des espèces chimiques fait sentir clairement la différence qu'il y aurait entre un LIVRE où *les espèces vivantes seraient présentées au lecteur conformément à l'esprit de la méthode naturelle*, et un LIVRE où *l'histoire de ces mêmes espèces, classées d'ailleurs d'après cette méthode, serait l'exposé de tous leurs attributs*, y compris ceux dont la connaissance intéresse l'agriculture, l'horticulture, l'économie domestique, la médecine et toutes les applications aux arts dont ces espèces sont susceptibles.

Ce résumé montre que le but définitif de l'opuscule est d'appeler l'attention des lecteurs sur une erreur des plus fréquentes dans les sciences du concret, erreur qui consiste à avancer des *propositions générales*, des *explications*, des *théories*, de prétendues *lois de la nature* avec l'assurance que donnerait la connaissance du *tout*, tandis que réellement on ne connaît que des *parties de ce tout*. Le remède à l'erreur est le *contrôle* prescrit par la *méthode* A POSTERIORI *expérimentale*.

L'origine de cet opuscule est une critique de ma *Classification zoologique par étages* (1) que M. Milne Edwards fit dans un rapport adressé à M. Duruy, ministre de l'instruction publique, sur les derniers progrès des sciences zoologiques en France depuis vingt-cinq ans. En répondant à ses observations, je sentis la nécessité, pour être bien compris, d'exposer les idées qui m'avaient conduit à proposer cette classification, dont l'avantage me paraît incontestable pour mettre un terme à des objections auxquelles prêtent les *classifications zoologiques* par *échelle*, par *série linéaire*, par *séries parallèles*, et je n'en excepte pas la *classification* dite *réticulée* telle qu'on l'a présentée.

L'échelle de Bonnet, la série de Blainville et même les séries dites *paralléliques* de Is. Geoffroy Saint-Hilaire reposent sur l'idée de la prééminence d'une espèce animale sur l'autre. Si des personnes éclairées par l'expérience restreignent le rôle de la méthode naturelle à disposer les espèces vivantes dans l'ordre de supériorité déduit de l'observation de l'ensemble des organes *visibles* d'une ou d'un certain nombre d'espèces constituant un *groupe naturel*, sans se préoccuper de l'étude des facultés intellectuelles et instinctives, elles évitent certainement l'occasion de donner prise à plus d'une critique; mais je dois à la vérité de dire que jamais je n'ai eu la pensée de séparer de l'histoire naturelle des animaux l'exposé de leurs mœurs, ni l'examen de leurs facultés intellectuelles et instinctives. L'importance de ces études, si justement appréciée par Buffon, lui a dicté des critiques, trop passionnées sans doute, contre Linné; mais le *Systema naturæ* de l'illustre Suédois, tout œuvre de génie qu'il est, ne lui présentait que des *groupes* de divers degrés, depuis le *règne*, la *classe*, l'*ordre*, le *genre*, jusqu'à l'*espèce*, groupes caractérisés chacun par le plus petit nombre possible d'attributs, et, pour être juste, il ne faut pas oublier qu'à l'époque où parurent les premiers volumes de l'*Histoire naturelle des animaux* de Buffon, peu de personnes s'occupaient des méthodes de classification au point de vue général. Quoi qu'il en soit, j'insiste dans mon opuscule sur la distinction réelle existant entre un *traité des espèces vivantes végétales ou animales, classées d'après une méthode quelconque*, et *un livre de l'histoire naturelle de ces mêmes espèces* où chacune serait étudiée dans l'ensemble de ses attributs, y compris bien entendu ses mœurs, ses facultés intellectuelles et instinctives, et l'utilité dont elle peut être à tous égards.

Des idées que je viens d'exposer est sortie la *classification zoologique par étages*.

Ne pouvant admettre le point de vue restreint où la méthode naturelle, pour être vraie, serait toujours limitée à la simple observation des organes visibles, et, d'un autre côté, considérant l'observation des mœurs, des facultés intellectuelles et instinctives comme indispensable à la connaissance de l'*intégrité de l'espèce*; mais convaincu des difficultés de composer aujourd'hui une résultante des observations fondées sur le *visible* et d'inductions tirées d'observations qui sont en *dehors du visible*, je suis le premier à dire au naturaliste classificateur : « Aidez-vous de toutes les lumières que vous offrent les sciences physico-chimiques, les sciences anatomiques et physiologiques; mais, pour ne point compromettre l'avenir, je vous propose la *classification par étages* (1), qui met un terme aux objections les plus fortes que l'on fait à la disposition des espèces animales en *échelle*, en *série linéaire*, et même en *séries parallèles*. »

L'idée qui a présidé à la *classification par étages* a été de prendre autant de *plans circulaires* qu'il existe d'ordres dans une classe d'animaux, et d'inscrire les noms des espèces (ou des genres) d'autant plus près du centre qu'on les juge mieux organisées.

Si l'on juge que plusieurs espèces le soient également, on écrit leurs noms correspondant à des points pris sur la circonférence d'un petit cercle dont le centre se confond avec celui du plan, et du point correspondant à chaque nom on tire des lignes en dehors du petit cercle si l'on admet des espèces dont la forme dérive des espèces les mieux organisées. Ces lignes sont divergentes lorsque les formes dérivées d'une espèce centrale ne se rapprochent pas d'une autre espèce centrale; mais, dans le cas contraire, elles sont convergentes.

Dans la première figure concernant les quadrumanes, les lignes sont *divergentes*; la deuxième figure montre, au contraire, *deux lignes convergentes*.

Enfin une troisième figure fait voir la possibilité de classer des espèces qui seraient en *séries parallèles*.

En définitive, la classification par étages me paraît se prêter à exprimer tous les rapports principaux que l'on peut observer entre les espèces; et j'ajouterai que, si l'on conçoit très-bien, par exemple, les trois formes-types des quadrumanes *orang*, *chimpanzé*, *gorille*, supérieures à celles des quatre formes-types des carnassiers *chat*, *phoque*, *ours* et *chien*, on conçoit très-bien que ces quatre dernières seront supérieures à celles de quadrumanes très-éloignées du centre; et dès lors on sera plus exposé à considérer un quadrumane quelconque comme devant être *nécessairement* supérieur au *phoque* ou au *chien* compris dans un plan inférieur à celui des quadrumanes.

Maintenant, j'ai deux réponses à faire à la critique de M. Milne Edwards.

A. Il pense que la *classification par étages* n'a pas pris en considération l'*embryologie* des espèces.

Je réponds qu'il n'y a pas un seul mot dans ce que j'ai écrit qui puisse donner à penser que j'ai repoussé les lumières tirées de l'embryologie.

B. M. Milne Edwards parle de ma *classification par étages* sous la dénomination de *classification radiaire*, et d'*étoiles à branches multiples superposées*.

Je réponds que ces expressions sont incompatibles avec cette classification du moment :

1° Où j'exprime des relations par des lignes convergentes en un point plus éloigné du centre que ne le sont les deux points de départ de ces mêmes lignes;

2° Où j'admets la possibilité d'exprimer des rapports par des lignes parallèles et généralement par des lignes quelconques.

M. Milne Edwards. Je suis heureux que le passage cité par M. Chevreul ait déterminé notre illustre confrère à développer ses vues relatives à la forme qu'il convient de donner aux classifications zoologiques, car l'Académie écoute toujours avec intérêt et profit les communications de notre savant confrère; mais je persiste à croire que sa distribution du règne animal par étages ne peut satisfaire les naturalistes. Dans divers écrits, j'ai exposé mes opinions au sujet des conditions que les classifications zoologiques doivent

---

(1) Voici les résultats de l'analyse immédiate des noyaux des fruits du *Celtis orientalis* [les autres *Celtis* ont présenté des résultats analogues *C. occidentalis*, *C. Tourneforti*, *C. Audibertiana*)] :

100 noyaux pesaient 10gr,444; 100 parties =	Coquilles, 67,3	Tissu (cellulose + matière azotée).	22,9
		Carbonate de chaux + traces de phosphate de chaux et de magnésie	40,0
		Silice	4,4
	Amandes, 32,7	Tissu organique (cellulose, m. azotée, etc.)	16,3
		Huile	15,2
		Sels minéraux	1,2
	100,0		100,0

(2) A l'exception des Ulmacées.

(3) *Recherches chimiques sur les corps gras d'origine animale* (p. 126) : 0,500 de butyrate de potasse, 0,400 d'eau et 0,115 d'acide butyrique hydraté.

(4) Trois articles dans le *Journal des Savants*, 1825, sur le *Traité de minéralogie* de Beudant. — Trois articles sur l'Anatomie transcendante de Serres, *Journal des Savants*, 1840.— Cinq articles sur l'Ampélographie du comte Odart, *Journal des Savants*, 1845 et 1846. — Cinq articles sur l'histoire naturelle générale des règnes organiques par Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, *Journal des Savants*, 1863 et 1864. — Lettres à M. Villemain sur la méthode et la définition du mot *fait*, 1856. — Distribution des connaissances humaines, *Mémoires de l'Académie des Sciences*. — *Histoire des connaissances chimiques*, t. Ier, 1866. — *De la méthode à posteriori expérimentale et de la généralité de ses applications*, 1870.— *Deuxième rapport au ministre de l'instruction publique sur le cours de chimie fait au Muséum d'histoire naturelle par M. Chevreul.*

(1) *Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences*, t. LVII, p. 409 et 457, séances des 24 et 31 août 1863.

(1) *Comptes rendus*, 1863, t. LVII, p. 457.

remplir et des moyens à l'aide desquels il convient de chercher à les perfectionner. Je craindrais donc de fatiguer l'attention de l'Académie par des redites, si je discutais de nouveau ces questions devant elle, et je me bornerai à renvoyer à deux Mémoires que j'ai publiés, l'un en 1844 (1), l'autre en 1868 (2).

(*A suivre.*)

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (3).

5 NOVEMBRE

V. **Bulletin des décès.**— Les déclarations à l'état civil de Paris du 30 octobre au 5 novembre donnent un chiffre de 1762, se décomposant ainsi :

Variole, 380. — Scarlatine, 6. — Rougeole, 32. — Fièvre typhoïde, 61. — Érysipèle, 11. — Bronchite, 72. — Pneumonie, 69. — Diarrhée, 87.— Dysentérie, 32.— Choléra, 1.— Angine couenneuse, 9. — Croup, 6. — Affections puerpérales, 12. — Autres causes, 1,004.

(1) *Considérations sur quelques principes relatifs à la classification naturelle des animaux* (*Annales des sciences naturelles*, 3e série, t. I, p. 66-99).

(2) *Considérations sur les affinités naturelles et la classification méthodique des mammifères*, insérées dans un recueil intitulé : *Recherches pour servir à l'histoire naturelle des Mammifères*, par MM. Milne Edwards et Alphonse Milne Edwards (première livraison, 1868).

(3) Voir le dernier numéro.

AVIS

Avec le no 138 (29 novembre 1870) se termine la collection de ceux de nos souscripteurs dont l'abonnement expirait le 30 novembre dernier.

Nous prions très-instamment nos confrères de vouloir bien nous adresser le montant de leur renouvellement en un mandat sur la poste à l'ordre du Directeur de la *Gazette des Hôpitaux*.

Ce mode de payement est le plus *sûr* et le plus *économique*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Traité des fractures non-consolidées ou pseudarthroses, par le docteur Bérenger-Féraud, médecin principal de la marine. In-8 de 700 pages. — Prix : 10 francs.

Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie (tome XXI de la collection, année 1869). 1 volume in-8 de 627 pages et 6 planches lithographiées et coloriées. — Prix : 7 francs.

Nouvelles applications de l'acide phénique en médecine, etc., par le docteur Déclat. In-8, planches photogr. — Prix : 5 fr.

Des troubles de la sensibilité générale dans la période secondaire de la syphilis et notamment de l'analgésie syphilitique, par le docteur Faid, médecin de l'école du Caire (Égypte). In-8 de 134 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Des méthodes générales d'opération de la cataracte et en particulier de l'extraction linéaire composée, par Paul Yades, docteur en médecine. Paris, 1870, 1 gr. in-8 de VIII-77 pages. — Prix : 3 fr.

De l'hyoscyamine et de la daturine. Étude physiologique et applications thérapeutiques, par le docteur Laurent, ancien interne des hôpitaux de Paris. Brochure in-8, avec figures dans le texte. — Prix : 3 fr.

De quelques applications de l'électricité à la thérapeutique (courants continus, bains électrisés), par le docteur Chapot-Duvert. In-8 avec figures dans le texte. — Prix : 1 fr. 75.

De la dénudation des artères, par le docteur Delbarre, ancien interne des hôpitaux de Paris. Brochure in-8 de 70 pages. — Prix : 1 fr. 50.

De l'hémiplégie pneumonique, par le docteur R. Lépine, préparateur du cours de pathologie comparée et expérimentale à la Faculté de médecine de Paris. 1870, in-8 de 40 pages. — Prix : 1 fr. 25.

Recueil de questions posées aux 5 examens de médecine et aux accouchements. 1 fr. 50 le volume. — Chez A. Delahaye, place de l'Ecole de-Médecine.

Annuaire des eaux minérales, des bains de mer et de l'hydrothérapie en France et à l'étranger, publié par la *Gazette des eaux*. 12e année, 1870. — Prix : 1 fr. 50.

Traité des maladies chroniques, par le docteur Thompson, traduction de l'anglais. Brochure in-12 de 80 pages. — Prix : 1 fr.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Étude médicale sur l'équitation (M. C. Rider). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — ACADÉMIE DES SCIENCES. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 26 avril 1871.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

M. Verneuil a continué et terminé hier l'argumentation ou plutôt l'exposé doctrinal dont il avait posé les prolégomènes dans la dernière séance.

Le fait de la septicémie bien établi, il s'agissait de démontrer cette proposition, formulée sous toutes réserves dans sa première argumentation, savoir : que l'infection purulente n'est point une maladie spéciale, mais seulement une terminaison de la septicémie, ou plutôt une septicémie grave avec complications spéciales, reconnaissant des causes spéciales ; que la pyohémie et la septicémie sont deux faits inséparables, et qu'ils doivent par conséquent être étudiés conjointement. Tel a été l'objet de la deuxième partie du discours prononcé hier à la tribune.

L'exposé de la doctrine est complet maintenant. Elle pourrait se résumer en bien peu de mots, dans cette proposition énoncée il y a quarante-cinq ans par M. Bouillaud, ainsi que M. Verneuil s'est plu à le rappeler lui-même, que l'infection purulente n'est qu'une forme de l'infection putride. Mais il fallait établir la légitimité de cette doctrine sur preuves et pièces justificatives. Si on juge que M. Verneuil y est parvenu, ce résultat valait assurément les efforts d'étude et les frais d'argumentation qu'il a faits pour atteindre ce but.

La suite de la discussion aidera à former notre jugement sur ce point.

Dr BROCHIN.

ÉTUDE MÉDICALE SUR L'ÉQUITATION (1)

Par M. le docteur C. RIDER.

Avant d'examiner l'influence que l'équitation exerce sur l'homme, il est utile de rappeler d'abord les rapports qui existent entre elle et les autres modes d'exercice ainsi que les effets que ces derniers produisent dans l'économie.

Les physiologistes divisent les exercices en *actifs*, *passifs* et *mixtes*.

Les exercices actifs, tels que la marche, la course, la danse, etc., sont ceux qui résultent exclusivement des contractions musculaires.

Les exercices passifs consistent dans l'agitation ou la gestation du corps, au moyen de machines dans lesquelles se place le sujet, et qui le transportent d'un lieu à un autre.

Les exercices mixtes sont ceux qui exigent que l'individu, quoique supporté et mis en mouvement par une puissance étrangère, agisse cependant, soit pour conserver certaines attitudes, soit pour communiquer le mouvement à la machine sur laquelle il est placé : telles sont l'équitation et la promenade dans un bateau quand on fait mouvoir les rames ; tel est aussi l'exercice du vélocipède.

Pour apprécier exactement l'influence de l'équitation sur l'économie, il est nécessaire d'étudier d'abord les effets locaux et généraux produits par les exercices actifs et passifs.

Effets des exercices actifs. — Pour se faire une idée de l'influence des exercices actifs sur l'économie, il suffit d'examiner l'état des membres que l'on exerce beaucoup. Lorsque l'on fait agir une partie pendant quelque temps, on la voit d'abord se gonfler par l'afflux d'une plus grande quantité de sang ; la chaleur y devient plus vive, et si l'on répète habituellement les mêmes mouvements, on voit se développer dans la partie qui les exécute une plus grande perfection d'action, un surcroît de nutrition et d'énergie. C'est ainsi que les bras des boulangers, les jambes des danseurs, etc., acquièrent bientôt un développement remarquable.

Ce ne sont pas seulement les organes des mouvements actifs qui en ressentent les effets ; les fonctions nutritives se perfectionnent et deviennent plus actives sous leur influence ; et lorsque les muscles s'exercent beaucoup, ils communiquent en général un surcroît d'énergie aux viscères. Par le travail et la fatigue, le besoin des aliments devient plus fréquent et plus impérieux ; l'estomac, plus actif, en digère de plus grandes quantités. Un exercice modéré de ce genre, après le repas, rend aussi la digestion plus facile, et par suite la nutrition plus parfaite, si bien que les personnes qui en ont contracté l'habitude ressentent le besoin impérieux de s'y livrer, et digèrent mal lorsqu'elles ne peuvent pas le satisfaire.

Les exercices actifs déterminent toujours l'accélération de la circulation et de la respiration. Beaucoup de mouvements modifient d'une manière bien puissante cette dernière fonction : les uns en l'accélérant seulement, les autres en exigeant des dilatations soutenues et fréquentes du thorax, indispensables à l'exécution des efforts.

La calorification, qui n'est qu'un résultat des fonctions nutritives, est notablement augmentée par la force, la durée et surtout la fréquence des exercices actifs. On sait que la perspiration cutanée est toujours plus ou moins accrue par ces exercices. Les autres sécrétions ou exhalations ne sont point plus abondantes ; quelques-unes même semblent diminuées.

L'exercice actif modéré rend la nutrition plus parfaite dans tous les organes de l'économie ; il n'en est aucun qui n'en ressente l'influence, puisque tous participent aux agitations moléculaires que le mouvement des membres détermine dans tout le corps. Cette augmentation de nutrition est d'ailleurs une conséquence de la plus grande activité que déploient les principales fonctions viscérales, dont elle est, à proprement parler, le but principal. Mais c'est surtout dans le système musculaire que se manifeste de la manière la plus remarquable cette activité de la nutrition ; les muscles acquièrent plus de volume, de densité et de puissance.

L'exercice actif, pratiqué dans le jeune âge, paraît aussi activer la nutrition du système osseux. Les contractions musculaires le développent en totalité et augmentent la saillie des éminences des insertions. Au développement du système musculaire se joint toujours celui du système circulatoire ; de la prédominance de ces deux appareils organiques résulte une constitution robuste, et ordinairement exempte d'infirmités.

En résumé, les exercices actifs portent d'abord leur influence sur les muscles qui exécutent les mouvements, et ils augmentent ensuite l'action et l'énergie des organes assimilateurs, parce que les muscles, en exigeant de ceux-ci une plus grande quantité de matériaux propres à leur développement, redoublent nécessairement leur travail, et parce qu'ils communiquent encore aux organes de la nutrition des secousses favorables à l'exécution de leurs fonctions et à la nutrition de leurs tissus.

Effets des exercices passifs. — Ces exercices ont lieu sans que les muscles se contractent ; le corps n'est alors soumis qu'à des agitations et à des secousses plus ou moins vives et fréquentes, qui le pénètrent pour ainsi dire et agissent sur toutes ses parties. Ces ébranlements stimulent les tissus, accroissent l'activité organique, et rendent l'exécution des fonctions nutritives plus facile. Ils ne déterminent point, comme les grands exercices actifs, de troubles dans la digestion, dans la circulation et dans la respiration ; ils n'augmentent pas la chaleur animale et la perspiration cutanée ; ils ne déterminent ni déperditions ni fatigue ; ils conviennent donc beaucoup mieux aux convalescents et aux individus d'une constitution faible.

Les mouvements passifs donc, ébranlant doucement les viscères, excitant les organes digestifs, favorisent l'absorption du chyle, la circulation, la respiration, et rendent par conséquent la nutrition plus parfaite. Aussi l'on observe que les individus qui passent une partie de leur vie en voiture acquièrent beaucoup d'embonpoint et se font remarquer par l'état florissant de leur santé.

Effets des exercices mixtes. — Les exercices mixtes, et notamment l'équitation, réunissent les avantages des mouvements actifs à ceux des mouvements communiqués. Ils ont sur les muscles et sur les viscères une action plus puissante que ces derniers, et cette action n'a pas, comme les fortes contractions musculaires, l'inconvénient de déterminer une grande fatigue et une déperdition abondante de matériaux nutritifs : aussi les exercices mixtes conviennent-ils à presque tous les âges, à presque tous les tempéraments, et surtout à tous les individus qui, accidentellement ou par constitution, ne sont pas assez forts pour se livrer à de grands exercices actifs, et qui ont cependant besoin de plus de mouvement que n'en déterminent les gestations.

I. ATTITUDE ET MOUVEMENTS DU CAVALIER.

Dans l'acte de l'équitation, l'homme suit les mouvements de la base mobile qui le supporte. Chaque fois que l'animal sur lequel il se trouve se déplace, à l'instant où ses membres portés en avant rencontrent le sol et sont ainsi forcés de supporter le poids du corps, un choc a lieu, c'est-à-dire que tout ce mouvement d'impulsion donné au corps de l'animal se trouve répercuté sur lui-même, et lui fait éprouver une secousse qui se communique au cavalier. Ces secousses se répètent à des intervalles plus ou moins rapprochés, suivant la rapidité de la marche de l'animal, et elles sont plus ou moins fortes, suivant l'allure de ce dernier, la nature du terrain, la qualité du cheval et l'habileté de celui qui le monte.

On a prétendu que l'homme reçoit, comme un corps privé de la vie, la somme de mouvement que le cheval lui communique à chaque déplacement ; c'est là une erreur, et l'art du cavalier consiste précisément à modifier, même à neutraliser par les attitudes les effets du choc, à se lier au cheval de manière à suivre aussi exactement que possible les contractions et les ondulations de son corps, sans en recevoir trop d'ébranlement. Il faut donc considérer dans l'équitation deux ordres de mouvements, ceux que le cheval exécute et ceux que fait le cavalier pour se maintenir en équilibre sur une base éminemment mobile, ainsi que pour gouverner sa monture.

1° *Influence des allures du cheval.* — Examinons les modifications qu'apportent au mouvement communiqué à l'homme les diverses allures du cheval (1).

Dans le pas, les jambes du cheval se meuvent alternativement et en diagonale, et elles se posent de même, c'est-à-dire qu'au membre droit antérieur, qui se lève le premier, par exemple, succède le gauche postérieur, à celui-ci le gauche de devant, et enfin le droit postérieur. Cette marche, où le centre de gravité n'est que peu ou point déplacé, est la plus douce ; le cavalier ne reçoit que des ébranlements modérés et qui se répètent à des intervalles distincts, réguliers, faciles à compter ; c'est la seule allure qu'on doive permettre au cheval si on le monte après le repas ; c'est aussi celle qui convient aux personnes faibles, aux convalescents et aux vieillards. Dans l'amble, l'animal effectue la progression en levant et en posant ensemble les deux membres du même côté, alternativement droits et gauches ; cette allure, très-allongée et très-peu détachée de terre, paraît naturelle au chameau et à la girafe ; les jeunes chevaux vont généralement l'amble jusque vers l'âge de deux ans ; plus tard, cette allure n'est plus guère que le résultat de l'éducation ; elle ne fait que ballotter très-légèrement le cavalier de droite à gauche et réciproquement ; les ébranlements sont un peu plus répétés que dans le pas, mais n'ont pas beaucoup plus d'intensité.

Le trot est le mode d'équitation le plus fatigant ; j'entends le trot à la française, car le trot à l'anglaise cause peu de fatigue, même sur un cheval dur, à condition que l'allure du cheval soit bien franche et que l'animal, ne se déplaçant pas hors du plan vertical, ne communique pas à son cavalier des réactions irrégulières, et déviant de droite à gauche et de gauche à droite.

Dans cette allure, chaque membre antérieur agit toujours diagonalement avec le membre postérieur du côté opposé ; leur lever et leur poser sont simultanés : le cavalier reçoit à chaque mouvement des secousses rudes qui lui font souvent quitter la selle ; du reste, la violence de ces secousses varie singulièrement suivant la nature du terrain, l'habitude que l'on a de ce mode d'équitation et surtout suivant la qualité du cheval. Celui qui est volumineux, qui n'est pas habituellement consacré au service de la selle, soulève la masse de son corps avec plus d'effort, retombe sur le terrain plus lourdement et communique à son cavalier des secousses plus violentes. On peut remarquer, d'ailleurs, d'une manière générale, que chaque race de chevaux a ses propriétés particulières, déterminées par sa conformation : les chevaux limousins, haut-jambés et long-jointés, c'est-à-dire ayant les pâturons un peu longs, ont des allures très-douces ; il en est de même des chevaux arabes, andalous, portugais, tandis que les chevaux anglais, normands, mecklembourgeois, hanovriens, etc., impriment à ceux qui les montent des secousses très-fortes (2).

Dans le galop, la plus rapide et la moins fatigante de ses allures, le cheval s'élance du train postérieur sur le train antérieur, et ne fait éprouver au cavalier que d'agréables ondulations ; je parle là en général, car il est des chevaux dont le galop est plus désagréable que le trot, ce qui dépend de certaines particularités de structure, de certains vices du dressage, ou plus souvent de certaines maladies ou défectuosités des membres, surtout à l'arrière-train.

(1) Extrait des *Annales d'hygiène*.

(1) Voyez G. Colin, *Traité de physiologie comparée des animaux domestiques*, 2e édition. Paris, 1870, t. I, p. 421.

(2) Voyez A. E. Brehm, *La vie des animaux ; les mammifères*. Paris, 1870, t. II, p. 359.

Cette allure, lorsqu'elle est très-rapide, gêne cependant la respiration par l'obstacle que paraît apporter à cette fonction la force avec laquelle l'air atmosphérique est pressé dans la course du cavalier.

Le pas relevé est encore une allure assez douce : c'est une espèce d'amble rompu, qui ne diffère de l'amble ordinaire que parce que le cheval repose pendant un temps fort court sur les deux jambes opposées dans la diagonale.

2° *Influence de la nature du sol.* — La nature du sol influe beaucoup sur la quantité et la qualité des ébranlements communiqués au cavalier : la terre molle absorbe une portion du mouvement à l'instant où le cheval y pose; un terrain dur, compacte et résistant rend la repercussion du mouvement plus complète et plus efficace.

3° *Attitude du cavalier.*— L'attitude de l'homme sur la monture détermine en grande partie les effets de l'équitation; les maîtres en cet art disputent sur le plus ou moins de verticalité à donner au corps, sur la courbure des reins, sur les points d'appui de l'assiette et la direction des cuisses. Dans l'équitation militaire, en particulier, le corps du cavalier est divisé en trois parties : deux mobiles, le tronc et les jambes, et une immobile, les cuisses.

Comme nous l'avons vu plus haut, l'équitation est un exercice mixte, c'est-à-dire que, outre les mouvements que subit le cavalier, il faut que les muscles agissent pour conserver au tronc, à la tête et aux bras les attitudes convenables, et ses efforts musculaires sont d'autant plus énergiques qu'il a moins d'expérience et que par suite ils sont moins bien coordonnés et moins bien appliqués : ces efforts s'exercent surtout dans la partie postérieure du tronc, dans la partie interne des cuisses, dans les bras et les jambes; il existe dans toutes les parties du tronc un état de contraction presque continuel pour lui conserver la rectitude nécessaire à la demi-station; les muscles des membres agissent tant pour le maintien de l'équilibre que pour la direction du cheval. Du reste, les mouvements actifs et passifs sont plus ou moins nombreux, plus ou moins intenses, suivant le mode d'équitation que l'on adopte. En Angleterre, où les chevaux ont généralement le trot assez dur, on a adopté une méthode dite *à l'anglaise*, et qui consiste à briser chaque choc du cheval par un mouvement alternatif de flexion et de redressement du tronc; les supports des étriers sont courts, les jambes et les cuisses fléchies, le bassin ne porte que fort peu sur la selle, que les tubérosités ischiatiques touchent à peine, et le tronc s'élève et s'abaisse alternativement dans chaque mouvement du cheval sur les membres pelviens qui, les genoux fixés aux quartiers de la selle, prennent, à l'aide des pieds, d'autres points fixes sur les étriers. Cette méthode est aujourd'hui bi n connue et très-usitée en France.

La méthode française, par la longueur des porte-étriers, fait du bassin le point d'appui principal et met surtout en action les muscles du tronc et de la partie interne des cuisses; elle prête mieux au déploiement des grâces équestres et à la noblesse des attitudes; mais, le cavalier ne pouvant éviter aucun des mouvements ni atténuer aucune des secousses que l'animal lui transmet, ce mode d'équitation agite les organes des trois cavités splanchniques par des successions plus violentes, dont les effets sur la santé peuvent être vraiment pernicieux et funestes; la fatigue qui survient chez le cavalier novice ou après l'exercice prolongé de l'équitation, provient et des secousses passives et des contractions exécutées pour en amortir l'effet.

(*A suivre.*)

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

Par M. BAZIN.

Contre les syphilides ulcéreuses pustulo-crustacées et tuberculeuses, dans les affections des parties molles de la troisième période, M. Bazin donne le sirop de Gibert, dont il modifie légèrement la formule.

SIROP.

Sirop de saponaire.........	*Cinq cents grammes.*
Bi-iodure de mercure.........	*Vingt centigrammes.*
Iodure de potassium........	*Dix grammes.*

Pris à la dose d'une demie à deux cuillerées à bouche dans une tasse de tisane de salsepareille ou de gaïac, ce sirop composé est une des meilleures préparations qu'on puisse employer contre les accidents tertiaires de la syphilis. (*Journ. de méd. et chir. prat.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 avril 1871. — Présidence de M. BOUVIER.

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la mort d'un des membres correspondants les plus anciens et les plus estimés, M. Scoutteten.

M. SÉE annonce la perte que l'Académie vient de faire dans la personne de M. Longet, mort subitement à Bordeaux, chez son élève et ami M. Oré.

PRÉSENTATIONS

M. DEPAUL met sous les yeux de l'Académie trois fœtus provenant d'une grossesse multiple.

La femme qui fait le sujet de cette observation est âgée de 37 ans. Elle a déjà eu trois grossesses, dont une double en 1869.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'infection purulente.

La parole est à M. Verneuil.

Suite de la discussion sur l'infection purulente

M. VERNEUIL. Dans la dernière séance j'ai exprimé l'idée que la pyohémie n'est qu'une septicémie grave avec complications spéciales, reconnaissant des causes spéciales, mais en dépit de ses caractères spéciaux, rentrant dans la série des fièvres traumatiques. Je vais aujourd'hui compléter la démonstration.

On ne s'est point aperçu qu'en nommant pyohémie ou infection purulente la maladie qu'on attribue au mélange du pus et du sang, on a fait tout simplement une pétition de principe, car on admet comme démontrées trois choses qui sont précisément en litige : la propriété toxique du pus, la réalité de son mélange avec le sang et enfin le danger de ce mélange. A l'époque où s'est établie cette croyance, on ne s'est pas demandé si le pus était identique, s'il n'était pas tantôt dépourvu et tantôt doué de propriétés délétères, si dans ce fluide complexe telle action pouvait être exercée par la partie fluide, telle autre par les éléments figurés, si enfin la matière en question, qu'on considérait comme tout à fait étrangère à l'organisme, n'était pas au contraire constituée pas la simple hypergénèse ectopique d'un élément anatomique normal. Beaucoup de chirurgiens faisant bon marché des questions de cause première et de nature intime, se sont contentés de reconnaître l'existence d'une maladie générale grave caractérisée cliniquement par la fièvre, l'adynamie, la marche fatale et la terminaison presque toujours funeste, anatomiquement par la formation d'abcès dans les viscères ou les interstices celluleux, et sans sonder la profondeur théorique, ils ont conservé à cette réunion de symptômes et de lésions les noms de pyohémie ou infection purulente.

En ce qui concerne les qualités et propriétés du pus, voici ce que la science moderne a définitivement établi.

1° Le pus est composé de substances organiques et minérales suspendues ou dissoutes dans un sérum et d'éléments figurés dits leucocythes ou globules purulents.

2° Ces leucocythes ne diffèrent pas sensiblement des globules blancs qu'on rencontre normalement dans le sang.

3° Le pus complet, sérum et globules, peut offrir deux états qu'il n'est pas toujours facile de distinguer : l'état de pureté et l'état d'altération.

4° Le pus pur ne possède aucune propriété délétère et n'exerce sur l'organisme aucune action fâcheuse; il peut être porté par la voie expérimentale dans le tissu conjonctif, dans les cavités naturelles et jusque dans les vaisseaux eux-mêmes, sans provoquer le moindre accident.

5° Cette règle souffre une exception. Les globules purulents introduits en trop grande quantité à la fois dans le torrent circulatoire peuvent amener des obstructions capillaires, qui peuvent devenir graves, mais qui n'exercent jamais qu'une action mécanique.

La clinique confirme les données expérimentales à cet égard.

Conclusion unique et formelle : le pus normal étant dépourvu de propriétés toxiques ne peut être considéré comme le poison de la pyohémie.

Comme je l'ai fait pour le pus normal, je résumerai ce que cinquante ans de recherches ont appris sur le pus putride.

1° Le pus putride, en quantité même restreinte, introduit artificiellement et par une voie quelconque provoque sûrement et rapidement une maladie générale, véritable intoxication.

2° Cette maladie présente deux formes assez distinctes : dans l'une on reconnait sans peine la septicémie ordinaire, dans l'autre la marche est un peu différente aussi bien que la symptomatologie. A l'autopsie on trouve les abcès viscéraux; bref on a affaire à la pyohémie classique.

3° L'expérimentateur peut à volonté et avec le même pus reproduire l'une ou l'autre de ces deux formes. Pour la septicémie il se servira seulement de la sérosité filtrée qu'il injectera en un point quelconque. S'il veut employer le pus tout entier il aura soin de ne pas le porter directement dans les veines. C'est au contraire par ce procédé qu'il reproduira sûrement la pyohémie, laquelle peut être d'après cela provisoirement définie une maladie causée par l'introduction directe du pus putride dans les vaisseaux à sang noir.

La spécificité de la pyohémie, loin d'être démontrée, est au contraire absolument contredite par ces expériences.

Pour faire naître expérimentalement une maladie véritablement spécifique, la syphilis, la variole, le charbon, il faut d'abord emprunter le toxique à un sujet dûment infecté. Une fois satisfaite la condition essentielle de provenance, toutes les parties du pus sont également efficaces; de même toutes les voies d'introduction sont bonnes. Pour la pyohémie il n'en est point ainsi. La provenance importe peu, le pus putride suffit, à quelque source et à quelque sujet qu'il soit emprunté. En revanche, la réussite de l'expérience exige deux conditions *sine quâ non*, d'abord l'emploi des parties solides du pus, c'est-à-dire les globules, puis le transfert direct de ces globules dans le système veineux. Tout autre mode n'arriverait à produire que la septicémie.

Que si on voulait faire résider dans les globules la propriété spécifique, je renverserais ce dernier abri d'une doctrine insoutenable en pensant que les globules susdits n'interviennent que comme particules solides, agissant mécaniquement et comme simple véhicule de la matière septique.

Ici M. Verneuil, pour mettre hors de doute cette dernière proposition, cite une troisième série d'expériences.

En résumé, poursuit l'orateur, l'action des corps étrangers inertes, qu'ils viennent du dehors ou prennent naissance dans l'intérieur même des vaisseaux, est la suivante en cas de migration : obstruction vasculaire en rapport avec le volume. Tolérance possible, mais aussi imminence de lésions secondaires ou autres.

Mais que va-t-il se passer si le corps étranger est toxique par lui-même ou par imprégnation? Le résultat est facile à prévoir; la tolérance locale pourra s'observer encore si le poison n'est pas phlogogène, mais elle sera rare et dans tous les cas l'introduction deviendra presque inévitable. Si le corps étranger reste en dehors des vaisseaux on a affaire à une plaie empoisonnée, compliquée par le séjour du corps toxifère, c'est-à-dire à la réunion de toutes les conditions favorables au développement des accidents locaux et généraux.

Si le corps étranger est transporté dans le torrent circulatoire, il infecte d'abord le sang dans son trajet, puis, à l'endroit où il s'arrête, amène une obstruction, fait naître un foyer morbide et réalise enfin toutes les conditions et tous les effets d'une inoculation intravasculaire.

La théorie de la pyohémie expérimentale est là toute entière. Le pus putride est injecté dans les veines, son sérum infecte le sang et aussi ses globules, qui cèdent une partie du poison qui les imprègne, d'où la septicémie préparatoire. Une fois parvenus au réseau capillaire, les mêmes globules s'arrêtent, font naître un *infarctus*, lequel suppure et devient à son tour un foyer de septicité.

Les globules purulents ne sont pas seuls capables de produire de tels effets, toute particule solide agira identiquement, pourvu qu'elle soit imbibée de poison. Prenez une poussière quelconque, arrosez-la de sérosité putride quelconque soigneusement filtrée; à défaut de poussière, prenez certains fluides insolubles dans le sang, des caillots sanguins putréfiés et injectés dans les veines, toujours et fatalement vous engendrerez la pyohémie avec sa fièvre, son adynamie et ses abcès métastatiques.

La démonstration de ce fait capital est faite depuis vingt-neuf ans, c'est-à-dire depuis l'expérience si remarquable de Darcet, dont il ne restait qu'à tirer ces conclusions paradoxales que je formule hardiment devant vous :

1° Il n'existe aucun rapport nécessaire entre les suppurations extérieures et les suppurations métastatiques; il y a seulement coïncidence habituelle, sans dépendance forcée.

2° La pyohémie implique la pyogénie comme effet et non comme cause, ou, en d'autres termes, l'infection purulente arrive à la suppuration, mais n'en part pas.

On trouvera naturel qu'après cet exposé des recherches expérimentales je revienne sur la discussion de la soi-disant pyohémie. Je remplacerai la longue liste des dénominations tour à tour détrônées par celle de *septicémie embolique*.

Mes adversaires diront sans doute que les expériences indubitablement probantes ont plus d'une fois égaré les cliniciens, et qu'il faut bien se garder d'ailleurs de conclure des animaux à l'homme. Pour montrer que ma théorie ne craint la controverse sur aucun terrain, je vais me transporter sur celui de la pratique.

Je m'empresse de reconnaître tout d'abord plusieurs différences notables entre la pyohémie de laboratoire et celle que nous observons au lit du malade.

Ici M. Verneuil entre dans de longs développements sur ces différences et sur les causes de ces différences, qui consistent surtout en ce que la pyohémie de laboratoire surprenant un animal en pleine santé a un début précis et des phases fixes et régulières, sans antécédents, ni prodromes, tandis que le moment exact du début échappe naturellement chez l'homme, la pyohémie ne survenant jamais que sur un individu déjà fébricitant et les phases ne pouvant, par des motifs de même nature, avoir la même régularité.

Je crois, ajoute M. Verneuil, avoir suffisamment prouvé que s'il existe des différences incontestables entre les recherches expérimentales et les faits cliniques, ces différences n'empêchent pas de reconnaître dans la pyohémie de laboratoire et dans la pyohémie chirurgicale, un seul et même processus, ce qui permet d'appliquer à la seconde les conclusions si précises et si claires fournies par la première.

Une chose me surprend beaucoup. J'ignore pourquoi les chirurgiens n'ont pas suivi la voie ouverte par les accoucheurs, et dans quel but théorique ou pratique ils ont arbitrairement scindé la série non interrompue et non divisible des fièvres traumatiques. Depuis bien longtemps on décrit la fièvre puerpérale, on a constaté d'une accouchée à l'autre, d'une salle à l'autre, d'un hôpital à l'autre, d'une ville à l'autre, d'une saison à l'autre, les différences les plus considérables en ce qui touche les symptômes, la marche, les terminaisons et les lésions cadavériques elles-mêmes. En dépit de ces dissemblances, jamais les cliniciens sérieux n'ont consenti au morcellement de la fièvre puerpérale. Ce que les accoucheurs ont fait pour les accidents puerpéraux, les chirurgiens doivent le répéter pour la pyohémie et montrer que ses origines très-diverses n'empêchent point de lui reconnaître des causes, une évolution, une nature identiques.

Il est avéré que la pyohémie est le plus souvent consécutive à des blessures où à des opérations chirurgicales sanglantes et à foyer découvert. Mais il est tout aussi certain qu'elle complique et termine également une foule de maladies dites internes, ou à siége profond et des blessures légères cicatrisées depuis longtemps, telles par exemple que furoncle, anthrax, pustule maligne, érysipèle, fièvre typhoïde, variole, pneumonie, endocardite ulcéreuse, arthrite, ostéomyélite, ostéopériostite, phlébite, fractures sous-cutanées, simple cathétérisme, etc. Je suis prêt à démontrer que tous ces états, si disparates qu'ils puissent paraître, rentrent dans la théorie; pour la presque totalité d'entre eux, on a démontré ou l'on conçoit l'existence de la septicémie préparatoire, la formation et la migration d'embolies diverses; de sorte que nous retrouverions encore ici l'unité dans la variété.

Ces développements auraient d'ailleurs cet avantage de mettre en lumière une vérité encore obscurément entrevue, à savoir qu'il n'existe pas de maladies, d'accidents, de complications purement traumatiques, mais seulement des maladies, accidents ou complications qui apparaissent indifféremment par genèse spontanée ou à la suite du traumatisme, mais en somme sont communes aux deux grandes sections médicale et chirurgicale de la pathologie.

Du temps des théories exclusives, on a dit successivement : point de pyohémie sans suppuration préalable; puis, point de pyohémie sans plaie ouverte; puis point de pyohémie sans phlébite. La formule actuelle — puisse-t-elle être la dernière — est celle-ci : point de pyohémie sans sepsine et sans embolies.

La séance est levée à 4 heures et demie.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 17 avril 1871 (1). — Présidence de M. Delaunay.

Anatomie végétale. — M. A. Trécul présente ses *remarques sur la structure des fougères ; ramification du rhizome de l'*Aspidium quinquangulare.

Dans trois communications antérieures, j'ai annoncé que des rameaux de la tige sont dus soit à des faisceaux qui d'ordinaire ne produisent que des racines, soit à de vraies racines, dont l'extrémité ou celles de leurs rameaux se modifie et devient une véritable tige (2) Jusqu'alors on avait attribué la ramification de l'axe des fougères à la bifurcation de la tige si fréquente dans quelques-unes de nos espèces communes ou à la production de bourgeons adventifs tels qu'on les connaissait jusque-là.

De ces bourgeons adventifs ont été décrits par MM. H. Karsten (3), G. Kunze (4), W. Hofmeister (5), Stenzel (6) et Mettenius (7). L'espace ne me permet pas de rapporter ici les observations de chacun d'eux. Je ne puis que renvoyer à leurs travaux, dont je donne ci-dessous l'indication. Je dirai seulement qu'il a été signalé des bourgeons qui reçoivent de la plante mère un seul, deux ou plusieurs faisceaux, des bourgeons dont la moelle communique avec celle de la tige qui les porte, et d'autres bourgeons pour la moelle desquels une telle connexion n'a pas lieu; mais il n'a pas été remarqué que, dans certaines fougères, les bourgeons naissent, ainsi que je l'ai rappelé plus haut, de faisceaux qui ne produisent habituellement que des racines, de faisceaux à structure radiculaire, ou même de la modification de l'extrémité des racines elles-mêmes ou de leurs rameaux (8).

Dans l'*Asplenium Serra*, le corps vasculaire, creusé en gouttière à sa base, fermé en tube à son extrémité, inséré à la base de chaque maille du système vasculaire de la tige, et qui ne produit ordinairement que les racines de la plante (environ une vingtaine près de son extrémité), se prolonge quelquefois en un bourgeon qui devient un nouveau rhizome. Dans le *Blechnum occidentale*, le faisceau à structure radiculaire, qui se transforme souvent en tige par son extrémité, ne produit habituellement que deux ou trois racines.

C'est d'un fait analogue au dernier principalement que je veux entretenir l'Académie. Il m'a été fourni par un rhizome d'*Aspidium quinquangulare*; mais dans cette plante le faisceau qui engendre le bourgeon ne donne ordinairement qu'une seule racine, et, ce qui ajoute encore à l'intérêt de cette transformation, c'est que le bourgeon ne se développe pas à une place déterminée. Il peut occuper des positions diverses, comme les racines elles-mêmes. Deux des trois bourgeons observés sur le rhizome que j'ai eu à ma disposition avaient chacun un siége différent. L'insertion du troisième, dont je n'ai pas eu la précaution de marquer la situation, après l'avoir coupé, ne put être distinguée avec certitude de celle des faisceaux radiculaires, tant la ressemblance est grande à la base de ces organes.

Une courte description du système vasculaire de la tige de l'*Aspidium quinquangulare* est nécessaire pour indiquer cette insertion. Ce système vasculaire forme un réseau à mailles allongées, se terminant en haut et en bas par un angle ordinairement très-aigu. Sur chacune de ces mailles est insérée une feuille, qui en reçoit trois ou cinq faisceaux, suivant la dimension de cette feuille. Le faisceau dorsal est fixé le plus souvent tout près de la base de chaque maille, ou rarement plus haut, sur le côté de l'un des faisceaux qui la constituent; deux autres faisceaux sont à quelque distance au-dessus, ou bien l'un d'eux sort de la base ou du côté dorsal de l'un des deux supérieurs, qui sont insérés vers la moitié des mailles ou quelquefois plus haut.

Les racines sont distribuées de la manière suivante : il y en a assez souvent une au-dessous de chaque maille ou lacune foliaire, tantôt près de la base de celle-ci, tantôt à un ou deux millimètres plus bas; une autre est quelquefois située un peu au-dessus du sommet d'une maille, ou près de ce sommet sur l'un des faisceaux qui y aboutissent et le forment. Parfois aussi cette racine est insérée sur ce faisceau un peu plus bas que le sommet de la maille. Assez souvent il y a une racine derrière l'insertion des faisceaux supérieurs de chaque feuille; et, dans ce cas, cette racine semblait assez fréquemment représenter en même temps celle qui ordinairement est à quelque distance au-dessous de la maille placée plus haut. J'ai vu également quelques racines insérées derrière la base de l'un des faisceaux moyens d'une feuille, et dans un cas sur la base même d'un tel faisceau. Enfin quelques racines occupent des positions indéterminées sur les faisceaux de la tige. J'ai une fois trouvé deux racines à la même hauteur au-dessous de la base d'une ouverture foliaire. En somme, cette insertion des racines adventives de l'*Aspidium quinquangulure* a beaucoup d'analogie avec celle que j'ai attribuée aux racines de l'*Aspidium Cunninghami* et de l'*Asplenium Lasiopteris*, avec lesquels j'aurais dû le citer pour cet objet (*Comptes rendus*, t. LXX, p. 428).

D'après le spécimen que j'ai eu dernièrement sous les yeux, il est évident que le rhizome de l'*Aspidium quinquangulare* peut se ramifier par la modification de ses faisceaux radiculaires, et il semble que l'un quelconque de ces faisceaux peut opérer cette ramification, puisque les deux bourgeons dont j'ai observé l'insertion avaient un point d'attache différent. Ainsi, l'un de mes bourgeons fut produit par la transformation d'un faisceau radiculaire situé à 1 millimètre au-dessous d'une des mailles; tandis que l'autre fut donné par un faisceau radiculaire inséré à côté du sommet d'une autre maille, sur le haut d'un des faisceaux de la tige, qui fermaient cette maille en avant. Je ne dois pas omettre d'ajouter qu'il y avait une racine plus haut, précisément à la place qu'un tel organe occupe souvent au-dessous des mailles.

De même que dans le *Blechnum occidentale* que j'ai décrit, le faisceau par lequel le bourgeon ou jeune rameau est attaché conserve à sa base exactement la constitution qu'il aurait eue s'il était resté à l'état radiculaire, c'est-à-dire la constitution d'un faisceau de racine à structure binaire, il en a aussi la dimension, ayant $0^{mm},30$ à $0^{mm},35$ de largeur, suivant son grand diamètre, qui est horizontal, sur $0^{mm},25$ en sens contraire, étudié à quelque distance au-dessus de sa base, dans la partie où il est le plus étroit. Un peu plus haut le petit diamètre vertical peut descendre de $0^{mm},25$ à $0^{mm},11$.

Ce faisceau, de même que celui de chaque racine, en traversant l'écorce du rhizome, a une direction oblique ascendante. La seule différence qui existe entre eux, c'est que le faisceau radiculaire proprement dit s'atténue notablement à partir de sa base, tandis que le faisceau qui devient un bourgeon, après s'être atténué de même, s'épaissit graduellement un peu plus haut.

Tous les deux sont formés, un peu au-dessus du point d'insertion, d'un cordon de vaisseaux à section transversale elliptique, composé des vaisseaux les plus gros dans la partie moyenne qui est la plus considérable, et des vaisseaux les plus grêles aux deux extrémités latérales. Ce cordon vasculaire est entouré, comme toujours dans les fougères, par une zone de cellules appartenant au système du tissu dit *cribreux* ou *grillagé*.

Où le faisceau qui se change en bourgeon commence à grossir, le nombre des petits vaisseaux augmente d'abord aux extrémités latérales. La largeur du cordon vasculaire étant ainsi accrue, la multiplication des vaisseaux prend une autre direction. Elle tend à former une lame vasculaire courbe à travers la région moyenne du tissu cribreux sur chaque face du cordon vasculaire primitif, de manière que sur la face antérieure et sur la postérieure les côtés de chaque lame courbe reposent sur les petits vaisseaux, qui sont latéraux, comme je l'ai dit; mais chaque lame vasculaire reste incomplète à sa partie inférieure, en sorte que le tissu cribreux interne, enfermé plus haut sur chaque face du faisceau primitif par les lames vasculaires voûtées, est en communication par le bas de ces voûtes avec le tissu cribreux extérieur. Dans l'un des deux exemples que j'ai sous les yeux, le developpement vasculaire s'étend, en s'élargissant de bas en haut, sur la face supérieure du faisceau primitif, du bord de gauche de celui-ci vers le bord de droite, et sur la face postérieure, du bord de droite vers celui de gauche, de façon qu'à une certaine hauteur la section transversale de ce corps vasculaire a la figure d'un S renversé (∽), et plus haut le développement vasculaire avançant toujours à travers le tissu cellulo-cribleux, finit par diviser celui-ci en deux parties sur chaque face du faisceau vasculaire central, l'une extérieure à chaque lame vasculaire courbe, et faisant partie du tissu cribreux périphérique, qui entoure tout le corps vasculaire proprement dit, l'autre intérieure, recouverte par la lame vasculaire courbe, et communiquant par en bas avec l'extérieure, comme il vient d'être exprimé.

Ainsi constitué, le corps cellulo-vasculaire du nouvel organe donne un peu plus haut naissance à une racine, vers laquelle il envoie à la fois de ses vaisseaux périphériques et de ses vaisseaux centraux plus larges, qui prolongent le groupe médian du vaisseau primitif. Ces gros vaisseaux centraux de la tige, en déviant ainsi vers la racine, repoussent devant eux la colonne de tissu cellulo-cribreux qui les recouvrait de ce côté. Cette colonne cellulaire, chassée de la région voisine du centre, paraît aller se terminer au contact de la couche périphérique de même nature, au-dessous de l'insertion du faisceau radiculaire.

Par la disparition de cette colonne cellulaire et par la déviation des gros vaisseaux centraux vers la base de la racine, dans laquelle ils se prolongent, le milieu de la tige devient libre, ce qui permet à la seconde colonne cellulo-cribreuse interne de s'élargir, et de constituer le tissu central du nouveau rhizome (1).

Dans une de mes jeunes tiges, j'ai constaté que la déviation des vaisseaux vers le faisceau radiculaire avait laissé dans la tige vasculaire, au-dessus de l'insertion de la racine, un court espace dépourvu de vaisseaux, à travers lequel le tissu cellulo-cribreux central était mis en communication avec celui de la périphérie. Mais cette interruption cessait bientôt, et le système vasculaire du jeune rhizome restait ensuite tubuleux jusqu'à la première ouverture foliaire.

Celle-ci, dans un de mes jeunes rameaux, apparaissait un peu au-dessus de la première racine; dans un autre, elle ne se montra qu'au-dessus de la deuxième racine. De même que dans les bourgeons du *Blechnum occidentale* et de l'*Alsophila aculeata*, elle ne se présente pas toujours dans la même direction. Dans un cas, elle avait lieu vers la face supérieure, quoique un peu vers la gauche; dans l'autre cas, vers la face inférieure, un peu aussi vers la gauche.

Dans ces deux rameaux, chaque ouverture foliaire portait trois faisceaux pétiolaires. Le plus jeune de ces deux rameaux n'ayant pas encore de feuille reconnaissable comme telle, les faisceaux pétiolaires se terminaient en s'unissant dans une éminence du tissu cortical à la surface de la tige.

L'autre rameau, qui avait 42 millimètres de longueur, portait quatre feuilles à divers degrés de développement, et l'une d'elles, bien conformée, avait 15 centimètres de longueur. Le faisceau dorsal de chacune d'elles s'insérait au fond ou près du fond de chaque maille, et les deux supérieurs vers la moitié de la hauteur de celle-ci ou un peu plus haut. Ces faisceaux pétiolaires avaient la constitution que je leur ai attribuée en parlant de cette plante à la page 487 du tome LXX des *Comptes rendus*. Chacun était pourvu d'un groupe de vaisseaux trachéens. Dans les faisceaux supérieurs, ces trachées étaient placées sur le côté antérieur, recouvert par le crochet; dans le faisceau dorsal, elles étaient, comme d'habitude, sur la face interne. En suivant ces vaisseaux par en bas, au-dessous de l'insertion des faisceaux pétiolaires, on trouvait le petit groupe trachéen près du bord de la maille jusqu'au fond de celle-ci. Là les deux groupes trachéens des deux côtés de l'ouverture foliaire, unis au petit groupe du faisceau dorsal, peuvent être poursuivis jusqu'à une certaine distance dans le gros faisceau qui clôt cette maille par en bas, absolument comme je l'avais vu déjà dans la tige vigoureuse beaucoup plus âgée dont j'ai parlé antérieurement (*l. c.*, p. 488).

Les faisceaux foliaires, comme dans la plante âgée, étaient accompagnés, sur leur face interne, d'une corde de cellules noires. Ces cordes se prolongeaient par en bas dans la jeune tige, chacune au-dessous de l'insertion du faisceau auquel elle appartenait; elles suivaient le bord de la maille jusqu'à l'extrémité inférieure de celle-ci, où elles se réunissaient à celle du faisceau pétiolaire dorsal, laquelle commençait seulement à se former au-dessous des plus jeunes feuilles. Ainsi réunies, elles se terminaient en un cône renversé, à peu près à la hauteur à laquelle finissaient les trachées, comme je l'ai dit déjà.

Ces cordes noires se composaient de cellules de forme parenchymateuse, à parois épaisses. Quand, dans un organe suffisamment âgé, ces cellules sont fortement épaissies, elles peuvent à la fin ne conserver au centre qu'une cavité fort rétrécie, et leurs parois sont traversées par des pores étroits et assez souvent ramifiés. Elles rappellent dans cet état, à part leur coloration, les cellules dites *scléreuses* de certains phanérogames.

Ces cellules noires, même à une période avancée de leur épaississement, peuvent être pleines de grains amylacés ovoïdes ou elliptiques, comme en sont remplies les utricules du parenchyme voisin. Les cellules superficielles de chaque cordon ne sont souvent ni épaissies ni noires sur le côté contigu aux cellules parenchymateuses adjacentes.

Ces cordes noires s'étendent par en haut dans la partie inférieure du pétiole, où elles disparaissent à une certaine hauteur, à peu près entre le tiers et la moitié de cet organe, et elles ne s'affaiblissent qu'après qu'il a été produit une gaîne noire complète autour de chaque faisceau.

A la base du pétiole, ces cordes noires sont placées, comme dans la tige, à la face interne des faisceaux. Déjà dans la partie inférieure renflée du pétiole, on remarque que les cordes noires ont de la tendance à s'élargir. De la substance noire est sécrétée par quelques utricules, dans la paroi contiguë aux cellules superficielles du faisceau. Cette apparition de la matière colorante commence souvent au point de jonction de trois cellules, et s'étend ensuite sur toute la paroi du côté indiqué (1). Cette sécrétion a lieu d'abord dans la strate commune à des cellules contiguës, et fréquemment cette strate semble s'épaissir et refouler la membrane interne des cellules voisines. C'est sans doute cette apparence qui a fait dire à C. Sprengel que la membrane envoie des processus aigus entre les cellules qui entourent le faisceau; et, en outre, comme la coloration noire envahit souvent aussi la membrane interne restée d'abord incolore (et susceptible de se colorer en bleu par l'iode et l'acide sulfurique) M. Karsten a pu dire que « l'épaississement de la membrane précède toujours le changement de couleur ». Pour M. Mohl, la coloration est due à une infiltration qui remplit quelquefois entièrement les cavités cellulaires. Je reviendrai dans une autre occasion sur ce fait intéressant d'anatomie physiologique.

L'extension de l'épaississement noir autour des faisceaux pétiolaires supérieurs de l'*Aspidium quinquangulare* s'effectue de bas en haut et du bord antérieur de la corde noire, en s'avançant sur la face externe libre du faisceau, vers le bord postérieur de la même corde noire. La gaîne complète une fois constituée, la corde noire s'affaiblit graduellement et finit par disparaître tout à fait. Dans toute la longueur de la feuille, l'épaississement noir qui compose cette gaîne n'embrasse qu'assez rarement tout le pourtour de quelques-unes des cellules constituantes. Il est le plus fréquemment limité à la face contiguë au faisceau et à une partie des côtés de chaque cellule, la face la plus éloignée du faisceau restant incolore.

Outre les cellules noires des cordes dont il vient d'être question, la tige de l'*Aspidium quinquangulare* en contient d'autres d'une forme différente. Ce sont des cellules fibreuses, se remplissant de grain d'amidon en cette saison comme les cellules du parenchyme. Elles occupent, d'une part, le centre de la moelle, où elles forment une colonne assez considérable, et, d'autre part, comme dans beaucoup d'autres fougères, la périphérie de l'écorce. Dans l'*Aspidium quinquangulare*, la colonne fibreuse centrale est unie à la zone

---

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

(2) *Comptes rendus*, t. LXX, p. 427, 489 et 589.

(3) Karsten *Abhandl. der kon. Akad der Wiss. zu Berlin*, 1847, p. 196 et suiv.)

(4) G. Kunze, *Bot. Zeit.*, 1849, p. 881.

(5) Hofmeister, *Beitrage*, etc. (*Abh. der math. phys. Cl. der kon. sachs. Gesells der Wiss.* Leipzig, 1857, t. III).

(6) Stenzel, *Astbildung der Farne* (*Flora*, 1859, p. 173).

(7) Mettenius, *ffeber d-n Ban von Angiopteris* (*Abh. der math phys. Cl. der kon. sachs. Gesells. der Wiss.* Leipzig, 1864, t. VI).

(8) En ce qui regarde les *Nephrolepis*, je crois indispensable de reproduire ici l'opinion de M. Kunze, qui dit (*loc. cit.*, p. 882) que la souche des *Nephrolepis undulata, exaltata* et *tuberosa* produit des *stolons* (*Auslaufer, stolones*) quelquefois longs d'une aune, dont l'extrémité se renfle en un tubercule terminé par un bourgeon qui, après la mort du stolon, se développe en une plante nouvelle, quand les circonstances sont favorables. Par conséquent, ces stolons sont pour lui des tiges, ce qu'indique encore le mot *sarmenta* par lequel il les désigne également. M. Hofmeister paraît aussi partager cette opinion, puisqu'il fait naître des *bourgeons adventifs* les stolons des *Nephrolepis undulata* et *tuberosa* (*loc cit.*, p. 651). Tous ces prétendus stolons que j'ai étudiés sur les *Nephrolepis platyotis, neglecta, exaltata*, et sur une espèce encore sans nom, avaient l'insertion, la structure et le volume des vraies racines de la plante mère. Ils consistaient en racines plus ou moins longues produisant naturellement de courts rameaux à structure radiculaire comme elles, mais dont l'extrémité se change bientôt en tige véritable.

(1) Cette prolongation des faisceaux centraux dans la première racine semble achever de prouver (s'il avait pu subsister quelque doute) que le faisceau primitif, *à structure et à insertion radiculaires*, autour duquel s'est constitué le système vasculaire du nouveau rhizome, est bien réellement de nature radiculaire, puisque les gros vaisseaux du centre, qui avaient été jusque-là conservés, vont se continuer dans la première racine, exactement à une place correspondante à celle qu'ils occupaient dans le faisceau qui a produit le rhizome; ou, si l'on veut, la première racine latérale est la prolongation du faisceau primitif autour duquel s'est organisé le système vasculaire du rhizome d'une façon si singulière, par une amplification, en quelque sorte, des deux groupes de petits vaisseaux latéraux. Cela est si vrai, qu'à l'insertion de la première racine nous voyons la contre partie se produire : les gros vaisseaux centraux du faisceau primitif se prolongent au centre de la racine, tandis que les petits vaisseaux de celle-ci sont le résultat de la déviation d'un petit nombre de ceux de la tige. — Cet exemple, si remarquable, joint à ceux qui ont été donnés par le *Blechnum occidentale* et le *Nephrolepis*, dans lesquels tous les tissus divers du faisceau primitif se prolongent dans la base de la tige produite, semble ne rien laisser à désirer pour la démonstration de ma proposition.

(1) Dans quelques plantes, la sécrétion et l'épaississement noir commencent dans les parois latérales (radiales par rapport au faisceau) des cellules signalées, et alors est dessiné souvent par la matière noire un élégant réseau visible sur des coupes longitudinales (*Diplazium striatum, Asplenium fæniculaceum.*)

fibreuse périphérique dans l'aisselle de chaque feuille à travers l'ouverture foliaire.

Comme dans la généralité des cas, ces cellules fibreuses ont les parois formées de couches diversement colorées, ainsi que l'a observé M. Mohl. Il y a une membrane superficielle (par rapport à chaque fibre) ordinairement intermédiaire ou commune aux cellules contiguës, qui est rouge de Mars foncé, tandis que les couches internes de chaque cellule ou fibre sont colorées en jaune brillant.

Le parenchyme interne est communément incolore dans cette plante, mais les deux ou trois rangées de cellules parenchymateuses qui recouvrent la zone fibreuse extérieurement sont colorées en brun quoiqu'à parois minces. Le parenchyme incolore est assez abondant entre les faisceaux et les deux formations fibreuses dans les parties les plus volumineuses du rhizome; mais dans la base rétrécie de celui-ci, il peut être réduit à deux ou trois rangées de cellules, ou même tout à fait nul.

Je terminerai cette communication en rappelant que j'ai décrit le mode de ramification des pétioles de l'*Aspidium quinquangulare* à la page 669 du tome LXX des *Comptes rendus*.

MÉMOIRES PRÉSENTÉS

Physique appliquée. — M. A. BRACHET adresse une note *Sur l'empoli des verres à base d'uranium dans l'éclairage électrique.*

Je suis persuadé, dit M. Brachet, que les verres à base d'uranium, malgré leur double coloration très-intense, peuvent, comme dans la lampe électrique, rendre de grands services pour préserver ceux qui font fonctionner les appareils d'éclairage électrique destinés aux travaux publics des actions si redoutables pour l'œil des radiations ultra-violettes.

Je placerais des plaques de ce verre, non sur le trajet du système concentrateur ou amplificateur, mais autour de la boîte-récipient, de laquelle l'opérateur dirige ses regards pour régler l'arc lumineux. (Commissaires : MM. Fizeau, Edmond Becquerel, Jamin.)

La séance est levée à 5 heures et demie.

AVIS

Avec le nº 138 (29 novembre 1870) se termine la collection de ceux de nos souscripteurs dont l'abonnement expirait le 30 novembre dernier.

Nous prions très-instamment nos confrères de vouloir bien nous adresser le montant de leur renouvellement en un mandat sur la poste à l'ordre du Directeur de la *Gazette des Hôpitaux*. Ce mode de payement est le plus *sûr* et le plus *économique*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Curation des maladies organiques de la langue et des cancers en général, par le docteur DÉCLAT. Gr. in-8. — Prix : 8 fr.

Revue photographique des hôpitaux de Paris. Bulletin médical publié sous le patronage de l'administration de l'Assistance publique (2e année, nº 5, mai 1870; nos de mai et juin 1870), avec 3 photographies. — Prix : 2 fr.

Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte, rédigé par Benj. Anger, Bailly, Barrallier, Bernutz, P. Bert, Bœckel, Buignet, Cusco, Demarquay, Denucé, Desnos, Desormeaux, A. Després, Devilliers, Alfr. Fournier, Ach. Foville, T. Gallard, H. Gintrac, Gombault, Gosselin, A. Guérin, A. Hardy, Heurtaux, Hirtz, Jaccoud, Jacquemet, Kœberlé, O. Lannelongue, S. Laugier, Ledentu, P. Lorain, Lunier, Luton, A. Nélaton, A. Ollivier, Oré, Panas, Péan, M. Raynaud, Richet, Ph. Ricord, Jules Rochard (de Lorient), Z. Roussin, Saint-Germain, Ch. Sarazin, Germain Sée, Jules Simon, Siredey, Stoltz, A. Tardicu, S. Tarnier, Valette, Verjon, Aug. Voisin.

Directeur de la rédaction : le docteur Jaccoud.

Se composera d'environ 25 volumes grand in-8 cavalier de 800 pages. Prix de chaque volume de 800 pages avec figures intercalées dans le texte : 10 fr.

Les tomes I et XIII sont en vente. Le tome XIII comprend 800 pages avec 150 figures. Les principaux articles sont : ENCÉPHALE, par Jaccoud, Hallopeau et S. Laugier; ENDÉMIE, par J. Rochard; ENDOCARDE, par Jaccoud; ENDOSCOPE, par Desormeaux; ENTOZOAIRES, par L. Vaillant et Luton; ÉPAULE, par Panas; ÉPIDÉMIES, ÉPIDÉMIQUES (maladies), par P. Lorain; ÉPILEPSIE, par Aug. Voisin; ÉPITHÉLIUM, par Ranvier; ÉRECTILES (appareils, mouvements, tumeurs), par Bœckel, etc.

Armées en campagne. — Considérations relatives aux hommes et aux chevaux. — Prix : 2 fr., au profit des pauvres.

Études sur les fistules vésico-intestinales, par M. BLANQUINQUE (E.), 1 vol. in-8. 1870. — Prix : 2 fr.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — Étude médicale sur l'équitation (M. C. Rider) — Documents pour servir à l'histoire du mouvement scientifique pendant le siége de Paris.

Paris, le 27 avril 1871.

ÉTUDE MÉDICALE SUR L'ÉQUITATION (1)

Par M. le docteur C. Rider

II. Effets physiologiques d'équitation

L'équitation détermine dans l'économie une série de modifications que nous devons noter, afin d'apprécier l'influence qu'elle peut exercer comme moyen hygiénique et même thérapeutique.

Le moment le plus favorable pour s'y livrer serait, en été, de sept à dix heures du matin, et en hiver, de onze heures à deux, dans des manéges couverts. On comprend que ces heures n'ont rien de fixe, et que l'exercice pratiqué en plein air produit des effets plus heureux que dans un local clos, où s'élève toujours une poussière qui ne peut être que nuisible aux organes respiratoires.

1° *Influence sur la nutrition.* — L'exercice du cheval, pris avant le repas, excite l'appétit, développe les forces digestives; après le repas, si le cheval ne suit point d'autre allure que le pas, l'équitation favorise l'élaboration des aliments, rend la digestion plus rapide et plus parfaite, en même temps que l'excitation déterminée dans les organes abdominaux par les secousses modérées qu'ils reçoivent favorise la progression des fluides, l'absorption du chyle et l'égale répartition des matériaux nutritifs.

2° *Influence sur la circulation, les sécrétions.* — En outre, elle entraîne peu ou point de pertes : si les exercices purement actifs, comme la marche, la course, la danse, produisent, par l'accélération de la circulation et de la respiration, une excitation que le grand physiologiste Haller compare à un mouvement fébrile, et donnent lieu, quand ils sont violents, à une vive chaleur, à la chaleur de la peau, à la sueur, etc., l'exercice mixte de l'équitation, tout en augmentant la force impulsive du cœur et rendant le mouvement artériel sensiblement plus fort, ne rend pas le pouls plus fréquent : *Equitatio pulsum parum auget, neque corpus calefacit*, dit Haller. C'est un des grands avantages de cet exercice de fortifier les tissus, de donner plus de développement et de perfection aux principales fonctions de l'économie, sans déterminer cette fatigue et cet épuisement que les grands exercices occasionnent, et dont les inconvénients contre-balancent bien pour les individus faibles les avantages qu'ils peuvent procurer. Aussi le cavalier qui se porte bien, et surtout dont les forces sont proportionnées aux mouvements et aux réactions du cheval qu'il monte, n'éprouve-t-il pas d'augmentation notable dans l'activité de la circulation et des sécrétions; la nécessité de réitérer incessamment les efforts musculaires l'oblige à faire des inspirations plus profondes, qui augmentent l'hématose; l'appétit, rendu plus actif, invite à une alimentation plus abondante, qui, mieux élaborée, fournit avec luxe à l'assimilation. L'équitation a donc, en définitive, comme on le voit, une influence des plus heureuses sur la nutrition, qu'elle accroît en réduisant les pertes organiques, en favorisant la digestion, l'absorption et la respiration, surtout en imprimant à tous les tissus un ébranlement tonique qui augmente nécessairement leur énergie vitale.

Si l'on objecte la maigreur et la fin prématurée des postillons, des courriers, etc., il faut se rappeler que ces individus abusent de l'équitation, qu'ils sont fréquemment privés de sommeil, adonnés aux excès alcooliques et autres, jour et nuit en butte aux intempéries de l'air, etc.: ce sont des hommes surmenés. On observe généralement, au contraire, que les individus qui montent habituellement à cheval ont une constitution robuste et que beaucoup acquièrent dans toutes leurs parties un grand développement. C'est surtout parmi les officiers de cavalerie que l'on trouve des exemples de l'influence favorable de l'équitation employée avec ordre et méthode; ils montrent en général une constitution pléthorique et replète. Il faut cependant ici faire une restriction et ajouter que ces effets heureux ne se produisent évidemment que dans les organisations qui tout d'abord ont pu supporter les fatigues de cet exercice et chez lesquelles aucun vice organique n'était une contre-indication.

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

III. Effets thérapeutiques de l'équitation.

C'est en développant cette forme de santé et en augmentant l'activité de la vie nutritive que l'exercice du cheval peut remédier et remédie en effet, en le fortifiant, à l'excitabilité morbide du système nerveux, à des affections spasmodiques, etc.; aussi l'a-t-on recommandé, d'une manière générale, aux convalescents, et, en particulier, dans des cas d'hystérie, de chorée, d'hypocondrie, etc. On sait que tout ce qui est propre à distraire le malade, à rappeler la vitalité du système musculaire, à exciter l'appétit, à favoriser la digestion, est toujours alors d'un immense secours. Sans doute, l'exercice actif ne convient pas moins dans le traitement de ces affections; le sujet se trouvera fort bien, en particulier, des promenades à pied, des travaux de jardinage en plein air; mais les malades souvent répugnent à s'y livrer, soit par faiblesse, soit, ce qui est le plus ordinaire, par indolence, et dans ces cas on les voit rechercher avec plaisir l'exercice du cheval, dont il est aisé, d'ailleurs, de graduer et de mesurer l'effet. Cette action s'explique aisément : un de nos hygiénistes rappelle qu'il y a dans la plupart des névroses deux éléments solidaires, tellement combinés, qu'en neutralisant l'un on guérit l'autre, savoir : éréthisme et faiblesse. En donnant de la tonicité à tous les systèmes vasculaires, en faisant pénétrer plus facilement le sang dans tous les tissus et jusque dans les derniers ramuscules capillaires, en sollicitant par la succussion des viscères abdominaux la sécrétion des fluides gastriques, biliaire et pancréatique, l'équitation relève les forces organiques. En même temps, et cela va sans dire, l'espèce de gymnastique qu'elle commande contribue au développement des muscles et de leur vigueur, particulièrement pour ceux du tronc et des membres : c'est ce que tous les voyageurs ont observé chez les *Gauchos*, ces Scythes du nouveau monde, qui passent leur vie à cheval.

Le moral lui-même, comme le remarque si bien M. Michel Lévy (1), le moral se trouve heureusement modifié par l'équitation, d'abord en vertu de la réaction que l'état matériel des organes exerce sur lui, ensuite en raison des excitations directes qu'il reçoit. L'émotion timide du noviciat dans les manéges, l'étude inquiète des mouvements du cheval, l'espèce de lutte qui s'établit entre lui et le cavalier, les élans et les prouesses dus à l'émulation, l'attachement même que peut lui inspirer l'animal qu'il monte habituellement, les impressions plus rapides et plus variées que procure cet exercice, la fierté qu'on éprouve involontairement à dominer l'espace de plus haut et avec une plus grande puissance de locomotion : voilà autant de sensations inconnues du piéton, pour qui la promenade n'est souvent, comme l'a dit Voltaire, que le premier des plaisirs insipides. Cette influence spéciale est particulièrement remarquable chez la femme. Pour elle, il y a d'abord à triompher de cette crainte innée, développée surtout dans les organisations délicates et nerveuses. Mais aussi, une fois que cette première terreur est surmontée, à mesure qu'un peu d'habitude affaiblit progressivement l'impression produite par la peur, on voit souvent les femmes qui se livraient avec le plus d'appréhension à cet exercice passer subitement de la crainte au plaisir, du plaisir à la passion, et par une sorte de réaction, la femme la plus timide devient, presque sans transition, une intrépide cavalière. Ce sont là des particularités que doit connaître, entre autres, le médecin qui prescrira, suivant les cas, l'équitation.

L'exercice du cheval apportant à l'économie des modifications aussi importantes et aussi heureuses, il est donc tout naturel que les médecins aient cherché à en tirer parti, en dirigeant et surveillant ses effets, non-seulement comme d'un moyen hygiénique propre à la conservation de la santé, mais encore comme d'un agent thérapeuthique efficace dans certaines maladies; et, à ces deux titres, il a trouvé d'enthousiastes fauteurs, parmi lesquels il faut surtout signaler Sydenham : désobstruant pour les viscères abdominaux, grâce à l'activité qu'il imprime à la circulation de la veine-porte, plus efficace contre la phthisie que le mercure et le quinquina contre la syphilis et la fièvre intermittente, emménagogue, antiscrofuleux, antichlorotique, spécifique des névroses et des diarrhées atoniques, etc., cet exercice paraît constituer à ses yeux le traitement de la plupart des affections chroniques et un moyen souverain de régénération du sang : *Quod sanguis, perpetuo hoc motu indesinenter exagitatus ac permixtus, quasi renovatus ac vigescit* (1).

(1) M. Lévy, *Traité d'hygiène*, 5e édition. Paris, 1869.

Enfin, il prétend (2) que si quelqu'un possédait un remède aussi puissant que l'est cet exercice, lorsqu'on le répète souvent, et qu'il en gardât le secret, il pourrait aisément amasser de grandes richesses : *Opes ille exinde amplissimas facile accumulare posset.*

L'équitation n'est point applicable au traitement des maladies aiguës, quand bien même la débilité actuelle des organes ferait désirer son influence fortifiante; outre que, le plus souvent, le malade n'aurait pas la force nécessaire pour la supporter, l'agitation qu'elle produit ajouterait à l'irritation locale et à l'excitation générale que déterminent ces affections. Cependant les fièvres intermittentes doivent faire exception : l'exercice du cheval, entre les accès, devient un auxiliaire puissant des autres remèdes que l'on applique; il donne lieu souvent à des modifications avantageuses, retarde les accès et même les prévient quelquefois entièrement.

L'équitation, croyons-nous, a été trop exclusivement condamnée dans les phlegmasies chroniques; il en est certainement dans lesquelles elle procure de très-grands avantages : nous pouvons mettre au premier rang les gastro-entérites. Nul doute que les malades ne se trouvent fort bien aussi des promenades à pied; mais l'exercice du cheval, pris chaque jour au pas, ou tout au plus à l'amble, détermine une révulsion favorable dans les tissus extérieurs, procure d'agréables distractions, nécessaires surtout dans les maladies des organes de la digestion, qui rendent toujours les individus qui en sont atteints enclins à la tristesse et à l'hypocondrie. Il sollicite aussi l'appétit comme nous l'avons vu, et prépare de bonnes digestions. Il n'est pas avantageux dans les diarrhées rebelles, ce qui avait été remarqué depuis bien longtemps : *Neque enim ulla res magis intestina confirmat*, dit Celse, en parlant des bons effets de l'équitation dans ces diarrhées (3).

Souvent aussi l'exercice du cheval a contribué à la guérison d'inflammations chroniques de la rate et du foie. Aussi Sydenham l'a-t-il préconisé en particulier, contre les maladies chroniques de ces organes. Ramazzini (4) rapporte un exemple de guérison d'engorgement de la rate obtenue par ce moyen : Je me rappelle, dit-il, avoir soigné un écuyer qui, après une fièvre aiguë, fut attaqué d'engorgement à la rate et se trouvait menacé d'hydropisie; il reprit son métier d'après mes conseils, malgré sa faiblesse et sa mauvaise mine, et il recouvra la santé après un mois d'exercice. »

Les secousses que reçoit le tronc dans l'équitation se transmettent nécessairement aux poumons, et cette circonstance est importante à noter, car elle détermine assez fréquemment, comme nous le verrons plus loin, des maladies de ces organes et est au moins une cause d'inconvénients très-graves pour les individus dont les poumons sont délicats; elle ne peut donc pas convenir à ceux qui sont déjà affectés de quelque maladie de poitrine. Elle exerce cependant sur les organes thoraciques, dans un grand nombre de cas, une influence salutaire, lorsque le cheval va seulement au pas, à l'amble ou au pas relevé, ou même quand le cavalier a le soin de trotter à l'anglaise et qu'il est exercé à cette allure. Dans les phlegmasies chroniques si fréquentes dans le système pulmonaire, l'exercice du cheval mal dirigé augmenterait encore l'intensité du mal; il vaut donc mieux le proscrire en principe, car il faut bien reconnaître que l'équitation augmente l'oppression quand il en existe déjà, détermine une toux plus fréquente et plus forte, et quelquefois des crachements de sang; on ne peut s'empêcher d'être surpris des éloges que Sydenham lui a prodigués dans le traitement de la consomption, de la phthisie, même accompagnée de sueurs nocturnes et de diarrhée colliquative. Dans les cas où il en aura obtenu des succès, il aura sans doute eu affaire à quelques-unes de ces affections catarrhales chroniques que les médecins traitent avec succès par l'exercice et les médicaments toniques. C'est surtout dans ces dernières affections que l'exercice du cheval répété tous les jours procure un bien extraordinaire, surtout lorsque le régime est régulièrement institué, et que le malade emploie des chevaux doux comme les chevaux limousins, arabes ou autres d'allures analogues.

L'équitation doit encore être conseillée dans la plupart des maladies dans lesquelles se remarquent le relâchement et la

(1) Sydenham, *Dissert. epistol. ad Guilielmum Cote* (*Op. med.*, Genève, 1749, t. I, p. 274).
(2) Sydenham, *Tractatus de podagrâ*. Londini, 1683.
(3) A. Corn. Celsus. liv. IV, chap. I, sect. VII.
(4) Ramazzini, *Traité des maladies des artisans*, par Ph. Patissier, Paris, 1822, p. 292.

décoloration des tissus, l'inertie des mouvements organiques, maladies si fréquentes surtout dans les grandes villes comme Paris, chez les jeunes gens des deux sexes : la chlorose, l'anémie, la scrofule ou le lymphatisme poussé quelquefois très-loin, le scorbut, etc. Les ébranlements et les secousses de l'exercice du cheval peuvent alors, on le conçoit, réveiller l'activité vitale dans les tissus et les organes.

Le docteur Fitz-Patrick (1), qu'une longue expérience et des études spéciales et consciencieuses avaient convaincu des incontestables bienfaits qu'on peut retirer de l'équitation, avait fondé à Paris, il y a une quarantaine d'années, un manége hygiénique pour le traitement des convalescents des maladies chroniques et des affections nerveuses. La tentative n'eut guère de succès, et le moyen thérapeutique dont il s'était fait le propagateur enthousiaste est tombé dans l'abandon où le laissent généralement les médecins.

Enfin il est une classe d'hommes à qui les physiologistes et les hygiénistes s'accordent tous à conseiller l'exercice du cheval, dont Londe (2) résume ainsi pour eux les effets : « Ce sont surtout les gens de lettres qui doivent pratiquer cet exercice : ils y trouveront un moyen propre à opposer aux dangers de leur genre de vie; car la position qu'exige l'équitation et les mouvements qu'elle détermine étant très-favorables à la libre expansion des poumons, détruisent avec efficacité l'effet nuisible de la position nécessitée par les travaux de cabinet. Cet exercice est d'ailleurs un des plus propres à reposer le cerveau, puisque, sans fatiguer les membres, sans consumer d'influx nerveux, il apporte dans les mouvements vitaux qui se dirigent vers l'encéphale une diversion salutaire, mais trop peu considérable pour empêcher cet organe de reprendre bientôt, avec la même énergie, son activité accoutumée.

Mais pour retirer de ce moyen, dans les circonstances où il convient, les avantages qu'il peut procurer, il faut le faire entrer comme élément dans un régime suivi, régulier; il faut que les malades s'y livrent une fois par jour, sinon les modifications organiques qu'il détermine sont trop fugaces pour procurer des résultats avantageux, et leur action, sans aucune continuité, reste nulle ou presque nulle. Il faut aussi, évidemment, que cet exercice soit pris avec précaution, et dosé, pour ainsi dire, par un homme de l'art, secondé, suivant les cas, par un écuyer intelligent et attentif; il est nécessaire que le cheval soit docile, que ses allures soient douces et soigneusement mesurées. On doit commencer par de petites promenades, dont on augmentera progressivement la durée. L'allure du cheval devra aussi être proportionnée aux effets que l'on veut retirer de l'équitation et à la nature de la maladie.

(A suivre.)

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (3).

5 NOVEMBRE.

VI. **Corps de santé de la garde nationale.** — Un certain nombre de médecins de la garde nationale se sont émus du rôle un peu effacé qui leur serait réservé dans un système d'organisation sanitaire en voie de projet, sinon même d'exécution. Élus par leurs pairs dans chaque arrondissement, acceptés par le bataillon auquel ils appartiennent, nommés à la suite de ces deux propositions par l'autorité supérieure, il leur a paru que cette triple sanction offrait assez de garanties et légitimait assez leur position pour leur permettre de revendiquer une part d'indépendance, d'initiative, d'autorité même au moins égale à celle des confrères qui agiraient en vertu d'un mandat spécial arbitrairement donné. Telle est la pensée qui a inspiré la note de MM. Bastien et George, note que nous avons publiée dans notre dernier numéro et qui avait obtenu l'adhésion des membres du comité d'hygiène du cinquième arrondissement. Tel est aussi l'ordre d'idées qui a conduit plusieurs autres confrères à provoquer, pour examiner et discuter cette question, une réunion générale de tous les médecins de la garde nationale, des ambulances municipales et des ambulances privées annexées à ces dernières. Une première réunion a eu lieu dimanche dernier, dans la salle des exercices du lycée Descartes, et, malgré les événements graves qui préoccupaient et agitaient si violemment les esprits, une seconde réunion a été tenue dans la même salle le surlendemain, jour de la Toussaint (4).

Nous ne suivrons pas tous les détails d'un débat qui n'a pas duré moins de cinq heures, et qu'il a été parfois difficile de contenir dans les limites tracées par l'ordre du jour; nous nous bornerons à relever les points les plus saillants et à faire connaître, sous forme de propositions générales, l'opinion qui nous a paru rallier l'immense majorité des confrères présents aux deux séances.

D'après une manière de voir qui semblerait accréditée parmi les conseillers de l'administration supérieure, les médecins de la garde nationale, si l'on prend pour point de départ ou terme de comparaison l'organisation de la médecine militaire, devraient être assimilés aux médecins de régiment. Il y avait lieu d'examiner les circonstances qui justifient ou contredisent cette assimilation.

Il existe, pour les corps d'armée en campagne et, afin de mieux préciser, pour les corps engagés, trois sortes d'ambulances : 1° les ambulances volantes, où les blessés reçoivent les premiers soins indispensables, où sont faits les premiers pansements; 2° les ambulances de première ligne, dont les précédentes ne sont en quelque sorte qu'une fraction, un détachement qui se déplace en même temps que les corps d'armée; dans cette seconde classe d'ambulances, on pratique les opérations d'urgence, on applique les appareils, on complète les pansements appropriés à chaque blessure; 3° les ambulances fixes ou sédentaires, où les blessés sont hospitalisés;

Ces trois sortes d'ambulances sont desservies par les chirurgiens des hôpitaux militaires. Les chirurgiens des régiments peuvent parfois prêter leur concours dans les ambulances volantes, mais ils ont avant tout pour mission de donner, comme et quand ils peuvent, les premiers soins aux blessés sur le champ de bataille même, et de présider à leur transport dans ces mêmes ambulances. Le règlement veut, en outre, qu'ils ne se séparent pas de leur régiment, et si celui-ci continue à se porter en avant, ils doivent marcher avec lui, au risque de laisser sur le champ de bataille des blessés privés des secours immédiats dont ils auraient eu besoin. Il y a même là un vice d'organisation sur lequel l'attention de l'autorité militaire paraît avoir été appelée et qui, il faut l'espérer, disparaîtra bientôt.

Revenons à la garde nationale. Si cette garde devait être mobilisée, il faudrait, pour que l'assimilation dont il vient d'être parlé fût complète, que les ambulances actuelles de rempart, qui représentaient alors les ambulances de première ligne, fussent desservies par les médecins des hôpitaux. Ces ambulances devraient détacher à la suite des bataillons en marche une partie de leur personnel pour former les ambulances volantes vers lesquelles les médecins de ces bataillons dirigeraient les blessés.

Dans l'état actuel d'immobilisation de la garde nationale, les ambulances volantes et les ambulances de première ligne se confondent ensemble dans les ambulances dites de rempart, ou plutôt ces dernières ambulances représentent les ambulances volantes, d'où les blessés peuvent être transportés directement dans les ambulances fixes, sans passer par l'intermédiaire des ambulances de première ligne. Ici se présente un premier point litigieux.

Suivant les uns, il importerait de maintenir cet intermédiaire des ambulances de première ligne. En conséquence, tous les blessés indistinctement seraient transportés dans un grand hôpital ou ambulance centrale, dite *de secteur*, d'où ils seraient ensuite, après opérations et pansements préalables, évacués sur les hôpitaux et ambulances fixes.

Pour les autres, il y a lieu, dans l'intérêt des blessés, et afin de leur éviter d'abord les douleurs d'un double transport, ensuite le danger d'un séjour, quelque court qu'il soit, dans un grand hôpital, de les diriger immédiatement, comme il vient d'être dit, des ambulances de rempart vers les ambulances sédentaires. Si l'on ne s'inspire que du côté hygiénique de la question, nul doute que ce second système ne prévale sur le premier.

Quoi qu'il en soit, que l'on adopte ou non les ambulances de première ligne, ou ambulances de secteur, si l'on veut maintenir l'assimilation mentionnée plus haut, il faut que toutes les ambulances, sans exception, celles de rempart comme toutes les autres, soient desservies par les médecins de l'Assistance publique; le rôle du chirurgien de la garde nationale devra se borner à donner, sur les fortifications mêmes, les premiers soins aux blessés et à surveiller leur transport dans les ambulances de rempart : là finira sa mission. C'est ainsi, en effet, qu'ont paru le comprendre ceux qui ont organisé le service médical de ces ambulances; mais c'est aussi l'organisation contre laquelle protestent les médecins de la garde nationale, en se fondant principalement sur l'intérêt des hommes confiés à leurs soins, et sur l'esprit de famille qui unit entre eux tous les hommes d'un même bataillon.

On ne passe pas des journées entières sur les fortifications sans fraterniser avec ses compagnons de garde; comme on se retrouve toujours les mêmes, il s'établit entre les gardes nationaux et les médecins du bataillon des rapports agréables qui conduisent bientôt à des sentiments d'estime réciproque et de confiance de la part des uns, de dévouement de la part des autres. Vienne une affaire, et le garde national blessé préférera être soigné par le médecin de son bataillon que par un médecin qu'il ne connaîtra pas, et de son côté le médecin fera peut-être une dépense, sinon de dévouement, du moins de petits soins affectueux plus grande que celle qu'il aurait faite pour tout autre blessé. Or personne ne saurait mettre en doute que ce premier effet moral produit sur le blessé n'exerce une influence salutaire sur la marche des phénomènes consécutifs.

En suivant le même principe et se souvenant que le garde national n'est pas exclusivement militaire, on doit lui laisser le choix d'être traité où il voudra. Après les premiers soins donnés, on devra donc le faire transporter, selon le vœu qu'il aura exprimé, ou dans sa famille, ou à l'hôpital, ou dans une ambulance quelconque, privée ou municipale. A ce sujet nous devons ajouter que bon nombre de confrères sont d'avis que chaque bataillon ait son ambulance municipale, ambulance fixe ou sédentaire, où les malades comme les blessés trouveraient une véritable famille, où ils auraient pour médecins ceux du bataillon, pour infirmiers des camarades, des voisins, des amis, pour garde-malade souvent l'un de leurs proches. Ce système, qui fonctionne déjà dans plusieurs arrondissements et qu'il importerait de généraliser, contribuerait puissamment à assurer la dissémination des malades et des blessés, et à prévenir ainsi les résultats si redoutables de l'encombrement dans les grandes ambulances et les hôpitaux.

Si l'on s'inspire des considérations précédentes, on est conduit à ne pas établir d'assimilation entre le corps de santé de l'armée et celui de la garde nationale; à laisser, pour ce qui concerne notre garde civique, une liberté plus grande au malade ou au blessé et au médecin; à poser, sinon comme un principe absolu, du moins comme une règle générale qu'il appartient au médecin de la garde nationale de donner aux malades ou aux blessés de son bataillon qui ne demandent pas à être traités dans leur famille, les soins immédiats et les soins consécutifs que réclame leur état. Tel est le sentiment général qui s'est dégagé de la discussion dans les deux réunions du lycée Descartes.

Les soins immédiats se donnent dans les ambulances volantes ou, en ce qui regarde la garde nationale immobilisée, dans les ambulances de rempart. Quelques-unes de ces ambulances ont été établies par les médecins mêmes de la garde nationale. Ailleurs il a été difficile, impossible même, de pourvoir à une semblable installation, et les médecins de la garde nationale ont dû recourir aux ambulances de rempart, instituées par l'administration centrale. Ces ambulances sont desservies par des médecins ou des étudiants étrangers au personnel médical de la garde nationale, nommés directement par l'administration et dépendant d'une commission supérieure siégeant à l'Hôtel-de-Ville. Il importait, pour prévenir tout conflit, de bien définir les rapports qui doivent exister entre ces médecins et les médecins de la garde nationale, ou plus généralement les médecins de corps, car les ambulances de rempart ont été créées en vue de venir en aide au service de santé de tous les corps (troupes régulières, garde mobile, garde nationale) employés à la défense des fortications.

Le débat soulevé par cette question a tenu une grande partie des deux séances. Les uns ont demandé la suppression des ambulances de rempart, telles qu'elles existent, et la fusion de leur personnel médical avec celui de la garde nationale; les autres se sont bornés à réclamer, pour les médecins de la garde nationale, la libre disposition du matériel et du personnel de ces ambulances, dont les médecins resteraient toujours les auxiliaires des chirurgiens de corps. Suivant que l'on raisonne au point de vue des principes ou au point de vue des faits, on est conduit à l'une ou l'autre de ces deux solutions.

En principe, l'installation des ambulances de rempart, pour tout ce qui concerne le choix de l'emplacement, le matériel et le personnel, appartenait naturellement aux chirurgiens des corps préposés à la défense des fortifications. Ils avaient, en effet, plus d'intérêt que personne à ce que ces ambulances, qui, recommandées à la protection de l'autorité militaire, ont empêché d'en créer d'autres, répondissent le mieux possible aux besoins du service dont ils étaient chargés. Or, ils n'ont même pas été consultés; l'emplacement de ces ambulances a été choisi arbitrairement et, comme pour faire contraste au personnel médical de la garde nationale qui procède, comme nous l'avons vu, d'une double élection, les médecins de ces mêmes ambulances ont été recrutés par la faveur. A tous ces points de vue, et laissant de côté toute question de personnes, on était donc autorisé à demandar la suppression des ambulances de rempart.

Mais si l'on songe, d'un autre côté, que les médecins de ces ambulances ont déjà rendu quelques services et que, dans le cas d'une attaque, ils seraient appelés à en rendre de bien plus grands encore; qu'ils ont pour mission de prêter leur concours à tous les médecins de corps indistinctement; que, beaucoup d'entre eux reçoivent une rétribution qui, dans ces temps difficiles, constitue la seule ressource dont ils puissent disposer; qu'ils ne sauraient être entièrement responsables du vice d'organisation qui a présidé à leur nomination; qu'il importe enfin, dans un moment où l'union de tous est nécessaire, de se laisser diriger surtout par les sentiments de bonne confraternité; si, disons-nous, on s'arrête à toutes ces réflexions, on est conduit à proposer une mesure plus conciliante. Telles sont aussi les considérations qui ont prévalu dans la dernière réunion du lycée Descartes et qui ont fait adopter, à la presque unanimité des membres présents, les deux propositions suivantes :

1° Demander que, dans l'intérêt des blessés et des malades, le personnel et le matériel des ambulances de rempart soient toujours à la disposition des chirurgiens de corps, et que les rapports entre les médecins de ces ambulances et les mêmes chirurgiens de corps soient rigoureusement définis par un règlement qui sera affiché dans chacune des ambulances de rempart.

2° Plusieurs de ces ambulances étant mal situées, demander que les chirurgiens de la garde nationale soient chargés, de concert avec les médecins de ces ambulances, de désigner les points où elles seraient installées d'une manière plus utile et plus convenable.

Ainsi que nous avons eu l'occasion de le dire plus haut, la discussion a été difficilement contenue dans les limites de l'ordre du jour, mais elle a eu par cela même l'avantage de mieux faire reconnaître les tendances générales du corps médical de la garde nationale. Ces tendances peuvent se traduire par les propositions suivantes, qui constituent comme un programme :

Égalité entre tous les médecins, base essentielle de la véritable confraternité;

Indépendance, autonomie du corps médical de la garde nationale;

Le moins d'organisation ou de réglementation possible;

Extension la plus large accordée à l'initiative privée, qu'il s'agisse d'associations de médecins se donnant pour mission de relever et de secourir les blessés sur le champ de bataille même, ou de l'organisation d'ambulances où les malades et les blessés seront recueillis et soignés;

Liberté entière laissée aux gardes nationaux blessés ou malades de se faire traiter dans leur famille ou dans l'ambulance qu'il leur plaira de choisir.

Dr F. de Ranse.

6 NOVEMBRE.

VII. **Légion-d'Honneur.** — Par décret en date du 6 novembre, a été promu dans la Légion-d'Honneur :

Au grade d'officier : M. Viry, médecin major de 1re classe; chevalier du 16 avril 1856, 30 ans de services, 10 campagnes.

VIII. **Faculté des sciences.** — Les cours de la Faculté des sciences de Paris s'ouvriront le lundi 28 novembre 1870 à la Sorbonne.

7 NOVEMBRE.

IX. **Académie des sciences.** — L'Académie tient séance.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du lundi 7 novembre 1870. — Présidence de M. Liouville.

M. Chevreul donne lecture d'une Note sur les *subsistances et l'alimentation*; cette Note ayant été perdue par la personne qui s'était

(1) Fitz-Patrick, *Traité des avantages de l'équitation considérée dans ses rapports avec la médecine*. Paris, 1838.

(2) Londe, *Gymnastique médicale*. Paris, 1821.

(3) Voir le dernier numéro.

(4) Le bureau, d'abord provisoire, puis maintenu par acclamation, a été, dans les deux réunions, composé de la manière suivante :

M. Brochin, président; MM. Belin, Coffin, vice-présidents.

M. de Ranse, secrétaire général; MM. Edmond Alix, Billard, secrétaires.

Le bureau se fait un devoir d'exprimer publiquement ses remercîments sincères à M. Lorquet, secrétaire de la Faculté des lettres, et à l'administration du lycée Descartes, pour l'empressement obligeant avec lequel la salle des séances a été mise à sa disposition.

chargée de la remettre à l'imprimerie, elle sera reportée à la séance du 14 novembre.

Note sur quelques documents relatifs à l'économie domestique et aux denrées alimentaires en Egypte sous les Ptolémées. — M. EGGER. Parmi les deux cents papyrus, ou environ, écrits en langue grecque, que nous ont rendus, depuis cinquante ans, les tombeaux de l'Égypte ancienne, on sait que le plus grand nombre sont des documents financiers : lettres administratives, reçus, actes d'enregistrement, d'ordonnancement, etc. La plupart ont été déchiffrés et commentés avec succès, et ils ont fourni une riche moisson de faits et de renseignements aux savants qui reconstituent l'histoire de ce pays sous la domination grecque, notamment à M. G. Lumbroso, auteur d'un Mémoire sur ce sujet que l'Académie des Inscriptions a couronné en 1869 (1). Toutefois, il est une classe de ces documents dont l'interprétation laisse beaucoup encore à désirer ; ce sont les comptes de dépense domestique, dont de précieux fragments existent dans nos collections parisiennes, dans celle du Musée de Leyde et dans celle du *British Museum*. A ces fragments vient s'en ajouter un aujourd'hui, que M. Lumbroso n'a pu connaître et qui mérite une étude particulière: c'est un rouleau, donné en 1866, à l'Université d'Athènes par M. Sakkinis, et dont M. Albert Dumont, alors membre de notre Ecole Française, avait pris une copie fort exacte, qu'il a bien voulu me communiquer en m'autorisant à en faire part au public. Je prendrai occasion de cette intéressante découverte pour jeter un coup d'œil sur l'ensemble des comptes de dépense épars dans les diverses collections de l'Europe et pour résumer les données historiques qu'ils nous apportent sur la vie journalière des deux populations réunies et souvent confondues sous le gouvernement des Ptolémées. Plusieurs de ces données, se rapportant à l'habillement et à l'alimentation, se trouvent nous offrir aujourd'hui une sorte d'opportunité qui en augmente l'intérêt. C'est ce qui m'encourage à les soumettre au jugement de nos confrères de l'Académie des sciences.

Les comptes dont il s'agit proviennent presque tous du même fonds, je veux dire des archives du Sérapéum, de ce temple où vivaient, et en assez mauvaise intelligence, des reclus et des recluses de race grecque avec des fonctionnaires égyptiens. Le rouleau conservé aujourd'hui à l'Université d'Athènes n'a peut-être pas une autre provenance, mais il est certainement d'une autre main que les comptes conservés à Paris (2), à Leyde (3) et à Londres (4), et il a cela de particulier qu'il nous offre, avec peu de lacunes, pour seize jours d'un même mois, un mois (d'été), la dépense d'une famille ou d'un groupe de personnes qui vivaient en commun, peut-être même d'une seule personne. Dans toutes ces pièces, les chiffres de chaque article sont souvent difficiles à lire ou à interpréter; la quotité de chaque denrée n'est pas mise en rapport avec un chiffre déterminé de consommateurs; cela ne permet que rarement de fixer avec certitude la valeur des objets mentionnés et d'en tirer les éléments d'une statistique régulière ; enfin beaucoup de mots, d'origine grecque ou égyptienne, désignent des objets qui nous sont inconnus. Mais, malgré ces incertitudes et ces lacunes la seule mention de tant d'objets de consommation est pour nous très-instructive, comme on va le voir.

Environ cent objets de dépense figurent dans ces comptes : vêtements, denrées alimentaires, combustible ou vase pour l'aménagement et la préparation de ces aliments, salaires de divers services, gages et intérêt d'argent prêté, etc.

Parmi les vêtements je citerai : des robes, tuniques et toiles, surtout faites de lin, et, entre autres, une espèce de couverture dont la mention ne se trouve nulle part ailleurs dans les textes anciens: c'est celle qui servait pour la nuit (ὀθόνιον ἐγκοιμήτριον) ; on en connaît le prix, qui est de 1,000 drachmes de cuivre, c'est-à-dire environ 12 francs de notre monnaie. Puis, des serviettes dont quatre sont cotées 220 drachmes, soit environ 2 fr. 40 c.; des toiles teintes, avec la pourpre, qui, sans doute, servait à la teinture. A ces mentions se rattache le blanchissage, désigné encore aujourd'hui par le même mot (πλύσιμον) en grec moderne.

Parmi les ustensiles et les matières premières de l'industrie : la brique, les sacs et les corbeilles, les vases de cuivre, les burettes, la lampe, les mèches et l'huile à brûler ; cette huile, appelée *kiki* et employée aussi pour la toilette (5), est distincte de l'huile à manger ou huile d'olive, et quelquefois de sésame, et chacune des deux espèces paraît avoir été l'objet d'une industrie particulière (κικιουργός, ἐλαιουργός); l'encens pour les sacrifices ; le bois, et peut-être ce que nous appelons les *fagots*, qui se vendaient dans un magasin spécial.

A ces dépenses se rattachent : les prix de certains services, comme ceux du boulanger, du foulon, du forgeron, du teinturier, du maçon chargé de crépir un mur, du baigneur, de l'ouvrier qui porte et qui coupe le bois, et de celui qui enlève les immondices; la location d'une échelle, la contribution aux frais de certaines fêtes, le nolis d'une embarcation sur le Nil, les frais d'étape d'un soldat, ce qui me rappelle qu'un autre document gréco-égyptien nous a révélé l'existence en ce pays d'un corps analogue à notre *infanterie de marine* (ναυκληρομάχιμοι).

Les denrées alimentaires sont nombreuses et variées. Commençons par celles de première nécessité. Le blé et la farine, puis le pain, quelquefois spécifié par l'adjectif *simple* ou *pur*, pour le distinguer, sans doute, des gâteaux, parmi lesquels je crois reconnaître un gâteau au miel (μελίτωμα), et d'un autre pain de luxe appelé *cyllestis* (6) ; l'eau, et une liqueur fermentée que désigne le mot ζύτος ou ζύτον, et dans la composition de laquelle entrait l'orge, avec le fruit du mûrier.

Le vin, comme cette espèce de bière, deux fois mentionné parmi les rations distribuées soit à des hommes de garde, soit à des espèces de douaniers ou inspecteurs de la navigation (Papyrus du Louvre, p. 347. Cf. p. 335, note 1). On sait par d'autres témoignages, notamment par celui de l'Inscription de Rosette (lignes 15 et 30 que la culture de la vigne avait, en Egypte, une grande importance.

Le vin et le *zytos* étaient soumis à des impôts. L'impôt sur le *zytos* s'appelait ζυτηρά et paraît avoir donné au fisc royal un revenu considérable, à en juger par le règlement financier dont le papyrus LXII du Louvre nous a conservé de nombreux fragments.

Le miel, cité auprès des μελιτωματα, dans une pièce du Musée de Leyde, était l'objet d'un commerce spécial; le producteur de miel (mot à mot *d'abeilles* ou *apiculteur*, comme nous disons aujourd'hui) s'appelait μελισσοῦργός.

Le lait, mentionné une seule fois dans nos comptes, le lait cuit avec le froment formait une bouillie qui paraît avoir été fort en usage dans l'économie domestique des Egyptiens et que les documents de Leyde et de Paris, d'accord avec une glose du Lexique d'Hésychius, nomment *athera*: c'était peut-être un rafraîchissant. Au contraire, le κάκις, mentionné une fois dans l'un des Papyrus du Louvre, était, au témoignage du géographe Strabon (1), un pain de nature astringente ; mais on en ignore la composition.

Le sel et le nitre, peut-être compris quelquefois dans une expression collective qui répond à notre français *condiment assaisonnement*, comme οψον (mot à mot *ce qui est cuit*), et οψώνιον répondent à peu près au français vulgaire *fricot* par opposition au pain sec (2).

Les légumes, entre lesquels sont spécialement cités : l'ail, la laitue, la poirée, le chou, le fenouil et la nigelle.

Les fruits, entre lesquels la figue, la grenade, la date, un cucurbitacée (κολόκυνθον) qui était peut-être le melon ou la pastèque, la noix.

Les racines, parmi lesquelles je ne relève sûrement que les raves et les radis; mais peut-être y faut-il ajouter le *papyrus*, souvent mentionné dans les comptes de Paris et de Londres; car on sait que la racine de ce précieux végétal contribuait à la nourriture des habitants de l'Égypte (Hérodote, II, 92). Un seul scrupule m'arrête à cet égard: c'est que parmi les objets cités dans les comptes du rouleau Sakkinis se trouve l'encre, mot à mot le *noir*, μέλαν, d'où les mots composés μελάμβροχον, qui a le même sens, et μελανουργός, *fabricant d'encre* (3). Si les *papyri* en question étaient du papier pour écrire, il ne manquerait plus que le *calamus*, mentionné d'ailleurs dans un autre document de la collection du Louvre (p. 324), pour compléter l'appareil d'un scribe égyptien. Mais, à vrai dire, les mots χάρτης ou βίβλος sont beaucoup plus usités, surtout avant l'ère chrétienne, que πάπυρος, pour désigner le papyrus en tant que matière servant à l'écriture.

Les viandes (κρέα) sont fréquemment mentionnées, celle de bœuf et celle de mouton d'abord; un bœuf est évalué à environ 245 fr. de notre monnaie; puis, et très-fréquemment, la *chair d'oie*. On sait, par de nombreux témoignages, que, de toute antiquité, l'oie fournissait aux habitants de la vallée du Nil un de leurs principaux aliments : dès la Ve dynastie, les tombes du Haut Empire nous montrent à l'œuvre le nourrisseur d'oie, celui que les documents grecs (*Papyrus du Louvre*, p. 134, 142, 145, 303) appellent χηνοβοσκός, et qui employait, pour engraisser sa volaille, les moyens violents usités encore de nos jours; c'est ce qu'on peut voir, entre autres, par les peintures murales du tombeau de Ti que reproduisait, en 1867, à notre Exposition universelle, l'une des parois intérieures du temple égyptien si industrieusement élevé sous la direction d'Aug. Mariette-Bey.

Il paraît que, comme chez nous aussi, les bouchers égyptiens utilisaient les entrailles du bœuf et du mouton, car les documents de Leyde mentionnent deux fois des *sphlangnides* ou *splanchnides*, ce que l'on traduirait volontiers en français par le mot *tripes*. Sur quelques peintures, reproduites dans l'ouvrage de S. Gardner Wilkinson (4), on croit reconnaître, parmi d'autres produits culinaires, des rouleaux fort semblables à nos boudins ou à nos saucissons.

Les salaisons (*tarichos*) reviennent fréquemment dans le rouleau Sakkinis; et la profession de saleur (*taricheutes*) n'est pas moins souvent mentionnée dans les documents grecs de provenance égyptienne, sans qu'on y distingue la nature des substances soumises à cette préparation; et cependant il nous importerait souvent de distinguer entre le saleur de comestibles et l'embaumeur, qui sont tous deux désignés par le même mot. Le poisson aussi, que ne mentionne expressément aucun de nos comptes, doit être quelquefois compris sous le nom générique de salaison, car il comptait pour une bonne part dans l'alimentation des Égyptiens (Hérodote, II, 92, 93). Le métier de pêcheur est souvent mentionné par nos documents grecs du Louvre (p. 137, 139, 148), et les produits de la pêche paraissent avoir été soumis à un impôt particulier (*Ibid.*, p. 365).

Mais, pour ne pas trop allonger cette note, il est temps que je donne deux ou trois des comptes journaliers du rouleau Sakkinis et un court résumé des mentions qui y sont les plus fréquentes. Cela fera saisir dans son ensemble l'économie d'un de ces modestes ménages dont les registres de dépense sont parvenus jusqu'à nous, par une heureuse fortune, à travers tant de destructions.

1er *Mésori.*	3e *Mésori.*
Pains,	Pains,
Salaison,	Huile,
Bois,	Bois,
Melon,	Melon,
(Une ligne peu lisible).	Assaisonnements,

2e *Mésori.*	Légumes,
Pains,	(Une rature),
Opson,	Encre.
Bois,	
Assaisonnements,	
Poirées.	

Le registre continue jusqu'au seizième jour avec cette sobriété de détail et cette uniformité, sauf l'indication de cinq ou six noms de fournisseurs ou d'intermédiaires entre le consommateur et le fournisseur. Le pain y reparaît seize fois; les légumes et l'*opson* treize fois, ainsi que le bois; les salaisons douze fois, l'huile de *kiki* cinq fois (1); les autres objets moins fréquemment: tout cela donne l'idée d'un régime singulièrement simple, mais qui peut sembler encore nourrissant, vu la douceur du climat en Égypte.

On voudrait, maintenant, en évaluer la dépense en monnaie de notre temps. Mais, même si l'on pouvait toujours déchiffrer sûrement les signes numériques qui suivent chaque article ou qui résument la dépense de chaque jour, il nous manquerait encore un élément nécessaire à l'évaluation désirée : je veux dire la quantité de bois, de pain, de salaison, etc., dont le prix est brièvement indiqué. C'est là une ressemblance de plus avec nos livres de cuisine, où bien des détails sous-entendus sont aujourd'hui suppléés sans peine par ceux qui écrivent de tels livres et qui payent la dépense. Mais cette ressemblance ne rend que plus difficile la tâche des interprètes. Heureusement, on peut espérer que la comparaison, poursuivie avec patience, de ces documents grecs et des documents nombreux en langue égyptienne qui appartiennent à la même classe, permettra d'arriver peu à peu, sur ce sujet, à des conclusions de plus en plus intéressantes, parce qu'elles seront de plus en plus précises.

Le court aperçu qui précède n'avait pour objet et ne pouvait avoir pour résultat que d'attirer l'attention des savants sur un ordre de faits peu étudiés jusqu'ici, et qui méritent de trouver place dans un tableau général de la vie journalière des peuples anciens.

Sur l'analyse spectrale quantitative. — M. J. JANSSEN. J'ai l'honneur de faire une première communication à l'Académie sur une branche nouvelle de la spectrologie ; je veux parler de l'analyse spectrale *quantitative*.

Jusqu'ici, les méthodes optiques, dans leurs applications à la chimie, n'ont permis d'aborder que le côté qualitatif de l'analyse.

Pour une classe nombreuse de corps, le spectroscope a fourni de précieuses indications sur leur présence ou leur absence dans un composé donné : mais il était impossible d'obtenir, par son aide, des données certaines sur les proportions suivant lesquelles ces corps se trouvaient associés. En un mot, l'analyse spectrale est restée jusqu'ici essentiellement qualitative ; le moment semble venu de lui faire faire un pas de plus, en lui permettant d'aborder les déterminations *quantitatives*.

Ce progrès semble d'autant plus désirable, que les méthodes chimiques de dosages sont insuffisantes dans bien des cas, notamment quand le corps à doser entre pour une proportion extrêmement faible dans le composé; ou bien encore, et c'est le cas pour le sodium, quand la substance ne donne que des dérivés d'une grande solubilité non susceptible d'une séparation nette et rigoureuse.

Cette communication contient les résultats de mes premières études, et j'y expose le principe qui me paraît devoir servir de base à cette nouvelle branche de l'analyse. J'eusse désiré attendre encore et avoir un travail plus achevé à offrir à l'Académie; mais tout récemment, M. Champion, chimiste distingué du laboratoire de M. Payen, me demanda à employer les nouveaux procédés à la recherche de la soude dans les végétaux. Il y avait là une application spéciale qui ne pouvait que faire progresser la question et montrer l'avenir dont elle était susceptible. Je communiquai donc mes résultats à M. Champion, persuadé qu'il aurait l'occasion de les perfectionner, et c'est ce qui est arrivé.

Je fais dès maintenant cette publication, afin de permettre à M. Champion d'exposer ses recherches, dont les résultats sont déjà intéressants.

Avant d'aborder le principe de la méthode, je demanderai à reproduire ici une note publiée au congrès scientifique d'Exeter, en août 1869. Ce n'est pas encore l'analyse spectrale quantitative, mais c'est la solution d'une question qui m'y a conduit, et qui n'était pas résolue jusqu'ici, à savoir la recherche de la soude par le spectroscope.

« *Note sur une nouvelle méthode pour la recherche de la soude et des composés du sodium par l'analyse spectrale.*

« On sait que la recherche de la soude présente, en analyse spectrale, des difficultés très-grandes qui tiennent à ce que la raie du sodium se retrouve dans presque toutes les flammes, en raison de la présence presque constante du sel marin dans l'atmosphère.

« Or, on peut lever facilement cette difficulté en employant, au lieu d'une flamme très-chaude et fort peu éclairante, comme celle de Bunsen, une flamme très-lumineuse, comme celle d'un bec de gaz ordinaire dans la partie la plus brillante.

« En effet, tandis qu'on aperçoit presque toujours la raie du sodium dans la partie bleue et transparente d'un bec de gaz, on ne la trouve plus dans la partie lumineuse, à cause de l'abondance des rayons qui avoisinent la raie du sodium dans cette région.

« Voici donc la manière d'opérer :

« On dirigera le spectroscope sur la partie la plus brillante de la flamme, de manière à obtenir un spectre brillant et continu dans lequel la raie du sodium n'apparaisse pas sensiblement. On prendra un fil de platine qui aura été préalablement porté au rouge dans une flamme pendant quelques minutes, pour le débarrasser de toute poussière salée, et, avec ce fil, on portera une goutte de la solution à essayer dans la flamme du spectroscope. En cet instant, si la liqueur contient un composé du sodium réductible par la flamme, la raie D apparaîtra immédiatement. On peut rendre aussi peu apparente qu'on voudra la raie du sodium en employant les

(1) *Recherches sur l'économie politique de l'Egypte sous les Lagides.* Turin, imprimerie royale, 1870, in-8°. — Une mention honorable fut accordée, dans le même concours, à un Mémoire de M. F. Robiou, qui n'a pas encore été publié.

(2) Publiés par l'Académie des Inscriptions, dans le tome XVIII des *Notices et Extraits des Manuscrits.*

(3) Publiés par M. Leemanns, à Leyde, 1833, in-4°.

(4) Publiés par M. Forshall, à Londres, 1839, in-folio; commentés, mais seulement jusqu'au n° XVIII, par M. Bernardino Peyron, à Turin, 1841, in-4°.

(5) HÉRODOTE, II, 77, et les textes réunis par les interprètes sur ce passage.

(6) XVII, p. 824.

(1) DIODORE DE SICILE, *Bibliothèque historique*, I, 34; STRABON *Géogr.*, XVII, p 824.

(2) Dans le centre de la France, c'est le mot *frippe* qui est employé en ce sens (voir le *Glossaire* du comte Jaubert.

(3) Ces deux derniers mots nous sont fournis par un lexique inédit de Julius Pollux (IIIe siècle après J.-C.) que publie en ce moment, dans les *Notices et Extraits des Manuscrits*, M. Boucherle, professeur au lycée de Montpellier.

(4) *Manners and Customs of the ancient Egyptians*, t. II, p. 382 et suiv. Si je ne mentionne pas ici la chair de porc, c'est que l'usage alimentaire paraît en avoir été fort restreint, chez les Égyptiens, par des motifs religieux (Hérodote, II, 47).

(1) Je ne tiens pas compte des mentions qui font partie d'un résumé à la fin du mois.

parties les plus brillantes des flammes, ou même en plaçant entre le spectroscope et la flamme d'essai une ou deux flammes auxiliaires qui rendront la raie D encore moins perceptible. Dans ce dernier cas, il faudra employer du sel en assez grande quantité dans la flamme d'essai pour voir apparaître la raie D dans le spectroscope. Si, au contraire, la liqueur ou le corps à essayer contient fort peu du composé sodé, on pourra employer une partie plus transparente de la flamme; dans tous les cas, il sera prudent de faire des expériences comparatives avec les fils de platine et de l'eau distillée, pour s'assurer que les raies qui apparaissaient sont bien dues à la substance qu'on analyse.

« Je continue ce sujet, et j'espère arriver à une analyse *quantitative* des substances à analyser (*Report of the Bristisch association for the advancement of science*, 1869.) »

On voit que l'esprit de ce procédé consiste à désensibiliser la flamme, de manière que le sodium accidentel ne puisse se manifester, et que la raie D apparaisse seulement si le corps contient normalement, et en quantité appréciable, la substance sodique.

Appliqué à l'étude de quelques végétaux, le procédé a révélé la présence de la soude dans plusieurs de ceux pour lesquels la question paraissait douteuse. Ces résulats seront donnés plus tard.

J'arrive maintenant à l'analyse quantitative.

L'emploi des flammes auxiliaires dont il vient d'être parlé donne déjà une première solution de la question.

Ces flammes doivent être très-lumineuses, et ne pas donner la raie D dans leur spectre; tel est le cas du gaz d'éclairage brûlant dans les becs ordinaires. On place les flammes auxiliaires entre la flamme d'essai et le spectroscope afin de noyer la lumière jaune du sodium dans une quantité plus ou moins grande de lumière ordinaire, ce qui permet d'atténuer, autant qu'on le veut, l'intensité relative de la raie D dans le spectre obtenu ou de ramener cette intensité à la même valeur relative, quelle que soit la richesse en soude de la liqueur essayée. Dès lors, si on fait des expériences avec des liqueurs sodiques titrées, et qu'on détermine pour chaque solution le nombre des flammes nécessaires pour ramener la raie D au même degré de visibilité (on peu choisir le moment où la raie D commence à se détacher sur le fond brillant du spectre), on obtiendra une relation qui permettra de prononcer sur la richesse d'une solution sodique proposée.

Tel est le premier procédé qui s'est offert à mon esprit, mais on peut en trouver un second dans la considération du temps que la substance sodique emploie à se volatiliser. Si, en effet, on place successivement dans une flamme des fils de platine trempés dans des solutions sodiques diversement riches, on constate que nonseulement l'abondance de la lumière jaune augmente avec la richesse de la solution, mais en outre que le temps pendant lequel cette lumière jaune persiste dans la flamme, croît aussi dans les mêmes circonstances. On cherche ensuite expérimentalement la relation qui existe entre le temps qu'une solution donnée exige pour être entièrement volatilisée et sa richesse en substance sodique.

Ces deux procédés sont purement expérimentaux. Je compte les étudier d'une manière plus approfondie afin de les rendre susceptibles d'une application précise. Mais déjà il est possible de dégager de ce qui précède les bases générales de la nouvelle analyse. Ces bases me paraissent ressortir des considérations suivantes :

Reprenons l'exemple choisi d'un sel de soude porté dans une flamme à base d'hydrogène.

Le spectroscope indique d'une manière incontestable que c'est le sodium incandescent qui, dans cette circonstance, produit la lumière jaune communiquée à la flamme, lumière qui, par l'action du prisme, fournit presque exclusivement les deux composantes de la raie Fraunhoférienne D. Le sel de soude a donc été décomposé, et ses éléments dissociés. Le métal mis en liberté et porté à l'incandescence rayonne sa lumière caractéristique, et, trouvant ensuite de l'oxygène dans le milieu ambiant, il doit s'y combiner et se répandre dans l'atmosphère à l'état de composé sodique. L'existence du sodium a été temporaire, mais incontestable; toutes les molécules métalliques ont été successivement et pendant un certain temps mises en liberté.

Or, pendant la période de cette mise en liberté, si l'on admet (ce qui peut être très-sensiblement réalisé dans une expérience bien conduite) que ces molécules passent par les mêmes phases d'incandescence et fournissent la même quantité de lumière, il en résultera que la quantité totale de la lumière sodique émise par la flamme depuis le moment où le sel commence à se décomposer jusqu'à celui de son extinction, sera proportionnelle au nombre des molécules de sodium contenues dans le sel, et toute méthode qui fera connaître cette quantité totale, cette intégrale de force lumineuse, conduira à la détermination du poids de métal qui l'aura produite. C'est ainsi que la connaissance d'une quantité déterminée de matière peut être ramenée à des mesures photométriques.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que ces considérations s'appliquent sans modification à tous les corps donnant dans les flammes une émission lumineuse spécifique, tels que le lithium, le thallium, etc. Si le corps était libre et porté directement dans le foyer, comme ce serait le cas pour un métal placé dans l'arc électrique, le principe serait encore applicable, pourvu que la substance se volatilisât régulièrement, en sorte que toutes ses particules prissent successivement une part égale à l'émission lumineuse.

Je me réserve de développer ce sujet et d'exposer plus tard les méthodes expérimentales qui me paraissent donner les meilleures applications des principes exposés.

(*A suivre.*)

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois.. 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 28 avril 1871.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Maladies régnantes. — État sanitaire de Paris pendant le siége.

LE SCORBUT

Après le rapide exposé que nous avons fait, dans la dernière Revue, des principaux symptômes du scorbut et de la marche générale de la petite épidémie dont nous avons été témoins, on s'étonnera peut-être que nous n'ayons pas cherché, avant d'aller plus loin, à déterminer d'une manière plus précise à quelle affection nous avions affaire, si c'était bien le scorbut véritable, s'il y aurait lieu, comme on l'a fait, d'établir une distinction entre le scorbut de terre et le scorbut de mer, et de rechercher à laquelle de ces deux espèces il se rapportait le mieux. On s'étonnera surtout que nous ne nous soyons pas demandé si le scorbut est bien une affection spéciale, *sui generis*, une entité morbide, ou bien si ce n'est qu'une des formes multiples de cet état physiologico-pathologique que l'on a très-justement désigné sous le nom de mal de misère, et si, à ce titre, il ne devrait pas être considéré tout simplement comme une des variétés d'un groupe morbide diversifié seulement dans ses expressions symptomatiques, suivant les climats et les conditions diverses de milieu, mais procédant en réalité d'une origine commune, le concours de causes débilitantes et ayant un fond commun, l'anémie?

A cela nous répondrons pour le premier point, que le témoignage univoque de tous nos confrères relativement à la qualification à donner à l'affection qui s'est offerte simultanément à l'observation de chacun de nous, ne pouvait déjà laisser subsister aucun doute à cet égard. S'il y eût eu la moindre place au doute, d'ailleurs, il eût été facile de le faire cesser en faisant appel au souvenir de tous ceux qui avaient déjà eu l'occasion d'observer le scorbut.

Quant au second point, celui qui concerne la nature du scorbut et la question de savoir s'il doit être considéré comme une affection spéciale, comme le produit d'une altération particulière du sang et des humeurs, une cachexie ou un empoisonnement, ou bien simplement comme une des expressions multiples de l'anémie, il faudrait pour l'examiner avec toute l'attention et l'intérêt qu'il mérite, plus de pages que nous ne pouvons lui en consacrer ici. Nous ne laisserons pas cependant échapper l'occasion de signaler, à ce sujet, quelques-unes des recherches qui ont été faites ou des idées qui ont été émises sur ce point et qui tendraient, ainsi que nous inclinerions à le faire d'après nos propres observations, à résoudre la question dans le sens de cette deuxième proposition.

Notre collègue et ami le savant rédacteur en chef de la *Gazette hebdomadaire*, M. le docteur Dechambre, dans une communication faite à l'Académie de médecine, a appelé l'attention de ses confrères sur les rapports qui lui ont paru exister entre le scorbut et les formes graves d'anémie ou d'hydrémie qui se sont montrées concurremment avec lui, et il s'est proposé de rechercher notamment si ces formes graves n'ont pas revêtu quelques-uns des traits appartenant à certaines maladies exotiques caractérisées également par la pâleur, l'augmentation proportionnelle du sérum du sang et l'anasarque. Il s'agit surtout du béribéri. — Ce rapprochement serait fondé sur ce que ces deux maladies se développent sous l'influence de l'inanition, de l'insuffisance, de la mauvaise qualité et de l'uniformité des aliments, des privations de toute sorte, de la nostalgie; en un mot, sur ce qu'elles seraient l'une et l'autre une maladie de misère.

Nous ne possédons pas devers nous les éléments nécessaires pour apprécier jusqu'à quel point le rapprochement indiqué par notre confrère entre le béribéri et la maladie que nous venons d'observer est fondé; mais de l'analyse qu'il fait, à ce sujet, de cette dernière maladie, laquelle se rapporte à peu près en tous points avec ce que nous avons constaté, il nous semble ressortir un témoignage de plus en faveur de l'idée que nous venons d'émettre, que le scorbut n'est qu'une des formes de l'anémie ou de la misère organique.

D'autre part, les analyses qui ont été faites tout récemment du sang des scorbutiques, et notamment celles que M. Laboulbène a communiquées il y a quelques jours seulement à l'Académie des sciences, militeraient encore en faveur de cette détermination par l'absence même, qu'elles constatent, de tout caractère spécial.

Cela dit, abordons la question de l'étiologie, qui est ici d'un très-grand intérêt.

Rappelons d'abord les notions le plus généralement admises sur l'étiologie du scorbut. Au nombre des causes les plus propres à développer le scorbut, on a admis : l'altération de la pureté de l'air, surtout la réunion de ces trois circonstances, air froid, humide et chargé d'émanations malsaines; la nature des aliments, l'usage de viandes salées et du biscuit, joint au manque de végétaux frais; les affections morales tristes; la paresse, le repos prolongé, le défaut absolu d'exercice ou les fatigues excessives; l'influence de vêtements insuffisants, pénétrés par la pluie et malpropres; effets débilitants des grandes hémorrhagies, etc.

Parmi ces causes, celles sur lesquelles a insisté particulièrement Lind, l'auteur qui a étudié avec le plus de soin le scorbut, sont l'usage de viandes salées, l'absence d'aliments végétaux frais, la plupart des autres causes, telles que le froid et l'humidité, les émotions tristes, l'inertie, etc. n'ayant qu'une part, celle de causes occasionnelles ou prédisposantes.

D'après M. le professeur Bouchardat le scorbut reconnaîtrait pour causes des influences variées telles que l'immobilité ou défaut d'exercice, l'usage de viandes salées et de saumures, la privation de végétaux frais, et surtout l'action du froid, qui serait à ses yeux la plus puissante et la plus active de toutes ces influences, le froid ayant plus particulièrement pour effet de troubler la circulation cutanée capillaire.

Voyons ce que nous a appris à cet égard la dernière épidémie.

M. Delpech, dans le rapport au conseil d'hygiène dont nous avons parlé dans notre dernière revue, a surtout étudié le scorbut à ce point de vue. Voici les résultats auxquels il a été conduit par l'enquête dont il a été chargé sur les scorbutiques de la maison de détention de la rue de la Santé.

L'encombrement ne lui a paru jouer aucun rôle dans l'apparition des accidents scorbutiques qu'il a observés. Il en a été de même du froid et de l'humidité qui, chez un grand nombre de malades, n'ont exercé aucune action étiologique. L'usage des viandes salées n'a pas eu la part qu'on leur a attribuée généralement. Les causes morales, l'excès de fatigue ou l'immobilité n'ont pas eu d'influence plus appréciable. La seule condition qui se soit rencontrée dans toutes ses observations est la suppression des végétaux frais dans l'alimentation.

Il est bon de reprendre à part chacun de ces points et d'indiquer les motifs qui ont servi de base à ces conclusions.

La première influence que M. Delpech élimine dans son analyse étiologique de l'épidémie qu'il a observée, est l'influence morale. Non assurément que l'état de dépression morale dans laquelle sont habituellement les détenus ne doive être prise en considération dans l'étude des états pathologiques auxquels ils sont exposés, mais rien n'était changé à cet égard dans leurs conditions ordinaires, et il n'y avait par conséquent aucune raison pour faire intervenir particulièrement une action qui était dans le moment ce qu'elle avait été avant, ce qu'elle est en tout temps.

Les fatigues n'ont pu avoir aucune part dans les cas de scorbut développés dans la maison de la Santé. Ce serait plutôt le manque absolu d'exercice, l'immobilité qu'on pourrait invoquer comme une des causes de développement de la maladie. Mais il ne paraît pas qu'ici cette circonstance même puisse être invoquée, les détenus qui ont été atteints de scorbut ayant été occupés auparavant à divers travaux, peu fatigants d'ailleurs; de sorte qu'il n'y a eu chez eux ni inertie ni fatigue.

Contrairement à ce que l'on serait disposé à penser, l'encombrement n'y est non plus pour rien. La population de la maison était, à cette époque du siége, au-dessous de l'effectif normal.

Le froid n'a exercé aucune action sur les détenus, l'établissement ayant été chauffé dès le 12 octobre et ayant continué à l'être pendant toute la durée du siége. D'un autre côté, les prisonniers de guerre allemands enfermés dans cette maison et qui avaient souffert du froid au dehors beaucoup plus que les détenus n'ont pas été atteints.

M. Delpech rapporte, en outre, diverses observations recueillies soit dans son service, soit dans les services de ses collègues de l'hôpital Necker, desquelles il ressort que les scorbutiques traités dans cet établissement n'avaient pas eu à souffrir du froid.

L'humidité a dû être éliminée également comme le froid, en tant que cause de l'épidémie, les murs et toutes les parties habitées étant dans un état parfait de sécheresse.

La même observation peut s'appliquer aux cas de sorbut développés dans les hôpitaux.

Restait à examiner la question de l'alimentation, la plus importante sans contredit. Les détenus de la maison de santé ont eu à souffrir également et sous le rapport de la quantité et sous le rapport de la qualité des aliments. A dater du 23 septembre, la viande et les légumes verts furent supprimés. Or aucun autre changement que celui-là n'ayant été introduit dans le régime des détenus, M. Delpech n'a pas hésité à y trouver la cause principale, sinon unique, de l'épidémie scorbutique. Mais était-ce à l'insuffisance des aliments, ou à leur mauvaise qualité, ou à ces deux circonstances réunies qu'il fallait s'en prendre? C'était ce qu'il restait à déterminer. M. Delpech ayant recueilli en dehors de la maison dont il s'agit des observations de scorbut développé chez des sujets qui n'avaient point eu à souffrir par l'insuffisance de l'alimentation, s'est trouvé conduit par là à faire porter son attention sur la qualité des aliments.

On a beaucoup accusé l'usage des viandes salées de produire le scorbut. Or, chez les détenus de la prison de santé, il n'a pas été fait usage un seul jour de viandes salées. Voilà qui résout la question sur ce point. S'ils n'ont pas eu de viande salée, ils n'ont pas eu davantage de viande fraîche. Serait-ce à cette absence complète d'alimentation animale qu'il faudrait attribuer le développement du scorbut? Sans rappeler ici qu'il y a des populations entières qui ne font aucun usage de viandes et qui cependant n'ont jamais eu le scorbut, M. Delpech fait la remarque que les détenus malades dans l'infirmerie et qui, à ce titre, ont reçu par exception une certaine quantité de viande fraîche, n'en sont pas moins devenus scorbutiques.

Nous avons dit que des sujets qui n'avaient point eu à souffrir de l'insuffisance de l'alimentation avaient cependant été atteints de scorbut. Par contre, chez les sujets qui ayant continué à se nourrir abondamment, et qui n'ayant eu d'ailleurs à souffrir ni du froid ni de l'humidité, avaient néanmoins été atteints de scorbut, une circonstance s'était présentée constamment, c'était la privation plus ou moins complète, le plus souvent absolue de légumes frais. On comprend que si cette privation a été aussi générale, les légumes frais n'ont guère dû entrer dans le régime des détenus.

La privation des légumes frais, voilà donc aux yeux de M. Delpech, le fait qui, par sa constance, peut seul rendre suffisamment compte de la génération du scorbut. La privation de végétaux frais est considérée généralement par tous les observateurs comme l'un des éléments étiologiques les plus importants du scorbut. D'après M. Delpech, il faudrait dire qu'elle en est à elle seule la cause décisive. Ici notre confrère ne s'appuie pas uniquement sur les faits qu'il a observés à la prison de la Santé, mais il invoque le témoignage de la plupart des observateurs les plus compétents, notamment celui de Scrive, qui a écrit l'histoire du scorbut de Crimée, et de M. le docteur Léon, médecin de la marine, qui a observé une épidémie de scorbut à bord d'un vaisseau abondamment pourvu de viande fraîche, mais complétement dépourvu d'aliments végétaux frais.

Enfin une circonstance capitale viendrait confirmer la valeur du rôle accordé à l'absence de végétaux frais dans l'étiologie du scorbut, c'est le résultat thérapeutique obtenu par l'usage des herbages et des légumes frais.

Nous n'aurons que peu à ajouter et surtout peu à reprendre à cette analyse étiologique du scorbut. Que l'absence d'alimentation végétale fraîche ait été la seule cause bien manifeste et bien démontrée de l'épidémie de scorbut que M. Delpech a étudiée avec tant de soin à la prison de la Santé, nous le reconnaissons pleinement. Que, en général, dans toutes les épidémies de scorbut, la privation des légumes frais soit une des conditions étiologiques les plus importantes et les plus constantes, qu'elle ait eu la première part dans l'épidémie dont nous venons d'être tous témoins, d'accord encore; mais qu'elle ait été la seule et unique cause et qu'il n'y ait pas lieu de se demander s'il n'y a pas une part à faire aux autres conditions auxquelles un grand nombre des sujets atteints de scorbut ont été soumis, telles que le froid continu, prolongé, l'encombrement, l'usage de mauvaises eaux potables, — circonstance dont on ne nous a pas paru tenir suffisamment compte, — usage de viandes salées, etc., voilà ce que nous concéderons moins aisément.

Sans doute les faits que nous pourrions objecter à M. Delpech n'ont pas la précision, la netteté qu'il a pu donner à ses observations, recueillies presque toutes dans des conditions d'existence tout à fait spéciales et parfaitement identiques, tandis que nos observations ont porté sur des sujets provenant de points divers et qui avaient subi des influences beaucoup plus complexes et plus variées. Disons cependant que parmi ces influences multiples et variées, il en était beaucoup qui leur étaient communes, ce qui donnera peut-être bien quelque valeur à nos

observations. Nos malades étaient, pour le plus grand nombre, nous l'avons déjà dit, des marins, venant des forts où ils avaient tous vécu à peu près dans les mêmes conditions. Au moment où ils sont entrés en plus grand nombre dans nos services, ils avaient évacué les forts et étaient casernés à l'école militaire. Or, soit dans les forts où ils couchaient dans les casemates, soit à l'Ecole militaire où ils se sont trouvés réunis en très-grand nombre aux diverses autres troupes, ils ont subi l'influence pernicieuse de l'encombrement. Parlerons-nous de l'action si intense, si continue et si prolongée du froid auquel ils ont tous été exposés et dont ils ont tant souffert? Enfin beaucoup d'entre eux, — pas tous il est vrai, — ont fait un usage presque exclusif pendant un temps plus ou moins prolongé de viandes salées. Ajoutons que tous ont été privés de légumes frais. Si bien, qu'en accordant, dans notre pensée, le premier rang à la privation de cet élément essentiel de l'alimentation, il nous a été impossible de nous défendre de l'idée que ce n'avait pas été la cause unique, et qu'autour de cette cause capitale se groupait un ensemble d'influences qui devaient avoir eu leur part dans la pathogénie du scorbut, notamment l'action prolongée du froid et de l'encombrement.

Un mot seulement sur le traitement. Nous avons dit que la restitution des légumes frais dans l'alimentation était à la fois et le meilleur mode de traitement et la plus claire démonstration de l'influence étiologique de la privation de ces aliments. Mais dans les premiers temps de l'épidémie, nous eussions été fort en peine de recourir à ce remède si rationnel et si simple à la fois. Nous avons dû nous borner à combattre l'état général de débilité et de prostration où étaient presque tous nos malades par les toniques, le bon vin, les préparations de quinquina et le perchlorure de fer, combattant une à une les complications et les lésions secondaires, à mesure qu'elles se produisaient, par les moyens appropriés. Du moment où nous avons pu donner à nos malades des légumes frais, des pommes de terre, de la salade, des citrons et des oranges, leur état s'est promptement amendé.

Dr Brochin.

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

CHEZ LES ENFANTS

Par M. le docteur Bazin.

Chez les enfants, M. Bazin prescrit une ou deux cuillerées à café, par jour, du sirop suivant :

Sirop de sucre..........	*quatre cents* grammes.
Bi-iodure de mercure....	*cinq* centigrammes.
Iodure de potassium....	*cinq* grammes.

(*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (3).

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 novembre 1870. — Présidence de M. Liouville.

(Suite et fin.)

Sur l'importance actuelle des questions se rattachant à l'hygiène publique et privée, et notamment la question des hémostatiques et des désinfectants, et sur le phénol sodique. — M. P. Boboeuf. Le *phénol sodique* fournit à la fois à la chirurgie un *hémostatique* puissant et un *désinfectant* précieux n'ayant pas, comme le perchlorure de fer, l'iode et autres agents généralement employés, l'inconvénient grave d'irriter les plaies et de nuire à leur cicatrisation. Il est donc appelé à rendre, dans les hôpitaux et ambulances, les plus importants services, si l'on se décide à en faire usage pour les pansements et à utiliser ses propriétés hémostatiques, désinfectantes et cicatrisantes.

Dans le même ordre d'idées, le phénol sodique constitue à lui seul la pharmacie de poche que devrait porter tout combattant afin de pouvoir arrêter, par un pansement provisoire, les hémorrhagies qui entraînent si souvent la mort à la suite de blessures légères.

Pour remédier efficacement aux causes d'insalubrité existantes, pour combattre l'épidémie variolique, pour prévenir l'accroissement des chances de mortalité pouvant résulter, soit de l'invasion d'autres épidémies, dysentérie, choléra, etc., soit de l'encombrement des habitations, casernes, campements, hôpitaux et ambulances, en un mot pour neutraliser toutes les influences pernicieuses qui peuvent compromettre la santé de la capitale, il est nécessaire d'employer, sous les diverses formes indiquées, et surtout en arrosages et pulvérisations, à l'effet d'assainir l'air et d'y détruire tous les agents d'infection, les sels alcalins d'acide phénique, sels dont le phénol sodique est le type le plus parfait, parce que seuls ces sels possèdent une énergie d'action et des propriétés hygiéniques suffisantes. (Commissaires : MM. Dumas, Bussy, St. Laugier, Bouley.)

Amputation. — M. Tellier écrit à l'Académie pour formuler, en quelques mots, les conclusions de sa note précédente sur l'emploi de la glace dans les amputations. Ces conclusions sont les suivantes :

1° L'emploi de la glace, tel qu'il se pratique actuellement, amène inévitablement la condensation des vapeurs que contient l'air, et par conséquent l'entraînement des miasmes tenus par lui en suspension;

2° Le produit de cette condensation vient imbiber la plaie et y porter l'influence délétère de l'air des hôpitaux; par conséquent, loin de la préserver, on y apporte ainsi les miasmes pestilentiels qu'il importe tant d'écarter;

3° Enfin, comme remède à cet état de choses, j'indique l'emploi de l'air froid *sec*, et le moyen de le produire aisément. (Renvoi à la commission précédemment nommée.)

Lunette de rempart. — M. A. Cazin, au nom de M. Faye, présente la note suivante : Il serait utile de pouvoir observer les mouvements de l'ennemi pendant l'attaque, en restant abrité derrière un rempart élevé et dépourvu d'embrasures, derrière un mur sans meurtrières ou au fond d'une casemate.

Voici le principe d'un instrument que j'ai imaginé dans ce but. Au sommet d'un tuyau vertical sont placés un miroir plan incliné à 45 degrés et un objectif dont l'axe est horizontal et passe par le centre du miroir. Cet objectif est à court foyer, ce qui permet de donner à la lunette un champ considérable. Les rayons qui, partant des objets extérieurs, traversent l'objectif, sont réfléchis par le miroir et forment dans le tuyau, un peu au-dessous du miroir, une image réelle de ces objets. Au milieu du tuyau se trouve un système lenticulaire convergent, ayant pour distance focale environ le quart de la hauteur du tuyau. L'image étant formée au-dessus de cette lentille, à une distance double de sa distance focale, une seconde image se forme au-dessous à la même distance, avec la même grandeur et en sens inverse. Mais au bas du tuyau est un second miroir plan, parallèle au premier. Les rayons se réfléchissent sur ce miroir avant de former la seconde image, et celle-ci se trouve reportée verticalement sur le côté. Enfin un oculaire ordinaire sert à observer cette image, qui est à droite. Le champ de l'instrument est le même que celui d'une lunette astronomique formée par l'objectif et l'oculaire, pourvu que le système convergent qui est au milieu et qui se comporte comme une lentille de projection ait un diamètre suffisant.

Avec un système convergent de 2 mètres de distance focale, on peut voir les objets extérieurs, en se tenant à une profondeur de 8 mètres.

On peut, d'après le même principe, réaliser une chambre noire pour casemate. Il faut supprimer dans l'appareil précédent l'oculaire et le miroir inférieur, et employer des lentilles de 10 à 12 centimètres de diamètre. On obtient une image réelle d'un champ considérable, à la profondeur voulue. En disposant une troisième lentille convergente au-dessous du miroir, de façon que les rayons forment la première image réelle, après avoir traversé l'objectif, puis cette lentille, on diminue les aberrations et l'on augmente la clarté. Les essais que j'ai faits de cet appareil ont été très-satisfaisants.

Sur le développement des feuilles des Sarracenia. — M. Brongniart, au nom de M. H. Baillon, présente la note suivante : Les feuilles de forme exceptionnelle que portent les *Sarracenia* sont bien connues au point de vue de leur configuration extérieure, et l'on a bien distingué : le long cornet qui représente leur portion principale, le couvercle, de forme variable, qui les surmonte, et même l'espèce de crête saillante qui s'étend tout le long de leur bord interne. Mais les botanistes ne sont pas d'accord sur la signification de ces différentes régions de la feuille. L'opinion la plus généralement acceptée sur ce point est celle qu'ont exposée, entre autres, A. Saint-Hilaire et M. Duchartre. « Que je suppose à présent, dit le premier, dc ces savants (*Morphol. végét.*, 142), les bords ailés du pétiole du *Citrus histrix* ou du *Dionæa* rapprochés et soudés, j'aurai la feuille du *Sarracenia*, formée d'une urne allongée, véritable pétiole, et d'un couvercle, véritable lame. » Le second auteur dit de même (*Élém. de Bot.*, 308) : « On regarde généralement l'ascidie de ces plantes comme formée par le pétiole, et leur lèvre postérieure ou opercule comme représentant le limbe. » Les observations organogéniques pouvaient seules faire connaître ce qu'il faut admettre de ces interprétations. Aussi avons-nous étudié le développement des feuilles dans le S. *purpurea*, assez fréquemment cultivé dans notre pays. A leur premier âge, ces feuilles sont représentées par de petits mamelons, à surface d'abord convexe. Un peu plus tard, la base de ces organes se dilate un peu et devient légèrement concave en dedans; c'est le premier rudiment de la gaîne, portion de la feuille qui, nous le verrons, n'a aucun rapport, quoi qu'on en ait dit, avec la cavité de l'urne des *Sarracenia*. Cette portion vaginale, qui prendra plus tard un assez grand développement, se comporte ici comme dans tous les végétaux où elle existe, et n'a aucune influence sur la constitution de l'urne. Le premier indice de cette dernière est une petite dépression, une sorte de fossette, d'abord bien légère, qui se produit en haut et un peu en dedans du cône que représente la jeune feuille. Cette dépression n'est due en réalité qu'à une inégalité de développement dans les diverses portions du sommet de la feuille; et l'inégalité ne se produit qu'un peu tard, vers le sommet d'une feuille dont les portions pétiolaire et vaginale existaient déjà. A cet égard, les feuilles des *Sarracenia* se comportent à peu près comme celles des Nymphæacées, avec lesquelles elles ont d'ailleurs tant d'analogies. Si bien qu'à cet âge les jeunes feuilles coniques des *Sarracenia* ont la même apparence que celles des *Nepenthes*, mais pour une tout autre raison, si l'on admet, avec M. J.-D. Hooker, que l'urne de ces derniers est le résultat du développement considérable d'une glande. Ici, c'est bien la surface supérieure du limbe qui se trouve à ce moment réduite à une fossette; aussi cette dépression est-elle tapissée d'un épiderme qui est l'épiderme supérieur de la feuille, qui se développe d'autant plus que celle-ci grandit davantage, et qui même se couvre ensuite de poils dont la faculté sécrétante a été signalée par un grand nombre d'observateurs. Plus la fossette se creuse, plus le limbe de la feuille prend l'apparence de certaines feuilles peltées, telles que celles des *Nelumbo*, également fort voisins des *Sarracenia*. Le cône large et peu profond que forme le limbe foliaire des *Nelumbo* devient, dans les *Sarracenia*, plus profond et plus étroit, de façon à présenter définitivement la forme d'un long cornet obconique. En même temps que se produit cette déformation, la portion de la feuille que l'on appelle l'opercule se dessine, d'une manière variable sans doute, dans les différentes espèces. On sait qu'il y a des feuilles peltées dont le limbe n'a pas un bord entier, mais est découpé en crénelures ou en lobes, et que parfois ces lobes sont inégaux, le terminal-médian pouvant être plus développé que les autres. C'est une des causes qui font que le pétiole ne s'insère pas au centre de figure du limbe pelté, mais plus près de sa base, laquelle est souvent plus ou moins profondément échancrée-cordée. Dans la feuille du *Sarracenia*, on pouvait s'attendre dès le début à voir un phénomène analogue se produire, parce que la fossette était entourée par un rebord plus épais en haut que sur les côtés et en bas. Cette inégalité ne fait que s'accentuer avec l'âge, et c'est le bord supérieur qui grandit le plus vite, s'étranglant ensuite un peu à sa base. Telle est l'origine du couvercle et des saillies latérales, plus ou moins prononcées, qui souvent l'accompagnent; ce sont donc, non un limbe, mais les lobes inégaux d'un limbe qui existait avant eux. Il reste à expliquer la signification de cette sorte de carène verticale qui longe le bord interne de l'urne. Cet organe existe, à l'état ordinairement rudimentaire, dans un grand nombre de feuilles peltées. On aperçoit souvent une nervure ou une crête saillante qui s'étend dans ces feuilles, sur la face inférieure du limbe, de l'insertion du pétiole au fond du sinus que présente la base du limbe. La crête des feuilles du *Sarracenia* ne nous paraît être qu'une exagération de cette même partie; et si elle a une direction verticale, ce n'est qu'une conséquence de l'extrême profondeur que prend le limbe démesurément pelté de la feuille des *Sarracenia*.

Sur les animaux employés par les anciens Egyptiens à la chasse et à la guerre. — M. Fr. Lenormant (2e note). Le chacal, qui paraît être la source d'une partie au moins de nos races de chiens, s'apprivoise aisément. On en rencontre encore aujourd'hui quelquefois chez les habitants de la Syrie, de l'Égypte et du nord de l'Afrique des individus qui, pris dans leur jeunesse, ont reçu une éducation domestique et sont, au même état que les chiens, les familiers de la maison. Il en était de même dans l'antique Égypte. Les tombes de l'Ancien Empire montrent à plusieurs reprises un chacal apprivoisé remplaçant le chien auprès du défunt ou se mêlant à ses chiens. Dans un des hypogées de Béni-Hassan (XIIe dynastie), un chacal ainsi dressé prend même part à la chasse. Mais ce sont toujours des exceptions, des faits d'élève individuelle, comme ceux que l'on observe de nos jours, et rien ne permet de supposer que, chez les anciens Égyptiens, le chacal, conservant ses traits caractéristiques d'espèce sauvage, ait été tenu habituellement dans un état de domesticité ou de semi-domesticité, et ait compté parmi les auxiliaires accoutumés des chasseurs.

En revanche, une scène du beau tombeau de Ptah-hotep à Saqqarah (Ve dynastie), publiée par M. Duemichen (*Resultate der Archæologisch-Photographischen Expedition*, première partie, *Pl.* IX), qui représente les valets de vénerie de la domesticité du défunt rentrant avec leur gibier, montre leur chef (qu'accompagne son nom propre, *Noum-hotep*) tenant en laisse à la fois, couplés et prêts à être lancés sur la piste, quatre lévriers et deux animaux du genre *Canis*, au port rapproché de celui de l'hyène, dans lesquels M. Hartmann (même ouvrage, p. 28) a reconnu, avec toute raison suivant nous, le chien hyénoïde (*Canis pictus*, Desmar.), le *kelb-el-sémech* des Arabes, le *simir* de l'Abyssinie. Cette représentation n'est pas isolée, car nous voyons encore des individus de la même espèce, tenus en laisse dans les bas-reliefs d'autres tombeaux de Saqqarah, dans ceux de *Noub-hotep* (IVe dynastie) (Lepsius, *Denkmæler*, abth. II, bl. 14), de *Ra-n-kéou* (IVe dynastie) (*Ibid.*, abth. II, bl. 15), et de *Aseskef-ankh* (Ve dynastie) (*Ibid.*, abth. II, bl. 50). Les Egyptiens de l'Ancien Empire élevaient donc habituellement le chien hyénoïde pour l'employer au service de leurs chasses, et ils avaient su tirer parti des instincts et des aptitudes naturelles de cet animal. En effet, les voyageurs disent tous que le chien hyénoïde, à l'état de liberté, « se livre avec ardeur à la chasse des gazelles et des antilopes. Dans ce cas, ajoutent-ils, plusieurs chiens hyénoïdes se réunissent en meute et poursuivent leur gibier avec autant d'ordre et de persévérance que nos meilleurs chiens-courants, et en plein jour. » Un peuple aussi observateur des mœurs des animaux et aussi habile à les plier au service que les Egyptiens, surtout ceux des époques primitives, ne pouvait manquer d'utiliser à son profit un instinct aussi remarquable chez un des animaux qui habitaient alors la zone déserte dans laquelle les terres cultivées de la vallée du Nil sont enserrées des deux côtés.

Il n'est pas douteux en effet que les Egyptiens de l'Ancien Empire, à cette époque où leur civilisation devançait tellement celle des autres peuples et en même temps se répandait encore très-peu au dehors, où ils ne pensaient pas à entreprendre de conquêtes extérieures et où ils ne remontaient même pas sur les rives de leur fleuve plus haut que la deuxième cataracte, il n'est pas douteux, dis-je, qu'ils trouvaient le chien hyénoïde à l'état sauvage dans leurs environs immédiats et que c'est là qu'ils l'avaient pris pour en faire un de leurs serviteurs. Ainsi le même tombeau de *Ptah-hotep* qui nous montre le chien hyénoïde domestique et tenu en laisse par le veneur, le représente sur sa paroi opposée (Duemichen, *Resultate*, première partie, *Pl.* VIII) sauvage, vivant dans le désert, au milieu des antilopes, et attaqué par les lévriers au milieu d'une de ces chasses qu'alors on ne menait pas encore bien loin. Après ces temps si reculés, ni sous le Moyen, ni sous le Nouvel Empire, on ne voit plus le même animal, même à l'état sauvage, figurer dans les scènes de chasse. Il avait probablement dès lors disparu dans le voisinage de l'Egypte, dans le rayon habituel des exploits de vénerie des grands personnages de l'empire des Pharaons. A l'époque romaine, Pomponius Méla (III, 9) et Solin (30), qui le décrivent très-exactement sous le nom de *lycaon*, le connaissent seulement dans l'Ethiopie de Méroé. Aujourd'hui on ne commence à rencontrer le chien hyénoïde qu'en Abyssinie, et de là il s'étend jusqu'au Cap. Comme beaucoup d'autres espèces africaines, il a reculé graduellement vers le sud.

Le chien hyénoïde était si complétement domestiqué chez les Egyptiens de l'Ancien Empire qu'il se reproduisait dans la domesticité. Au tombeau de *Ptah-hotep*, un des deux animaux de cette espèce couplés pour la chasse est accompagné de son petit, comme un des lévriers que le même homme tient en laisse. C'est du reste un des animaux dont la présence à l'état domestique est exclusivement propre à la civilisation des dynasties primitives et disparaît

(3) Voir le dernier numéro.

plus tard, déjà même avant l'invasion des Pasteurs. Car dès la XII° dynastie, quand le grand chien-courant commence à être employé dans les chasses égyptiennes, le chien hyénoïde cesse absolument d'y jouer un rôle. Il semble que l'introduction de la nouvelle variété de chien, sans doute préférée des veneurs, ait fait abandonner alors une élève qui présentait peut-être des difficultés plus grandes, à cause du caractère rebelle et sauvage du *Canis pictus*.

La séance est levée à 5 heures un quart.

X. Académie de médecine. — L'Académie tient séance.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 8 novembre 1870. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

M. BERGERON présente, au nom de M. le docteur Desnos, une brochure intitulée : *Considérations sur le diagnostic, le pronostic et la thérapeutique de quelques-unes des principales formes de la variole.*

RAPPORTS.

M. BARTH communique la dernière série de ses rapports; en voici l'énumération :

40° Observation d'un cas de calculs biliaires traité par une nouvelle méthode, par M. Legrand (de Paris);

41° et 42° De la véritable nature de l'albuminurie. — Étude sur l'albumino-génèse, par M. Hamon (de Fresnay-Sarthe);

43° et 44° Note sur un cas de kyste de l'ovaire guéri par un traitement médical. — Note sur une nouvelle méthode de traiter les kystes ovariques, par M. Suseau (de Thiers);

45° Kyste ovarique et hydropisie ascite suivis de mort après des injections iodées, par M. Bouchard (de Saumur);

46° Observation d'hydropisie de l'ovaire guérie après quatre ponctions, par M. Deleau;

47° Guérison d'une hydropisie de l'ovaire par le moyen d'une canule laissée à demeure, par M. Leroy (d'Etiolles);

48° Lettre et mémoire sur le traitement des hydropisies enkystées de l'ovaire, par M. Boinet;

49° Note sur le traitement chirurgical des kystes de l'ovaire, par M. Bourgeaurd;

50° Résumé succinct d'un travail du docteur Fock sur le traitement chirurgical des kystes ovariques, par M. Schnepp;

51° Observation d'opération césarienne pratiquée avec succès, par M. Leroy des Barres (de Saint-Denis);

52°, 53° et 54° De la dynamoscopie ou nouveau système d'auscultation. — Note sur l'application de la dynamoscopie à la physiologie. — Recherches sur la dynamoscopie dans l'hémorrhagie cérébrale, par M. Collongues;

55° Recueil d'observations sur l'emploi de l'antipériodique français, par M. Boulomnié;

56° Sur les différentes espèces de fer métallique employées en médecine, par M. Deschamps;

57° Action de l'ergotine dans les diarrhées et les dysenteries, par M. Bonjean (de Chambéry);

58° Études sur la valeur comparée du musc et de l'acétate d'ammoniaque dans les pneumonies graves, par M. Delioux;

59°, 60°, 61° et 62° Mémoire sur l'arséniate d'antimoine et sur son emploi dans les maladies du cœur. — Supplément au mémoire sur l'arséniate d'antimoine. — Observations relatives à l'emploi de l'arséniate d'antimoine. — Brochure sur l'arséniate d'antimoine et de fer pour le traitement de la chloro-anémie et des cachexies, par M. Papillaud, de Saujon (Charente-Inférieure);

63° Leçon sur les préparations d'arséniate d'antimoine à introduire dans le Codex, par M. Mousnier, pharmacien à Saujon;

64° La phthisie est une maladie ubiquitaire, mais elle devient rare à certaines altitudes, par M. Schnepp;

65° De l'influence du climat d'Algérie sur la phthisie pulmonaire, par M. Prosper de Pietra-Santa.

Les conclusions générales de ces rapports sont : 1° l'insertion des rapports dans les *Bulletins*; 2° le renvoi de quelques-uns des travaux analysés au comité de publication. Ces conclusions sont adoptées.

DISCUSSION.

Traitement des maladies du cœur par l'arséniate d'antimoine. — M. BARTH, tout en faisant des réserves au sujet de l'efficacité de l'arséniate d'antimoine dans le traitement des maladies du cœur, pense que l'introduction de ce médicament dans la pratique est une heureuse acquisition pour la matière médicale, et que cet agent thérapeutique prêtera aux autres médicaments employés contre ces maladies un utile concours.

M. JULES GUÉRIN croit à la curabilité de certaines maladies dites organiques du cœur qui ont débuté par un trouble fonctionnel, à la suite, par exemple, d'une violente émotion morale. L'observation lui a montré que, dans des cas semblables, des palpitations accompagnées d'autres signes indiquant une affection organique du cœur, telle qu'une hypertrophie de cet organe, peuvent guérir au bout d'un temps plus ou moins long, sous la seule influence d'un régime particulier, de bains et d'affusions d'eau froide, etc., sans intervention de la digitale ou de tout autre agent pharmaceutique. Suivant M. J. Guérin, un trouble fonctionnel primitif peut amener consécutivement des modifications matérielles de l'organe, lesquelles sont susceptibles de disparaître complétement sous l'influence seule du temps, soit par l'action de telle ou telle médication.

M. BRIQUET s'est livré à des expériences à l'aide d'un appareil hydrostatique propre à mesurer la force de pression du cœur ou la tension artérielle. Il a observé que l'arséniate de soude introduit dans le torrent circulatoire avait pour effet constant de faire baisser le niveau du liquide dans l'appareil. D'où il conclut que le sel arsénical exerce une action directe hyposthénisante sur l'organe cardiaque.

M. BOULEY fait remarquer que l'influence de l'arsenic sur les organes de la respiration est connue depuis longtemps. On sait que de temps immémorial les paysans de la Styrie et de la Carinthie emploient l'arsenic à des doses même élevées pour donner à leurs chevaux plus d'haleine et leur faire gravir plus facilement des montées rapides. Les maquignons de ces pays ont pour habitude d'administrer également de l'arsenic aux chevaux poussifs pour corriger ou du moins pour masquer ce vice rédhibitoire.

Les faits de M. Papillaud ne sont donc pas nouveaux; resterait à savoir cependant si de la combinaison de l'acide arsénieux et de l'oxyde d'antimoine ne résulteraient pas des effets particuliers à l'arséniate d'antimoine, car la chimie nous apprend que les corps produits par les combinaisons chimiques possèdent souvent des propriétés entièrement différentes de celles des éléments qui sont entrés dans la combinaison.

M. HARDY pense que les cas de palpitations attribuées à des maladies du cœur dont il est question dans le travail de M. Papillaud, et qui auraient guéri par l'arséniate d'antimoine, étaient probablement des cas de chloro-anémie. L'observation clinique montre, en effet, les bons effets des préparations arsénicales dans cette maladie; elles font partie des agents de la médication reconstituante et agissent à peu près comme les sels ferrugineux. On sait d'ailleurs que l'acide arsénieux, l'arséniate de soude, l'arséniate d'antimoine, etc., exercent une action toute spéciale sur les poumons et le cœur. Chez les asthmatiques, en particulier, leur emploi est suivi d'excellents résultats. Les faits de M. Papillaud peuvent s'expliquer en admettant qu'il s'agit de pulsations dépendant, non de maladies organiques du cœur, mais d'un état chloro-anémique.

M. DELPECH a obtenu d'excellents résultats de l'administration des préparations arsénicales dans certains cas d'affections nerveuses pures indépendantes d'un état chloro-anémique, telles que l'angine de poitrine et l'asthme.

M. REYNAL dit que l'on ne peut mettre en doute l'action de l'acide arsénieux pour améliorer la *pousse* des chevaux; c'est là un fait constant admis par tous les observateurs. Il y a longtemps aussi que l'on a constaté les effets favorables de cette substance pour exciter l'appétit des animaux, activer leurs fonctions de nutrition et leur faire reprendre de l'éclat. C'est un fait bien connu des cochers et des maquignons, qui emploient l'arsenic pour donner du lustre et de la vigueur aux chevaux.

M. Reynal rappelle qu'un médecin militaire des plus distingués, Boudin, a fait beaucoup d'observations et d'expériences relativement aux effets de l'acide arsénieux non-seulement comme sédatif de la respiration et de la circulation, mais encore comme sédatif du système nerveaux.

M. SÉE admet, avec M. Reynal, que l'action de l'acide arsénieux sur la respiration et ses bons effets dans l'asthme ne sauraient être révoqués en doute.

Quant à l'action sédative de cet agent sur le cœur, il ne saurait partager les opinions qui ont été émises à ce sujet. L'arsenic n'agit pas directement sur l'organe central de la circulation; en tout cas, s'il avait une action sur le cœur, ce ne serait pas en ralentissant, mais plutôt en accélérant les mouvements de cet organe.

L'arsenic agit non sur le cœur, mais sur les capillaires sanguins, dont il active la circulation; chose singulière, il semble exercer une influence élective sur les capillaires de la partie antérieure et supérieure du corps, particulièrement sur ceux de la face et du cerveau, ce qui se traduit, entre autres signes, par la coloration rosée de la face chez les individus qui font usage des préparations arsénicales.

Cet effet résulte de la paralysie des capillaires sanguins, comme à la suite de la section du cordon cervical supérieur du grand sympathique dans la fameuse expérience de M. Claude Bernard. Cette paralysie a pour effet d'activer la fréquence des mouvements du cœur, ce qui contredit absolument l'opinion de la prétendue action sédative de l'arsenic sur le cœur.

Un troisième point est relatif à l'action reconstituante des préparations arsénicales. Suivant M. Sée, l'arsenic ne serait qu'un reconstituant indirect. Il n'agirait pas à la façon du fer, qui jouit du privilége d'augmenter directement le nombre des globules du sang, ce qui a lieu généralement d'une manière très-rapide dans la chlorose et la chloro-anémie. L'arsenic n'est pas un reconstituant de ce genre; mais il diminue la dénutrition; c'est un *antidéperditeur*, pour employer une expression de M. Gubler. Les expériences de M. le docteur Lolliot ont mis hors de doute cette action antidénutritive des préparations arsenicales, en montrant que l'urée, dernier terme des déchets de l'organisme, diminue sensiblement chez les individus qui font usage de ces préparations.

Cette action reconstituante indirecte est complétée par l'activité que l'arsenic imprime à l'appétit et aux fonctions digestives. A ce dernier point de vue, les effets reconstituants des préparations arsénicales, d'indirects qu'ils étaient, deviennent plus directs. Dans tout cela on ne voit pas comment l'arsenic pourrait calmer les palpitations, si l'on excepte les cas où elles sont produites par l'appauvrissement du sang.

Cependant il existe des faits qui ne permettent pas de nier les bons résultats de l'emploi de l'arséniate d'antimoine contre les maladies du cœur. M. Sée croit devoir attribuer ces bons effets non pas à l'élément arsenic mais à l'élément antimoine de cette préparation complexe. On sait, en effet, que l'antimoine exerce une action sédative directe extrêmement prononcée sur le cœur, ainsi que l'ont montré les enseignements et la pratique de l'école rasorienne. C'est de cette manière que l'on peut comprendre les faits relatés dans le travail de M. Papillaud.

M. BARTH explique que M. Papillaud est parti des bons résultats obtenus par lui, au moyen de l'arsenic, dans des cas de palpitations dues à la chlorose pour étendre l'emploi de ce médicament à tous les malades atteints de palpitations, d'oppression, de troubles fonctionnels et de maladies organiques du cœur. Il eut l'idée d'alterner l'usage de l'acide arsénieux avec celui de l'antimoine, et les effets dont il fut témoin l'engagèrent finalement à combiner ensemble ces deux substances sous la forme de l'arséniate d'antimoine. Sa confiance dans l'efficacité de cette préparation est devenue telle qu'il l'emploie non-seulement dans la chlorose, l'emphysème et le catarrhe pulmonaire, mais encore dans les maladies organiques du cœur, dont il croit sincèrement que les granules d'arséniate d'antimoine sont le remède souverain, préparant ainsi de nombreuses déceptions aux médecins qui se laisseront aller à la foi de ces promesses.

M. Barth fait observer que, pour bien apprécier l'action réelle des médicaments, il faut bien connaître la marche naturelle des maladies abandonnées à elles-mêmes. L'observation et l'expérience lui ont démontré que des maladies organiques du cœur, résultant du retentissement du rhumatisme auriculaire sur l'endocarde, et ayant réduit les malades à un état en apparence désespéré, peuvent guérir, surtout chez les enfants, grâce aux admirables ressources de la nature, par la résorption complète des exsudats plastiques déposés sur les valvules et autour des orifices cardiaques. Cet heureux résultat doit être sans doute de plus en plus difficile à obtenir avec les progrès de l'âge, et surtout chez les vieillards; mais rien ne prouve qu'il soit absolument impossible.

Il faut donc tenir compte des effets dus aux ressources admirables de la nature avant de proclamer l'efficacité de tel ou tel médicament contre telle ou telle maladie.

Ces réserves faites à l'égard de l'arséniate d'antimoine, M. Barth n'en persiste pas moins à penser que l'introduction de ce médicament dans la pratique est une heureuse acquisition pour la matière médicale, et que cet agent thérapeutique prêtera aux autres médicaments un utile concours dans le traitement de diverses maladies.

M. GUBLER ne saurait partager toutes les opinions qui ont été émises dans cette discussion relative à l'action des préparations arsénicales. Il pense qu'un certain nombre de ces opinions sont erronées et donnent pour des réalités des vues absolument hypothétiques.

Suivant lui, la science n'est pas encore fixée sur l'action physiologique de l'arsenic; elle ne contient à cet égard que des vues contradictoires. Il y a quelques années à peine, l'arsenic était considéré comme un médicament qui agissait en tonifiant l'économie, en activant le mouvement de dénutrition, en favorisant la combustion respiratoire et en faisant passer dans les urines une proportion plus considérable d'urée. On a vécu pendant un certain temps sur cette théorie, que l'on considérait comme basée sur des faits inattaquables et au-dessus de toute contestation.

Quelques années après on changeait tout cela et on déclarait que l'arsenic agit en empêchant la dénutrition, en faisant disparaître des urines une certaine proportion d'urée remplacée par des produits de combustion incomplète; en un mot on donnait sur le mode d'action de l'arsenic une théorie absolument opposée à la précédente et appuyée, néanmoins, sur des faits tout aussi démontrés.

M. Gubler déclare que, en ce qui le concerne, il n'a pas d'opinion sur le mode d'action physiologique de l'arsenic. La science en est encore, sur ce point, à la période d'expérimentation physiologique et d'observation clinique; elle est incapable de donner une théorie quelconque suffisamment justifiée. Pour sa part, M. Gubler a cru devoir adopter provisoirement celle qui lui paraissait la plus probable et qui est appuyée sur les observations de praticiens excellents, tels que Boudin, MM. Frémy et Moutard-Martin. Il croit que l'arsenic agit en enrayant le mouvement de dénutrition de l'organisme; mais il n'a donné nulle part cette théorie comme démontrée; il ne la considère que comme une hypothèse rationnelle.

M. Gubler pense qu'il est erroné de dire avec M. Sée que l'arsenic ne peut pas ralentir les mouvements du cœur, parce qu'il jouit de la propriété de paralyser, et, par conséquent, de dilater les vaisseaux capillaires des parties antérieure et supérieure du corps. Cette opinion de M. Sée paraît à M. Gubler reposer sur des faits insuffisamment observés. Cette action paralysante élective n'est rien moins que démontrée, et il serait vraiment singulier que l'arsenic, s'il avait réellement la propriété de dilater les capillaires de la face et du train antérieur, n'eût pas celle de dilater les capillaires du train postérieur.

M. Gubler pense qu'il faut se tenir en garde contre les conclusions prématurées. En ce qui concerne l'arsenic, il croit, d'après un certain nombre de faits bien observés, et contrairement à l'opinion de M. Sée, que cette substance jouit de la propriété de ralentir les mouvements du cœur, et qu'à cet égard, ainsi que l'ont montré de bons observateurs, il constitue un remède utile contre la fièvre. Il pense également que l'arsenic peut avoir de bons résultats contre certaines affections thoraciques; mais il ne faudrait pas ajouter foi à ce que certains auteurs étrangers racontent sur les merveilleux effets que l'arsenic exercerait sur les animaux, particulièrement sur les chevaux, auxquels quelques milligrammes d'acide arsénieux donneraient une légèreté telle qu'ils deviendraient en quelque sorte volatils. Ce sont là des exagérations qu'il est impossible de prendre au sérieux.

(La discussion sera continuée dans la prochaine séance.)

La séance est levée à cinq heures.

9 NOVEMBRE.

XI. Ambulances. — La charité privée a fondé à Paris un grand nombre d'ambulances. Il importe d'utiliser le mieux possible cet effort de dévouement, en y introduisant l'esprit de méthode. Le point de vue déterminant, en cette matière, est l'intérêt des soldats blessés ou malades, et cet intérêt doit dominer toutes les considérations particulières. Des règles communes doivent être édictées, et la répartition des blessés et malades entre les diverses ambulances doit s'effectuer selon les ressources plus ou moins étendues qu'elles présentent.

C'est pour arriver à ce résultat que le gouverneur de Paris a constitué, sous la présidence de M. Jules Ferry, membre du Gouvernement de la défense nationale, une commission supérieure des ambulances.

La Commission a commencé par visiter les diverses ambulances particulières; elle s'est rendu compte de leurs ressources en personnel et en matériel.

Elle a établi ensuite un certain nombre de règles pratiques.

En premier lieu, la commission a désigné, pour chacun des neuf secteurs des fortifications, un hôpital de répartition sur lequel seront immédiatement dirigés les blessés ou malades recueillis dans les lieux les plus voisins.

Ces hôpitaux sont les suivants :

1er secteur,	hôpital	Saint-Antoine.
2e	—	Saint-Louis.
3e	—	Saint-Martin.
4e	—	Lariboisière.
5e	—	Beaujon.
6e	—	Gros-Caillou.
7e	—	Necker.
8e	—	Val-de-Grâce.
9e	—	Pitié.

Les ambulances seront elles-mêmes divisées en plusieurs classes. Celles qui, par leur importance, par leurs conditions hygiéniques, par la forte constitution de leur personnel médical et chirurgical, offrent des garanties analogues à celles des hôpitaux, pourront recevoir, comme ces derniers, des blessés ou des malades gravement atteints, qui y seront envoyés par l'hôpital de répartition du secteur. Les ambulances privées qui ne réunissent pas toutes ces conditions ne recevront que les individus légèrement blessés et les convalescents. Tous ces établissements se prêteront ainsi un mutuel concours, chacun d'eux se renfermant dans le rôle auquel il est le plus propre et rendant les services les mieux appropriés à son organisation.

En cas d'encombrement de l'hôpital de répartition ou des ambulances d'un secteur déterminé, les malades ou blessés seront dirigés sur l'hôpital ou les ambulances du secteur voisin.

Une instruction rédigée par la commission fera connaître la distribution des ambulances entre les différents secteurs, et déterminera les relations de chacune de ces ambulances avec l'hôpital de répartition correspondant.

— Le ministre du commerce est disposé à répartir entre les ambulances une certaine quantité de viandes conservées.

Les ambulances qui voudront être comprises dans cette répartition devront adresser au ministre du commerce une demande contenant l'indication du nombre moyen de blessés ou de malades qu'elles reçoivent. Cette indication devra être visée par la municipalité de l'arrondissement.

Les demandes seront reçues jusqu'à jeudi, 10 novembre au soir.

XII. — **Alimentation publique.** — Le ministre de l'agriculture et du commerce,

Considérant que la similitude de l'aspect de la viande de mulet comparée à celle du cheval donne lieu à de nombreuses fraudes de la part des bouchers tenant des établissements hippophagiques;

Considérant que, dans l'intérêt général, il y a lieu de mettre un terme à cet état de choses;

Vu l'arrêté en date du 7 octobre 1870 établissant la taxe sur la viande de cheval, et l'arrêté du 5 novembre 1870 réglant le tarif de cette taxe,

ARRÊTE :

Art. 1er. A dater du mercredi 9 novembre et jusqu'à ce qu'il en soit autrement ordonné, la taxe établie pour la viande de cheval est applicable à la viande de mulet.

Art. 2. Le présent arrêté devra être placardé dans l'endroit le plus apparent de chaque débitant de viande de cheval.

Fait à Paris, le 8 novembre 1870.

Le ministre de l'agriculture et du commerce,

J. MAGNIN.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Examen clinique de 396 cas du rétrécissement du bassin observés à la Maternité de Paris de 1860 à 1870, par le docteur RIGAUD, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8 de 142 pages. — Prix : 3 francs.

De l'équitation considérée au point de vue physiologique, hygiénique et thérapeutique, par le docteur R. CHASSAIGNE. 1870, gr. in-8 de 116 pages. — Prix : 2 fr. 50.

De l'intervention chirurgicale dans les étranglements internes, par M. CHARPENTIER (P.), 1 vol. in-8, 1870. — Prix : 2 fr. 50 centimes.

Plaies pénétrantes de l'abdomen et procédé de suture nouvelle pour la guérison des anus contre nature, par M. GOYARD, 1 vol. in-8, avec figures, 1870. — Prix : 2 fr.

De quelques applications de l'électricité à la thérapeutique (courants continus, bains électrisés), par le docteur CHAPOT-DUVERT. In-8 avec figures dans le texte. — Prix : 1 fr. 75.

De la dénudation des artères, par le docteur DELBARRE, ancien interne des hôpitaux de Paris. Brochure in-8 de 70 pages. — Prix : 1 fr. 50.

Recueil de questions posées aux 5 examens de médecine et aux accouchements. 1 fr. 50 le volume. — Chez A. Delahaye, place de l'Ecole de-Médecine.

Annuaire des eaux minérales, des bains de mer et de l'hydrothérapie en France et à l'étranger, publié par la *Gazette des eaux.* 12e année, 1870. — Prix : 1 fr. 50.

De l'hémiplégie pneumonique, par le docteur R. LÉPINE, préparateur du cours de pathologie comparée et expérimentale à la Faculté de médecine de Paris. 1870, in-8 de 40 pages. — Prix : 1 fr. 25.

Du fonctionnement des ambulances civiles et internationales sur le champ de bataille, par J.-P. BONNAFONT, médecin principal des armées, en retraite, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, etc. In-8. — Prix : 50 centimes.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la Gazette un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 29 avril 1871.

ÉTUDE MÉDICALE SUR L'ÉQUITATION (1)

Par M. le docteur C. Rider.

IV. Dangers et accidents. Prophylaxie.

Si l'équitation, employée dans ses limites, a ses avantages, elle a aussi ses inconvénients, même ses dangers réels, qui pourtant se réduisent en somme à peu de chose pour l'individu qui n'en fait pas sa profession, pour l'homme du monde qui n'y cherche qu'une distraction ou un exercice hygiénique agréable, tout en évitant l'excès; et il y a excès, non-seulement quand l'équitation se prolonge journellement outre mesure, mais encore lorsqu'il existe une disproportion entre l'intensité des mouvements et des réactions du cheval et les forces du cavalier. Après avoir exposé les ressources que l'on en peut retirer, soit pour la conservation de la santé, soit aussi pour la guérison de certaines maladies, nous devons faire connaître les accidents auxquels le cavalier peut être sujet et les moyens préventifs qu'il peut employer pour s'en préserver. C'est en indiquant les causes sous l'influence desquelles la santé de l'homme de cheval peut être dérangée, les moyens d'éloigner ces causes et de corriger l'influence de celles dont il ne peut se garantir, les précautions à prendre pour empêcher le développement des maladies et s'opposer à leur accroissement ou à leur dégénération, que nous aurons occasion de voir que, de ces maladies qui attaquent le cavalier, les unes sont suspendues par l'emploi de quelques précautions ou soins hygiéniques, tandis que d'autres ne peuvent guère voir leur guérison s'effectuer que par la cessation complète de l'exercice du cheval, venant en aide à l'action du traitement approprié.

1° *Hémoptysies.* — Rappelons d'abord, sans y insister, car c'est là un accident relativement rare dans la pratique de l'équitation civile, que les jeunes soldats qui n'ont point encore l'habitude du cheval, et dont la constitution est délicate, que même les postillons et les courriers de profession, lorsqu'ils ont fait de longues courses sans prendre de repos, sont assez fréquemment affectés d'hémoptysies, causées par cette allure si pénible, surtout avec certains chevaux, du trot à la française. Dans l'armée, si l'accident se répète, on prend le parti de faire passer le cavalier dans l'infanterie, ou bien l'on s'expose à le voir périr de phthisie pulmonaire. La phthisie, en effet, est un des résultats fréquents des fatigues de l'équitation, lorsque surtout cet exercice est repris trop tôt et sans ménagement à la suite de diverses maladies des organes de la cavité thoracique, par des sujets prédisposés déjà à la tuberculisation.

On a reproché à l'exercice du cheval, même dans l'allure du pas (*placida et lenta equitatio*), de déterminer une fatigue excessive et d'altérer les fonctions; telle est du moins l'assertion, inexacte, à notre avis, de quelques médecins anciens, Aëtius, par exemple, assertion répétée par Mercurialis (2). Il est certain que ce serait plutôt dans les autres allures qu'on pourrait trouver des causes de maladies; le trot fatigue, imprimant des secousses très-rudes au cavalier, et même le désarçonnant à chaque réaction. Le galop est tout à la fois plus rapide et moins pénible, mais occasionne, en particulier, dans la respiration, des troubles qui ne peuvent provenir que de la force et de la vitesse avec laquelle est pressée alors la colonne d'air opposée au mouvement.

2° *Anévrysmes.* — Morgagni dit n'avoir vu chez aucune classe d'hommes un plus grand nombre d'anévrysmes de l'aorte que chez les postillons, les courriers et ceux qui passent une grande partie de leur temps à cheval : « Cela n'est pas étonnant, ajoute-t-il, car, sans parler des chutes, des efforts, des injures de l'air auxquels ils s'exposent, l'agitation du sang doit nécessairement, à la fin, relâcher le tissu des parois artérielles et vaincre leur résistance. Ce genre de lésion survient encore plus facilement lorsque l'incontinence et les maladies se joignent à ces circonstances (1). »

(1) Voir les numéros des 6 et 8 décembre 1870.
(2) Mercurialis, *De arte gymnasticâ libri sex*, Parisiis, 1577.

Beaucoup d'autres auteurs, Ramazzini et Patissier, Cabanis, Londe, etc., s'accordent pour classer parmi les effets pathologiques d'une équitation excessive, les anévrysmes du cœur et des gros vaisseaux.

Corvisart (2) a remarqué également que les postillons et les courriers étaient très-sujets aux maladies du cœur. Il cite l'histoire d'un homme de trente ans, d'une constitution vigoureuse, qui avait quitté une profession sédentaire pour se faire courrier. Livré à ce genre de vie très-pénible, il voyageait sans cesse dans les différentes cours de l'Europe. Quand il entra à l'hôpital de la Charité, il venait de faire mille lieues à cheval, sans prendre de repos; ayant ensuite fait le voyage de Londres à Paris, il avait éprouvé pour la première fois, dans la traversée, de la gêne dans la respiration et un crachement de sang. Il continua sa route malgré ces symptômes; le mal s'aggrava, et, dès son arrivée à Paris, les étouffements et les douleurs qu'il ressentait dans la poitrine augmentèrent; il fut saigné cinq fois dans l'espace de trois jours sans éprouver aucun soulagement. Les jours suivants se passèrent dans une horrible agitation; la suffocation devint imminente et il mourut. A l'ouverture du cadavre, on trouva dans le cœur une lésion peu ancienne expliquant parfaitement, outre les phénomènes d'étouffement, la mort elle-même (3).

3° *Affections des voies respiratoires.* — Une course rapide contre le vent, répétée ou continue, peut déterminer des lésions plus ou moins sérieuses des voies respiratoires, bronchites, laryngites, se manifestant par la toux, l'enrouement, la raucité de la voix et quelquefois même l'aphonie. Un courrier qui avait fait à franc-étrier, sans se reposer, le voyage de Paris à Vienne, fut, quinze jours après, affecté d'une aphonie complète accompagnée d'une dyspnée des plus incommodes.

4° *Hernies.* — De tous les accidents spéciaux à la profession de cavalier, ou qui atteignent le plus fréquemment ceux qui se livrent à cet exercice, le plus commun et aussi un des plus graves, c'est certainement la hernie, et en particulier la hernie inguinale.

Percy, qui a fait un très-grand nombre de recherches sur ce sujet, a constaté qu'un vingtième environ des soldats de cavalerie en était atteint.

Hutin a établi une statistique des hernieux existant à l'hôtel des Invalides en 1852, statistique qui donne les résultats suivants : sur 896 hernies constatées, 26 reconnaissent pour cause l'équitation; 33, des contusions de l'abdomen; 35, des fatigues et des marches forcées; 36, des chutes ou des efforts pour les éviter; 58, des sauts de fossés ou d'obstacles; 68, des faux pas; 136, la toux; 264, des efforts musculaires pour soulever des fardeaux; 180 sont survenues seules ou sans causes appréciables, etc.

On voit par ces chiffres que si le nombre des hernies causées par l'équitation n'est ici que le trente-quatrième environ du nombre total, il mérite cependant d'être signalé. Hutin a noté, en outre, que ces hernies, chez les cavaliers, étaient apparues à des âges différents, dans les proportions suivantes :

De 20 à 30 ans.	6
De 30 à 40 ans.	6
De 40 à 50 ans.	9
De 50 à 60 ans.	3
De 60 à 63 ans.	2
	26

La fréquence de ces accidents peut s'attribuer tant aux changements variés de dimensions de la cavité abdominale par suite des mouvements de contraction instinctifs et forcés de ses parois, qu'aux secousses plus ou moins violentes imprimées continuellement aux viscères du bas-ventre et au ballottement que les intestins éprouvent dans les différentes allures du cheval; la position même du cavalier faisant qu'ils retombent sans cesse et de tout leur poids vers les parties les plus déclives de la paroi de l'abdomen. Il faut accuser aussi, très-souvent, la forme vicieuse du pantalon, inconvénient qui peut être diminué, pourtant, dans une certaine mesure, par l'emploi du caleçon.

Pour le pantalon, en effet, la ceinture, d'ailleurs étroite, remontant quelquefois fort haut, a pour premier et nuisible résultat d'exercer une constriction sur la base de la poitrine, et d'empêcher la dilatation horizontale de la cavité thoracique; elle oblige par là le diaphragme à s'abaisser plus qu'il ne devrait le faire dans la respiration, qui, par suite de ce développement incomplet du thorax, se trouve gênée, surtout dans les exercices violents du cavalier. Concourant avec ce mode d'action du diaphragme, qui presse de haut en bas, la ceinture du pantalon, au lieu de soutenir la paroi abdominale dans sa région hypogastrique, la comprime dans la zone supérieure, refoulant la masse des viscères vers les parties antérieure et inférieure du bas-ventre, surtout vers les régions inguinales, qui offrent précisément le moins de résistance. Par la continuité d'action des agents d'impulsion, cette résistance, à un moment donné, est vaincue, et d'autant plus aisément, dans cette circonstance, que les ouvertures formées par les anneaux inguinaux ne sont pas exactement remplies par les cordons spermatiques et que ceux-ci non-seulement ne s'opposent pas à la sortie de ces parties, mais encore dirigent en quelque sorte leur marche (1). C'est là ce qui, joint à l'action des diverses causes sous l'influence desquelles se développent généralement les hernies, ne contribue pas peu à rendre ces maladies relativement fréquentes chez les soldats des troupes à cheval. C'est pour cela aussi que les hernies inguinales sont plus communes que les autres chez les cavaliers; leur attitude à cheval rend raison du peu de fréquence des hernies crurales.

Certains auteurs ont dit que les hernies étaient plus fréquentes du côté gauche que du côté droit chez les hommes adonnés à l'équitation; d'autres, au contraire, ont remarqué que le côté droit en était plus souvent affecté que le côté gauche, et ils ont voulu expliquer ce fait par les tiraillements qu'éprouveraient les fibres de l'anneau inguinal, à droite, lorsque le cavalier, ayant le pied gauche appuyé à l'étrier, fait effort pour se soulever et passer la jambe droite par-dessus le troussequin de la selle; mais tous les chirurgiens savent que dans les autres classes d'individus, les hernies inguinales sont aussi plus communes à droite qu'à gauche. Et lors même qu'il existerait à cet égard une différence chez les cavaliers, les conditions anatomiques de la région rendraient peu admissible cette explication.

On a dit aussi que l'équitation française, à ce point de vue, faisant tenir les étriers un peu longs, était dangereuse. La manière dont les Anglais montent à cheval, avec les étriers courts, semblerait donc devoir les préserver des hernies; et cependant il paraîtrait que leur cavalerie en présente encore un plus grand nombre que la nôtre. Quelques auteurs ont attribué cette fréquence des hernies chez les Anglais à la laxité de la fibre et des tissus; mais on en trouverait peut-être une meilleure raison dans les mouvements continuels d'élévation et d'abaissement qu'ils exécutent sur la selle à l'allure du trot, les jambes écartées et les pieds prenant un point d'appui sur les étriers. Le roi Georges II, surpris de voir admettre quatre-vingt-deux réformes pour cause de hernies dans un seul régiment de cavalerie, proposa un prix de 100,000 écus pour celui qui trouverait un moyen d'obvier à cet accident. Un de ceux qui rempliraient le mieux le but serait l'emploi de pantalons bien confectionnés, surtout à la partie supérieure, afin d'éviter le refoulement des viscères vers la région inférieure de l'abdomen.

Le pantalon des cavaliers ne devrait pas dépasser en hauteur les deux dernières côtes asternales. Le rang vertical des boutons de la brayette, ou qui fixe la ceinture derrière le pont, sur le trajet de la ligne blanche, devrait descendre très-près du pubis, afin de soutenir la région hypogastrique, sur laquelle d'ailleurs le vêtement devrait se mouler et s'ajuster aussi parfaitement que possible. Les pattes, espèce de demi-ceinture que l'on serre sur les reins au moyen d'une boucle, devraient, par le même motif, être fort larges et placées sur l'os iliaque même et non au-dessous de cet os. Par là, elles fourniraient au bas-ventre un point d'appui qui contre-balancerait l'effort des muscles inspirateurs, par lesquels les viscères de l'abdomen sont chassés vers sa partie inférieure. On pourrait encore, d'ailleurs, donner un peu plus d'ampleur à la partie supérieure, de manière à faciliter les mouvements de dilatation du thorax; des bretelles ne pourraient ainsi amener aucun inconvénient; du reste, la pression incommode qu'elles exercent habituellement sur les épaules est à peu près nulle chez le cavalier, le pantalon tendant lui-même à remonter par l'effet de l'exercice à cheval.

Nous ne parlerons que pour les proscrire de ces moyens de contention, de ces corsets qu'emploient de vieux *beaux* pour dissimuler leur obésité, comprimer leur abdomen et se donner à

(1) Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, epist. XVII.
(2) *Maladies du cœur et des gros vaisseaux.*
(3) Corvisart, *Essai sur les maladies et les lésions organiques du cœur.* Paris, 1818.

(1) Renoult, *Des causes de hernies dans la cavalerie.*

cheval une tournure jeune et élégante. Il y a là pour eux une source d'inconvénients graves auxquels ils s'exposent de gaieté de cœur par une ridicule coquetterie. Mais ce que les cavaliers devraient s'astreindre à porter, c'est une ceinture destinée à concourir, avec les autres moyens indiqués ci-dessus, à fixer autant que possible la masse intestinale dans la cavité qu'elle occupe, et à la soustraire ainsi, dans une certaine mesure, à l'action des secousses violentes qui, outre les accidents plus ou moins sérieux que nous signalons, causent au moins des points de côté plus ou moins gênants ou même douloureux, ainsi qu'une fatigue que la ceinture tend à diminuer beaucoup.

Pour que cette ceinture, toujours en étoffe, atteigne bien son but, il faut qu'elle soit large, qu'elle corresponde à la partie la plus basse de l'abdomen, que son bord inférieur soit placé au-dessous de l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles, au niveau des épines pubiennes, et qu'elle couvre toute la hauteur de la région hypogastrique. Si on a l'attention de la serrer plus en bas qu'en haut, on sent qu'elle s'applique plus exactement à la partie inférieure du ventre, qu'elle contient les viscères, les porte en haut et les éloigne de l'orifice supérieur du canal inguinal, dans lequel les intestins pourraient être poussés à s'engager. Du reste, les individus affectés de hernies et qui sont néanmoins obligés de monter à cheval ou qui tiennent à ne pas se priver de cet exercice, ne doivent jamais le faire sans porter un bandage, ou bien ils s'exposent à tous les accidents et à tous les périls d'un étranglement. Ce bandage peut maintenir les parties en position; mais, malgré tout, il y a là un véritable danger à continuer l'exercice du cheval et à se livrer à de grandes fatigues.

Si les Arabes et les peuples orientaux semblent être rarement atteints de hernies, c'est, a-t-on dit, parce qu'ils portent des étriers fort courts et que leur région abdominale est libre sous leurs amples vêtements. D'ailleurs, ils ont de larges ceintures, et c'est surtout à la manière d'en serrer les tours, calculée sans doute d'après les inconvénients à combattre, que la cavalerie asiatique et africaine, ainsi que certains corps de cavalerie européenne, doivent de présenter moins de sujets hernieux.

5° *Hématurie.* — Chez les hommes forcés d'être souvent et longtemps à cheval, l'hématurie est extrêmement fréquente. On conçoit facilement qu'elle doit souvent être déterminée par les secousses réitérées d'un cheval dur, fougueux ou indocile, la forme de certaines selles, sur lesquelles le périnée est soumis à une compression continuelle; par l'exercice longtemps prolongé sous les ardeurs du soleil, la soif qui en est le résultat, et, pour les soldats en particulier, par l'impossibilité de satisfaire au besoin d'uriner lorsqu'il se fait sentir. Nos soldats en ont été souvent attaqués pendant la campagne d'Égypte. Nous n'insisterons pas sur les phénomènes intimes de cet accident, sur les lésions spéciales de la vessie ou du canal de l'urèthre qui peuvent se manifester par ce signe. Van Swieten dit avoir donné des soins à un fameux écuyer qui éprouvait des pissements de sang si considérables qu'ils lui faisaient perdre pour longtemps ses forces et ses couleurs. Lorsque cet accident se produit, même sans apparence de gravité, l'exercice du cheval doit être suspendu pendant quelque temps, sans préjudice du traitement approprié, s'il y a lieu, et lorsque le cavalier le reprend, il doit tenir ses étriers très-courts, afin de peser le moins possible sur le périnée (1).

6° *Abcès de la région sacro-coccygienne.* — La manière même de monter à cheval peut avoir les plus graves inconvénients : si le cavalier s'élance à cru sur sa monture et qu'il ne tombe pas d'aplomb sur le dos de l'animal, il peut y avoir des contusions à la suite desquelles on a vu survenir des abcès de la région sacro-coccygienne.

(*A suivre.*)

DE L'HYOSCYAMINE ET DE LA DATURINE (2)

Par M. le docteur Ch. Laurent

Ancien interne des hôpitaux.

I. — Action physiologique.

Conclusions. — 1° L'hyoscyamine et la daturine exercent spécialement leur action sur le système du grand sympathique.

2° De faibles doses diminuent la circulation capillaire; des doses fortes déterminent une paralysie vasculaire.

3° La tension artérielle augmente par l'administration de faibles doses; au contraire, elle diminue avec des doses toxiques. Ces résultats ne sont pas modifiés par la section des nerfs pneumogastriques.

4° Le nombre des pulsations augmente et leur amplitude diminue.

5° L'hyoscyamine régularise les mouvements du cœur; la daturine produit souvent des intermittences et des arrêts du cœur. Portés directement sur cet organe, ces alcaloïdes diminuent la fréquence des battements et produisent un arrêt complet du cœur.

6° Ils accélèrent toujours la respiration.

7° L'hyoscyamine et la daturine n'ont pas d'action directe sur le système nerveux de la vie de relation. La sensibilité et la motricité ne sont pas modifiées. A dose toxique, la sensibilité périphérique est émoussée.

8° Ces alcaloïdes n'ont aucune action sur l'excitabilité des muscles à fibres striées. Ils ne modifient pas leur structure.

9° A faible dose, ils accélèrent les mouvements de l'intestin; à forte dose, ils les paralysent.

10° Les phénomènes généraux que l'on observe sont dus aux modifications survenues dans la circulation. Ils disparaissent rapidement. Ces alcaloïdes s'éliminent vite, surtout par les urines, où on peut les retrouver.

11° La dilatation de la pupille est due à l'excitation du grand sympathique; le nerf de la 3e paire est étranger à la mydriase.

12° De faibles doses déterminent, en général, une augmentation légère de la température; de fortes doses diminuent la température centrale.

(1) Aran, *De l'hématurie chez les gens de cheval.*

(2) Grand in-8, 1870. — Prix : 3 fr.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

9 NOVEMBRE.

XIII. **Hygiène publique.** — Puisque nous avons nommé nos maires et nos adjoints, nous pouvons nous permettre de leur présenter de temps en temps quelques requêtes dans l'intérêt du bien public : c'est ce que nous voulons faire aujourd'hui en revenant sur la question de la boucherie. Dieu nous garde de parler du rationnement; nos visées sont moins hautes, nous n'avons aucune compétence en économie politique; nous restons sur notre domaine, qui est la médecine dont l'hygiène fait partie intégrante.

Nous n'avons rien à dire contre l'institution des boucheries municipales, mais nous trouvons fort à redire sur les moyens usités jusqu'à présent (malgré nos précédentes réclamations) pour assurer le service quotidien de ces boucheries. Qu'il pleuve, qu'il vente, qu'il gèle, nous voyons toujours soit nos ménagères, soit les domestiques se morfondre à la porte des boucheries. Ce n'est ni bon, ni juste, ni démocratique, ni salubre. Vous n'avez qu'à interroger les médecins de quartier, tous vous diront qu'ils ont chaque jour à soigner des bronchites, des pneumonies, des douleurs, des angines, etc., contractées à la *queue* des boucheries. Certes, c'est déjà bien assez que le mari recueille toutes ces misères sur les remparts; il faut au moins épargner la santé des femmes, des jeunes filles, des enfants ou des vieillards qui vont chercher la viande.

Je le sais, et j'en ai déjà loué ici même l'administration (particulièrement celle du 6e arrondissement), on a diminué la longueur et abrégé la durée des queues en donnant des cartes la veille du jour où elles doivent servir avec l'indication de l'heure (2); mais comme tantôt une circonstance et tantôt une autre ne permettent pas toujours de faire le service ni très régulièrement ni très-vite, il arrive trop souvent que la station est plus longue qu'il ne faudrait; d'un autre côté, on doit tenir compte de légitimes préoccupations : dans la crainte d'arriver trop tard et de n'avoir plus que les restes — *tarde venientibus ossa* — on arrive trop tôt. Serait-on bien fondé à blâmer sévèrement cette hâte, et à dire aux personnes trop pressées : C'est de votre faute si vous vous enrhumez?

Quelque bonne volonté qu'on mette à ne venir qu'à l'heure, quelque exactitude que les employés apportent dans la distribution du morceau de chacun, on n'empêchera jamais (vu l'impatience naturelle quand il s'agit de l'alimentation) qu'il n'y ait des stationnements si peu nombreux qu'ils soient, de même que vous voyez constamment les plus graves accidents survenir parce qu'on manque de sang-froid et qu'on se *précipite*, malgré les sages avis contraires, dans un incendie, un écrasement, un accident quelconque. Eh bien, de ce stationnement inévitable, s'il a lieu en plein air, il résulte nécessairement des maladies qu'il faut tâcher d'éviter.

Dans une note que nous avons publiée dernièrement (27 octobre), nous avons proposé des abris placés au-dessus des portes des boucheries et dépassant, s'il le faut, la boutique. Nous croyons encore que ce serait là une protection assez efficace si ces abris étaient bien construits. Toutefois, après un nouvel examen, il nous a paru qu'il y avait dans la plupart des arrondissements un nombre suffisant de vastes locaux libres dont on pourrait tirer un excellent parti à l'aide de divisions en planches bien établies. On pourrait également, faute de pièces assez amples, couvrir certaines cours avec des toiles imperméables pendant la durée de la distribution.

Je ne prétends pas qu'il n'y ait que ces seuls moyens de soustraire aux intempéries de la saison les personnes qui ont, par état ou par devoir de famille, la mission de se pourvoir aux boucheries, mais je soutiens, et je soutiendrai jusqu'à ce qu'on ait fait droit à mes réclamations, qu'il y a un parti à prendre, un parti urgent, un parti que commandent à la fois l'humanité et les intérêts les plus sacrés : je veux dire les intérêts de la santé publique, sans parler de la perte de temps et de l'impatience fébrile qui ne manque pas de s'emparer des foules mécontentes. — Ch. Daremberg.

P. S. Chaque jour on diminue la ration de viande de bœuf et de mouton, et nous sommes menacés, à ce qu'on m'assure, d'en manquer bientôt tout à fait; il nous restera, du moins, la viande de cheval, qui durera probablement quelques temps. Les inconvénients que je viens de signaler se présenteront de nouveau; efforçons-nous donc de ne pas ajouter les désagréments des intempéries de la saison à la souffrance que causera la rareté de subsistances. — A ce propos, revenant sur la question des cartes numérotées, nous pensons que, pour éviter deux déplacements, on pourrait remettre la carte pour la distribution suivante au moment même où l'on vient chercher la viande. Il ne serait pas malaisé de trouver des combinaisons propres à donner satisfaction à tout le monde et à éviter que les mêmes personnes aient toujours les premiers numéros. — Ch. D.

10 NOVEMBRE.

XIV. **Faculté de médecine de Paris.** — Le Gouvernement de la défense nationale,

Vu l'article 7 de l'ordonnance du 2 février 1823, spéciale à la Faculté de médecine de Paris ;

Vu le décret du 16 avril 1862,

Décrète :

Art. 1er. La Faculté de médecine de Paris est remise en possession du droit de se réunir, sur la convocation de son doyen, pour délibérer sur toutes les questions d'enseignement et de discipline qui peuvent intéresser l'ordre de ses exercices et le progrès de ses études.

Art. 2. L'article 2 du décret du 16 avril 1862 est abrogé.

Art. 3. Le ministre de l'Instruction publique et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Paris, le 9 novembre 1870.

Général Trochu, Jules Favre, Jules Simon, Garnier-Pagès, Jules Ferry, E. Pelletan, E. Picard, Emmanuel Arago.

11 NOVEMBRE.

XV. **Alimentation publique.** — M. le professeur Riche fait à l'École supérieure de pharmacie une conférence, que nous reproduisons d'après la *Revue des cours scientifiques.*

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS

Conférence de M. Alfred Riche.

Conseils sur la manière de se nourrir dans les circonstances présentes.

Messieurs, c'est aujourd'hui le cinquante-cinquième jour d'investissement de Paris. Bien des personnes avaient pensé qu'il n'aurait pas résisté aussi longtemps, et cependant on peut dire que la majeure partie de la population n'a pas encore éprouvé de sérieuses privations au point de vue de la nourriture. Mais il ne faut pas s'abuser, je dirai plus, il faut savoir regarder en face la vérité : le 25 de ce mois, les bœufs et les moutons, que nous ne contemplions pas sans une certaine satisfaction dans leurs étables improvisées, auront disparu, sauf ceux que l'on réservera pour les blessés.

A cette époque bien rapprochée, comment pourrons-nous nous alimenter? Telle est la question que je me propose d'examiner avec vous ce soir.

Au dire des uns, rien n'est plus simple. Le pain, le vin, le thé et le café constituant par leur association un aliment complet, nous avons dans ces matières une nourriture assurée pour plusieurs mois. Suivant d'autres, une population de deux millions d'individus; contenant beaucoup de vieillards, de femmes et d'enfants, ne peut vivre sans sa nourriture habituelle, et pour ceux-là le jour où le bœuf et le mouton manqueront ne sera pas éloigné du jour où nous nous rendrons à l'ennemi.

Ces derniers ont parfaitement raison lorsqu'ils pensent qu'on ne peut pas changer du jour au lendemain le système d'alimentation d'une telle masse d'individus sans s'exposer à compromettre sérieusement la santé de ceux qui sont affaiblis par l'âge ou par la maladie. Mais ils ont tort lorsqu'ils supposent que nous en soyions réduits de sitôt à une pareille nécessité, et j'espère le leur démontrer. N'avons-nous pas, en effet, à notre disposition des provisions sagement amassées par l'État, par la ville de Paris et par nous-mêmes, et près de 25,000 chevaux qui ne sont pas utiles à la défense! Or, aujourd'hui l'immense majorité des habitants de Paris s'est habituée à la viande de cheval, et la contagion de l'exemple, jointe à la nécessité, est bien près de convertir le petit nombre de ceux qui sont encore retenus par un préjugé que rien ne justifie. Ignorent-ils que l'industrie des comestibles a réalisé des merveilles grâce auxquelles le bœuf, le mouton, sont utilisés pour l'alimentation, comme le porc l'était seul jusqu'à ce jour, et qu'on tire un parti avantageux de leur tête, des extrémités de leurs membres et même de leur peau! Ne savent-ils pas enfin qu'il existe encore dans Paris et dans la banlieue de grandes quantités de légumes qui seront remplacés successivement au moyen des repiquages et des semis qu'a faits l'industrie maraîchère!

La matière nutritive existe. Le tout est de l'employer sans modifier profondément nos habitudes, car on souffrira d'autant moins qu'on respectera mieux le régime auquel nos organes sont accommodés. Telle est, à mon sens, la question à résoudre, et elle est loin de me paraître insoluble.

De temps immémorial, l'homme a fait servir le feu à la cuisson de la chair dans l'eau pour préparer du bouillon, et s'il est un pays où cette habitude est enracinée, exagérée même, c'est à coup sûr le nôtre. Cette raison suffirait à elle seule pour qu'on dût se préoccuper de faire du bouillon; mais j'ajouterai que la science a établi que le bouillon, associé au pain, constitue un aliment complet. Cette vérité a été démontrée par de nombreuses expériences faites par un grand physiologiste, W. Edwards, sur le chien, c'est-à-dire sur un des animaux qui se rapprochent le plus de l'homme par son mode d'alimentation. Chacun de nous, d'ailleurs, a pu constater par lui-même que ce liquide chaud excite l'appétit, facilite la digestion et amène à manger une grande quantité de pain. L'incertitude ne peut donc pas exister : le bouillon et le pain réunis ont le double avantage de former une nourriture à laquelle nos organes sont accoutumés, et qui est capable à elle seule de développer le corps et d'entretenir la santé. Si j'insiste sur ce point, c'est qu'on a dit dernièrement que le bouillon, la soupe n'étaient qu'une préface du dîner; comme beaucoup de personnes, surtout dans les circonstances présentes, sont obligées de se contenter presque exclusivement de cette préface, je tenais à bien établir qu'elle était la base d'une alimentation suffisante.

Par suite, je n'hésite pas à dire que c'est à cet usage qu'il faut réserver autant que possible la chair des 300 chevaux que l'administration fait abattre chaque jour, et dont le nombre sera probablement augmenté lorsque le bœuf et le mouton manqueront. Seulement, il faut modifier la manière dont nous préparons le bouillon, et n'employer que le *quart* de la viande que nous consommons en temps ordinaire pour l'obtenir.

La *force* du bouillon, pour me servir du terme admis, c'est-à-dire sa viscosité, n'est pas sensiblement amoindrie si l'on ajoute à une

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

(2) Nous connaissons des arrondissements où, faute de cette précaution si simple, on fait la queue dès trois heures du matin.

petite quantité de viande une proportion notable d'os, et que l'on maintienne l'action du feu plus longtemps que de coutume.

L'administration du ministère de l'agriculture s'est vivement, et depuis quelque temps déjà, préoccupée d'atteindre ce but pour l'alimentation des personnes pauvres. Elle fait recueillir dans les boucheries tous les os, trier ceux qui sont encore recouverts de chair, et elle les envoie à divers établissements hospitaliers. Une certaine quantité restant libre, elle s'est adressée à quelques industriels, qui se sont empressés de satisfaire son désir, et qui débitent chaque jour gratuitement, à la porte de leurs établissements, 500 litres au moins de bouillon dans lequel ils mettent à leurs frais des aromates et des légumes en quantité convenable pour faire un excellent produit, comme je m'en suis assuré plusieurs fois (1).

Si cette pratique se généralisait, ce serait un grand bienfait, mais il en résulterait tout de suite — et je le désire vivement — que les os *rouges* des boucheries seraient insuffisants. Pouvons-nous les remplacer, et par quoi? Oui, par le principe le plus abondant du bouillon, par la *gélatine.*

Ce nom éveille probablement dans l'esprit de plusieurs d'entre vous le souvenir des nombreuses discussions auxquelles la question de la gélatine alimentaire a donné lieu pendant la première moitié de ce siècle, et je vous demande la permission de vous en esquisser les points principaux.

A la fin du dix-septième siècle, Papin apprit à retirer des os, au moyen d'un appareil de son invention, nommé encore aujourd'hui la marmite de Papin, une substance qui, dissoute dans l'eau bouillante, se prend en gelée par le refroidissement et qui doit son nom à cette curieuse propriété. Vers la fin du siècle dernier, divers savants, Geoffroy, l'abbé Changeux, d'Arcet père, Proust, préoccupés du sort des classes pauvres, reprirent l'étude de cette substance en vue de la faire servir à l'alimentation. Il résulta de leurs travaux que les os, réduits en poudre, donnaient par leur contact prolongé avec l'eau bouillante une grande quantité de gélatine. et Proust proposa de la conserver en pastilles qui, tout à fait inaltérables à l'air, étaient susceptibles d'être portées d'un bout du monde à l'autre, puis de se dissoudre dans l'eau.

Cette idée parfaitement juste devint le point de départ d'exagérations ridicules. Le bouillon d'os était, au dire de certaines personnes s'occupant de science, comparable, préférable même au bouillon de viande, et l'une d'elles, après avoir servi le bouillon à ses invités, faisait remplacer sur la table la soupière par un bol contenant les quelques os en poudre qui avaient produit ce bouillon. Ces hyperboles eurent le résultat qu'elles ont toujours : loin de détruire l'opinion opposée, elles la fortifièrent, et amenèrent des exagérations inverses, par suite desquelles on refusait à la gélatine toute propriété nutritive. La question fit beaucoup de bruit dans les premières années de ce siècle, on chansonna la gélatine, et le quatrain suivant n'est pas encore tombé dans l'oubli :

> L'inventeur de la gélatine,
> A la chair préférant les os,
> Veut désormais que chacun dîne
> Avec un jeu de dominos.

Le monde savant n'abandonna pas la question, et elle a été complétement élucidée à la suite des travaux de d'Arcet fils, de W. Edwards et d'une commission de l'Académie, dont M. Dumas, alors très-jeune, fut un des membres les plus actifs.

D'Arcet préparait la gélatine en grand, soit en chauffant les os sous une pression très-peu supérieure à celle de l'atmosphère et correspondant à une température de 106 degrés, soit en enlevant aux os leur matière minérale par l'action de l'eau acidulée par l'acide chlorhydrique.

On établit le 9 octobre 1829, sous sa direction, une marmite de Papin à l'hôpital Saint-Louis, et cet appareil y fonctionna pendant onze ans à la satisfaction générale.

Près de cent mille malades, indigents ou gens de service, y furent nourris avec des aliments animalisés par la gélatine. L'administration des hôpitaux ne se prêta pas à ces essais dans le but de faire des économies aux dépens des malades, mais dans celui d'améliorer la nourriture des convalescents, car si l'on substituait la gélatine aux trois quarts de la viande servant à faire le bouillon, on disposait de cette viande pour préparer du rôti.

Il y eut en activité, pendant plusieurs années, des appareils semblables à Lille, à Lyon, à Rouen, à Metz, à Reims et dans plusieurs villes de Hollande et d'Allemagne, et voici ce que François Arago disait à l'Académie, à son retour d'un voyage à Metz, le 24 décembre 1838 :

« Le bouillon de gélatine animalisé est en usage à l'hospice de Saint-Nicolas de Metz depuis plus de quatre ans. Depuis quatre ans, d'après le témoignage unanime des honorables administrateurs de cet établissement, l'état sanitaire des cinq cents individus qu'il renferme a reçu la plus évidente amélioration. L'augmentation de dépense s'est trouvée plus que compensée par la moindre dépense afférente à l'infirmerie... Sauf deux ou trois exceptions appartenant à la section des vieilles femmes, partout on s'est félicité du nouveau régime; partout on l'a déclaré très-supérieur à l'ancien sous le rapport de l'agrément et de la salubrité; partout on a exprimé la crainte qu'il fût abandonné... Des circonstances particulières, totalement indépendantes de la valeur que peut avoir le procédé de M. d'Arcet, en ont seules amené la suspension momentanée. Les employés se trouvaient très-bien de l'emploi du bouillon de gélatine animalisé : ils seraient heureux de le voir rétablir. »

Citons encore le fait suivant : « Après les journées de juillet 1830, la population ouvrière de la ville de Reims, qui s'élève à près de 18,000 individus sur une population totale de 36,000 âmes, se trouvait, par suite des faillites et de la fermeture de presque tous les ateliers, dans une position de misère et d'inactivité qui donnait de grandes inquiétudes. M. Commesny était alors administrateur du bureau de bienfaisance. Il proposa à ses collègues de créer un établissement de potages à la gélatine dans un bâtiment qui appartenait à la ville. Le conseil municipal et l'autorité supérieure accueillirent la proposition. L'urgence était extrême; et, grâce à l'incroyable activité de M. Commesny et de ses connaissances profondes appliquées aux arts, tout fut organisé en mois d'un mois. La machine marcha régulièrement de 135 jours à 140 jours consécutifs dans toute la période de la crise. Le succès obtenu couronna ses efforts et surpassa toutes les attentes.

« Il avait mis tous ses soins à faire préparer les mets de la manière la plus salubre et la plus agréable; aussi toutes les préventions disparurent dès qu'on en eut goûté. Les distributions se faisaient avec la plus grande régularité. Elles consistaient en potage de demi-litre avec 3 onces de pain; en ragoût de légumes accommodés au gras avec la graisse obtenue des os, la portion pesant 14 onces; et trois fois la semaine on donnait la part de viande qui avait servi, concurremment avec la gélatine, à confectionner le bouillon. Ce qu'il y a de certain, c'est que la saveur des potages et des ragoûts de légumes était excellente et toujours la même, et qu'aucune plainte ne s'est élevée dans la population nombreuse qui recevait ces secours. »

(1) Je leur demande pardon de les citer de ma propre autorité, mais il est indispensable, pour qu'ils fassent le plus de bien possible, que leur demeure soit connue. Ce sont M. Dordron, rue Saint Lambert, 7; M. Bigonnet, rue du Château-des-Rentiers, 105; M. Bonneville, route d'Italie, 95; M. Léon Thomas, usine de Javel; M. Duchêne, rue des Cordelières, 23.

Qui n'est frappé, en lisant ces lignes, écrites par W. Edwards, de l'analogie de notre position avec celle des habitants de Reims? On les a nourris près de 140 jours *consécutifs* avec un plein succès sans aucune plainte. L'avantage est tout de notre côté : les appareils existent, les os sont en abondance, et la préparation du bouillon, grâce à l'activité de M. Demongeot, ingénieur des mines, directeur du service compétent, et des fabricants de gélatine cités plus haut, pourraient commencer demain dans les ménages, dans les maisons hospitalières, dans les cantines municipales, dans les établissements de bouillon. 10 à 15 grammes de gélatine représentent la dose convenable par litre de bouillon. Or, il y a dans Paris une grande quantité de gélatine fabriquée, un stock d'os immense; et l'abatage des chevaux met chaque jour à la disposition de l'administration 18.000 à 20,000 kilogrammes d'os. Ces os bouillis sont réunis par ell dans un local spécial, et distribués aux fabricants qui les traitent par les deux méthodes indiquées plus haut; de telle sorte que la gélatine existe dans l'os cuit, lorsqu'il est rejeté des cuisines.

Mais, objectera-t-on, pourquoi les hôpitaux ont-ils cessé de fabriquer du bouillon à la gélatine? Cela tient à diverses raisons indépendantes de sa valeur. Plusieurs insuccès ont été constatés dans divers établissements, et notamment à l'Hôtel-Dieu de Paris et dans un hospice d'Amiens. Or, quand on a fait des enquêtes sur ces faits, on a vu, comme me le disait M. Dumas à propos de l'hospice d'Amiens, que la négligence ou même la malhonnêteté en étaient la cause. Ou bien, la solution gélatineuse, très-putrescible de sa nature, n'était employée que tardivement, c'est-à-dire lorsqu'elle avait subi un commencement de décomposition; ou bien, le chauffeur épuisait incomplétement les os par paresse ou pour vendre le charbon et les os; ou enfin, on économisait les légumes et les aromates qui sont indispensablas pour relever le bouillon, car la gélatine est absolument sans odeur et sans saveur.

Examinons maintenant ce que l'expérience scientifique rigoureuse a établi sur la valeur de la gélatine au point de vue alimentaire, et posons la question dans son extrême simplicité : la gélatine est-elle nutritive? L'Académie a répondu : *non*; les travaux isolés des savants ont répondu : *non*. Le fait est donc vrai, mais il faut s'expliquer. Le principe de la chair, qui représente la presque totalité de son poids, la fibrine, est il nutritif? *Non.* Le principe de l'œuf, l'albumine, est-il nutritif? *Non.* Le principe du fromage, le caséum, est-il nutritif? *Pas davantage.* Et cependant la chair, l'œuf, le fromage, sont extrêmement nutritifs. Il y a pour la gélatine un fait identique. Seule elle n'est pas nutritive, elle le devient par son association; et ne croyez pas que je juge par induction, je ne dis que ce qui est démontré par expérience. W. Edwards conclut ainsi son travail, et ces résultats n'ont pas été révoqués en doute :

1° Le régime de pain et de gélatine est nutritif et insuffisant pour les chiens.

2° La gélatine associé au pain a une part *effective* dans les qualités nutritives de ce régime.

3° Une addition de bouillon en petite proportion au régime de pain et de gélatine le rend susceptible de fournir une nutrition complète, c'est-à-dire d'entretenir la santé et de développer le corps.

M. Dumas rappelait dernièrement les conclusions de la Commission de gélatine, qui sont inscrites dans les *Comptes rendus de l'Académie*, tomes XIII, et il en résulte que l'on doit, dans une fabrication rationnelle, faire un choix dans les os.

Les os fournissent quatre sortes de produits ainsi rangés dans l'ordre utile comme aliments :

1° Parenchyme des pieds de mouton, isolé par les acides, contenant le plus de tissu insoluble et pouvant nourrir pendant un mois sans répugnance les animaux soumis à l'expérience.

2° Parenchyme des têtes de bœuf ou de mouton contenant surtout des matières animales solubles; les animaux s'en dégoûtent au bout de cinq ou six jours.

3° Gélatine récente et inaltérée; les animaux s'en dégoûtent bientôt lorsqu'elle est mise seule à leur disposition, mais elle peut être utilisée à l'état de mélange avec d'autres aliments.

4° Dissolutions gélatineuses altérées, même légèrement; elles excitent la répugnance des animaux et ne peuvent pas être employées même à l'état de mélange avec d'autres aliments.

Ainsi l'accord est parfait entre la partique de onze années organisée par d'Arcet et l'expérience scientifique. M. Chevalier, M. Payen, M. Fremy, sont venus sanctionner récemment (1) les assertions de la Commission de la gélatine. Devant des témoignages aussi remarquables par l'autorité de ceux qui les émettaient que par leur unanimité le service administratif, cité plus haut, qui s'était mis à l'œuvre, de son initiative propre, avant les publications de ces savants, a redoublé d'activité. Les os de pieds de mouton seront traités à part, et je m'occupe de rechercher si, dans le cheval, il n'y aurait pas certains os qui seraient susceptibles de fournir un parenchyme plus riche en tissu insoluble et plus nutritif.

(1) *Comptes rendus*, t. LXXI, p. 559, 31 octobre 1870.

M. Dumas a conseillé, une fois ce parenchyme isolé, de le dessécher pour le livrer à la consommation si l'on n'en a pas un besoin immédiat, ou bien de le plonger dans un bain de gélatine fondue, qui, le recouvrant ainsi de toutes parts, le mettrait à l'abri de l'altération.

En résumé, un bouillon préparé avec le quart du poids de viande employé d'habitude, et contenant en outre 10 grammes de gélatine par litre, et les principes sapides et odorants des légumes et des aromates, peut remplacer le bouillon ordinaire. Il suffirait d'ajouter la gélatine quelque temps avant de le retirer du feu.

Si, à certains jours, la viande venait à manquer, on aurait un bon bouillon en faisant cuire dans l'eau les légumes ordinaires, auxquels on ajouterait de la gélatine, un corps gras de ces extraits de viande Liebig, trop peu goûtés dans notre pays, qui fourniraient les principes sapides et odorants existants dans le bouillon de viande.

Beaucoup de personnes font du bouillon seulement avec des légumes, un corps gras, de l'extrait de viande et les épices ordinaires.

L'extrait de viande suffit même pour donner un liquide qui a de l'analogie par son goût avec le bouillon à la viande. Je me suis assuré que ces extraits existent encore en quantité notable à Paris. Le dépositaire de la compagnie Benitès de la Plata, M. Dubrac, cédant cette substance en gros à 15 francs le kilogramme, le litre de bouillon contenant 10 grammes d'extrait revient à 25 centimes, ou 35 centimes si cet extrait a été acheté au détail à 22 francs le kilogramme.

Enfin, le tapioca Boudier et les différentes préparations faites par ses imitateurs sont formés par du tapioka où des pâtes analogues enrobés dans de l'extrait de viande. Cuites à l'eau, elles fournissent de bons potages.

Le parenchyme des os, appelé du nom d'*osséine*, qui résulte du traitement des os à l'eau acidulée par l'acide chlorhydrique, et qui, fondu dans de l'eau bouillante, fournit la *gélatine*, peut, d'après M. Fremy, fournir plusieurs sortes de mets analogues à des mets ordinairement consommés aujourd'hui. Voici, d'après ce savant, la manière d'opérer :

On place ce parenchyme dans de l'eau froide avec du sel. Lorsque, au bout de huit à douze heures, il est fortement gonflé, on le fait bouillir, jusqu'à ce qu'il cède sous la dent, avec de l'eau salée et aromatisée comme à l'ordinaire. L'eau qui baigne cette substance cuite est très-gélatineuse et peut être changée en bouillon par les méthodes indiquées plus haut. « Quant à l'osséine cuite qui est restée insoluble, elle possède, dit M. Fremy, une saveur agréable et peut recevoir facilement tous les assaisonnements culinaires (1).

On ne peut pas se prononcer aujourd'hui sur la valeur nutritive de l'osséine, parce qu'il n'y a pas eu d'expériences rigoureuses ou même suivies pendant quelque temps sur l'homme avec cette matière. Cependant, M. Terreil en a mangé tous les jours à son déjeuner depuis une huitaine, et il annonce l'avoir prise avec plaisir, et n'avoir jamais éprouvé le moindre accident gastrique. Le goût de l'osséine assaisonnée comme les pieds de mouton à la vinaigrette est tout à fait semblable à celui de ce mets, qui est assez recherché à Paris.

Pour préparer un bouillon convenable avec la gélatine et des légumes, ou pour obtenir ces aliments à l'osséine, il faut, avons-nous dit, la présence d'un corps gras. En temps ordinaire, ce serait le beurre, la graisse de rognon de bœuf, ou même le saindoux. Ces substances manquant en ce moment ou ayant atteint un prix excessif, nous serions fort embarrassés si un industriel très-habile, M. Dordron, n'était pas arrivé, par l'emploi d'agents tout à fait sans danger pour l'économie, et qui, d'ailleurs, ne restent pas dans la graisse, à fabriquer avec le suif le plus commun une graisse alimentaire qui rivalise avec celle du rognon de bœuf. Cette matière, très-répandue en ce moment, souvent falsifiée du reste, est vendue sous le nom de *beurre de Paris.* C'est elle qui a permis à cet industriel de préparer du boudin avec le sang du bœuf, et c'est là un vrai service rendu, non-seulement à l'alimentation, mais encore à l'hygiène, parce que ce sang, qui n'était plus recueilli comme autrefois pour les raffineries de sucre, se coagulait dans les égouts et s'y putréfiait. On savait parfaitement que ce sang pouvait servir comme celui du porc à la fabrification du boudin, mais il fallait remplacer aussi la panne du porc, parce que, n'étant pas renfermée dans des utricules, elle s'écoule au moment du grillage, et le boudin est toujours sec. D'autres fabricants ont évité cet inconvénient en introduisant dans le boudin les filaments graisseux eux mêmes; mais, outre que cette graisse exhale l'odeur du suif, elle n'est pas cuite, et le boudin, aliment qui est déjà par lui-même d'une digestion difficile, devient fatigant pour l'estomac.

M. Dordron, poursuivant cette voie jusqu'aux limites les plus éloignées, est arrivé à fabriquer des produits de toute sorte qui imitent par leur forme et même par leur goût les si nombreuses préparations auxquelles la chair de porc a donné naissance. Parmi elles, je ne citerai que des terrines où le foie est associé au riz et même au sang de mouton, et qui, cuites au four, sont, surtout pour celles où le sang a été remplacé par d'autres abats, d'une conservation possible pendant quinze jours ou trois semaines.

Si ce corps gras manquait pendant la nouvelle période du siége où nous allons entrer, la graisse de cheval pourrait la remplacer, et quelques personnes même la préfèrent à celles du bœuf et surtout du mouton, parce qu'elle se fige moins facilement et qu'elle est douée d'une odeur faible, rappelant celle de la graisse de l'oie. Elle a l'inconvénient d'être trop liquide. On y remédiera en jetant cette matière sur un papier à filtre ou sur une toile serrée; il passera une huile liquide, et il restera sur le filtre une graisse; l'une et l'autre pourront être consacrées à des usages spéciaux.

L'administration a en réserve des viandes salées et préparées, et elle a déployé une grande activité depuis l'investissement pour accroître cette proportion.

(1) M. Bignon et M. Terreil avaient bien voulu m'envoyer pour cette conférence divers mets à l'osséine, et notamment deux préparations imitant parfaitement le gras-double et les pieds de mouton à la vinaigrette. Ces produits ont été jugés très-bons au goût. On peut se procurer de l'osséine à un prix peu élevé, 1 franc le kilogramme.

M. Cornilier, à Grenelle, M. Wilson, à la Villette, ont salé du bœuf et du cheval.

Pour dessaler cette viande, le mieux est de la placer pendant quelques heures dans un courant d'eau. Si l'on ne dispose pas d'eau courante, on la maintiendra dans un seau ou dans une terrine pleine d'eau froide pendant six à huit heures, en ayant soin de changer l'eau une ou deux fois. On pourrait encore, si le temps manquait, mettre la viande dans l'eau froide, porter l'eau à l'ébullition et jeter cette première eau.

M. Gorges a conservé du bœuf et du mouton par un procédé qui a pour base l'emploi de l'acide sulfureux, cet agent antiseptique si justement utilisé déjà dans l'industrie.

Avant de faire cuire cette viande, on la suspendra à l'air pendant quelques heures, et on la tiendra ensuite dans de l'eau froide une heure environ.

Quant à la viande conservée par le procédé Appert ou les autres procédés analogues, elle n'exige aucune préparation spéciale. Il en est de même des viandes de bœuf et de cheval fumées que l'industrie particulière a fabriquées en assez grande quantité depuis l'investissement.

1,200,000 kilogrammes représentent un travail immense, mais qu'est-ce que 1,200,000 kilogrammes de viande pour 2 millions d'individus? Il est juste d'ajouter que les viandes salées de bœuf ou de mouton prennent à la salure l'aspect et même les autres caractères du jambon, qu'il serait difficile de les manger rôties, et que le mieux est de les associer en petite quantité à une forte proportion de riz ou d'autres aliments végétaux.

Nous sommes loin, vous le voyez, d'être réduits à ce régime sommaire du pain, du vin, du thé et du café, et nous ne serons jamais forcés d'y recourir, grâce aux produits que je viens de signaler : à la chair du cheval, aux divers légumes frais ou conservés, et à beaucoup d'autres matières alimentaires, jambons, poissons, volailles, œufs, fromages, confitures, qui sont dans les magasins de l'Etat ou dans les maisons particulières. Mais tout le monde n'a pas pu faire des provisions, tout le monde ne peut pas acheter ces divers produits. La misère est grande, et elle croît chaque jour. C'est pourquoi il est du devoir de celui qui possède de donner son superflu, de toucher même à ce qu'il considérait comme nécessaire avant les tristes circonstances que nous traversons. Je vais plus loin : il ne suffit pas de donner, il faut économiser ses propres provisions dans l'intérêt de tous, et je considère comme une obligation pour l'homme et la femme, bien portants, de supprimer de leur table le *rôti* qui consomme une grande quantité de viande et n'invite pas à manger du pain, et de le remplacer par une proportion moindre de viande bouillie, ou cuite avec du riz, avec des pommes de terre ou avec des légumes soit frais, soit conservés. Ils auront sous cette forme un aliment réparateur, car les matières végétales, associées à la graisse, renferment les trois principes nécessaires à l'homme, les principes féculents, gras et albumineux. La portion du pauvre, du convalescent, de l'enfant, du vieillard, en deviendra plus forte, et s'il était nécessaire d'attendrir vos cœurs, je vous dirais, en terminant, qu'il est à ma connaissance que des vieillards, réunis dans une maison hospitalière, n'ont eu pendant quelques jours que de l'eau, du pain et un peu de riz, et qu'ils ne sont guère mieux partagés aujourd'hui.

A. Riche.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Études sur les fistules vésico-intestinales, par M. Blanquinque (E.), 1 vol. in-8. 1870. — Prix : 2 fr.

Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte, rédigé par Benj. Anger, Bailly, Barrallier, Bernutz, P. Bert, Bœckel, Buignet, Cusco, Demarquay, Denucé, Desnos, Desormeaux, A. Desprès, Devilliers, Alfr. Fournier, Ach. Foville, T. Gallard, H. Gintrac, Gombault, Gosselin, A. Guérin, A. Hardy, Heurtaux, Hirtz, Jaccoud, Jacquemet, Kœberlé, O. Lannelongue, S. Laugier, Ledentu, P. Lorain, Lunier, Luton, A. Nélaton, A. Ollivier, Oré, Panas, Péan, M. Raynaud, Richet, Ph. Ricord, Jules Rochard (de Lorient), Z. Roussin, Saint-Germain, Ch. Sarazin, Germain Sée, Jules Simon, Siredey, Stoltz, A. Tardieu, S. Tarnier, Valette, Verjon, Aug. Voisin.

Directeur de la rédaction : le docteur Jaccoud.

Se composera d'environ 25 volumes grand in-8 cavalier de 800 pages. Prix de chaque volume de 800 pages avec figures intercalées dans le texte : 10 fr.

Les tomes I et XIII sont en vente. Le tome XIII comprend 800 pages avec 150 figures. Les principaux articles sont : Encéphale, par Jaccoud, Hallopeau et S. Laugier; Endémie, par J. Rochard; Endocarde, par Jaccoud; Endoscope, par Desormeaux; Entozoaires, par L. Vaillant et Luton; Épaule, par Panas; Épidémies, Épidémiques (maladies), par P. Lorain; Épilepsie, par Aug. Voisin; Épithélium, par Ranvier; Érectiles (appareils, mouvements, tumeurs), par Bœckel, etc.

Revue photographique des hôpitaux de Paris. Bulletin médical publié sous le patronage de l'administration de l'Assistance publique (2e année, no 5, mai 1870; nos de mai et juin 1870), avec 3 photographies. — Prix : 2 fr.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — Étude médicale sur l'équitation (M. C. Rider). — De l'hyoscyamine et de la daturine (M. Ch. Laurent). — Traitement du *delirium tremens* (M. Gubler). — Documents pour servir à l'histoire du mouvement scientifique pendant le siége de Paris. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 1er mai 1871.

ÉTUDE MÉDICALE SUR L'ÉQUITATION (1)

Par M. le docteur C. Rider

7° *Contusion des testicules.* — La compression simple, le froissement, la contusion des testicules, qui arrivent assez souvent lorsque le cavalier saute sur le cheval sans se servir des étriers, comme dans les exercices du manége, lorsque le trot est très-dur, ou que certains mouvements irréguliers, brusques et violents de l'animal viennent changer subitement l'assiette du cavalier, déterminent de fréquentes maladies du scrotum et des organes qu'il renferme : des hydrocèles, des hématocèles, des orchites et même des varicocèles.

Le suspensoir a été conseillé par plusieurs médecins militaires pour empêcher la compression et les froissements des testicules dans l'exercice du cheval. A première vue, l'emploi de ce bandage paraît indispensable et semble le seul moyen, moyen d'ailleurs déclaré déjà par beaucoup très-efficace, d'obvier à tous les accidents que nous venons de signaler, en prévenant les tiraillements du scrotum, abandonné sans cela à son propre poids et pouvant ainsi prendre, par rapport à la selle et au siége, des positions vicieuses et dangereuses. Tout en partageant cet avis au point de vue de l'utilité du suspensoir dans certains cas, nous ne pouvons que condamner ici, en principe, sa confection et son mode d'action, et voici pourquoi : il a pour effet de relever les bourses et les testicules jusqu'au niveau du pubis, en les y fixant pour ainsi dire; or, si le cavalier qui s'en sert monte un cheval rétif qui fait volte-face devant le plus petit obstacle, à l'improviste, qui se cabre tout à coup et pointe plusieurs fois de suite quand on veut le ramener, il peut arriver que l'homme glisse de la selle et tombe à plat ventre sur le dos de l'animal : les testicules, qui ne peuvent fuir ni se déplacer, sont nécessairement pressés avec violence. Le cheval fait-il ce que l'on appelle un *saut de mouton* ou seulement quelques ruades, le cavalier peut être jeté sur le pommeau de la selle ou sur le cou de l'animal; le même accident a lieu, enfin, lorsqu'il s'agit de sauter un fossé ou un obstacle, le même inconvénient peut encore se présenter. De plus, à peine est-on à cheval, que la sueur a mouillé les sous cuisses du suspensoir, qui se roulent sur eux-mêmes par la succession des mouvements variés; les poils sont pris dans leurs replis, et, à chaque déplacement, ces poils s'arrachent et causent une vive douleur. Puis le frottement continu de ce corps rond suffit bientôt pour produire des excoriations, pour peu qu'on reste à cheval. En outre, pour des cavaliers de profession, chez ceux qui ne peuvent s'astreindre à des soins de propreté rigoureuse, le suspensoir, qui journellement aura été imbibé de sueur, se durcira en séchant, et par son contact avec la peau déterminera rapidement à la face intérieure des cuisses et au scrotum une irritation qui peut être suivie d'ulcérations difficiles à guérir.

Il serait cependant bien nécessaire d'obvier aux accidents auxquels sont exposés les testicules, par un moyen ne pouvant causer aucun fâcheux résultat. A notre avis, aucun moyen ne donnera une pleine sécurité ni ne mettra complétement à l'abri de tout froissement et de toute contusion; ce qui est facile à admettre lorsqu'on a pratiqué un peu l'équitation et qu'on veut bien se rappeler les cas de déplacement que nous avons pris plus haut pour exemples. Tout ce que l'on peut faire, c'est de prévenir, dans la mesure du possible, la trop grande mobilité du scrotum sans le fixer exactement. On a proposé, dans ce but, l'emploi d'un caleçon à bretelles confectionné de manière à bien s'adapter au périnée et qui aurait une espèce de poche d'un côté ou de l'autre pour recevoir les testicules et même la verge, les relever un peu et les maintenir sans les serrer. Ce vêtement paraîtrait avoir tous les avantages du suspensoir sans en avoir tous les inconvénients que nous avons notés plus haut. Nous pensons qu'il serait suffisant de porter un pantalon bien fait et bien ajusté, s'adaptant exactement aux régions pubienne et périnéale.

8° *Uréthrite.* — L'uréthrite a été comptée au nombre des accidents que peut causer l'équitation; mais, dans cette circonstance, elle est bénigne et il suffit du repos et de quelques bains pour en avoir raison.

9° *Impuissance.* — Parmi les résultats morbides attribués à l'exercice excessif du cheval, se trouve l'affaiblissement de l'activité génitale, l'impuissance. Cette remarque, dit-on, fut faite par Hippocrate sur les Scythes. Or Hippocrate, signalant leur constitution lymphatique, froide, molle, peu portée à l'exercice des fonctions de la génération, se contente d'ajouter : « Deplus, harassés par une perpétuelle équitation, ils perdent de leur puissance virile (1). » Plus loin, il revient sur les effets de cet exercice exagéré : « Là où l'équitation est un exercice journalier, beaucoup sont affectés d'engorgements des articulations, de sciatique, de goutte, et deviennent inhabiles à la génération (2). » De nos jours, Brown (3) a fait la même remarque sur les mameloucks. On a voulu chercher la cause de cet accident dans l'habitude qu'avaient les peuples de l'antiquité de monter à crin et les jambes pendantes, ainsi que dans la compression et dans le froissement perpétuel des testicules, qui en déterminaient l'atrophie. Rien d'étonnant, d'autre part, que, par l'effet d'une équitation continuelle (4), la suractivité permanente d'un certain nombre d'organes ou de systèmes organiques nuise aux fonctions d'un ou de plusieurs d'entre les autres organes : explication que rend encore plus vraisemblable l'ensemble des mauvaises conditions de la vie des Scythes. Cabanis, dans cet ordre d'idées, fait observer avec juste raison, qu'il en était de ces peuples comme de toutes ces hordes errantes dont la vie est précaire, qui supportent de grandes fatigues et qui vivent exposées à toutes les intempéries d'un ciel rigoureux, sans qu'une nourriture continuelle et abondante renouvelle constamment leur corps épuisé. Ensuite, il est reconnu que l'assiette du cavalier, le frottement du périnée, l'échauffement et le ballottement des organes génitaux entretiennent en eux une surexcitation permanente qui se traduit, surtout quand l'individu a une certaine force de constitution, par des excès, des pollutions qui dégénèrent plus tard en pertes séminales involontaires. C'est ainsi qu'on voit des cavaliers et en particulier des courriers, épuisés par les pollutions. On connaît (5) l'histoire d'un postillon qui fut obligé, pour cette raison, de changer de profession. Il faut donc reconnaître là une autre cause d'impuissance, d'autant plus prompte à s'établir que l'équitation est plus assidue. Lallemand (6) la signale parfaitement, et nous croyons qu'elle suffit à expliquer en partie le passage d'Hippocrate, applicable seulement à l'excès journalier de l'exercice équestre. Outre les exemples que nous avons notés plus haut, on cite encore celui de Charles IX, qui avait passé la plus grande partie de sa vie à cheval et chez qui l'on trouva, après sa mort, les organes de la génération presque atrophiés. En somme, d'après ces explications, il ne semble nullement prouvé que l'équitation modérée détermine ces fâcheux résultats; on observerait plutôt qu'elle exerce généralement sur les organes génitaux une influence opposée, et des auteurs, Aristote, par exemple, ont remarqué, en effet, que les cavaliers sont très-enclins aux plaisirs de l'amour.

Le docteur Lallemand (7) dit, dans le même sens : « L'exercice du cheval provoque l'excitation des organes génitaux.... L'équitation a donc de graves inconvénients à l'approche de la puberté... Si j'en juge par les faits nombreux que j'ai pu observer, il est prudent de ne faire aborder les manéges que longtemps après cette époque critique. D'ailleurs, aucun inconvénient sérieux ne peut résulter de ce retard. »

10° *Influence sur l'utérus.* — Des médecins ont cependant conseillé aux jeunes filles, dans certains cas, l'usage de l'équitation à doses modérées, pour faciliter et favoriser l'établissement de la fonction menstruelle. L'influence de cet exercice sur l'utérus est d'ailleurs facile à concevoir et bien constatée; elle pouvait du reste se déduire de son effet général sur l'économie. Les femmes sur lesquelles la menstruation se fait régulièrement devront s'en interdire, avec précaution, un usage trop fréquent, parce qu'il pourrait en résulter pour elles des pertes qu'il serait plus ou moins difficile de maîtriser. Pour celles, au contraire, dont la menstruation est peu régulière ou s'exécute péniblement, l'exercice du cheval, pris à propos, serait un excellent emménagogue.

11° *Excoriations.* — L'équitation détermine souvent, comme tout le monde le sait, des excoriations, variant d'étendue et de profondeur, aux fesses et au périnée, ainsi même qu'à la partie supérieure et intérieure des cuisses, quelquefois aux genoux : c'est principalement chez le jeune cavalier qui n'a pas encore l'habitude du cheval, chez ceux qui montent à crin ou sans étriers ou qui font de longues courses sur un cheval dont le trot est dur et surtout irrégulier, que l'on observe cet accident bien léger, quoique souvent assez douloureux et toujours fort gênant. Ces excoriations reconnaissent fréquemment aussi pour cause un pantalon mal ajusté, faisant sous le siége des plis dans lesquels la peau se prend et se meurtrit; on les préviendrait en ne portant que des pantalons bien faits, sans coutures saillantes en dedans, ou encore, ce qui serait préférable, par l'usage aujourd'hui répandu de caleçons confectionnés avec soin. Les avantages de ce vêtement sont depuis longtemps reconnus pour absorber la sueur, empêcher le frottement immédiat du pantalon sur la peau et prévenir ainsi les excoriations et diverses affections cutanées. Inutile d'ajouter que la propreté la plus minutieuse est de rigueur. Une autre précaution bonne à prendre, c'est de ne pas laisser aux étriers trop de longueur; leur raccourcissement donne à l'assiette un peu plus de stabilité.

On voit quelquefois survenir au cavalier, au voisinage même de l'anus, des végétations sur la nature desquelles il pourrait être facile de se tromper et qu'il ne faut pas confondre avec les condylômes, auxquels elles ressemblent beaucoup. « Je me souviens, dit Ramazzini, qu'un jeune écuyer élégant de notre manége vint me voir un jour et me dit, en rougissant et en attestant les dieux de son innocence, qu'il avait depuis longtemps une tumeur à l'anus. Je le tranquillisai et l'avertis que ce mal ne devait faire naître aucun soupçon contre ses mœurs, mais qu'il venait de son exercice. » Les grandes chaleurs, la malpropreté, des excoriations négligées favorisent souvent le développement de ces tumeurs. Comme elles peuvent s'ulcérer à la suite d'un exercice prolongé, il est essentiel de s'opposer à cet accident par le repos et les bains, et d'en opérer ensuite la section ou la ligature.

12° *Hémorrhoïdes.* — Les hémorrhoïdes sont un des inconvénients les plus fréquents et les plus pénibles attachés à l'équitation habituelle et prolongée; elles résultent surtout d'une pression continue de la selle sur l'anus, de la chaleur et de la congestion que cette pression et la position assise y entretiennent, des secousses d'un cheval dont l'allure est trop dure, et enfin de la constipation habituelle, qui est une conséquence ordinaire de l'équitation. Le seul moyen de prévenir cette incommodité serait, suivant certains auteurs, Colombier, par exemple, l'emploi de selles modifiées de manière qu'il y eût une excavation à l'endroit où repose l'anus. On peut faire contre ce moyen l'objection qui a été élevée contre l'usage, pour les hommes de cabinet, de coussins mobiles en forme de couronne, qui, exerçant une compression circulaire, refoulent le sang vers la marge de l'anus; on a recommandé, au contraire, l'usage de coussins bombés au milieu. Les hémorrhoïdes peuvent avoir pour le cavalier des suites fâcheuses, car leur inflammation par l'effet de courses longues et précipitées peut se terminer par des abcès et quelquefois même par des fistules à l'anus. Il importe donc d'entraver les progrès de cette maladie et d'en suspendre les résultats par le repos, des saignées locales, des bains de siége et des lavements émollients pour faciliter la sortie des matières qui embarrassent l'intestin. Notons enfin que D.-J. Larrey n'a pas observé les hémorrhoïdes, dans l'armée, plus fréquentes chez les cavaliers que chez les fantassins; au contraire, il a vu l'exercice du cheval guérir cette maladie.

13° *Éruptions prurigineuses.* — On voit souvent survenir, sur les cuisses et les jambes des jeunes cavaliers, des éruptions prurigineuses causées par le frottement des membres inférieurs contre les flancs du cheval. L'usage du caleçon peut diminuer les effets de ce frottement, qui ne se font plus sentir, du reste, chez le cavalier habitué à cet exercice. Le frottement continue auquel les genoux sont exposés, chez les individus peu exercés, détermine quelquefois des inflammations de l'articulation tibio-fémorale, et l'on a vu cette inflammation être suivie de tumeurs blanches. On peut prévenir encore, dans une certaine mesure, ce redoutable accident, d'ailleurs rare, en conseillant aux jeunes cavaliers l'usage du caleçon et en leur faisant raccourcir davantage les étriers.

14° *Varices.* — On observe assez fréquemment des varices

(1) Fin. — Voir les numéros des 6, 8 et 13 décembre 1870.

(1) Hippocrate, *Des airs, des eaux et des lieux*, 21, *in* Œuvres complètes, édition E. Littré. Paris, 1840, t. II, p. 75.
(2) Hippocrate, *ibid.*, p. 81.
(3) Brown, *Voyage d'Égypte*, t. I, p. 75.
(4) Van Swieten, *Comm. in Boërh.*, aph. 1063.
(5) *Prix de l'Académie de chirurgie*, t. V.
(6) Lallemand, *Des pertes séminales involontaires*. Paris, 1836-1842.
(7) Lallemand, *Éducation physique*. Paris, 1848.

aux jambes et même aux cuisses chez les cavaliers; on en conçoit facilement la formation, lorsque l'on réfléchit à l'influence de l'action musculaire sur la circulation veineuse : outre que, chez l'homme à cheval, l'immobilité relative des membres inférieurs prive le sang des veines saphènes de cette cause d'impulsion, la position dans laquelle ils demeurent plus ou moins longtemps apporte un autre obstacle au retour du sang veineux vers le centre circulatoire. On a proposé, pour s'opposer aux progrès de cette maladie, peu importante, en apparence, mais qui, d'abord gênante, peut donner lieu, suivant les organisations et suivant les cas, à des accidents vraiment graves, différentes espèces de bas ou de bandages compressifs qui ont bien leur utilité et sur lesquels nous n'avons pas à insister. La culotte, qui s'arrête au milieu du membre inférieur, ne doit pas exercer sur lui de constriction, sous peine de favoriser la production de ces accidents auxquels donnaient lieu les guêtres de nos soldats : œdèmes, varices, etc.

15° *Coliques, diarrhées.* — Des coliques, des diarrhées attestent suffisamment que la digestion est troublée par un exercice pénible pris immédiatement après le repas, et en particulier par une course à cheval faite à ce moment sans ménagement aucun. Il est cependant des cavaliers qui sont obligés de prendre des aliments solides avant de monter à cheval, pour éviter des douleurs produites par des tiraillements du foie et de la rate. De plus, il y a des tempéraments, surtout les tempéraments bilieux, qui ne peuvent supporter aucun exercice violent, et notamment celui du cheval, lorsque l'estomac est vide; les personnes qui sont dans ce cas doivent alors prendre un bouillon ou quelque aliment léger et de facile digestion avant de faire l'équitation.

16° *Goutte, rhumatismes, sciatique.* — On a dit que la goutte, les rhumatismes et la névralgie sciatique étaient plus fréquents chez les cavaliers que chez les fantassins. Si cette assertion est exacte, il est difficile d'en trouver la cause dans l'équitation, et l'on ne peut attribuer ces affections, chez nos cavaliers, au défaut d'étriers, que l'on avait regardé comme leur source pour les Scythes, les Romains, les Numides et les autres peuples de l'antiquité adonnés à l'exercice équestre. On ne peut guère rapporter ces maladies qu'à l'influence du froid, auquel les gens de cheval sont plus exposés par suite de l'immobilité dans laquelle séjournent les membres inférieurs. On ne doit pas prendre pour la goutte une tuméfaction rouge et douloureuse de l'articulation du gros orteil, due souvent au frottement de l'étrier. Il se manifeste aussi assez fréquemment des douleurs dans l'articulation coxo-fémorale, douleurs qui peuvent avoir pour origine un écartement trop considérable des extrémités inférieures nécessité par un cheval trop large ou dans quelques circonstances variées.

17° *Courbure du membre inférieur.* — L'exercice habituel de l'équitation finit par amener, dans diverses mesures, au membre inférieur, une courbure, souvent très-prononcée, dont le sommet est au genou, qui est repoussé en dehors, par rapport aux extrémités opposées du fémur et du tibia.

18° *Chutes.* — Les gens de cheval, dans les chutes qu'ils font, sont fréquemment atteints de blessures plus ou moins graves; mais comme elles ne sont pas directement liées à l'exercice de l'équitation, nous ne les compterons pas parmi les inconvénients qu'elle entraîne, pas plus que les contusions ou les coups de pied que peuvent recevoir de leurs chevaux les cavaliers dans les soins qu'ils leur donnent ou dans diverses circonstances.

DE L'HYOSCYAMINE ET DE LA DATURINE (1).

Par M. le docteur CH. LAURENT

Ancien interne des hôpitaux.

II. — APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES.

Conclusions. — 1° L'hyoscyamine et la daturine sont les principes actifs de la jusquiame et du datura.

2° Ces deux alcaloïdes ont des propriétés analogues à celle de l'atropine et peuvent lui servir de succédanés.

3° La daturine ne doit être employée qu'avec de grandes précautions, au lieu que l'hyoscyamine peut être maniée sans inconvénient, avantage qu'elle possède également sur l'alcaloïde de la belladone.

4° Dans l'administration de ces médicaments, il faut presque toujours se servir de doses faibles, et éviter les phénomènes toxiques, qui sont au moins inutiles.

5° Leur action mydriasique peut être utilisée dans tous les cas où la belladone a été recommandée, et ne présente pas d'indication spéciale.

6° L'influence que ces alcaloïdes exercent sur le système musculaire lisse, quand ils sont administrés à petite dose, peut être utilisée dans les cas d'incontinence d'urine, de constipation, etc.

7° L'usage de ces alcaloïdes pour combattre les inflammations et pour arrêter les hémorrhagies ne saurait être recommandé.

8° L'hyoscyamine et la daturine seront employées avec avantage lorsqu'on voudra diminuer des sécrétions exagérées.

9° Ces alcaloïdes et surtout l'hyoscyamine combattent d'une façon très-inefficace les névroses douloureuses.

10° Par les modifications qu'ils impriment à la circulation des centres nerveux, ils peuvent rendre des services dans le traitement des névroses convulsives, des affections spasmodiques et des affections congestives de la moelle lorsqu'il n'y a pas encore d'altération organique avancée.

(1) Gr. in-8. 1870. — Prix : 3 fr.

TRAITEMENT DU *DELIRIUM TREMENS*

Par M. le professeur GUBLER.

Le *delirium tremens* présente deux périodes :

1° Période névrosique;

2° Période congestive et phlogistique.

Pour distinguer ces périodes, la meilleure pierre de touche est la thérapeutique.

Le *delirium tremens* n'est au début qu'une simple *névrose* : alors le traitement rationnel consiste dans les alcooliques donnés à doses modérées comme stimulant et, pour ne pas priver brusquement le malade de son excitant habituel; et dans les narcotiques, ou plutôt les hypnotiques, l'opium et le chloral.

Si le délire ne s'apaise pas et s'il survient des phénomènes d'excitation locale et générale, il faut renoncer aux moyens précédents et recourir aux toniques vaso-moteurs, rarement aux antiphlogistiques ordinaires, aux sangsues, aux éméto-cathartiques. Parmi les toniques vaso-moteurs, on emploie avec succès le bromure de potassium, le sulfate de quinine et la digitale.

Voici, sur le mode d'administration de ces divers agents des détails instructifs à plus d'un titre, que nous reproduisons d'après le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

Opium.

C'est toujours aux préparations liquides qu'il faut avoir recours pour assurer les effets du médicament et éviter les phénomènes d'accumulation de doses. M. Gubler donne presque toujours la préférence à la teinture thébaïque sur le laudanum de Sydenham, dont le goût désagréable inspire une répugnance marquée à la plupart des malades.

La teinture alcoolique d'opium est donnée ordinairement à la dose de *dix* gouttes, répétée deux, trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures. Très-rarement M. Gubler a dépassé cette dernière quantité : le plus souvent il n'a donné que *vingt* à *trente* gouttes par jour, dans du vin sucré.

M. Gubler a souvent administré en même temps ce qu'il appelle l'*Ilico morphiné*, c'est-à-dire une sorte de potion de Todd, où l'alcool est associé au principe narcotique par excellence et qui a pour formule celle-ci :

Alcool rectifié....... }	åå	*cinquante*	grammes.
Eau de menthe...... }			
Sirop de morphine......		*vingt*	—
— d'écorces d'orange.		*dix*	—

F. S. A.

Chloral.

M. Gubler prescrit habituellement ce nouvel hypnotique sous forme de sirop, renfermant, comme celui de Follet, *un* gramme d'hydrate de chloral par cuillerée à bouche.

On commence par donner *deux* cuillerées de sirop séparées par une heure d'intervalle. Cette dose est renouvelée, s'il y a lieu, à la fin de la journée. On peut aller au delà, mais dans aucun cas il n'a été nécessaire de dépasser la dose de *six* grammes dans les vingt-quatre heures. Le chloral fait parfois merveille. Les deux premières cuillerées de sirop procurent un sommeil rapide, profond, passablement prolongé et suivi d'un apaisement sensible.

Le seul reproche qu'on puisse faire au chloral, c'est de ne pas donner de résultat physiologique chez tous les sujets et par conséquent d'être un agent plus inégal que l'opium.

Bromure de potassium.

M. Gubler débute dans l'administration du bromure de potassium par la dose de *quatre* grammes en quatre fois dans la journée. Ce médecin adopte une des formules suivantes :

Bromure de potassium....	*quatre*	grammes.
Julep gommeux..........	*cent cinquante*	—
Eau distillée.............	*cent trente*	—
Sirop d'écorces d'orange...	*vingt*	—

Ou bien il prescrit à prendre par cuillerées de *vingt* grammes dans de l'eau sucrée, aromatisée avec un peu d'eau de fleurs d'oranger, la solution normale que M. Gubler a fait adopter partout et qui se compose ainsi :

Bromure de potassium...........	*vingt*	grammes.
Eau distillée.........................	*trois cents*	—

Dissolvez.

Le second jour, la dose est portée à *six* grammes et le lendemain à *huit* grammes; très-rarement M. Gubler a eu à dépasser cette dernière dose.

Sulfate de quinine.

Le premier jour M. Gubler donne *un* gramme de sulfate de quinine en quatre prises de *vingt-cinq* centigrammes dans du pain azyme, si le malade n'est pas trop agité et ne refuse pas de l'avaler, ou dans le cas contraire en dissolution dans une potion au café additionnée d'eau de Rabel.

Quand le sel quinique est pris à l'état solide dans du pain à chanter, il faut toujours faire boire par dessus une petite tasse de limonade citrique ou d'une autre boisson acidule quelconque.

La dose de sulfate de quinine est portée successivement à *un* gramme *cinquante* et à *deux* grammes dans les vingt-quatre heures, distribués en quatre ou même huit prises.

Digitale.

Les médecins étrangers nous ont donné pour la digitale l'exemple d'une libéralité quelque peu imprudente et que M. Gubler ne s'est jamais cru obligé d'imiter. Au lieu de procéder par demi-onces de feuilles ou de teinture, le médecin de Beaujon a pu se contenter de faire administrer à ses malades des doses trois, quatre et six fois moindres.

Pour la facilité de l'administration et la sûreté des effets, aucune préparation n'équivaut à la teinture alcoolique. C'est elle que M. Gubler emploie toujours à la dose de *dix* gouttes à la fois, répétée de telle manière que le premier jour on en donne au moins *trente*, le second jour *soixante*, le troisième jour *quatre-vingt-dix* ou *cent vingt*, selon le besoin; ce qui représente *un*, *deux*, *trois* et *quatre* grammes de teinture alcoolique par jour. M. Gubler a atteint plusieurs fois *six* grammes et il a trouvé cette dose efficace sans avoir eu l'occasion d'observer des phénomènes d'intolérance, tels que nausées, vomissements, sueurs froides, réfrigération, syndrome dont l'intervention ne serait probablement pas inutile dans les cas rebelles de *delirium tremens* arrivé à la période de phlogose.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

11 NOVEMBRE.

Conseil d'hygiène. — M. Payen présente au conseil la note suivante sur les moyens d'utiliser au profit de l'alimentation la matière grasse et le tissu organique azoté des os.

Dans les circonstances difficiles supportées avec une mâle résolution par les habitants de Paris, toutes les questions relatives aux moyens de ménager ou d'accroître nos ressources alimentaires excitent un vif intérêt. Et celles même de ces ressources qui, dans des temps plus calmes, pourraient être négligées sans grand dommage pour la chose publique, sont aujourd'hui recherchées avec une patriotique ardeur.

Au nombre des substances nutritives qu'il importerait d'extraire avec soin et d'utiliser le mieux possible, nous croyons devoir signaler l'excellente graisse alimentaire contenue dans les cavités tubulaires et dans les parties renflées et intérieurement spongieuses des os.

Chacun se fera facilement une juste idée des qualités alibiles de cette substance extraite des os frais et directement applicable à la plupart des opérations culinaires, si l'on se rappelle qu'elle est comparable à la substance grasse si délicate que contiennent les cellules adipeuses des os tubulaires, dits *à la moelle*, mis dans le pot-au-feu.

La première condition à remplir pour obtenir la matière grasse des os consiste à traiter ceux-ci dans leur état frais, soit qu'on les place sous la viande dans la marmite afin d'utiliser une partie de la graisse qui vient surnager le bouillon, soit que l'on traite directement de la manière suivante les os laissés chez le boucher.

On peut sans peine ménager les portions tubulaires cylindroïdes des gros os épais des jambes de bœuf en excisant à la scie les deux bouts renflés, afin de réserver comme os de travail ayant plus de valeur, le corps tubulaire; ce dernier, plongé pendant quelques minutes dans l'eau bouillante d'une chaudière, laisse sortir, lorsqu'on le secoue, la moelle par l'une des deux issues ouvertes; les portions renflées et spongieuses peuvent être facilement, ensuite, divisées à la hache sur un billot, en trois ou quatre fragments, afin d'ouvrir dans cette masse spongieuse de nombreuses issues à la matière grasse.

On divise de même, en tranches, toutes les autres parties renflées des os contenant de semblables masses spongieuses, notamment près des articulations.

Il peut être avantageux de ménager les larges et épaisses parties planes des omoplates et des grandes côtes de bœuf qui sont utilisées pour le travail des tabletiers, ce qui n'empêche pas d'entamer à la hache les bords renflés et le gros bout de ces os recélant dans leurs cavités de la graisse que l'on fait sortir dans l'eau bouillante avant de livrer à l'industrie ces os de travail.

Toutes les tranches et les fragments d'os spongieux ainsi obtenus, jetés dans l'eau bouillante de la même chaudière et remués de temps à autre, laissent monter à la superficie de l'eau la substance grasse liquéfiée par la chaleur et graduellement sortie de toutes les cavités osseuses; on l'enlève à l'aide d'une large cuillère plate pour la verser au travers d'un tamis dans un petit baquet d'où l'on soutire, par un fosset de fond, l'eau précipitée sous la graisse. Celle-ci peut être mise en pots et employée dans toutes les opérations culinaires; elle remplace le beurre plus avantageusement que la plupart des autres graisses, car elle est exempte de l'odeur dite de suint qu'exhale généralement la graisse des tissus adipeux du bœuf, lorsqu'elle n'a pas été épurée suivant la méthode de M. Dordon, et bien plus encore celle qui provient des tissus adipeux du mouton, cette dernière présentant, en outre, une odeur sensible d'acide hircique (acide gras volatil rappelant l'odeur du bouc).

On extrait plus facilement encore, par les mêmes procédés, la graisse de toutes les cavités et masses spongieuses des os de cheval, en brisant au marteau ou tranchant à la hache ces os bien plus faciles à récolter chez les débitants de la viande en question, car les acheteurs y abandonnent en général ces os dépouillés des muscles charnus.

L'huile comestible ainsi obtenue a plus de valeur commerciale aujourd'hui que les produits correspondants du bœuf et du mouton, car elle se prête mieux à toutes les préparations culinaires; enfin, de même que la matière huileuse des tissus adipeux du cheval, l'huile plus fluide extraite des os du même animal (2) peut améliorer, en s'y incorporant, les graisses comestibles de bœuf et de mouton préparées en vue d'être substituées au beurre dans la plupart des préparations alimentaires.

Quant à la substance organique azotée, parenchyme ou *osséine* que contiennent les os, on peut dire, à l'appui des importantes con-

(1) Voir le dernier numéro.

(2) Cette huile, extraite des bouts spongieux des tibias, reste fluide à 5° au-dessous de la glace fondue. La matière grasse extraite des tissus adipeux entre les muscles du cheval conserve, à la température de + 10° une consistance graisseuse et dépose une matière grasse épaisse. Les matières grasses des os et des tissus adipeux du bœuf ne se fondront qu'à + 32, 35 et 37°.

sidérations présentées par MM. Chevreul, Dumas et Fremy (1), afin de recommander l'usage de ce tissu organique dans l'alimentation, qu'il ne serait pas nécessaire de diviser en lames minces les os compacts et épais. Le grand nombre des os d'une valeur bien moindre provenant de l'abatage des animaux des espèces bovine et ovine se trouvent tout naturellement dans de bien meilleures conditions pour être, avec économie, facilement attaqués par l'acide chlorhydrique étendu de quatre volumes d'eau, qui met en dissolution les matières minérales (*phosphates de chaux et de magnésie, carbonate de chaux, etc., etc.*), laissant à nu le tissu organique alimentaire désigné sous le nom d'*os amollis* dans les usines où l'on prépare cette sorte de parenchyme en vue de la fabrication de la gélatine.

Tels sont les divers os minces, plus ou moins irréguliers ou poreux, des têtes de bœufs et de mouton, les os très-minces des omoplates de mouton, toutes les côtes minces préalablement concassées et soumises à l'ébullition dans l'eau pour extraire la matière grasse de leur parties internes spongieuses, la portion élargie des côtes de bœuf, après qu'on a obtenu mécaniquement les petits cercles dits *moules à boutons*, les os plats, ainsi troués, sont désignés communément sous le nom de *dentelle*, tels sont encore les os minces cylindroïdes formant les tibias de mouton. Parfois on peut aussi extraire la substance organique des os spongieux qui, préalablement tranchés ou concassés, ont d'abord cédé à l'eau bouillante la plus grande partie de la matière grasse que renferment leurs cavités multiples. Tous ces os, en raison de leur faible épaisseur ou de leur structure spongieuse, offrant une grande surface à l'action de l'acide, rendent très-facile la dissolution des matières minérales et la mise en liberté du tissu organique.

On peut ranger dans la même catégorie les os dits *cornillons*, contenus dans l'intérieur des cornes. Ces os, bien que volumineux, offrent, relativement à leur masse, une surface très-grande à l'action de l'acide, en raison du nombre considérable de pores et de canalicules qui traversent leurs épaisses parois.

Malgré leur structure spongieuse, ces derniers os, extraits de l'intérieur des cornes, ne contiennent pas de tissu adipeux ni de matière grasse extractible; on peut donc les soumettre directement à l'action de l'acide.

Quant à l'état du tissu organique des os, le plus convenable, afin qu'il puisse concourir pour sa part à la nourriture de l'homme, comme les tendons et le tissu cutané, c'est sans doute lorsque ces substances gélatinigènes suffisamment assouplies par la cuisson dans l'eau, ne sont pas entièrement désagrégées ou dissoutes et qu'on les associe à d'autres aliments complémentaires plus sapides (2).

C'est, en effet, ainsi que j'ai pu le constater expérimentalement, dans l'état où il est organisé, que le tissu organique des os peut subir l'action normale désagrégeante du suc gastrique de l'estomac. C'est là sans doute un indice du rôle utile que peuvent accomplir les substances organisées gélatinigènes, puisqu'elles sont aptes à recevoir l'action préparatoire du principe actif sur les substances azotées alimentaires. On se rappelle d'ailleurs que l'un de nos habiles physiologistes, Edwards aîné, a donné la démonstration expérimentale de l'effet utile que peut produire la gélatine associée à 1 ou 2 centièmes de bouillon dans la nutrition de l'homme et des animaux.

On pourrait sans doute utiliser aussi, au profit de la nourriture de l'homme, les tissus de chondrine qui terminent les portions planes des omoplates et des côtes, en les ajoutant au parenchyme des os, et introduisant ainsi une certaine variété de composition et de propriétés généralement favorables à l'alimentation.

Il restait sur cette question un doute à éclaircir relativement aux os de chevaux dont quelques personnes avaient dit qu'il n'était possible d'extraire ni osséine, ni gélatine, tandis que d'autres personnes assuraient, qu'entre les os de bœufs et les os de chevaux il n'existait aucune différence à cet égard.

Voici les résultats curieux des recherches en vue de résoudre ce problème; tous les os de chevaux (des têtes, vertèbres, côtes, omoplates, jambes, pieds, etc.) traités avec les soins convenables par l'acide chlorhydrique étendu, puis soumis à des lavages complets, ont laissé à nu le tissu organique souple, dit *osséine*, gardant les formes des os ainsi traités. Mais ce tissu humide extrait de quelques-uns des os du cheval, découpé en lames minces et mis dans quatre fois son poids d'eau maintenue à l'ébullition, s'est gonflé, puis rapidement dissous. Le liquide refroidi ne s'est pas pris en gelée. Le tissu organique des os de bœuf, traité comparativement dans des conditions semblables, a donné de la gélatine qui, par le refroidissement, s'est prise en gelée consistante. On n'a pu obtenir un résultat analogue avec les os de cheval qu'en traitant l'osséine humide par trois fois son poids d'eau à l'ébullition jusqu'à dissolution complète.

Nous venons de voir comment on avait pu facilement obtenir l'osseine de cheval, mais il semble impossible de l'utiliser pour la préparation de la gélatine ou d'une autre substance comestible.

Il m'est venu à la pensée d'essayer de modérer tellement l'action de l'eau bouillante sur cette osséine particulière, qu'en arrêtant au moment opportun la réaction, on parviendrait peut-être à gonfler la substance organique sans la dissoudre du moins pour la plus grande partie, et de façon à diminuer sa consistance, au point seulement où elle serait devenue comestible.

Pour atteindre ce but, il m'a paru utile, en outre, de diviser le tissu organique en bandelettes étroites, de volume sensiblement égal, afin que, dans le même temps, l'effet fût à peu près le même sur chacune d'elles. A l'aide de ces précautions, il est devenu facile de faire gonfler la substance, de façon à la rendre translucide par l'eau absorbée, tout en diminuant sa consistance au point convenable. Dans cet état, elle paraît aussi bien préparée que peut l'être l'osséine de bœuf pour la destination alimentaire.

CONCLUSIONS

Des faits exposés ci-dessus, on peut tirer les conclusions suivantes :

1° La graisse extraite des os de bœuf à l'état frais peut entrer avec avantage dans les opérations et préparations culinaires;

(1) *Des substances alimentaires*; 4e édition, p. 82.

(2) Voir le *Compte rendu de l'Académie des sciences*, p. 560 à 569 (1870).

2° L'huile obtenue des os de cheval (1) offre, au même point de vue, de plus grands avantages encore;

3° Ces deux matières grasses peuvent l'une et l'autre être unies aux graisses extraites des tissus adipeux des bœufs et des moutons, en améliorant d'une manière notable leurs qualités alimentaires;

4° Le tissu organique des os de bœufs et de mouton peut entrer pour sa part dans les rations nutritives comme dans la préparation de la gélatine et des gelées;

5° Enfin le tissu organique des os du cheval offre, sous ce dernier rapport, de notables différences; peu propre à la préparation de la gélatine et des gelées comestibles, il peut être gonflé par l'eau à l'aide de précautions spéciales, devenu en cet état très-souple et translucide, il pourrait entrer dans plusieurs préparations culinaires utiles, pour leur part, à l'alimentation.

12 NOVEMBRE.

XVII. **Assistance publique.** — Le Gouvernement de la défense nationale,

Considérant qu'il s'est produit des vacances dans le conseil général des hospices, tel qu'il a été constitué par le décret du 29 septembre dernier,

Décrète :

Sont nommés membres du conseil général des hospices :

MM. Tenaille-Saligny, maire du 1er arrondissement; Hérisson, maire du 6e arrondissement; Arnaud (de l'Ariége), maire du 7e arrondissement.

Fait à l'Hôtel-de-Ville, le 11 novembre 1870.

GÉNÉRAL TROCHU, JULES FAVRE, EUG. PELLETAN, ERNEST PICARD, GARNIER-PAGÈS, JULES SIMON, JULES FERRY, EMMANUEL ARAGO.

XVIII. **Hygiène publique.** — Nous nous disposions à réitérer nos réclamations au sujet de la négligence que l'édilité apportait depuis quelque temps dans la tenue des rues de Paris; nous avions remarqué que les flots d'urine coulaient de nouveau sur les trottoirs et jusque sur la chaussée, que l'enlèvement des détritus de toute espèce ne se pratiquait pas aussi régulièrement qu'il convient, et nous nous prenions à craindre que la santé publique ne se trouvât bientôt fort mal de cet oubli des règles les plus essentielles de l'hygiène en toute cité, mais surtout dans une ville assiégée, et encore dans une ville qui contient actuellement plus de 2 millions d'habitants Toutes ces réflexions nous impressionnaient péniblement quand nous avons lu il y a deux jours sur les murs une affiche où le préfet de police invite les citoyens à surveiller eux-mêmes l'exécution des ordonnances relatives à la propreté des rues. Sans doute, la prescription est des meilleures, mais elle est un peu brève, et, d'un autre côté, les habitants voudront-ils, pourront-ils même s'acquitter de la mission qui leur est confiée? Nous aurions désiré que les recommandations fussent plus explicites, plus détaillées; nous pensons, comme nous l'avons déjà dit, que les gardiens de Paris devraient venir en aide aux habitants, et que la garde urbaine devrait avoir la haute surveillance sur la rigoureuse exécution des règlements en vigueur. C'est à ces conditions seulement que la sollicitude de M. le préfet de police aura son plein effet.

Il est assurément fort convenable, fort opportun que l'autorité centrale intervienne dans des questions qui intéressent le salut de la ville entière; toutefois il ne serait ni moins équitable ni moins utile que, dans chaque arrondissement, les maires et les adjoints vinssent en aide au préfet de police. S'il est un devoir qui incombe particulièrement aux municipalités, c'est bien celui de veiller à la bonne tenue des rues, à la propreté des habitations et à tous les menus, mais indispensables, détails de l'hygiène publique. Est-ce que la commission centrale d'hygiène récemment nommée a mis à néant le conseil de salubrité et les commissions d'hygiène? nullement. Eh bien! pourquoi un arrêté du préfet de police dispenserait-il les municipalités d'un droit qui leur a toujours été reconnu et qu'elles ont si souvent exercé au grand profit des citoyens? Plus nos maires prendront souci de l'administration, mieux ils comprendront leur rôle et acquerront de légitime autorité.—CH. DAREMBERG.

— Nous recevons la lettre suivante, que nous publions volontiers, après avoir vérifié par nous-même dans le 5e arrondissement les assertions de notre correspondant. Nous avons visité diverses boucheries, et nous n'avons pas vu de *queues*; nous avons interrogé plusieurs habitants du quartier, et l'on nous a répondu qu'on était généralement satisfait de la façon dont se faisait le service de la distribution de la viande. — CH. DAREMBERG.

Paris, le 9 novembre 1870.

La *queue* chez les bouchers n'existe plus depuis le 20 octobre dans le 5e arrondissement. On doit cette amélioration à M. Vimont, l'ex-adjoint, et à M. Hébert, professeur à la Sorbonne. Il est vrai que tous les bouchers de l'arrondissement se sont prêtés aux désirs de la mairie. Chaque boucher a 360 clients inscrits. On les divise en trois catégories de 120 noms, à qui l'on a donné des numéros de 1 à 120. Une catégorie a des numéros jaunes, une autre des numéros bleus, une autre des rouges. Chaque catégorie se présente tous les trois jours. Les numéros 1 à 40, de huit heures à dix; 41 à 80, de dix heures à midi, et 81 à 120, de midi à deux heures. Jamais on n'attend plus d'un quart d'heure, car on peut calculer son tour à cinq minutes près.

Veuillez agréer, etc.

Un abonné du *Journal des Débats.*

XIX. **Ambulances.** — Le rapport qu'on va lire est un document utile à consulter pour l'histoire des ambulances de la presse.

M. le docteur Fournet, inspecteur d'hygiène du 6e arrondissement, s'adressse en ces termes au maire de son arrondissement :

Monsieur le Maire,

L'hygiène physique et morale dont vous m'avez prié d'accepter

(1) Cette huile est plus fluide que la graisse huileuse des tissus adipeux du cheval, de même la graisse d'os du bœuf, fusible à + 32°,5, est moins consistante que la graisse des tissus adipeux du même animal, celle-ci étant fusible de + 35 à 37°.

la mission a sa place naturelle dans les ambulances, et je n'aurai garde de négliger le côté si important de votre sollicitude municipale.

Parmi les ambulances du 6e arrondissement, une des mieux organisées est l'ambulance de la presse; elle occupe, dans la rue des Saints-Pères, l'hôtel des ponts et chaussées.

J'y ai visité ce matin l'un des services, celui de M. le chirurgien Demarquay, qui s'est empressé de me mettre au courant. Je dois le dire, j'ai trouvé là un service modèle, modèle à tous les rangs de la hiérarchie, digne à la fois des éloges de la science et des remerciments de l'humanité.

On y est ému du spectacle des graves blessures reçues pour la patrie et de la bonne attitude, simple et calme, des blessés; mais on ne l'est pas moins de tous les dévouements intelligents et heureux qui s'empressent autour d'eux. La docilité des servants, la bonté aimable des sœurs, le zèle et les soins affectueux des internes, le concours bénévole et généreux des médecins, la direction tout amicale de leur chef, qui prétend n'être que leur émule, et au milieu d'eux le blessé calme et confiant, tout cela compose véritablement comme une famille où chacun s'efforce et réussit, à l'imitation du chef, à faire autour de nos chers blessés une atmosphère de douce patience, de viril courage, et même de joyeux entrain, qui écarte l'énervante nostalgie de la famille.

Cette influence morale est considérable sur le physique, surtout au milieu de nos tristesses patriotiques. La nature organique est bien plus puissante, bien plus ordonnée, bien plus soutenue dans ses efforts curatifs, sous cette heureuse suscitation d'un moral bien affermi et d'un cœur content et reconnaissant.

La chirurgie de ce service se distingue par un caractère qui doit être le caractère essentiel de toute chirurgie, surtout dans les circonstances où nous sommes. Elle est avant tout conservatrice; elle ne fait d'amputations que celles qu'un examen très-réfléchi reconnaît inévitables. Elle coûte plus de patience au malade, plus de temps et de soins au chirurgien, mais elle conserve au blessé un membre dont la patrie encore demain, la famille ensuite, et lui-même auront besoin.

J'en ai vu un exemple très-remarquable chez un des blessés de ce service, frappé d'une balle en plein genou. La balle avait brisé et séparé l'un de l'autre les deux condyles du fémur.

La fracture était donc comminutive et intra-articulaire. Dans les règles reçues, c'était un cas d'amputation de la cuisse. Le chirurgien avait tout disposé pour la faire; mais ses principes de conservation parlant en lui de cette voix intime que les hommes réfléchis savent comprendre et respecter, il a renouvelé l'examen dans les conditions de détente des tissus que procure la chloroformisation. Il s'est assuré ainsi que la tête du tibia était intacte et que l'artère crurale n'avait pas souffert.

Dès lors, il a substitué à l'amputation, qui emportait le membre tout entier, la resection de la partie brisée du fémur, ce qui ne compromettait tout au plus que les mouvements du genou. L'opération, malgré ses difficultés, a parfaitement réussi, et on peut légitimement espérer que la nature va combler, avec son périoste habilement conservé, le vide osseux de 12 centimètres de fémur; on peut également espérer qu'elle va restaurer, avec la rotule et la synoviale conservées aussi, son articulation du genou. L'immense plaie nécessitée par l'opération est presque cicatrisée; le malade entre en convalescence.

Nous ne saurions trop, monsieur le maire, encourager dans nos ambulances cette chirurgie conservatrice; elle est moins dramatique, mais beaucoup plus humaine et, je dois ajouter, plus patriotique; elle est aussi plus élevée : la connaissance des forces, des ressources de la nature, la foi dans ses efforts, le soin pieux de les seconder et de ne les contrarier jamais, sont les produits d'une étude plus approfondie, et les caractères d'un esprit plus philosophique. L'art qui se met modestement à la recherche et à la suite de la nature, comme un aide qui « panse pendant qu'elle guérit », cet art-là, relevé parce qu'il comprend et respecte plus haut que soi, sage des sagesses de la nature, est fort rare, en médecine autant qu'en chirurgie. Il est rare partout où « l'homme s'agite sans s'apercevoir que Dieu le mène » : aussi n'est-ce pas seulement l'art médical, c'est l'art de tous les bons gouvernements. Tel n'est pas l'art présomptueux et personnel qui s'impose à la nature humaine et à la nature des choses, et n'est que la mouche du coche ou l'*ami maladroit* dont parle La Fontaine.

J'ai remarqué avec plaisir que la propreté du malade lui-même et de tout ce qui l'entoure est en grand honneur dans ce service. Il est de la plus haute importance, et au point de vue des fonctions cutanées et au point de vue de la sanité de l'air ambiant, que les ambulances, comme les hôpitaux, aient ce culte de la propreté. C'est certainement le meilleur moyen d'écarter de nous le typhus.

En résumé, monsieur le maire, l'hygiène physique et l'hygiène morale n'ont que des éloges à vous faire de ce service et de cette ambulance, et il serait bon de chercher à multiplier les heureux caractères qu'on y remarque par la multiplicité de ce rapport. La justice privée et l'intérêt public s'y accordent également.

Le dévouement à la défense, le dévouement à la conservation des blessés sont, au fond, un seul et même patriotisme. Tous deux vont au même but, le salut de notre chère France. Aussi généreux l'un que l'autre, ils n'ont et n'ambitionnent, pour récompense, qu'un regard de la patrie.

C'est le regard que je vous demande pour eux.

Veuillez agréer, etc.

Dr J. FOURNET,
Inspecteur d'hygiène physique et morale du 6e arrondissement.

13 NOVEMBRE.

XX. **Ambulances.** — Le *Journal officiel* publie l'extrait suivant d'un rapport adressé au ministre de l'intérieur par M. le docteur Augier, chargé de la surveillance des ambulances parisiennes :

L'administration du chemin de fer de l'Est n'a que vingt lits, mais elle pourrait en augmenter le nombre, à mesure des besoins. Neuf seulement sont occupés : deux par des blessés, sept par des fiévreux. Le nombre de ses malades ne s'est pas élevé au delà de ce chiffre depuis son ouverture, qui est récente.

Il n'y a pas eu de décès, et aucune influence épidémique notable ne s'y est fait sentir.

Au chemin de fer du Nord, dès le début de la guerre, l'Internationale avait créé une sorte d'ambulance transitoire, qui, un moment, a reçu de nombreux convois de blessés, presque aussitôt disséminés dans les hôpitaux et les ambulances de la ville.

L'ambulance actuelle, créée sous les auspices de la compagnie, est, en raison de son rôle, beaucoup mieux agencée que la précédente. Ouverte depuis six semaines, elle compte trente lits, dont le nombre, suivant le besoin, serait porté à cinquante.

Elle a des malades depuis le 31 octobre seulement, au nombre de treize, tous atteints d'affections de causes internes, et qui n'ont pas fourni de décès.

L'Ouest compte quatre-vingt-cinq lits. Jusqu'à ce jour, deux salles, l'une de trente-cinq lits, l'autre de vingt ont été seules occupées. La troisième, de trente lits, est tenue en réserve pour le cas où il surviendrait un plus grand nombre de malades.

Les blessés et les fiévreux occupent des salles séparées, comme dans nos grands hôpitaux.

Depuis son ouverture, qui date du 25 septembre, l'ambulance a reçu jusqu'au 4 novembre inclus, quarante malades, tant en blessés qu'en fiévreux. Sur ce nombre, douze ont pu regagner leurs corps. Trois, présentant des symptômes de petite vérole ont été évacués sur des services spéciaux dans les hôpitaux, pour éviter une contagion qui aurait ses dangers.

XXI. **Hygiène publique.** — La commission centrale d'hygiène croit devoir insister de nouveau auprès de la population pour que chaque citoyen prenne contre l'épidémie de variole les précautions qui ont déjà été indiquées.

Tout malade atteint de cette éruption doit être, autant que possible, placé dans une chambre isolée, la présence d'un malade de cette catégorie pouvant devenir le point de départ d'une dangereuse contagion.

Une sous-commission vient d'ailleurs d'être nommée par la commission centrale, dans le but d'inspecter particulièrement à ce point de vue les maisons et les logements où une agglomération exceptionnelle de population pourrait inspirer quelque inquiétude.

La commission rappelle en outre que dans les hôpitaux civils et militaires il existe des services spécialement affectés aux malades atteints de variole qui sont reçus immédiatement.

Mais le point sur lequel la commission insiste surtout, c'est l'indispensable nécessité pour chaque citoyen de se faire vacciner s'il ne l'a pas été, et de se faire revacciner s'il y a déjà quelques temps qu'il a été soumis à la vaccination.

A ce sujet, la commission ayant émis le vœu que des vaccinations permanentes et quotidiennes soient organisées dans les divers hôpitaux et dans chacune des mairies, cette mesure va compléter efficacement le service de l'Académie de médecine, où des vaccinations sont dès à présent pratiquées les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de onze heures à midi.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Traité des fractures non-consolidées ou pseudarthroses, par le docteur Bérenger-Féraud, médecin principal de la marine. In-8 de 700 pages. — Prix : 10 francs.

Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie (tome XXI de la collection, année 1869). 1 volume in-8 de 627 pages et 6 planches lithographiées et coloriées. — Prix : 7 francs.

Des troubles de la sensibilité générale dans la période secondaire de la syphilis et notamment de l'analgésie syphilitique, par le docteur Faid, médecin de l'école du Caire (Égypte). In-8 de 134 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Des méthodes générales d'opération de la cataracte et en particulier de l'extraction linéaire composée, par Paul Yades, docteur en médecine. Paris, 1870, 1 gr. in-8 de VIII-77 pages. — Prix : 3 fr.

De l'hyoscyamine et de la daturine. Étude physiologique et applications thérapeutiques, par le docteur Laurent, ancien interne des hôpitaux de Paris. Brochure in-8, avec figures dans le texte. — Prix : 3 fr.

De la congestion pulmonaire simple, par le docteur Bourgeois, ancien interne des hôpitaux de Paris. Brochure in-8 de 90 pages. — Prix : 2 francs.

Armées en campagne. — Considérations relatives aux hommes et aux chevaux. — Prix : 2 fr., au profit des pauvres.

Traité des maladies chroniques, par le docteur Thompson, traduction de l'anglais. Brochure in-12 de 80 pages. — Prix : 1 fr.

Considérations sur le diagnostic, le pronostic et la thérapeutique de quelques-unes des principales formes de la variole, par le docteur Desnos, médecin de l'hôpital Lariboisière. Brochure in-8 de 8 pages. — Prix : 50 c.

De l'équitation considérée au point de vue physiologique, hygiénique et thérapeutique, par le docteur R. Chassaigne. 1870, gr. in-8 de 116 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 146. — SAMEDI 17 DÉCEMBRE — 43e ANNÉE. — SAMEDI 17 DÉCEMBRE 1870. — N° 146.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué [...] eur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans [...] nal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas p[...] prix [...] tier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — ACADÉMIE DES SCIENCES. — Traitement de l'empoisonnement par l'opium et par la belladone (M. Harley). — Documents pour servir à l'histoire du mouvement scientifique pendant le siége de Paris. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 2 mai 1871.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 24 avril. — Présidence de M. DELAUNAY.

Observations critiques sur l'emploi des termes empruntés à la langue grecque dans la nomenclature des sciences. — M. EGGER. Les observations que je vais avoir l'honneur de soumettre à l'Académie sont assurément d'un intérêt secondaire pour le progrès des études auxquelles cette compagnie préside avec tant d'autorité. Mais puisque la crise que nous traversons ralentit ou suspend les travaux de plusieurs de nos savants confrères, ils m'excuseront plus facilement de les arrêter un instant sur un sujet qui, en d'autres temps, mériterait moins de les occuper.

Une tradition bien ancienne, et que le moyen âge n'a pas interrompue, consacre pour la nomenclature scientifique l'emploi des termes empruntés à la langue grecque. Les Grecs ayant été nos premiers maîtres dans les sciences, et les Romains n'ayant guère fait, en cet ordre d'études, que traduire ou imiter les Grecs, cette tradition est parfaitement légitime. D'ailleurs, comme la langue grecque, par son caractère synthétique, se prête avec plus de facilité que le français, et même que le latin, à exprimer plusieurs idées par un seul mot, il est naturel que les savants y aient volontiers recours, chaque fois qu'il s'agit pour eux de désigner par un mot nouveau, soit une propriété des corps, soit une vérité abstraite qu'ils viennent de découvrir, soit un instrument qu'ils viennent d'inventer. Quoi que l'on fasse, le fond de notre langue étant surtout latin (1), ces mots grecs y ont toujours une physionomie un peu étrange; néanmoins l'habitude nous familiarise avec eux sans trop de peine.

Mais ce n'est pas là une raison pour en abuser: ce n'est pas une raison pour former et propager au hasard des polysyllabes composés au mépris des règles et de l'analogie grammaticale.

Je voudrais signaler ici les inconvénients de cet abus et de ces formations irrégulières.

Avouons-le d'abord, toutes les fois qu'un mot nouveau n'est pas strictement nécessaire, il faudrait savoir s'en abstenir. Autrement, on encombre d'une fausse richesse les nomenclatures dont la précision doit être le principal mérite. La poésie et l'éloquence peuvent aimer les synonymes, qui donnent de la variété au style et qui permettent souvent d'exprimer des nuances délicates du sentiment ou de la pensée. La science n'en a que faire. Une fois pourvue du signe qui représente nettement une idée, elle n'a nul besoin d'un autre terme pour en varier l'expression. Pour les mathématiciens, *rhombe* est inutile à côté de *losange*, et réciproquement; il vaudrait mieux choisir entre les deux termes, et, le choix fait, s'en tenir à celui des deux termes qu'on aura préféré. En histoire naturelle, *anébe*, que je trouve dans les dictionnaires, est encore moins utile à côté d'*impubère*; celui-ci répond à *pubère* et à *puberté* qui le soutiennent, pour ainsi dire, dans l'usage et qui l'éclairent. *Anébe*, au contraire, n'a qu'un rapport obscur pour nous avec *Hébé*, déesse de la jeunesse chez les Grecs, et avec *éphèbe*, usité chez les seuls antiquaires, qui d'ailleurs feraient mieux de s'en abstenir, puisque c'est un simple synonyme de *jeune garçon* ou *adolescent*. D'ailleurs et en général, les mots latins, quand ils suffisent au rôle qu'on leur veut assigner, sont préférables aux mots grecs correspondants : nous les comprenons plus vite et nous en tirons plus facilement les dérivés qui nous sont utiles. *Réfraction* vaut mieux que n'aurait valu le grec *diaclase*; *réflexion* vaut mieux qu'*anaclase* ou *antanaclase*; on y rattache avec moins d'effort *réfrangible*, *réfrangibilité*, *diffraction*, etc. J'irai même jusqu'à préférer le simple dérivé d'un mot français préexistant et familier à nos oreilles : ainsi *ballonier*, qui s'est introduit naguère pour remplacer *aéronaute*, mériterait un bon accueil. Il se dérive simplement de *ballon*, que comprennent les gens les moins lettrés. Il est assurément préférable au vilain mot *aérostier*, qui a failli s'introduire chez nous pendant le siége de Paris, à la suite d'*aérostat*, terme à la fois prétentieux et obscur, mais qui a trop bien pris son droit de cité française pour que nous songions à le bannir. L'adoption populaire est un titre qu'il faut le plus souvent respecter, et c'est précisément à ce titre que je réclamerais pour le mot *girouette*, contre *anémoscope*. Si régulier que soit ce composé grec, et malgré sa ressemblance avec *télescope*, *microscope*, et autres, il surcharge la langue d'un synonyme inutile. Je réclamerais de même pour *saignée* contre *phlébotomie*, si je ne croyais la réclamation superflue, l'usage s'obstinant de lui-même à repousser le pédantesque équivalent d'un mot commode et clair qui suffit à la science des médecins comme à la pratique du langage familier.

Les composés hybrides, c'est-à-dire dans la formation desquels un mot grec s'unit à un mot latin, devraient être aussi évités, autant que possible, bien que le latin et même le grec ancien nous en offrent quelques exemples. *Spectroscope* était presque nécessaire, les Grecs n'ayant connu le spectre solaire que sous la forme de l'*iris* ou arc-en-ciel; mais *pluviomètre* n'a pas la même excuse : il aurait fallu dire *hyétomètre*, ou au moins *hyomètre*, qui se rattache si naturellement à l'analogie de *thermomètre*, *baromètre*, *hygromètre*, *aéromètre*, *manomètre*. Ces deux derniers, d'ailleurs, ont un autre tort, c'est que si on les interprète par leur étymologie, ils devraient, à la rigueur, avoir tous les deux le même sens; car l'adjectif μανος, comme ἀραιός, signifie *rare*, *peu dense*. C'est donc par une convention toute arbitraire qu'on leur a donné deux sens différents.

Dans la même classe de mots hybrides on absoudra plus volontiers ceux qui renferment le nom d'un inventeur illustre, comme *Voltamètre* ou *Galvanomètre* : c'est là un juste moyen de populariser, si je puis ainsi dire, notre reconnaissance pour les hommes de génie. On absoudra aussi les composés hybrides qu'il a fallu employer pour distinguer quelque variété nouvelle d'un instrument déjà connu, comme *calorimètre*, à côté de *thermomètre*.

Parmi les composés homogènes, *diathermane*, quoiqu'il n'existe pas en grec, se justifie honnêtement par son analogie avec *diaphane* déjà usité chez les opticiens grecs; le *thermomètre*, les lignes *isothermes*, les *thermes* et les eaux *thermales* nous ont assez familiarisés avec *thermos*, qui signifie *chaud* en grec, bien que cet adjectif n'ait pas pris place dans notre langue. On se résigne avec plus de peine au composé *isochimène* pour les lignes « d'égale froidure », malgré la grande autorité d'Alexandre de Humboldt qui l'a introduit dans la science (1).

Ce qui est vraiment insupportable, ce sont les composés absolument arbitraires, comme *théodolite*, dont je ne puis deviner l'origine; comme *endosmose* et *exosmose*, qui affectent une forme grecque, mais qui n'ont, en réalité, aucun rapport d'étymologie raisonnable avec les phénomènes physiques qu'ils désignent, car si ἐνδόσμωσις ou ἐξόσμωσις existaient en grec, ils n'y pourraient signifier que l'action de « flairer du dedans » et « flairer du dehors ». Le long usage protége ces mots par une sorte de prescription contre laquelle il est désormais inutile de protester.

La même prescription protége aujourd'hui la moitié des termes consacrés dans notre système métrique. Mais il est bien fâcheux que les auteurs de cette nomenclature se soient si peu souciés de l'étymologie. N'est-ce pas grand dommage qu'on ait pris alors pour désigner l'unité de poids le mot *gramme*, de γράμμα, rarement employé par les Grecs eux-mêmes dans le sens de *scrupule* (*scrupulum* en latin), et qui, par l'adoucissement de sa terminaison en français, se trouve identique avec *gramme*, de γραμμη, *ligne*, que renferment les composés *diagramme* et *parallélogramme*, désignant des *lignes* ou des *figures*, *télégramme*, signifiant une sorte *d'écriture?* *Hectomètre*, s'il était grec, signifierait *sixième mesure* (de ἕκτος, *sixième*, et μέτρον, *mesure*) ou tout au plus *mesure sextuple*. Même difficulté pour le mot *hectolitre*. *Décilitre* et *décimètre* se trouvent être moitié latins, moitié grecs, tandis que *décalitre* et *décamètre* sont seuls grecs par la forme de leurs deux éléments. Voilà bien des incohérences et des irrégularités que la force de l'habitude nous fait oublier aujourd'hui, mais qui choquent toujours des oreilles accoutumées à l'analogie des langues anciennes.

Souvent un léger changement d'orthographe suffirait pour rendre à un terme scientifique sa parfaite régularité. *Rhéomètre* n'est pas plus grec que ne le serait *légomachie* pour *logomachie* : écrivez *rhoomètre*, le mot sera aussi clair; il désignera aussi bien l'espèce d'opération et d'instrument que vous avez voulu désigner, et, en même temps, il rentrera dans l'analogie. Une négligence semblable perpétue encore et tout gratuitement, dans notre orthographe, *hypothénuse*, avec une *h* après le *t*, et *parallélipipède* au lieu de *parallélépipède*. Il serait opportun, autant qu'il serait facile, de corriger ces petites erreurs.

Mais sans récriminer contre le passé, dont les erreurs sont le plus souvent irréparables, les savants ne devraient-ils pas se concerter en vue de l'avenir, pour donner moins au caprice dans la création des mots que réclame chaque jour le progrès des découvertes? Cela est surtout désirable et serait surtout facile pour les doctrines en voie de formation, comme sont la plupart des doctrines de la géologie, de la météorologie. Là, en effet, il est temps encore d'établir une sorte de discipline qui écarte les mots de formation vicieuse. Mais, pour y réussir, en ce qui est des mots qu'on empruntera aux deux langues classiques de l'antiquité (j'écarte les autres, qui ne sont pas de ma compétence), il faudrait bien se persuader d'un principe essentiel, que je tâcherai de résumer brièvement : les éléments empruntés à ces deux langues ne sont pas une matière brute et inorganique que nous puissions tailler à notre guise pour en faire tel ou tel instrument d'expression savante; ils sont une matière déjà organisée, et dont il faut, au moins en quelque mesure, respecter l'organisme primitif, quand nous voulons les approprier à un usage moderne. Par malheur, dans nos écoles, l'étymologie et la théorie de la formation des mots sont de toute la grammaire la partie qui est, en général, enseignée avec le moins de méthode. A cet égard, les examens du baccalauréat, ceux mêmes de la licence ès lettres, nous montrent chaque jour, chez les élèves de nos classes, une inexpérience dont leurs professeurs sont un peu responsables.

Or, je ne sais vraiment si cette inexpérience n'est pas plus fâcheuse pour les jeunes gens qui suivront la carrière des sciences que pour ceux qui suivront celle des lettres. Le langage de l'histoire, du droit et même de la philosophie, est à peu près fixé par l'autorité des maîtres et même par une longue pratique. Les progrès de l'érudition et ceux de la pensée y introduisent peu de néologismes. Les sciences physiques et mathématiques, au contraire, dans la variété, dans la rapidité de leurs conquêtes, sur le domaine des vérités abstraites comme sur celui des vérités naturelles, ont sans cesse besoin de mots nouveaux. Les mathématiciens, les physiciens, les chimistes, les naturalistes, les physiologistes et les médecins sont donc sans cesse appelés à en former qui se répandent promptement dans l'usage. Il importe d'autant plus que cette classe de savants connaisse et applique avec précision les principes de l'organisme grammatical, soit pour bien comprendre les mots déjà formés, soit pour en créer à leur tour, qui méritent d'être adoptés non-seulement en France, mais à l'étranger.

Je dis à l'étranger, et c'est le dernier point sur lequel je voudrais faire sentir l'inconvénient des mauvaises méthodes dans le néologisme scientifique.

Le grec, depuis la renaissance des lettres, est comme une langue commune pour les savants des deux mondes, et c'est ce qui le fait d'ordinaire préférer, toutes les fois que la science a besoin de s'enrichir d'un terme nouveau. Mais cette préférence n'est légitime et utile, que si le grec que nous employons en France à cet usage est bien réellement celui que l'on apprend et que l'on sait en Allemagne, en Angleterre, en Amérique, celui que la Grèce n'a jamais oublié, qu'elle a continué d'écrire, même sous la domination musulmane, et qu'elle s'efforce aujourd'hui de parler comme on le parlait au temps de Ptolémée et de Galien. Or, une conséquence fâcheuse des barbarismes que nos caprices ont introduits dans le langage scientifique, c'est que les étrangers, c'est que les Grecs surtout n'y peuvent reconnaître la langue qu'ils apprennent dans les livres ou qu'ils pratiquent chaque jour.

Comment s'étonner, par exemple, si les Hellènes répugnent à nous emprunter de prétendus mots grecs inventés par nous contrairement aux lois de leur langue? La Grèce, qui nous en a fourni les éléments, se trouve ainsi, par un contraste bizarre, de tous les peuples modernes celui qui en profite le moins.

Dans les écoles grecques de l'Orient (et le nombre en augmente chaque jour), on est justement jaloux de suivre les progrès des sciences naturelles et des sciences mathémathiques, et l'on ne peut les suivre qu'à l'aide de nos livres. Or si dans ces livres un physicien rencontre des néologismes, comme *endosmose* et *exosmose*, comment veut-on qu'il accepte de notre main des termes de si mauvais aloi? force lui est de les remplacer par des synonymes plus conformes par leur racine et par leur composition grammaticale au vrai génie de l'hellénisme. C'est ce qui arrive journellement pour les termes de notre système métrique : on ne se résigne pas à dire ni à écrire κεντίμετρον ou μιλλίμετρον pour un *centimètre* et un *millimètre*; on dit το ἑκατοστὸν et το χιλιοστον τοῦ γαλλικοῦ μέτρου, c'est-à-dire « le centième ou le millième du mètre français », ce qui a l'avantage d'être plus correct et l'inconvénient d'être plus long, comme toute périphrase. Quand la commission constituée en 1790, pour créer un nouveau système de poids et de mesures fondé sur les bases les plus scientifiques, fixa la nomenclature de ce système, elle entendait que son travail fît désormais loi pour tous les peuples, et le grec, étant à ses yeux la langue scientifique par excellence lui parut naturellement désigné pour fournir les éléments de la nouvelle nomenclature. Mais, en faisant de ces éléments un si mauvais emploi, elle en rendit l'application incommode aux écoles de l'ancien et du nouveau monde, surtout aux écoles grecques de l'Orient, à l'égard desquels cette altération de leur langue nationale est une sorte d'offense. Sans exagérer la gravité d'une telle offense et sans en faire un *casus belli*, il est permis de la regretter, et, tout en admettant, comme je l'ai fait plus haut, la prescription pour des erreurs consacrées par une habitude déjà presque séculaire, on peut recommander aux inventeurs de nouveaux termes scientifiques plus de respect pour les lois de l'étymologie.

C'est ce qui me justifiera, je crois, d'avoir attiré l'attention de nos confrères sur un sujet plus important en réalité qu'il ne semble à première vue. D'ailleurs, nous avons sous notre main le remède au mal que ces observations ont fait ressortir. Quelle que soit l'indépendance respective des cinq Académies dont se compose l'Institut, celle des Facultés dont se compose une académie universitaire, cependant l'heureuse communauté de la vie académique, comme de la vie professionnelle, rendent presque journaliers les rapports des savants qui cultivent les sciences physiques et mathématiques avec les philologues voués à l'étude des langues. Quand les premiers ont à créer un mot pour les besoins de leurs études, s'ils ont un peu

(1) Avant la renaissance des lettres et la rénovation des études grecques en France, notre langue (j'ai donné ailleurs la preuve de ce fait) contenait à peine *un* mot d'origine grecque contre cinq cents mots d'origine latine; encore ces mots grecs y étaient-ils presque tous venus par l'intermédiaire du latin.

(1) *Cosmos*, t. I, p. 377, de la traduction française de M. Faye. Pour suivre l'analogie, il aurait fallu écrire *isochimane*, comme *diathermane*, le verbe χειμαίνω ayant la même forme que le verbe θερμαίνω.

oublié leur Burnouf, comme cela est fort naturel, rien ne leur serait plus simple que de recourir, en pareil cas, plus souvent qu'ils ne le font, aux hellénistes de profession (1) : ils éviteraient ainsi bien des méprises préjudiciables aux intérêts du grand corps que nos ancêtres déjà nommaient si justement la *république des lettres*.

TRAITEMENT DE L'EMPOISONNEMENT PAR L'OPIUM

ET PAR LA BELLADONE

Par le docteur HARLEY

Dans l'ouvrage classique sur les narcotiques qu'il a publié dernièrement, le docteur Harley démontre que, dans l'empoisonnement par l'opium, la mort survient par la suite de la suspension des phénomènes respiratoires, et qu'en outre, à une période plus ou moins avancée, l'estomac lui-même est frappé de paralysie. De là l'inutilité des contre-poisons administrés par la voie gastrique, quand l'intoxication dure depuis un certain temps.

Les indications les plus urgentes sont alors les suivantes :

1° Débarrraser complétement l'estomac au moyen d'eau tiède sinapisée. Appliquer à l'épigastre des sinapismes et des morceaux de linge chauffés. On peut réussir, avec des boissons très-chaudes, à exciter les plexus gastrique, pulmonaire et cardiaque, ainsi que les nerfs spinaux.

2° Faire passer des courants cardiaques de la partie postérieure du cou au thorax et à l'épigastre.

3° Quand le cœur dénote un grand affaiblissement, introduire, par la voie hypodermique, un quatre-vingt-seizième de grain de sulfate d'atropine, toutes les deux heures. Des doses plus grandes, ou trop souvent répétées, pourraient produire des effets diamétralement opposés à ceux que l'on recherche, une dépression plus profonde, un narcotisme plus intense.

Dans l'empoisonnement par la belladone, c'est la respiration qu'il faut entretenir, et activement. On a recours à l'opium, non qu'il soit un véritable contre-poison, mais parce qu'il calme bien l'agitation nerveuse excessive qui s'empare du malade. Cependant il ne faut jamais oublier que celui-ci est beaucoup moins en danger dans les périodes d'insomnie et d'agitation, que quand il est plongé dans un profond sommeil. En effet, dans le premier cas, les mouvements respiratoires obéissent à l'excitation partie du cerveau; dans l'autre, ils sont fortement entravés. Le narcotisme est toujours beaucoup plus redoutable dans l'empoisonnement par la belladone que dans l'empoisonnement par l'opium.

(*Journal de médecine de Bruxelles*)

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (2).

14 NOVEMBRE

XXII. **Faculté de médecine de Paris.** — Diverses conférences sur des sujets d'intérêt actuel sont ouvertes à la Faculté, et ont lieu dans l'ordre suivant :

Les mardis et samedis, à huit heures, à la Charité, par M. Gosselin. Conférences cliniques sur les fractures par les armes à feu.

Tous les jours, à huit heures et demie, à l'Hôtel-Dieu, par M. Béhier. Conférences cliniques sur les maladies régnantes.

Les lundis et vendredis, à quatre heures, au grand amphithéâtre, par M. Verneuil. Traitement des plaies par armes à feu.

Les lundis et mercredis, à neuf heures, à la Pitié, par M. Broca. Conférences cliniques sur les plaies par armes à feu.

Les lundis et vendredis, à trois heures, au grand amphithéâtre, par M. Bouchardat. Hygiène en temps de guerre.

Les lundis et vendredis, à huit heures et demie, hôpital des cliniques, par M. Richet. Conférences cliniques sur les blessures de guerre.

XXIII. **Hygiène de Paris.** — Nous reproduisons, d'après la *Revue des cours scientifiques*, la conférence que M. le professeur Bouchardat a consacrée à ce sujet.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Conférence de M. Bouchardat.

L'hygiène de Paris pendant le siége.

Aux maux de la guerre viennent se joindre, dans une ville assiégée, ceux des maladies; prévoir ces derniers, les éloigner le mieux possible, voilà le rôle élevé qui incombe à l'hygiène.

Les difficultés augmentent avec les dangers et les privations. C'est dans ces graves conjonctures qu'il importe d'écarter les sujets secondaires pour ne s'arrêter qu'aux principaux, qu'à ceux que l'observation a éclairés, et en s'inspirant toujours des nécessités de la situation et du moment.

Voici l'énoncé des différentes questions que je me propose de traiter très-sommairement aujourd'hui, me réservant d'en aborder quelques-unes séparément, en donnant pour chacune d'elles les preuves fournies par l'observation et l'expérience :

1° Des maladies des villes assiégées; 2° de l'état sanitaire actuel de Paris; 3° de la direction de l'alimentation publique; 4° de l'influence des émotions morales sur la santé.

La conférence d'aujourd'hui sera donc une sorte d'introduction à l'hygiène du siége.

Il est une solution de ces redoutables problèmes qui, en se plaçant au point de vue élevé de l'hygiène, est nettement indiquée.

Cette solution, j'ai insisté vivement du haut de cette chaire sur *son absolue nécessité*, quand le typhus dévorait nos soldats en Crimée, quand les fièvres et la dysenterie frappaient dans le royaume lombardo-vénitien nos troupes, qui se battaient si vaillamment pour un peuple que l'histoire célébrera plus pour avoir reconquis son unité que pour sa gratitude. Je réclamais aussi avec énergie cette solution quand la fièvre jaune décimait nos soldats et nos marins dans les terres chaudes du Mexique.

Mais aujourd'hui les conditions ne sont plus les mêmes; il est deux sentiments qui doivent tout primer : l'honneur du pays, l'amour de la patrie.

Maladies des villes assiégées. — Les maladies des villes assiégées sont ou chirurgicales ou médicales.

Les blessures par armes de guerre touchent à de graves sujets hygiéniques, la genèse des maladies qui les suivent, les moyens de les prévenir, l'étude comparée des principaux désinfectants, la ventilation, le pansement des plaies par occlusion, les ambulances.

La question des ambulances et des hôpitaux de blessés est aujourd'hui une des plus urgentes, car si jusqu'ici la guerre autour de Paris a été presque exclusivement défensive, d'un jour à l'autre elle peut changer de caractère et créer des besoins comparables à ceux que Metz a éprouvés, mais avec infiniment moins de ressources que celles dont nous pouvons disposer.

Des difficultés très-sérieuses se présentent au point de vue des soins les meilleurs à donner aux blessés, car on se heurte de prime abord contre deux exigences qui ne peuvent se concilier qu'à l'aide de mesures parfaitement étudiées : 1° la toute-puissance de la dispersion; 2° les soins éclairés et suffisants que la dispersion rend très-difficiles.

La loi hygiénique se rapportant aux blessés est aussi bien démontrée que précise; elle se résume en un mot : isolement.

Un blessé isolé a beaucoup plus de chances d'éviter l'infection purulente, l'érysipèle traumatique, la pourriture d'hôpital, qu'un blessé soigné dans une salle encombrée.

D'un autre côté, peut-on trouver assez de chirurgiens autorisés, familiarisés avec les grandes opérations, secondés par des aides habiles, munis des appareils convenables à chaque cas, pour pourvoir aux nécessités de la dispersion?

Nous consacrerons la prochaine séance à l'examen attentif de ces graves questions hygiéniques qui surgissent lorsqu'il s'agit de l'encombrement nosocomial des blessés; nous chercherons à apprécier l'influence de la ventilation, des désinfectants, et du suprême remède, la dispersion, dont depuis vingt ans nous ne cessons de proclamer la puissance.

Pathologie médicale des villes assiégées. — La pathologie spéciale des villes assiégées peut se ranger sous quatre groupes principaux : le premier comprendra les maladies causées par les faits de guerre; le second, celles dont l'aggravation est déterminée par la réunion, dans un centre très-populeux, d'un grand nombre de personnes non acclimatées; le troisième, celles causées par les privations, les souffrances, les mauvaises conditions hygiéniques imposées par les nécessités du siége; le dernier enfin, les maladies obsidionales proprement dites.

Nous traiterons, je vous l'ai dit en parlant des ambulances, des maladies causées par les faits de guerre.

Toutes les fois qu'un grand nombre d'habitants non acclimatés arrivent simultanément dans une grande ville, on peut prédire, pour ainsi dire à coup sûr, qu'il périra davantage de jeunes enfants de la rougeole et de la scarlatine, que la fièvre typhoïde sévira avec plus d'intensité sur les jeunes hommes, et que les uns et les autres fourniront de plus nombreuses victimes à la variole.

Toutes ces indications, sur lesquelles j'avais insisté avant l'investissement, se sont vérifiées. Je redoutais un contingent plus élevé de mortalité pour la fièvre typhoïde que celui que nous avons subi; mais pour la variole mes prévisions n'ont été que trop confirmées. Dès que je vis dans l'*Officiel* l'annonce de l'arrivée des mobiles à Paris, j'ai pensé que beaucoup d'entre eux n'étaient pas vaccinés. J'ai demandé au conseil de salubrité qu'on procédât sans retard à des vaccinations générales. Mais tant de choses étaient à accomplir qu'il a fallu aller au plus pressé, et les vaccinations ont malheureusement été retardées. Les habitants réfugiés des communes voisines sont venus augmenter les dangers et aussi l'intensité de l'épidémie.

Si nos ennemis ne sont pas vaccinés, je leur prédis que la variole ne les épargnera pas plus que les autres maladies contagieuses qui s'augmentent par l'encombrement; j'annoncerais même avec certitude qu'il en périra un grand nombre autour de Paris, de la fièvre typhoïde, si nous n'étions pas dans une de ces phases pendant lesquelles cette maladie paraît ne pas se développer avec une grande intensité.

Les maladies déterminées par les privations, les souffrances, les mauvaises conditions hygiéniques, imposées par les nécessités du siége, peuvent être des maladies aiguës qui révèlent immédiatement leurs funestes influences, ou des dégradations physiques qui préparent l'invasion des maladies chroniques les plus meurtrières. Parmi les maladies aiguës viennent au premier rang celles causées par des refroidissements non suivis de réaction.

Tous nos gardes nationaux aux remparts ne sont pas habitués à endurer sans se glacer le froid des nuits de novembre; les pauvres ménagères qui stationnaient de longues heures à la porte des boucheries ne se réchauffaient pas aux vents, à la pluie : aussi, les bronchites, les pneumonies, les rhumatismes articulaires, font-ils deux fois plus de victimes que dans les conditions ordinaires.

Les jeunes enfants privés de l'alimentation appropriée à leurs organes sont frappés en grand nombre par cette diarrhée lientérique qui en enlève tant aujourd'hui.

Les adultes, par suite aussi et de changement de régime et de refroidissements, en sont également atteints, et de plus, parmi eux, la dysenterie se montre beaucoup plus commune. L'isolement des cas dans les divers quartiers de la ville, dans les campements, nous montre que nous n'avons point heureusement affaire à cette redoutable dysenterie spécifique contagieuse dont nous parlerons plus loin, et qui fait tant de victimes dans les camps et dans les villes assiégées.

Le froid, une nourriture insuffisante, conduisent sûrement à cet état de l'économie que j'ai désigné sous le nom de *misère physiologique*, et qui prépare, les conditions d'âge étant favorables, des victimes assurées à la scrofule et à la tuberculisation pulmonaire. Certes, c'est un très-nombreux contingent de victimes innocentes dont les auteurs de cette guerre devront répondre devant Dieu et devant les hommes.

Les maladies obsidionales proprement dites, celles qui ravagent les camps et les villes assiégées, sont le scorbut, la dysenterie spécifique, et par dessus tout le typhus.

Je consacre, dans mon cours d'hygiène, plusieurs leçons à l'étude étiologique de ces redoutables maladies; si les circonstances le permettent, j'essayerai de les résumer dans les séances prochaines.

Je puis me borner aujourd'hui à quelques notions très-sommaires, me réservant de donner plus tard toutes les preuves. En parlant de l'alimentation, je dirai aujourd'hui quelques mots du typhus.

Deux facteurs sont le plus souvent nécessaires pour produire le scorbut : le premier, c'est l'alimentation insuffisante; le second, c'est la continuité du refroidissement à la périphérie, par le froid extérieur et par l'inaction. Exercer le corps pour se réchauffer, éviter le repos quand les vêtements sont humides, voilà les indications les plus sûres pour prévenir l'invasion du scorbut.

J'étudierai dans une séance spéciale les conditions où se développe la dysenterie contagieuse des camps; je me borne à vous dire aujourd'hui que cette maladie paraît se propager par des miasmes qui existent ou se développent dans les matières fécales des dysentériques.

Quand les gardes nationaux sont aux remparts et les mobiles dans leurs campements, il est de l'intérêt commun que l'ordre le plus grand règne pour la bonne tenue des lieux d'aisance improvisés. Les matières excrémentitielles doivent être ou régulièrement enlevées chaque jour, ou recouvertes de terre après avoir été désinfectées. Ces précautions prennent une très-grande importance quand quelques cas de dysenterie apparaissent dans le campement.

Un remède hygiénique très-efficace contre la dysenterie, dont le prix s'élève et qui pourrait peut-être faire défaut à Paris, c'est le sous-nitrate de bismuth, que feu mon collègue Monneret a si bien appris à manier. Jadis on en prescrivait des doses beaucoup trop faibles; il nous a montré que, pour réussir, il fallait employer des doses massives. Au lieu des 20 centigrammes qu'on ordonnait jadis, il en éleva la quantité jusqu'à 25 grammes et plus dans les vingt-quatre heures. Ces grandes doses peuvent être considérablement réduites, comme je l'ai démontré depuis longtemps, en administrant le sous-nitrate à l'état de division extrême. C'est une poudre insoluble qui s'étale dans les intestins et dont l'action désinfectante est d'autant plus sûre que la poudre est plus ténue. Grâce à cette manipulation, avec quelques grammes on guérit plus sûrement qu'avec les doses énormes encore employées. Les granules de sous-nitrate de bismuth de Mentel, la crème de Quesneville au sous-nitrate de bismuth, doivent leur efficacité à la division extrême du sous-nitrate. J'ai vu, rue Jean Bausire, une très-petite usine qui réduisait sur un porphyre mû à la vapeur, du bol d'Arménie en pâte impalpable pour les doreurs sur bois. Cette usine doit être aujourd'hui inoccupée; elle pourrait très-utilement servir à réduire le sous-nitrate de bismuth en pâte aussi fine et certainement très-efficace.

Après vous avoir fait connaître les maladies qui affligent les assiégées, il est important de savoir où nous en sommes aujourd'hui sous ce rapport.

De l'état sanitaire de Paris. — Pour se faire rapidement une idée aussi exacte que possible de l'état de santé publique à Paris dans les conditions où nous nous trouvons, voici, selon nous, comme il faut procéder : 1° comparer le chiffre des décès dans la ville de Paris pendant le mois d'octobre 1869 et pendant le même mois 1870; 2° indiquer la mortalité causée par les maladies régnantes pendant ces périodes; 3° apprécier d'après l'observation les motifs des différences.

Cette étude devra être complétée par la comparaison sanitaire de la semaine qui vient de s'écouler avec les précédentes. On saura de la sorte si les circonstances exceptionnelles dans lesquelles nous nous trouvons exercent une influence progressive.

Le chiffre total de la mortalité à Paris a été pendant le mois d'octobre 1869 de 3,458, et de 7,467 pendant le mois d'octobre 1870.

La différence, comme on le voit, est considérable, mais elle peut dépendre, comme je l'ai dit, de trois causes principales : 1° des faits de guerre; 2° des maladies dont l'aggravation a été déterminée par la réunion à Paris d'un très-grand nombre de personnes non acclimatées; 3° des privations, des souffrances, des mauvaises conditions hygiéniques imposées par les nécessités du siége. Avant de chercher à apprécier la part qui revient à chacune de ces influences, nous allons donner le tableau contenant le relevé des décès causés par les principales maladies pendant les mois d'octobre 1869 et 1870. Notons que nous ne possédons aucune donnée rigoureuse sur les chiffres de la population de Paris en octobre 1869 et en octobre 1870. Si un grand nombre de personnes ont abandonné la ville avant l'investissement, nous pensons qu'un nombre d'habitants beaucoup plus considérable y est entré, soit comme réfugiés des communes suburbaines, soit pour prendre part à la défense.

---

(1) D'excellents livres, comme le *Traité de la formation des mots dans la langue grecque* (Paris, 1855), par notre confrère M. Ad. Regnier, et le *Manuel pour l'étude des racines grecques et latines* (Paris, 1869). par M. Anatole Bailly, professeur au lycée d'Orleans guideraient aussi, et très-sûrement, les personnes qui ont à fabriquer des mots nouveaux à l'aide de racines empruntées aux langues classiques.

(2) Suite. — Voir le dernier numéro.

Rélevé des décès causés par les principales maladies régnantes pendant le mois d'octobre 1870, *comparé au mois d'octobre* 1869.

	1869.	1870.
	—	—
Variole	40	1,423
Scarlatine	26	49
Rougeole	22	47
Fièvre typhoïde	110	251
Scorbut	»	»
Erysipèle	28	45
Bronchite	177	287
Pneumonie	178	282
Diarrhée	70	356
Dysenterie	18	128
Choléra	8	9
Angine couenneuse	24	26
Croup	32	26
Affections puerpérales	26	33
Autres causes	2,699	4,505
Total	3,458	7,467

Dans le chiffre des autres causes se trouvent compris 334 militaires décédés des suites de blessures.

Parmi les maladies qui ont fourni des nombres plus élevés aux chiffres des décès par suite de l'encombrement à Paris d'un grand nombre de personnes non acclimatées, il faut noter la variole, la scarlatine, la rougeole, la fièvre typhoïde. Le chiffre de léthalité de toutes ces maladies a progressé, mais dans des proportions très-différentes pour chacune d'elles.

Le chiffre des décès causés par la variole s'est élevé de 40 à 1,423.

Au mois d'octobre 1869 nous étions au début de cette épidémie qui a fait tant de victimes à Paris dans l'année qui vient de s'écouler.

Dès cette époque, j'annonçais à l'Académie de médecine (1) sa menaçante invasion et j'indiquais les mesures qui me paraissaient les plus efficaces pour la prévenir. Malheureusement elles n'ont pas été appliquées. Elles consistaient alors, comme aujourd'hui, à vacciner et revacciner avec énergie, et à confiner les varioleux dans les hôpitaux spéciaux et isolés.

Le nombre des décès par suite de la scarlatine était de 26 pour le mois d'octobre 1869; il a été de 49, près du double, pour le mois d'octobre 1870; il en est de même de la rougeole, dont le nombre de 22 s'est élevé à 47. La progression de la fièvre typhoïde a été plus considérable : 110 en octobre 1869, et 251 en octobre 1870.

Ces résultats étaient prévus; dès que des jeunes enfants et des jeunes hommes non acclimatés entrent en grand nombre dans un centre populeux, on peut prédire une aggravation dans les chiffres des décès causés par ces maladies.

Quelle a été l'influence des mauvaises conditions hygiéniques, des privations, des souffrances imposées par les nécessités du siége ?

Nous voyons les chiffres des décès causés par les maladies déterminées par les refroidissements s'élever, pour la bronchite, de 177 à 287; pour la pneumonie, de 178 à 282.

Nous trouvons là de puissantes raisons pour insister sur les recommandations déjà souvent formulées par le comité d'hygiène, d'éviter les longs stationnements à la porte des boucheries, et de protéger le mieux possible nos différents corps de troupes contre le froid.

Si nous arrivons maintenant aux maladies déterminées par une alimentation insuffisante ou non appropriée à l'appareil digestif, et qui éclatent souvent aussi sous l'influence de refroidissements, nous observons une très-notable aggravation. Ainsi le chiffre des décès par suite de diarrhée, qui n'était que de 70 en octobre 1869, a atteint en 1870 le chiffre de 356; celui de la dysenterie s'est élevé de 18 à 128.

Ces nombres montrent combien le comité d'hygiène a eu raison de se préoccuper si fortement du lait, de l'alimentation des jeunes enfants, et de la bonne tenue des lieux d'aisance des différents corps de troupes.

Nous devons terminer ce rapide exposé par une consolante remarque, c'est que les maladies (scorbut, typhus, dysenterie contagieuse) qui déciment les camps et les villes assiégées, ne se sont point encore montrées à Paris, et pour le choléra nostras le chiffre est presque le même pour les mois d'octobre 1869 et 1870, 8 pour le premier et 9 pour le second.

Comparons maintenant les trois semaines qui viennent de s'écouler.

Bulletin hebdomadaire des décès causés par les principales maladies régnantes, d'après les déclarations à l'état civil à Paris.

Causes de décès.	Du 23 au 29 octobre 1870.	Du 30 oct. au 5 nov. 1870.	Du 6 au 12 nov. 1870.
—	—	—	—
Variole	378	380	419
Scarlatine	9	6	7
Rougeole	5	12	9
Fièvre typhoïde	62	63	62
Erysipèle	8	11	7
Bronchite	77	72	82
Pneumonie	71	69	79
Diarrhée	99	87	71
Dysenterie	49	32	39
Choléra	1	1	1
Angine couenneuse	7	9	14
Croup	5	6	5
Affections puerpérales	8	12	6
Autres causes	1,099	1,002	1,084
Total	1,878	1,762	1,885

La comparaison des bulletins hebdomadaires des décès à Paris, des trois dernières semaines accuse les résultats suivants :

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1869.

Le nombre total des décès pour la dernière semaine de novembre était de 1,878; il est de 1,762 pour l'avant-dernière, et de 1,885 pour la dernière.

Le chiffre des morts causées par la variole était de 378, il est à peu près égal pour l'avant-dernière semaine, 380; il s'est élevé la dernière à 419. Celui de la fièvre typhoïde était de 62, il est encore de 63 et 62. La scarlatine est restée de 9 à 6-7, et par contre les décès par suite de rougeole se sont élevés de 5 à 12, puis ils sont descendus à 9.

Les maladies de poitrine déterminées par le refroidissement étaient descendues, pour la bronchite, de 77 à 72; elles se sont relevés à 82; et pour la pneumonie, de 71 à 69, elles ont également monté à 79. Les cas de diarrhée et de dysenterie ont subi également une diminution. La diarrhée est descendue de 99 à 87-71, et la dysenterie de 49 à 32-39.

Ces comparaisons confirment nos résultats généraux; elles montrent que, malgré le chiffre élevé de la mortalité, l'état sanitaire de Paris est aussi satisfaisant que possible pour les conditions dans lesquelles nous nous trouvons.

De l'alimentation. — L'alimentation, voilà ce qui à bon droit doit nous préoccuper. Nourrir sans ravitaillement une ville de deux millions d'âmes, quel redoutable problème !

Étudier les moyens d'employer utilement toutes les ressources, prévoir et faire connaître les maladies que la continuité de la privation engendre, celles qui naissent fatalement sous l'influence de la famine, tels sont les graves sujets que le médecin hygiéniste doit aborder.

Il est un point éminemment pratique, technique, pour ainsi dire, et sur lequel chacun de nous a un peu médité : c'est celui qui consiste à employer le mieux possible, pour la conservation de la santé, le peu qui nous reste, et de trouver des ressources dans les matières premières qui, dans les temps ordinaires, n'intervenaient pas dans l'alimentation. Nous consacrerons, si d'ici là nous ne sommes pas ravitaillés, une séance entière à développer tous ces détails.

Résumons maintenant en conseils sommaires les faits principaux qui se rapportent à l'alimentation.

La conservation, l'aménagement, la distribution équitable, l'emploi intelligent de toutes les substances alimentaires, voilà des questions qui ont une importance capitale dans une ville assiégée.

Occupons-nous d'abord de la conservation.

Parmi les matières premières de l'alimentation, les unes, comme le blé, le riz, le vin, le café, le cacao et le chocolat, les viandes bien salées ou fumées, les conserves alimentaires, peuvent se garder indéfiniment; les autres, telles que les pommes de terre, les légumes, les œufs, les fromages, les viandes imparfaitement salées, peuvent s'altérer, et, par conséquent, se perdre. Il importe donc de les consommer d'abord et de les visiter régulièrement. Cette recommandation est plus essentielle pour les aliments conservés dans des locaux obscurs et étroits. Ces visites doivent être faites journellement par les citoyens qui possèdent ces provisions; l'administration a organisé un service qui fonctionnera régulièrement pour tous les magasins généraux.

Les farines, le blé, le vin, ces matières fondamentales d'une bonne alimentation, existent heureusement à Paris en quantités assez élevées pour endurer un long siége ; les réserves d'animaux vivants ne sont pas en rapport avec celles du blé, des farines et du vin.

Le gouvernement de la défense nationale a donc très-sagement fait d'aménager ces ressources et de ne livrer journellement à la consommation qu'un nombre limité d'animaux.

Les habitants des campagnes ne consomment pas en moyenne, en France, 76 grammes de viande par jour; ils ne se portent pas plus mal que les habitants de Paris, qui en usent trois fois plus. La proportion de viande peut donc être beaucoup diminuée sans aucun dommage pour la santé.

La réduction dans les quantités de viande commande une distribution égale entre tous les citoyens. Les mairies de Paris prennent ou ont pris les mesures les plus efficaces pour atteindre ce résultat désirable.

Nous arrivons à l'énumération des ressources que nous avons trouvées.

En temps ordinaire, beaucoup de matières animales étaient ou perdues, ou converties en engrais, ou destinées à diverses industries; il importe aujourd'hui de tout utiliser ce qui est sain pour l'alimentation.

La viande de cheval, qui était à tort si négligée par les travailleurs, est maintenant recherchée par tout le monde. Il ressortira de cette grande expérience, faite pendant le siége, qu'il n'est pas de nourriture animale plus substantielle et plus saine. Les os, qui contribuent si efficacement à la qualité du bouillon, ne sont pas épuisés de leurs principes nutritifs lorsqu'ils sortent de la marmite; ils peuvent y être remis deux ou trois fois avec grand profit, pourvu qu'on ne les laisse point sans un nouvel emploi assez de temps pour qu'ils s'altèrent.

Le sang des animaux de boucherie était depuis longtemps transformé en produits industriels ; aujourd'hui il est tout converti en boudin d'une qualité égale au meilleur boudin de porc. Il importe de ne pas faire de provision de cet aliment éminemment réparateur, et de le consommer le plus frais possible.

Le beurre de Normandie ne nous arrive plus, mais toutes les graisses des animaux de boucherie sont converties en graisses de bouche qui remplissent exactement le même rôle que lui pour tous les usages culinaires. Ce beurre animal a rendu d'immenses services à nos soldats en Crimée; on l'expédiait de Paris dans les pays producteurs du beurre, qui se trouvaient très-bien de cet échange. Au reste, dans toutes les cuisines méridionales, le beurre est remplacé par l'huile, et nous en avons de suffisantes provisions.

Une ressource des plus précieuses, qui ne nous manquera pas, c'est le vin; un demi-litre de cette fortifiante boisson avec du pain, un peu de viande, ou de poisson salé, peuvent constituer un régime très-convenable pour entretenir la santé.

Un peu d'eau-de-vie est efficace pour réchauffer le garde national pendant son séjour au rempart; mais l'abus de l'eau-de-vie, des liqueurs fortes, est funeste à tous les titres. Si en temps ordinaire l'intempérance est condamnable, en temps de siége c'est un crime.

Le lait ne fait pas complétement défaut, mais la quantité dont on dispose est considérablement diminuée ; il faut le réserver pour les jeunes enfants, les malades et les convalescents. Pour suppléer à son insuffisance, une décoction épaisse de gruau de Bretagne convient, et mieux encore, tant que cela sera possible, un lait artificiel préparé en battant bien un œuf avec 100 grammes d'eau tiède, une très-petite pincée de sel et 6 grammes de sucre.

Seugnot a préparé du chocolat avec une forte décoction de gruau; cette boisson, conservée par le procédé d'Appert, peut tenir lieu de lait pour les adultes; les jeunes enfants eux-mêmes s'en trouvent très-bien.

L'usage d'une infusion de café noir termine agréablement le repas, et de plus, permet de rester bien portant avec une ration réduite. Les magasins de Paris ont d'abondantes provisions de café.

Le tabac est utile au soldat oisif; mais aujourd'hui que son temps a un noble emploi, la consommation peut en être diminuée sans inconvénient.

Parmi les condiments, le sel, le poivre, l'ail, les échalottes, existent en quantité suffisante; ils sont très-précieux pour donner une saveur appétissante aux mets les plus ordinaires. Qui au village n'a fait un excellent déjeuner avec des croûtes de pain frottées d'ail ?

Nous étions menacés, comme beaucoup de villes assiégées, de manquer de sel, mais grâce à l'énergique intervention de M. Henri Sainte-Claire Deville, on a pu en faire entrer à Paris des quantités considérables avant l'investissement.

On distribuera peut-être bientôt des viandes salées. Quelques personnes pourraient redouter le scorbut, mais qu'elles se rassurent : si l'usage continu des viandes salées est une des préparations les plus certaines au développement de cette maladie, il faut en user pendant plus de temps que nous ne le ferons, puis le vin complète heureusement l'alimentation par les viandes salées. A côté de la cause prédisposante nous aurons le meilleur préservatif.

Pour boisson, il n'est pas d'eau meilleure que l'eau de Seine filtrée. On peut boire également les eaux de nos puits quand elles n'ont pas d'odeur et de saveur désagréables. Bien longtemps les boulangers et les brasseurs les ont préférées pour fabriquer le pain et la bière aux eaux de la Seine et du canal. Elles sont dures et ne conviennent pour savonner ou cuire les légumes que lorsqu'on y ajoute une cuillerée à café de sel de soude (carbonate de soude) pour 10 litres d'eau.

Après ces notions générales sur l'alimentation pendant le siége, il ne me reste plus à vous parler que des effets de la famine, car je vous ai déjà dit combien de morts lentes par les scrofules et la phthisie étaient préparées par les privations que nos ennemis imposent à tant d'êtres inoffensifs, femmes et enfants.

Pour la famine, les résultats définitifs les frapperont peut-être plus que nous; je vais vous dire comment :

Je tiens à établir nettement quelle épouvantable responsabilité prennent les hommes qui, dans le dix-neuvième siècle, ont formé le projet de réduire par la famine une ville contenant deux millions d'habitants. Je suis persuadé qu'ils ne connaissaient pas la portée de cette menace.

Quand je répéterai devant vous tout ce que j'expose depuis bientôt vingt ans dans mon cours d'hygiène, comme moi vous serez convaincus que le typhus naît *fatalement* quand ces deux conditions sont réunies : *famine, encombrement.* Si nous subissons la famine, certes la condition d'encombrement existe.

Je vous démontrerai aussi que ce terrible fléau ne borne jamais ses ravages à la ville assiégée, mais qu'il s'étend par *contagion* à l'armée assiégeante; qu'il frappe alors aussi bien ceux qui sont le mieux nourris que les affamés. Quelques semaines suffisent pour réunir dans les cimetières, assiégés et assiégeants.

Ce que je dis de là genèse et de la marche du typhus, je le dis avec autant de certitude que j'en avais lorsque j'ai annoncé, à l'arrivée des mobiles, la grave recrudescence de l'épidémie de la variole.

Je ne sais si ces terribles épreuves nous sont réservées, mais plus elles seront cruelles, mieux on en gardera le souvenir; plus la génération qui nous succédera prendra de virilité, de vertus républicaines, et fera d'efforts pour que de pareilles catastrophes ne se renouvellent plus.

Émotions morales. Le sujet que je viens d'esquisser est bien fait pour faire naître de grandes émotions morales; il me reste à vous parler de l'influence de ces dernières.

Dans les villes assiégées, surtout dans les périodes extrêmes, les émotions morales ont une grande influence sur la santé publique; ces émotions doivent être et plus vives et plus redoutables dans une ville comme la nôtre, qui renferme deux millions d'habitants, où se trouvent réunies tant de conditions si disparates; où les privations, les souffrances, les inquiétudes de toutes sortes, s'attaquent à l'envi à tous les citoyens.

L'alternative subite de bonnes et de mauvaises nouvelles, la plupart du temps controuvées ou exagérées, à leur suprême puissance, peuvent suffire pour ébranler les âmes les mieux trempées; d'où ces affaissements, ces troubles d'esprit, ces révoltes insensées qui peuvent conduire à de si déplorables résultats.

Reconnaissons cependant que l'attitude générale de la population de Paris a été admirable. Depuis l'investissement, elle ne me paraît animée que d'une seule pensée : repousser l'ennemi.

Si la santé morale a tant à souffrir des émotions du siége, la santé physique peut aussi avoir quelque chose à en redouter.

Je me contenterai de citer ici trois autorités, pour vous montrer l'influence des affections morales sur la gravité et la fréquence des maladies.

Vandermye (1) a donné des observations aussi curieuses que variées sur l'effet des passions de l'âme pendant le fameux siége de Breda.

Les mauvaises nouvelles augmentaient prodigieusement le nom-

(1) Milmann, *Scorbut et fièvres putrides*, trad. Vigasous, p. 22.

bre des victimes, et les nouvelles agréables en arrêtaient les progrès.

Dans l'expédition de l'amiral Anson (1), cruellement éprouvée par la maladie, on a observé que lorsqu'il arrivait quelque accident qui faisait perdre aux soldats l'espérance de revoir leur patrie, aussitôt la violence du mal augmentait de la façon la plus remarquable.

Lind (2) a donné un extrait curieux du journal de M. Yves. En arrivant dans la rade d'Hyères le vaisseau comptait 90 malades. Nous apprîmes, dit Yves, que nous étions à la veille d'en venir aux mains avec l'ennemi. Ceux qui étaient en santé et les malades donnèrent également les plus grandes marques de satisfaction. Ces derniers se rétablirent de jour en jour d'une manière surprenante. Le jour du combat nous n'avions plus que quatre malades.

Qu'on nous annonce que les armées libératrices s'avancent, qu'elles s'approchent de Saint-Germain et de Versailles, quel puissant remède pour nos soldats malades, comme ils demanderont leur sortie de l'hôpital pour voler au combat!

Indiquons maintenant le meilleur moyen de combattre les fâcheuses influences des émotions morales. Il est bien simple, c'est de marcher avec conviction dans les voies droites du devoir; c'est de bien se dire à chaque instant du jour qu'on n'a rien à se reprocher.

Il est deux pensées que le siége de Paris fait naître dans tous les esprits, et qu'au point de vue de la morale, qui est la suprême loi des nations civilisées, on ne saurait trop mettre en lumière.

Par tous ses actes, Paris a protesté contre la guerre d'Allemagne. En votant NON au plébiscite, cette ville reniait tous les projets ambilieux de la dynastie napoléonienne. Aux élections générales, elle a donné une immense majorité aux députés courageux qui, regardant la guerre comme le plus abominable des fléaux, combattaient sans relâche la politique impériale.

Voilà un premier point indiscutable, le second ne l'est pas moins. Est-il une ville qui fut plus hospitalière aux Allemands que Paris?

Il y a quelques mois à peine, plus de cent mille d'entre eux étaient parmi nous, vivant de notre vie. Dans nos ateliers, dans nos fabriques, dans nos cours publics, dans nos maisons, ne les avons-nous pas accueillis comme des frères?

Et ce sont ces Allemands qui viennent assiéger une ville qui fut toujours si fraternelle pour eux!

S'il est des maux immérités, c'est bien ceux que nous endurons.

Dans de pareilles conditions, plus Paris souffrira, plus il se relèvera grand, car il accomplit courageusement le plus sacré des devoirs. — BOUCHARDAT.

(1) *Voyage de George Anson, etc., dans les mers du Sud*, tiré de ses mémoires, et publié par Richard Walter.

(2) Lind, *Scorbut*, Paris, 1756, chez Garrcan, t. I, p. 181.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

—

Études sur les fistules vésico-intestinales, par M. BLANQUINQUE (E.), 1 vol. in-8. 1870. — Prix : 2 fr.

Examen clinique de 396 cas du rétrécissement du bassin observés à la Maternité de Paris de 1860 à 1870, par le docteur RIGAUD, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8 de 142 pages. — Prix : 3 francs.

Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte, rédigé par Benj. Anger, Bailly, Barrallier, Bernutz, P. Bert, Bœckel, Buignet, Cusco, Demarquay, Denucé, Desnos, Desormeaux, A. Després, Devilliers, Alfr. Fournier, Ach. Foville, T. Gallard, H. Gintrac, Gombault, Gosselin, A. Guérin, A. Hardy, Heurtaux, Hirtz, Jaccoud, Jacquemet, Kœberlé, O. Lannelongue, S. Laugier, Ledentu, P. Lorain, Lunier, Luton, A. Nélaton, A. Ollivier, Oré, Panas, Péan, M. Raynaud, Richet, Ph. Ricord, Jules Rochard (de Lorient), Z. Roussin, Saint-Germain, Ch. Sarazin, Germain Sée, Jules Simon, Siredey, Stoltz, A. Tardieu, S. Tarnier, Valette, Verjon, Aug. Voisin.

Directeur de la rédaction : le docteur Jaccoud.

Se composera d'environ 25 volumes grand in-8 cavalier de 800 pages. Prix de chaque volume de 800 pages avec figures intercalées dans le texte : 10 fr.

Les tomes I et XIII sont en vente. Le tome XIII comprend 800 pages avec 150 figures. Les principaux articles sont : ENCÉPHALE, par Jaccoud, Hallopeau et S. Laugier; ENDÉMIE, par J. Rochard; ENDOCARDE, par Jaccoud; ENDOSCOPE, par Desormeaux; ENTOZOAIRES, par L. Vaillant et Luton; ÉPAULE, par Panas; ÉPIDÉMIES, ÉPIDÉMIQUES (maladies), par P. Lorain; ÉPILEPSIE, par Aug. Voisin; ÉPITHÉLIUM, par Ranvier; ÉRECTILES (appareils, mouvements, tumeurs), par Bœckel, etc.

Revue photographique des hôpitaux de Paris. Bulletin médical publié sous le patronage de l'administration de l'Assistance publique (2e année, n° 5, mai 1870; n°s de mai et juin 1870), avec 3 photographies. — Prix : 2 fr.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1ᵉʳ de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HÔPITAL MILITAIRE DE VINCENNES. Plaie pénétrante du crâne, suite d'un coup de feu; guérison, malgré la présence de la balle dans l'encéphale (M. Fleschut). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Documents pour servir à l'histoire du mouvement scientifique pendant le siége de Paris. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 3 mai 1871.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Faute d'orateurs inscrits sur la question de l'infection purulente, la discussion est restée en suspens. L'ordre du jour était également vierge de toute inscription. Nous avons vu le moment où la séance allait être close sitôt qu'ouverte, lorsque M. Depaul, faisant en cela un véritable acte de politesse envers ses collègues et les assistants, est monté à la tribune pour communiquer deux faits intéressants d'obstétrique empruntés à sa pratique. Il s'agit de deux cas de présentation de l'épaule, dans lesquels toute chance d'évolution spontanée et toute tentative de version étant également impossibles, il a été nécessaire, la mort du fœtus constatée, de recourir à l'embryotomie. Bien que ces deux faits ne présentent par eux-mêmes rien d'extraordinaire, et que les procédés opératoires mis en usage dans ces deux circonstances n'aient, non plus, rien de nouveau, cette relation n'en est pas moins intéressante, ainsi qu'on en pourra juger par la lecture du compte rendu de la séance; d'autant plus que M. Depaul en a pris occasion pour faire ressortir les perfectionnements qui ont été introduits depuis quelques années dans la pratique de l'embryotomie, cette *ultima ratio* de l'obstétrique, opération désormais réglée et dont tous les temps sont calculés et combinés de manière à prévenir toutes chances de dangers et à la rendre le plus inoffensive possible pour la mère.

Dʳ BROCHIN.

HOPITAL MILITAIRE DE VINCENNES.

M. FLESCHUT.

Plaie pénétrante du crâne, suite d'un coup de feu; — guérison, malgré la présence de la balle dans l'encéphale (1);

(Observation recueillie par M. le docteur MIRE, médecin aide-major.)

Le 10 octobre 1870, Schock (Charles), soldat au 81ᵉ de ligne, était couché à terre pour éviter le feu de l'ennemi, lorsqu'il a reçu une balle qui a traversé l'os frontal et a pénétré dans la cavité crânienne. Aussitôt douleurs vives, hémorrhagie abondante, qui n'amènent cependant aucune syncope. La blessure est située presque sur la ligne médiane, à 1 cent. 1/2 environ au-dessus de la naissance du nez; sa forme est arrondie et ses bords légèrement déchirés; son diamètre est à peu près celui d'une pièce de 50 centimes La solution de continuité de l'os n'a pas cette étendue, elle semble fort étroite et n'admet qu'avec peine l'extrémité d'une sonde de femme. M. Flesehut, chef du service, introduit dans la plaie un stylet de trousse qui pénètre à une profondeur de 6 à 7 centimètres avant d'arriver au projectile, dont la direction est sensiblement oblique de haut en bas, de gauche à droite et d'avant en arrière (2); retiré au dehors, l'instrument *ramène quelques fragments de substance cérébrale*. Du sang est extravasé dans les mailles du tissu cellulaire de la conjonctive oculaire droite, et la paupière supérieure, fortement œdématiée, retombe sur la cornée. La vision est complétement abolie des deux côtés depuis le moment de l'accident. Il y a, en outre, une hyperesthésie manifeste du sens de l'ouïe. Toute la région du front est le siége de douleurs très-vives. Pour éviter les vertiges et les étourdissements, on maintient la tête immobile dans une position élevée. Le lendemain, en présence du baron Larrey, médecin en chef de l'armée de Paris, le stylet pénètre tout entier dans la cavité crânienne sans rencontrer la balle, qui, sous l'influence de la position élevée de la tête, a dû céder à l'action de la pesanteur et faire du chemin en arrière.

Dans la journée du 14, la vue est revenue partiellement à gauche; à droite, les muscles du globe oculaire restent paralysés et la rétine absolument insensible. La tête doit être toujours maintenue immobile, sous peine de douleurs vives. L'intelligence reste nette et le moral excellent (1). *Il n'y a pas eu encore un seul instant de fièvre*, grâce peut-être à l'administration des opiacés, que l'on a donnés à haute dose dès les premiers jours (0,20; — 0,30; — puis 0,40 d'extrait) pour empêcher les accidents inflammatoires que l'on redoutait du côté de l'encéphale; ils n'ont triomphé qu'à grande peine de l'insomnie rebelle dont le patient était tourmenté depuis le moment de l'accident; mais, en tous les cas, ils ont eu cet heureux résultat de calmer de beaucoup la violence des douleurs frontales.

L'état général va toujours s'améliorant dans les derniers jours d'octobre : l'appétit augmente; la mastication, jusqu'alors assez pénible, se fait avec plus de facilité; un hoquet assez fatigant, qui suivait chaque repas, tend à disparaître. Bien qu'on ait diminué la dose de laudanum, le sommeil commence à revenir; il n'est plus aussi souvent interrompu par les soubresauts fort incommodes qui le troublaient.

Une bronchite intercurrente, malgré les retentissements douloureux provoqués par la toux, n'a pas aggravé la situation, et Schock peut déjà rester sur son lit, au moment du repas, sans éprouver ni vertiges ni éblouissements.

Le 5 novembre, il s'est levé quelques instants; les jours suivants, il a pu faire quelques pas, avec de grandes précautions toutefois, et en maintenant la tête fortement étendue en arrière.

La plaie, qui a beaucoup supuré pendant les trois premières semaines, est déjà presque cicatrisée dès le commencement de novembre. Il reste à peine un trajet fistuleux donnant encore passage à quelques gouttes d'une humeur jaunâtre.

Le 22, la blessure, un instant complétement fermée, s'est ouverte de nouveau; les téguments de la partie inférieure du front et supérieure du nez ont pris une coloration rougeâtre qui s'est étendue bientôt jusqu'à l'angle interne de l'orbite droit. Dans toute cette région, les parties molles sont empâtées, un peu tuméfiées et comme gorgées d'un liquide sanieux dont la rétention provoque quelques accidents qui disparaissent dès qu'il a repris un libre cours.

A la fin de novembre, la douleur, déjà beaucoup atténuée par les narcotiques, quitte la région postérieure du crâne pour se fixer pendant quelques jours au sommet de la tête et regagner ensuite le front, son premier point de départ.

Depuis le 13 octobre, date du retour partiel de la vision à gauche, jusqu'à la fin de ce même mois, l'état des deux yeux ne s'est pas sensiblement modifié. Le releveur de la paupière supérieure, les muscles propres du globe de l'œil, l'iris paralysé à droite, ont gardé à gauche presque toute leur liberté. La rétine droite est insensible à la lumière qui, néanmoins, provoque de la douleur et un écoulement de larmes très-abondant.

Il existe bien à gauche un peu de paresse de l'iris et un certain degré de photophobie, mais cet œil peut encore distinguer à un mètre les traits de l'infirmier qui, au pied du lit, n'est déjà plus qu'une ombre noire sans contours bien arrêtés. La lecture est possible de très-près et à condition de ne pas durer plus de quelques secondes. Cet état s'aggrave encore pendant les premiers jours de novembre. L'œil droit, il est vrai, commence à percevoir vaguement et seulement au déclin du jour, les contours des objets de grande dimension; mais, en revanche, l'œil gauche faiblit de plus en plus, et, dès le 20, il a déjà perdu plus de la moitié de la puissance visuelle qu'il avait encore gardée, ne pouvant même plus, quelle que soit la distance, distinguer les caractères d'imprimerie de la plus forte dimension. Contrairement à toute prévision, à la fin de ce ce même mois, cet organe, loin de continuer à faiblir, semble devenir meilleur, et le 12 décembre, Schock peut déjà faire sa partie de piquet, tenant ses cartes à une distance de plus de 30 centimètres.

Le 16, il reconnaît déjà le nombre des doigts qu'on lui présente et il peut lire facilement les caractères d'imprimerie quand ils sont un peu rapprochés.

Pendant que la vision de l'œil gauche a été ainsi s'améliorant, l'état de l'œil droit n'a subi d'autres modifications qu'un retour partiel des mouvements des muscles droits internes et externes, permettant déjà quelques mouvements de latéralité.

Dès la fin de décembre, le bourrelet formé par la muqueuse a un peu diminué, grâce aux scarifications et aux excisions qui, plusieurs fois, ont été pratiquées.

Vers le milieu de janvier, la plaie est complétement fermée par un tissu fibreux cicatriciel adhérent. La table externe du frontal a subi, à ce niveau, une perte de substance bien reconnaissable à une dépression presque circulaire, toute parsemée d'aspérités et de la grandeur d'une pièce d'un franc environ. La rougeur et l'empâtement ont disparu dans les tissus voisins qui ont repris leur coloration et leur consistance habituelles.

L'appétit est celui d'un homme en bonne santé; le sommeil est très-calme et n'est plus interrompu une seule fois pendant toute la nuit. Schock passe sa journée à jouer aux cartes, à se promener dans les corridors et dans les salles.

Dans les premiers jours de février, sur sa demande réitérée, on lui permet de quitter l'hôpital pour entrer au dépôt établi près des Invalides pour recevoir les militaires civils ou convalescents.

(*A suivre.*)

(1) *Union médicale* du 11 mars 1871.

(2) L'exploration est faite en présence d'un des médecins traitants qui, lui aussi, constate parfaitement la sensation toute particulière que donne une balle frappée par l'extrémité mousse d'un stylet métallique.

(1) Depuis qu'il est blessé Schock ne cesse de réclamer sa cigarette, qu'il paraît fumer avec la plus grande satisfaction.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 mai 1871. — Présidence de M. BOUVIER.

CORRESPONDANCE

Elle comprend : un mémoire de M. le docteur Burq, sur l'idio-métalloscopie.

COMMUNICATIONS

M. DEPAUL communique à l'Académie deux faits qu'il a observés dernièrement à l'hôpital des Cliniques et qui offrent un grand intérêt pour la pratique obstétricale. Il s'agit, dans l'un et l'autre cas, d'une de ces présentations rares, exceptionnelles de l'épaule, qui ne peuvent pas se résoudre par une évolution spontanée et dans lesquelles il serait impossible ou dangereux de pratiquer la version. Il y a treize ou quatorze jours, M. Depaul fut appelé auprès d'une femme en travail depuis longtemps, et que deux médecins et une sage-femme avaient tenté vainement d'accoucher. Les deux bras du fœtus étaient pendants entre les cuisses de la mère, ainsi que le cordon ombilical, déjà exsangue et flétri; un pied était dans le vagin. La femme fut transportée dans cet état à l'hôpital des Cliniques. M. Depaul s'assura par le toucher qu'il pouvait atteindre jusqu'au cou du fœtus, placé au niveau du détroit supérieur; mais il lui fut impossible de porter ses doigts jusqu'à la tête, fortement inclinée dans la fosse illiaque. La matrice était très-rétractée et des tentatives de version ne pouvaient produire que de graves déchirures.

La mort du fœtus étant constante, M. Depaul ne vit d'autre ressource que dans l'embryotomie. Il eut recours au procédé de la décollation, à l'aide de longs et puissants ciseaux dont Paul Dubois avait coutume de se servir. La détroncation ainsi pratiquée en une demi-minute, il suffit d'opérer une douce traction sur les bras pour extraire le corps de l'enfant. Quant à la tête, elle fut aussi amenée au dehors par une douce traction exercée sur la mâchoire inférieure, au moyen de l'index introduit dans la bouche.

A quelque temps de là, une autre femme fut apportée de Belleville à l'hôpital des Cliniques dans une situation à peu près analogue à la précédente. Le travail durait aussi depuis longtemps. D'inutiles essais de version avaient été faits par un médecin; un bras pendait hors de la vulve, l'autre était resté dans le vagin, le cordon était procident, l'enfant mort. M. Depaul pratique l'embryotomie par décollation, comme dans le premier cas. Le tronc fut extrait sans difficulté, mais le col de l'utérus s'étant fortement rétracté, il a fallu employer de longues et fortes tractions pour amener la tête du fœtus.

Les suites de ces deux accouchements s'accomplirent sans la moindre complication, sans le moindre accident.

M. Depaul insiste sur la nécessité de l'embryotomie dans ces présentations graves de l'épaule, où la version ne pourrait produire que la rupture des organes génitaux et où l'expectation n'aboutirait qu'à la mort de l'accouchée par épuisement général. Toutefois, le procédé embryotomique doit varier suivant que la présentation de l'épaule s'effectue par le moignon ou par le coude. Lorsque la présentation a lieu par le moignon, le cou du fœtus est facilement accessible aux doigts et à l'instrument de l'opérateur; dans ce cas, il faut employer la décollation. C'est ce qui est arrivé dans les deux observations rapportées plus haut. Mais si la présentation est cubitale comme disait madame Lachapelle, la tête et le cou du fœtus sont tellement élevés qu'il n'est pas possible de les atteindre; il faut alors recourir à un autre procédé d'embryotomie qui consiste à amputer l'épaule avec le segment correspondant de la paroi thoracique toujours à l'aide des gros ciseaux de Paul Dubois. On fait d'abord l'extraction des parties amputées, et le reste du corps vient ensuite assez facilement. On en rend l'extraction du tronc plus facile encore en débarrassant, au préalable, la cavité thoracique des organes qu'elle renferme, il n'y a plus alors qu'à attirer le corps du fœtus hors de la vulve en le saisissant par le milieu avec des crochets.

M. HUGUIER se demande si, même après la détroncation, il est toujours aussi facile d'extraire la tête que paraît le penser M. Depaul.

Il rappelle à cette occasion un cas analogue à ceux qui viennent d'être rapportés à l'Académie, il s'agissait d'une présentation par l'épaule d'un enfant mort. Un premier interne coupa le cou de l'enfant, extraya facilement le tronc et ne put parvenir à faire sortir la tête. M. Huguier arrivant alors essaya tous les moyens possibles : application de forceps, emploi du crochet, etc., etc. Il faut ajouter qu'à cette époque le céphalotribe n'était pas encore inventé. Le lendemain, M. Richerand, alors chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Louis, pratiqua l'opération césarienne, mais la femme mourut dans la soirée même.

M. Huguier n'ayant pas assisté à l'autopsie de cette femme ne peut indiquer les causes des difficultés qui s'opposaient à l'extraction de la tête de l'enfant.

M. DEPAUL pense que dans le cas que vient de rapporter M. Huguier il devait se présenter un rétrécissement considérable du bassin.

Dans ces cas-là, en effet, on rencontre, dit M. Depaul, des diffi-

cultés inouïes. Que reste-t-il à faire alors? il faut d'abord fixer la tête, puis diminuer son volume en l'ouvrant et en pressant de façon à faire sortir la substance cérébrale.

Les rétrécissements du bassin ne sont pas les seules difficultés qu'on puisse rencontrer. On peut, comme cela arrive souvent, avoir affaire à un hydrocéphale. Dans tous les cas, il faut avoir soin que la tête se présente par l'une ou l'autre des extrémités du grand diamètre. Le plus souvent le véritable obstacle qui s'oppose à la sortie de la tête est la rétraction du col et non pas, comme le pensent beaucoup de sages-femmes et même quelques médecins, parce que le menton s'accroche à la symphise pubienne.

Dans le cas rapporté par M. Hugier, M. Depaul n'approuve pas l'opération césarienne. C'est, selon lui, un moyen auquel on ne doit jamais recourir dans les cas de ce genre.

M. HARDY, à l'occasion de la communication de M. Depaul, rapporte un fait analogue qui s'est passé dans le service des femmes en couches dont il est chargé à Saint-Louis. Il s'agissait en effet d'une présentation par l'épaule. L'interne de M. Hardy opéra la version, amena au dehors les pieds assez facilement et tira si bien que le tronc seul sortit. M. Hardy appliqua le forceps, parvint à saisir la tête entre les cuillères, mais ne put par ce moyen arriver à extraire la tête. Il prit alors des ciseaux avec lesquels il fendit le crâne et fit sortir la substance cérébrale, cela fait il passa les branches du forceps, broya le crâne et termina ainsi l'opération heureusement, bien qu'elle n'ait pas duré moins d'une heure et demie. Cette femme est sortie peu de temps après en parfaite santé.

La séance est levée à 4 heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 novembre 1870. — Présidence de M. ALPHONSE GUÉRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

Les numéros à partir du 10 août de la *Gazette des Hôpitaux*, de l'*Union médicale* et de la *Gazette hebdomadaire*.

— Les *Archives de médecine*, numéro de septembre.

— Le *Bulletin de thérapeutique*, août et septembre.

— Le *Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique* et le *fascicule des mémoires* de la même académie.

— Le *Marseille médical*, numéro d'août.

— Le *Sud médical*, numéro d'août.

— Le *Journal de médecine de l'Ouest*, numéro d'avril.

— Le *Journal de médecine et de chirurgie*, du docteur Lucas-Championnière, numéros d'août et septembre.

— Le *Bulletin médical du nord de la France*.

— L'*Art dentaire*.

Chloral. — M. BOINET dit avoir traité par le chloral trois tétaniques, dont deux avec succès. Il s'agissait de blessures par armes à feu, et les malades placés dans l'ambulance du Palais de l'Industrie ont dû subir l'influence du froid qui régnait dans les salles. Le chloral fut administré à la dose de *deux* grammes toutes les six heures, autrement dit de *huit* grammes dans les 24 heures.

M. PANAS demande à M. Boinet de vouloir bien indiquer la forme de tétanos à laquelle il a eu affaire; à quoi M. Boinet répond que le tétanos ayant duré de douze à quinze jours, c'est à la forme chronique de cette affection qu'il faut rapporter les cas cités par lui.

M. GIRALDÈS faisant une distinction entre la forme pharyngienne, de beaucoup la plus grave, et les autres formes de tétanos, désire apprendre de M. Boinet si ses malades avaient été pris de spasme pharyngien pouvant rendre la déglutition impossible. Dans ces cas, le danger est très-grand, et le chloral ne peut plus être administré que par le rectum. Pour son compte, il a eu l'occasion de voir cette forme deux fois : la première, au Val-de-Grâce, chez un jeune soldat bavarois atteint d'un coup de feu à la cuisse; la seconde fois à l'hôpital des Enfants chez un petit malade offrant une blessure à la main.

Bien que le chloral fût administré par le rectum, les deux malades ne succombèrent pas moins, et cela dès le troisième jour de l'apparition du tétanos.

Chez un autre militaire, qui tout d'abord ne présenta pas de spasme pharyngien, le tétanos dura treize jours, et ce ne fut qu'après l'apparition de ce symptôme, que le malade succomba rapidement dans l'espace de 24 heures.

M. BOINET fait observer qu'aucun de ses trois tétaniques n'a eu de spasme pharyngien au point de rendre la déglutition impossible. Du reste, M. Boinet conseille de surveiller l'administration du chloral, attendu qu'outre une certaine gêne dans la déglutition, beaucoup de malades répugnent à prendre le chloral.

M. GUÉRIN, sans vouloir entrer dans le détail des observations qui lui sont personnelles, dit avoir eu à traiter par le chloral trois tétaniques militaires à l'hôpital Saint-Martin. Tous trois moururent malgré l'administration de doses élevées de chloral (*huit* à *dix* grammes par jour), de sorte qu'il est porté à croire à l'absolue inefficacité de la médication en question.

M. GIRALDÈS désire, jusqu'à nouvel ordre, qu'on ne tienne pas un compte absolu des résultats obtenus dans les hôpitaux militaires, attendu que le chloral dont on y fait usage, préparé peut-être par le procédé de M. Roussin, pourrait ne pas être d'une grande pureté; ce n'est même qu'ainsi qu'il peut se rendre compte de la diversité des résultats obtenus par lui à l'hôpital des Enfants-Malades et au Val-de-Grâce.

M. BOINET attribue en partie les deux succès qu'il a eu à la sudation abondante qu'il a cherché à provoquer chez ses malades à l'aide de boissons chaudes.

M. DOLBEAU demande la parole pour remercier avec effusion ses collègues qui ont bien voulu, pendant sa maladie, lui donner de nombreux témoignages d'intérêt.

M. LE PRÉSIDENT exprime, au nom de la Société, le plaisir de voir M. Dolbeau assister à la séance d'ouverture.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

14 NOVEMBRE.

XXV. **Voyage dans Paris.** — *Au Théâtre-Français.* — La dernière affiche du Théâtre-Français, dont on voit encore quelques lambeaux lavés par la pluie sur les kiosques, porte la date du 5 septembre : on jouait ce jour-là *le Lion amoureux*, de Ponsard. On a beaucoup agité la question de savoir si, dans cette grande tristesse, il n'y avait pas quelque chose qui blessait la pudeur publique à rouvrir les spectacles. De bonnes raisons ont été données pour et contre, et nous ne recommencerons pas une discussion désormais inutile. Quelques théâtres ont entrebâillé leurs portes dans un but de bienfaisance et pour des représentations diurnes entremêlées de conférences et d'intermèdes; on a récité en habit de ville des fragments de chefs-d'œuvre. Beethoven, Mendelsohn, Mozart, Weber font entendre de nouveau les voix mystérieuses et profondes de leur orchestre. Pourquoi pas? La musique sait parler à la douleur; elle a des consolations inarticulées, de vagues plaintes, des caresses délicates et féminines qui n'offensent pas l'âme humiliée; à travers ses soupirs il semble qu'on entende chuchoter l'espérance, et parfois retentir des appels héroïques. Aussi la foule a-t-elle été immense aux concerts de Pasdeloup et n'y avait-il pas une place de libre au Théâtre-Français à la représentation au bénéfice de l'héroïque cité de Châteaudun, et, le lendemain, au bénéfice des victimes de la guerre.

Oui, cela est vrai, le drapeau de la société internationale, avec sa croix de gueules sur champ d'argent, flotte sur le comble du théâtre et au balcon, où l'on venait respirer un peu d'air pur pendant les entr'actes. Des blessés gisent dans ce foyer qu'arpentaient les critiques, quelquefois si occupés de discussions d'art qu'ils en oubliaient la pièce. Au premier abord, rien d'étrange comme ce voisinage d'ambulance et de comédie, mais nous vivons dans un temps de brusques contrastes. Les antithèses les plus inattendues sont posées par les événements avec une hardiesse à effrayer toutes les rhétoriques. Déjà l'on y est fait et rien ne semble plus naturel.

On avait dit que les décors et les costumes ayant été mis en lieu de sûreté, dans une cave ou dans un magasin blindé à l'épreuve de la bombe, on jouerait la tragédie en frac et en toilette de ville entre les portants du théâtre et sans le moindre *palais*. Cette idée nous souriait assez. La tragédie, telle que les grands maîtres du XVII[e] siècle l'ont entendue, ne se pique nullement de *couleur locale*. Elle ne connaissait ni le mot, ni la chose. Quoique Racine fût un grand helléniste, il n'avait assurément pas songé, au moment de faire représenter *Andromaque* ou *Iphygénie*, à regarder un vase grec, à consulter une médaille antique pour obtenir une mise en scène plus exacte. L'analyse dialoguée des passions devant un fond vague d'architecture semblable à ces ombres dont on remplit la toile des portraits n'a pas besoin d'un costume précis, et la tragédie qui se jouait en perruque, en tonnelet et en robe à paniers, pourrait se représenter tout aussi bien en habit noir. Notre attente a été trompée. La tragédie avait retrouvé dans quelque armoire du vestiaire tout son attirail pompeux : chlamydes, peplos, tuniques, manteaux, cothurnes, et même un décors un peu trop pompeïen pour le palais de Buthrote, où se passe l'action. Mais ce n'est pas la faute du siége.

Il n'est pas nécessaire, croyons-nous, de faire l'analyse d'*Andromaque* et d'y ajouter des considérations esthétiques sur Racine. L'auteur et la pièce sont connus. Mais que M[lle] Favart a été belle et touchante dans ce rôle d'Andromaque, qui semble avoir été écrit pour elle! Comme le poëte, sans altérer en rien le pur contour antique de cette noble figure a su y mettre une délicatesse, une chasteté et une élévation qui en augmentent le charme.

« Dans Euripide, Andromaque craint pour la vie de Molossus, un fils qu'elle a eu de Pyrrhus, et qu'Hermione veut faire mourir avec sa mère; mais il ne s'agit pas ici de Molossus : Andromaque ne connaît pas d'autre mari qu'Hector, ni d'autre fils qu'Astyanax. J'ai cru en cela me conformer à l'idée que nous avons maintenant de cette princesse. La plupart de ceux qui ont entendu parler d'Andromaque ne la connaissent guère que pour la veuve d'Hector et la mère d'Astyanax. On ne croit pas qu'elle doive aimer ni un autre mari ni un autre fils, et je doute que les larmes d'Andromaque eussent fait sur l'esprit de mes spectateurs l'impression qu'elles y ont faite, si elles avaient coulé pour un autre fils que celui qu'elle avait d'Hector. »

Ces lignes pleines de finesse et de sentiments sont de Racine, et montrent que l'illustre poëte contenait un critique plein de tact. Il y a dans le public une sorte d'amant jaloux qui ne permet aucune infidélité aux figures idéales qu'on lui présente. La veuve d'Hector, partageant la couche de Pyrrhus, comme c'était son devoir de captive, n'eût excité aucun intérêt.

M[lle] Agar a la beauté tragique et la violence passionnée d'Hermione. Prud'hon est un Pyrrhus suffisamment amoureux et farouche, et Maubant prête aux fureurs d'Oreste sa belle voix sonore.

Une salle de spectacle a toujours, quand le soleil luit au dehors, un aspect étrange et lugubre. Le jour glissant par quelque interstice et s'y rencontrant avec la lumière du gaz produit des effets bizarres. On sait que la vie nocturne est la vraie vie des théâtres. La journée y oublie ses durs labeurs dans les plaisirs de l'esprit, mais elle s'étonne d'interrompre sa tâche pour une représentation qui ordinairement ne vient que le soir.

Quand on est assiégé il faut être économe pour durer longtemps. L'homme ne vit pas seulement de pain, il vit aussi de lumière. Le gaz est du soleil emmagasiné, et on doit, dans la position où nous sommes, en ménager précieusement les rayons. Donc la salle n'était éclairée qu'à demi et les becs ne dardaient que la moitié de leur flamme. Cette pénombre est favorable à la scène et aux acteurs, dont elle augmente l'importance en tenant les spectateurs dans le clair obscur : du reste on était venu pour voir et non pour être vu. Les femmes étaient relativement en petit nombre et leurs toilettes sévères, noires ou grises, n'avaient pas besoin de vives clartés. Les hommes, pour la plupart, n'avaient pas pris la peine de déposer la tunique du garde national; les chapeaux étaient rares, les képis nombreux. La salle, à vrai dire, avait un peu l'air d'un camp.

Dans la grande avant-scène, autrefois loge impériale, les blessés convalescents de l'ambulance assistaient au spectacle, et tous les yeux se tournaient de leur côté avec attendrissement. Il y avait là des bras en écharpe, des mains et des têtes entourées de linge; mais celui qui fixait le plus l'attention était un jeune homme la figure traversée par une large bandelette; il avait l'air d'un de ces Touaregs du Sahara qui voilent leur figure jusqu'aux yeux comme des femmes. Dans l'aile de son nez s'était logée une balle qu'on n'avait pu, dit-on, encore extraire, ce qui ne l'empêchait pas d'être très-attentif aux larmes d'Andromaque et aux fureurs d'Hermione. Tous ces braves garçons, relevés à peine de leur lit de souffrance, semblaient heureux de cette distraction, et ceux qui avaient deux mains applaudissaient aux bons endroits avec cette naïveté de sentiment qui ne se trompe jamais.

Entre la tragédie et la comédie, — on jouait aussi le *Médecin malgré lui* ce jour-là, — Coquelin a lu une poésie de M. Henri de Bornier, sur Châteaudun, l'héroïque petite ville, d'une fière tristesse et d'un beau souffle lyrique, qui a été accueillie avec le plus sympathique enthousiasme. Il a dit ensuite les *Cuirassiers de Reichoffen*, de M. Bergerat. Il y a du mouvement, de la hardiesse et une certaine grandeur épique dans ce morceau, où la difficulté de revêtir de lyrisme des détails modernes est très-heureusement surmontée. La charge des cuirassiers, au clair de lune, suivis de leurs ombres galopantes, comme si déjà les vivants qui vont mourir avaient leurs spectres derrière, rappelle, sans l'imiter, l'effet fantastique de la *Revue nocturne* de Zedlitz, si merveilleusement illustrée par Raffet.

Sganarelle, improvisé médecin à coups de baton, et joué par Got avec la verve la plus désopilante, a forcé de rire une salle qui peut-être n'en avait guère envie; mais le comique de Molière est irrésistible.

Lorsqu'on sort on est tout surpris de voir la lueur blanche du jour et les passants qui vont à leurs affaires. On chancelle quelques pas comme un oiseau de nuit qui va de l'ombre à la lumière.

Une autre représentation a suivi celle-là, avec un succès tel qu'on rendait l'argent au contrôle, et que si le directeur de la Comédie-Française ne nous eût offert une place dans cette loge de baignoire qu'on appelle *le tombeau*, tant elle est noire et profonde, nous eussions été forcé de continuer notre promenade sous les portiques du Palais-Royal. Nous étions là un peu comme Charles-Quint dans son armoire :

Nous étouffions très-bien, mais entendions fort mal,

et nous acceptâmes avec plaisir la proposition que nous fit Edouard Thierry d'aller faire un tour de foyer, c'est-à-dire d'ambulance. C'est en effet dans cette magnifique pièce, bien aérée, haute de plafond, d'abord facile, réunissant toutes conditions de salubrité, que l'ambulance est installée. La cheminée monumentale devant laquelle on eu lieu tant de discussions, la chauffe de ses énormes bûches et y entretient une douce température. Les lits des blessés sont rangés la tête contre le mur de chaque côté de la salle, laissant entre eux un large passage. Les bustes des poëtes tragiques et comiques les regardent de leurs yeux blancs et semblent veiller sur eux. Le Voltaire de Houdon ricane toujours sur son fauteuil de marbre; aucun voile n'a été jeté sur le patriarche de Ferney, seulement une bande de percaline verte protége son piédestal et garnit également le bas des murailles à hauteur d'homme, de peur des chocs et des éraflures.

Il n'est pas besoin de dire que ces lits sont d'une propreté méticuleuse et d'une blancheur éblouissante. D'autres sont disposés dans la longue galerie qui servait de promenoir, et dont les fenêtres s'ouvrent sur le balcon de la rue Richelieu. Il n'y avait, au moment de notre visite, que deux blessés couchés, un dans le foyer, l'autre dans la galerie. Tous deux répondirent à notre respectueux salut par un sourire amical. Les internes et les infirmiers occupent au bout du couloir la petite salle du buffet. A la lingerie, située à l'étage inférieur, nous trouvâmes la belle Delphine Marquet qui roulait des bandes. Avec ses petites boucles frisées sur le front, sa sévère robe noire et son linge tout uni, comme on disait autrefois, elle avait l'air d'une de ces dames du temps de Louis XIII, qu'on voit visiter les malades dans les gravures d'Abraham Bosse. Mais aucun raffiné à feutre mou, à longue plume, à chemise bouffante, à bottes évasées, garnies de dentelles, n'était là le poing sur la hanche, en relevant du doigt sa moustache. L'actrice, attentive et sérieuse, accomplissait dans la solitude son œuvre charitable.

Nous rendîmes aussi visite à la cuisine placée au rez-de-chaussée. Quand les belles sociétaires de garde y descendent pour chercher un bouillon ou apprêter une portion de convalescent, la salle illuminée ressemble à cette toile célèbre de Murillo connue sous le nom de *Cuisine des Anges*.

En passant par le couloir qui mène de la salle à la scène, nous rencontrâmes deux religieuses, deux sœurs hospitalières, dont l'une demandait à l'autre : « Où donc est la sœur Sainte-Madeleine? — Au théâtre du Palais-Royal, » répondit la sœur interrogée, du ton le plus naturel du monde.

Au moment même où passaient les sœurs, débouchait du foyer des acteurs Basile avec sa longue robe noire, son rabat blanc et ce

(1) Voir le dernier numéro.

bizarre chapeau que les prêtres espagnols portent encore. Il s'effaça contre le mur, saluant de la façon la plus respectueuse. On jouait un acte du *Mariage de Figaro*. C'était un pur hasard, vous le pensez bien. Mais n'accuserait-on pas d'invraisemblance un auteur qui risquerait un tel contraste? Quelle série étrange d'événements vertigineux n'a-t-il pas fallu pour faire se coudoyer le Basile de Beaumarchais et de vraies religieuses dans un couloir de la Comédie-Française! La chanson de Béranger, *l'Actrice et la Sœur de charité*, nous revenait en mémoire, mais ici la réalité est au-dessus de l'invention, car ce n'est pas dans l'autre monde que la rencontre a lieu. Rien de plus convenable et de plus décent que les rapports des comédiennes et des religieuses. Les artistes de la Comédie-Française sont de vraies dames, et elles ont pour ces saintes filles la vénération qui leur est due et qu'elles méritent si bien.

Aux fragments de *Tartuffe*, du *Mariage de Figaro* et des *Plaideurs*, se joignait l'attrait de récitations poétiques. Mme Victoria Lafontaine a dit avec un charme exquis d'intimité une délicieuse petite pièce de Théodore de Banville, qui peint la soirée du garde national revenant du rempart après vingt-quatre heures de pluie, de bise, de patrouilles et de faction au rempart, et retrouvant chez lui avec bonheur toutes les douces harmonies du foyer: la femme, l'enfant, le fauteuil moelleux, les chaudes pantoufles et la causerie affectueuse sous la clarté opaline de la lampe, ces purs plaisirs de la famille, auxquels la gravité de la situation ramène et qui valent mieux que les frivoles distractions du cercle, du jeu et des coulisses. Mlle Agar a fait vibrer, avec une incomparable vigueur, la *Lyre d'airain*, d'Auguste Barbier, et Mlle Favart, vêtue d'une adorable robe blanche, satinée et duvetée comme un plumage de tourterelle, a roucoulé d'une voix plus douce que la plus suave musique, une poésie de M. Eugène Muller. Ce morceau charmant a pour titre les *Pigeons de la République*. Ce n'est plus à des messages d'amour que sont employés les oiseaux chers à Vénus. L'Amour ne cherche plus sous leur aile le petit billet plié et scellé d'un baiser de l'amante; on leur demande des nouvelles de la France; on les interroge sur la marche des armées; leur vol est officiel, et ils sont enrôlés dans la grande guerre.

Nous avions lu, le matin même, les *Guêpes* d'Aristophane, et nous ne crûmes pas que notre conscience nous engageât à entendre l'acte des *Plaideurs* qui terminait le spectacle. Mais nous ne savions plus nous en aller, et il nous eût été impossible de citer en ce moment le fameux vers:

Nourri dans le sérail, j'en connais les détours.

Nous ne retrouvions plus notre route. Des corridors, des escaliers, des passages, avaient été barrés pour séparer l'ambulance du théâtre, et nous fûmes obligé de demander notre chemin à une sœur qui nous remit avec beaucoup d'obligeance dans la bonne voie et nous accompagna jusqu'à la dernière porte. Un feuilletoniste ayant pour Ariane à travers le dédale du Théâtre-Français une brave sœur hospitalière, n'est-ce pas là, comme disent certains journaux, — un signe des temps? — Théophile Gauthier.

XXVI. **Alimentation publique.** — On lira avec intérêt quelques détails sur les moulins à blé installés par le ministère du commerce, sous la direction de MM. Krantz, ingénieur en chef, et Cheysson, ingénieur ordinaire.

Au moment de l'investissement, Paris renfermait dans ses magasins publics et particuliers plus de 300,000 quintaux de blé, non compris ses grands approvisionnements de farine, et ceux du grain destiné à l'armée. Pour faire concourir ce blé à l'alimentation de la capitale, il fallait le moudre, à moins de le consommer en nature, d'après des procédés renouvelés des Romains ou des Orientaux, mais que la population parisienne n'aurait sans doute subis qu'à regret. Mais Paris n'avait pas de moulins. Il était donc nécessaire d'en improviser, et sur une échelle assez grande pour répondre à cette impérieuse nécessité de la défense.

Le ministère du commerce a compris ce devoir que lui imposaient les circonstances, et il a décidé l'établissement de près de 150 paires de meules, installées d'après le système usuel, le moment n'étant pas propice pour se livrer à des expériences sur les inventions que la pratique n'avait pas encore sanctionnées.

C'était un problème assez difficile que celui de monter des moulins sur de telles proportions, dans un temps très-court, et avec les seules ressources de matériel et de personnel dont disposait la capitale.

Paris, qui exploite tant d'industries, a peu développé celle de la construction des moulins. De plus, la conversion du grain en farine est une opération industrielle très-délicate, qui a subi dans ces derniers temps de nombreux perfectionnements, et demande des locaux spéciaux pourvus d'appareils compliqués. Mécaniquement transporté à la partie supérieure du moulin, le blé descend en subissant les diverses opérations du nettoyage, puis se distribue sous les meules, et se rend, toujours en utilisant l'action de la gravité, dans les bluteries qui séparent et classent les diverses qualités d'issues et de farines.

Les conditions dans lesquelles se présentaient le problème de la mouture pour l'approvisionnement de Paris ne comportaient ni les dépenses ni les délais qu'aurait entraînés cette disposition. L'installation des nouveaux moulins ne pouvait être que simple, rapide, peu coûteuse, reposer sur la suppression des étages et la simplification des appareils. Le programme de la fabrication devait lui-même être simplifié et mis en harmonie avec les circonstances.

Il fallait aussi se garder d'accumuler toutes les meules sur un seul point, dans un établissement monumental qui aurait eu l'inconvénient d'être exposé aux coups de l'ennemi, aux dangers d'incendie et d'exiger des frais considérables, de longs délais d'exécution; enfin des transports onéreux pour les grains et les farines.

Au lieu de cette installation grandiose, mais peu praticable, on a adopté la solution plus économique et plus modeste qui consiste à répartir les meules entre les divers quartiers de Paris à portée des dépôts de grains et des besoins à satisfaire, dans les locaux disponibles déjà pourvus de force motrice.

C'est dans ce sens qu'un appel a été adressé aux principaux constructeurs de Paris. On leur a offert, non une affaire et des bénéfices, mais l'emploi de leur matériel et de leur personnel inoccupés et le simple remboursement de leurs dépenses justifiées. Cet appel a été accueilli avec une spontanéité patriotique qu'il importe de signaler à la reconnaissance de la population.

Un projet très-complet a été rédigé par les soins de l'administration, puis communiqué à chacun des constructeurs, qui conservait cependant la faculté de s'en écarter dans une certaine limite. On avait ainsi le double avantage de guider les entrepreneurs en leur traçant un programme, et de leur laisser une initiative assez étendue qui les associait à l'honneur de l'œuvre.

Les constructeurs ont largement usé de cette faculté. Leurs installations, quoique répondant toutes aux données essentielles du programme, ont cependant leur individualité prononcée. Elles ont révélé une fois de plus, dans les ateliers parisiens, cette souplesse et cette variété d'aptitudes, unie à cette fécondité de ressources intellectuelles et matérielles, dont ils ont déjà donné tant de preuves et que surexcite encore le sentiment des services à rendre dans cette circonstance à l'approvisionnement de Paris, c'est-à-dire à la défense nationale.

Mais toute dévouée et toute éclairée qu'elle fût, cette initiative eût été impuissante à se procurer certains éléments, cependant essentiels au succès de l'entreprise.

En première ligne se placent les meules que l'administration a fait venir à temps de La Ferté-sous-Jouarre, quelques jours avant l'investissement de la capitale.

Pour le travail de ces meules, il faut des ouvriers spéciaux et exercés. L'administration a réuni ce personnel autour d'elle en s'adressant à tous les meuniers des environs avant que les communications fussent interceptées. Elle a ainsi groupé un effectif de 80 à 100 ouvriers rhabilleurs, dresseurs de meules, garde-moulins..., et d'une vingtaine de chefs de mouture expérimentés qui ont été répartis entre les divers établissements. Plusieurs grands meuniers des environs de Paris ont bien voulu eux-mêmes prêter à ce service le concours de leur expérience et accepter la direction professionnelle de quelques-uns des nouveaux moulins.

Quant aux appareils de nettoyage et de bluterie, ils présentent dans les moulins ordinaires une grande complication qui s'explique par la nécessité de trier les diverses sortes de blés et de farines, et de pousser l'opération jusqu'aux dernières limites de son rendement industriel. Dans le montage de ses moulins, l'administration n'avait pas en vue le même objectif et n'aurait pu, du reste, y consacrer ni les délais ni les dépenses indispensables pour le réaliser.

Elle a donc réduit le nettoyage et le blutage à la mesure nécessaire pour obtenir un grain bien nettoyé, une farine d'une seule qualité suffisamment purgée de son, mais qui ne saurait prétendre à rivaliser avec les produits des marques les plus estimées. Il est d'ailleurs essentiel de faire observer que cette blancheur, trop recherchée du public parisien, n'est pas pour le pain un indice de sa qualité nutritive, et que, de l'avis des hygiénistes les plus compétents, un blutage moins complet, outre qu'il augmente le rendement de la mouture, améliore le pain en tant qu'aliment. Le parti de simplification adopté par l'administration était donc non-seulement commandé par les circonstances, mais se justifiait encore à tous autres égards.

Même ainsi simplifiés, les appareils de nettoyage et de bluterie, qui se fabriquent en général en province, auraient constitué un sérieux obstacle à l'installation de la plupart des moulins, si l'administration ne s'était décidée à monter dans un grand atelier de menuiserie, mis obligeamment à sa disposition, une fabrication de tarares avec cribleurs, et de bluterie qui a satisfait avec la plus grande activité à toutes les nécessités du service.

Enfin, pour assurer la marche des moulins, l'administration a constitué à la rue de Reuilly un dépôt de plus de 3,000 tonnes de charbon, acheté dans de bonnes conditions, qui répond à plus de trois mois de fonctionnement.

D'autres difficultés accessoires ont également été surmontées. Aujourd'hui, 70 paires de meules sont en état de moudre du blé; la farine qui en provient est très-belle et donne de l'excellent pain de ménage, plus savoureux même que le pain ordinaire, quoique moins blanc; 100 autres paires, qui se préparent à cette mouture en broyant l'orge et le seigle nécessaires à la consommation des bestiaux, vont pouvoir à leur tour faire de la farine avant dix jours. Elles constitueront ainsi, avec celles qui fonctionnent aujourd'hui, l'imposant effectif de 170 paires de meules, réparties en quatorze établissements, mues par une force de 700 chevaux-vapeur, et capables de moudre, par jour, plus de 3,000 quintaux de blé.

Dans ce total ne sont comprises ni les 100 petites paires de meules verticales du système Falguier que la ville de Paris a commandées à l'usine Cail, et dont une partie fonctionne déjà, ni les 40 paires de la manutention militaire et du moulin Scipion, ni les moulins de Saint-Denis, Charenton, Saint-Maur, que leurs propriétaires mettent à la disposition du Gouvernement, ni certains moulins particuliers existant dans Paris.

Sur ce point, comme sur tant d'autres, l'industrie privée, sous l'incitation de son patriotisme et des événements, vient de réaliser un véritable tour de force. Nos industriels se sont improvisés constructeurs de moulins et meuniers, comme ailleurs ils se font fabricants de canons, de mitrailleuses, de chassepots, de poudres, etc. Ce sera là un des traits distinctifs de ce siége, et l'une des causes les plus puissantes du succès final que méritent tant de généreux efforts.

En résumé, pour ce qui concerne le blé, l'opinion publique peut être pleinement rassurée. Grâce à cet élan qui a permis d'improviser en quelques semaines et pour quelques centaines de mille francs des usines qui eussent en temps ordinaire demandé des millions et des mois, tout le grain que contient Paris peut concourir à son alimentation, et fournir, pendant une très-longue période, à la capitale un pain salubre et substantiel.

Les moulins fonctionnent presque tous. Le pain fabriqué avec leurs farines est de bonne qualité.

XXVII. **Hygiène du soldat.** — Notre très-honorable confrère et ami, M. le docteur Bourdon, nous remet un exemplaire de l'instruction que la *Société médicale des hôpitaux* adresse à nos soldats. Cette instruction est destinée à être distribuée en grande quantité.

Nous la reproduisons à titre de document historique:

LA SANTÉ DU SOLDAT.

La Société médicale des hôpitaux de Paris, préoccupée de la santé des hommes qui font campagne, leur adresse les conseils suivants. Elle fait un pressant appel, pour seconder ses efforts, au patriotisme et au zèle des officiers et sous-officiers.

Veiller sur la santé et le bien-être du soldat, le mettre en garde contre les tentations mauvaises, c'est faire œuvre de *fraternité* et remplacer la famille absente. C'est un honneur et en même temps un devoir pour les chefs de corps de maintenir en activité le plus grand nombre possible d'hommes valides pour le jour du combat.

Dans les grandes guerres, il y a plus de malades que de blessés, plus de morts par les maladies que par le feu de l'ennemi. Sur 100 décès, il y en a 75 par les maladies, 25 seulement par le feu.

Les meilleurs préservatifs sont la sobriété et la propreté.

Sobriété. — L'abus des liqueurs est tellement dangereux que, pour détruire efficacement le mal, le général Grant, aux États-Unis, en prohiba absolument l'usage dans les camps et même dans les *mess* d'officiers.

Cette défense fut suivie d'une amélioration notable dans la santé des troupes.

Il est certain, de trop nombreux exemples le prouvent, qu'une semblable mesure est aussi urgente pour nous, et elle aurait, si elle était strictement observée, les mêmes résultats qu'en Amérique.

L'usage habituel des liqueurs est funeste, à jeun surtout. Elles produisent le tremblement, l'abrutissement et de nombreux cas de folie. L'absinthe, plus redoutable encore, cause souvent le haut mal.

Quand l'alimentation est insuffisante, c'est une erreur grave de croire qu'on peut longtemps remplacer les aliments par les liqueurs fortes; leur abus détermine des dérangements de corps, et même de la dysenterie.

Elles sont presque toujours frelatées et produisent plus rapidement l'ivresse; or, en campagne, en face de l'ennemi, l'ivresse est un crime et une lâcheté.

Après une faction par le froid et la pluie, après une nuit de garde: une soupe chaude, du café ou du thé chauds ou sucrés, auxquels on peut ajouter une très-faible proportion d'eau-de-vie ou de rhum, sont les meilleures boissons.

Les chefs de corps soucieux de la discipline et de la santé de leurs soldats feront exercer une surveillance sévère sur le personnel des cantiniers et surtout des cantinières, qui sont une cause de désordre, d'ivrognerie et de débauche.

Ils ont aussi le droit et le devoir de faire vérifier la qualité des produits vendus dans les cantines.

Aliments. — En baraques, la cuisine faite sur des fourneaux fixes sera meilleure, coûtera moins cher, et il y aura moins de gaspillage.

Quand on fait usage de salaisons, les faire tremper pendant plusieurs heures dans de l'eau froide d'abord, puis chaude; changer cette dernière pour les faire cuire.

Pour éviter le scorbut, y joindre des légumes frais si c'est possible, cuits ou crus, surtout de la salade. — Laver la bouche à grande eau à la fin du repas.

Dans les expéditions au pôle nord, on s'est bien trouvé de mâcher chaque jour une ou deux rondelles de pommes de terre crues.

Dans les marches à la pluie, protéger le pain en l'enveloppant dans un morceau d'étoffe imperméable.

Quand, à défaut de pain, on mange du biscuit, il faut le ramollir en le trempant dans un liquide: eau, bouillon, vin, café, etc.

On peut aussi le rafraîchir en l'exposant à un feu de braise.

Le biscuit mangé sec est difficilement digéré et cause des dérangements de corps.

Propreté. — Chaque jour l'homme devrait se laver tout le corps avec de l'eau et du savon; en campagne, les lavages généraux sont impossibles; mais, en dehors des soins habituels de propreté, on devra se laver les pieds chaque jour, et surtout après les longues marches; ces lavages reposent beaucoup, et s'ils sont fait rapidement avec de l'eau tiède ou froide, ils fortifient la peau, loin de la ramollir.

En campagne, surtout l'hiver, il est préférable de laisser pousser toute la barbe; mais il faut la tenir proprement et la raccourcir avec des ciseaux; tenir les cheveux courts.

L'usage du rasoir en commun peut causer des maladies de la peau contagieuses et rebelles.

Éviter de se servir sans les avoir bien lavés et essuyés du verre, du bidon, du couvert de ses camarades. Il ne faut jamais fumer avec la pipe des autres. De graves maladies ont été souvent communiquées par l'usage commun de ces objets.

Des visites fréquentes des soldats doivent être faites au point de vue de la propreté et de la santé par le chirurgien du corps.

Vêtements. — En campagne, l'hiver surtout, le soldat ne devrait porter que de la laine: *chemise, caleçon, chaussettes.*

Quand on a été mouillé, le premier soin doit être de se sécher par tous les moyens possibles et de changer de chaussures.

Le linge de corps, toile ou laine, sera lavé souvent; une fois par semaine si c'est possible.

Avec la chaleur perdue des cuisines en plein air et des feux de bivouac faire chauffer de l'eau pour les soins de propreté et le blanchissage.

Coucher. — Au bivouac, un morceau de caoutchouc de 1 mètre de large sur 1 mètre 80 centimètres de long, étendu par terre, rendrait de grands services en préservant absolument le corps de l'humidité du sol. L'homme enveloppé de sa couverture de laine s'étendrait sur ce drap qui en marche, s'il pleuvait, servirait de manteau et protégerait l'homme, son fourniment et ses vivres.

Cette couverture en caoutchouc a rendu de grands services aux soldats américains qui en étaient tous pourvus; elle est considérée comme un des moyens qui ont le plus contribué à maintenir en bon état la santé des troupes.

Pour faire de ce caoutchouc un manteau, il suffit d'ajouter près du bord d'un des côtés les plus longs une série d'œillets métalliques

à 5 ou 6 centimètres de distance; en passant un fort lacet ou une corde dans ces œillets, on transforme ce drap en un manteau froncé imperméable.

Avec un couvre-képi à couvre-nuque et ce manteau, tout le haut du corps est complétement à l'abri de la pluie.

Au bivouac en plein air, se couvrir la figure pendant le sommeil pour éviter les maux d'yeux.

En baraques, le lit de camp en planches, quoique plus dur, est préférable aux matelas au point de vue de la propreté; les matelas deviennent vite durs et se remplissent de vermine.

A moins de pluies abondantes, les baraques seront largement ventilées pendant tout le jour en laissant portes et fenêtres ouvertes.

Se défier des femmes qui rôdent dans le voisinage des campements; elles sont presque toutes malades. Beaucoup de soldats de la mobile sont mariés, les gardes nationaux sédentaires le sont presque tous; qu'ils sachent bien qu'un moment d'entraînement et d'oubli peut faire entrer dans la famille une maladie justement redoutée, dont la guérison n'est jamais certaine et qui frappe ses victimes jusque dans leurs enfants.

XXVIII. **Alimentation publique.** — Le manque de viande, de beurre et d'autres comestibles a réduit un grand nombre de restaurateurs à fermer.

On nous assure que le gouvernement prend en ce moment des mesures pour que dans chaque quartier un nombre déterminé de restaurants puisse suffire aux besoins des clients célibataires.

XXIX. **Hygiène publique.** — Dans le 7e arrondissement, la municipalité vient de suivre en partie l'exemple donné par le 5e. Les quarante-huit boucheries de la circonscription sont érigées en boucheries municipales; chaque boucherie fournit de la viande aux habitants les plus rapprochés de l'établissement. Les cartes sont remises pour la prochaine distribution, au moment où l'on vient chercher sa viande, ainsi que nous l'avions récemment demandé dans ce journal, ce qui évite deux déplacements et une grande perte de temps. On se loue beaucoup de ces mesures dans le quartier, et l'on nous assure, à notre vif plaisir, que des mesures analogues sont à l'étude pour le 6e arrondissement. Déjà, dans cet arrondissement, l'usage des cartes avait diminué un peu les queues. Cependant, hier encore, nous avons remarqué des queues démesurément longues aux environs du Luxembourg et de la place Saint-Germain-des-Prés. Si ces queues n'avaient d'autres inconvénients que d'encombrer les trottoirs, nous ne nous en plaindrions pas trop, mais, pour le répéter jusqu'à ce qu'on nous donne entière satisfaction, ces stations prolongées exposent très-gravement la santé des personnes qui vont faire leur provision. C'est une question d'humanité qui intéresse trop la population parisienne pour que nous n'y insistions pas de nouveau tant qu'on n'aura pas trouvé un remède au mal que nous avons signalé à diverses reprises depuis l'établissement des boucheries municipales. — CH. DAREMBERG.

XXX. **Garde nationale.** — Un conseil de révision de la garde nationale a été institué pour statuer sur les cas d'exemption dans les compagnies de guerre.

Ce conseil est composé de :

MM. Filhòs, médecin principal; Worms et Piogey, chirurgiens-majors.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie (tome XXI de la collection, année 1869). 1 volume in-8 de 627 pages et 6 planches lithographiées et coloriées. — Prix : 7 francs.

Traité des fractures non-consolidées ou pseudarthroses, par le docteur BÉRENGER-FÉRAUD, médecin principal de la marine. In-8 de 700 pages. — Prix : 10 francs.

Des troubles de la sensibilité générale dans la période secondaire de la syphilis et notamment de l'analgésie syphilitique, par le docteur FAID, médecin de l'école du Caire (Égypte). In-8 de 134 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Des méthodes générales d'opération de la cataracte et en particulier de l'extraction linéaire composée, par Paul YADES, docteur en médecine. Paris, 1870, 1 gr. in-8 de VIII-77 pages. — Prix : 3 fr.

De l'hyoscyamine et de la daturine. Étude physiologique et applications thérapeutiques, par le docteur LAURENT, ancien interne des hôpitaux de Paris. Brochure in-8, avec figures dans le texte. — Prix : 3 fr.

De la congestion pulmonaire simple, par le docteur BOURGEOIS, ancien interne des hôpitaux de Paris. Brochure in-8 de 90 pages. — Prix : 2 francs.

Armées en campagne. — Considérations relatives aux hommes et aux chevaux. — Prix : 2 fr., au profit des pauvres.

Traité des maladies chroniques, par le docteur THOMPSON, traduction de l'anglais. Brochure in-12 de 80 pages. — Prix : 1 fr.

Considérations sur le diagnostic, le pronostic et la thérapeutique de quelques-unes des principales formes de la variole, par le docteur DESNOS, médecin de l'hôpital Lariboisière. Brochure in-8 de 8 pages. — Prix : 50 c.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 4 mai 1871.

HOPITAL MILITAIRE DE VINCENNES.

M. FLESCHUT.

Plaie pénétrante du crâne, suite d'un coup de feu; — guérison, malgré la présence de la balle dans l'encéphale (1).

(Observation recueillie par M. le docteur MIRE, médecin aide-major.)

Nous ne croyons pas que l'on puisse mettre sérieusement en doute la présence du projectile dans la cavité crânienne. L'exploration de la plaie, faite à deux reprises différentes et en présence de témoins compétents, les fragments de substance cérébrale ramenés au dehors par l'instrument, éloigent absolument l'idée d'une erreur de diagnostic.

La perte de la vision, la paralysie du releveur de la paupière, des muscles droits et obliques, l'ecchymose sous-conjonctivale, la propulsion en avant de toutes les parties molles contenues dans l'orbite sont généralement regardées comme des signes certains d'une blessure de l'encéphale ou tout au moins des parties les plus profondes de l'orbite (2), que la balle n'aurait du reste pu atteindre sans traverser le lobe antérieur. En dirigeant un stylet un peu obliquement, de haut en bas, de gauche à droite et d'avant en arrière, on a pu l'introduire tout entier dans la cavité crânienne sans parvenir jusqu'au corps étranger. On est donc autorisé à supposer qu'obéissant aux lois de la pesanteur, et, par suite de la position élevée de la tête pendant les premiers jours, la balle a dû faire du chemin en arrière et aller se loger dans le lobe moyen, peut être même dans le lobe postérieur. C'est du reste vers cette région que, deux ou trois jours après l'accident, le blessé ressentait les plus vives douleurs, occasionnées, selon lui, par la présence du projectile qu'il assurait s'être arrêté à ce niveau, et dont il prétendait même sentir les déplacements. Les souffrances, les étourdissements causés par la mastication et les mouvements de flexion de la tête, les retentissements douloureux que provoquaient à ce point l'éternument et la toux, semblent devoir donner quelques probabilités à cette hypothèse, contre laquelle la physiologie du cerveau ne nous paraît devoir élever aucune objection sérieuse (3).

La guérison est-elle définitive? S'est-il formé un kyste protecteur qui préservera dans l'avenir les parties environnantes de toute altération fâcheuse? Cette supposition ne nous paraît point invraisemblable.

Les exemples de blessures du cerveau n'ayant pas eu une issue funeste, ne sont point absolument rares dans la science, et malgré les dangers qui en sont la suite, il nous semble que les chirurgiens sont peut-être trop portés à exagérer la gravité des lésions de cette nature, regardées généralement comme au-dessus des ressources de l'art.

Bon nombre de fractures des os de la tête ont guéri après l'extraction d'esquilles volumineuses implantées profondément dans l'encéphale (4), même les hernies du cerveau, avec perte de substances, qui compliquent parfois les lésions de cette nature, n'ont pas toujours entraîné la mort. Quelques blessés ont pu survivre à des abcès volumineux formés dans cet organe à la suite de violents traumatismes, et on trouve dans les recueils spéciaux quelques observations remarquables où un corps étranger, après avoir pénétré dans les centres nerveux, a pu y séjourner plusieurs années sans amener aucun accident grave. Mais la guérison a toujours été achetée au prix de dangers considérables qui ont compromis le plus souvent l'existence du malade et qui, dans presque tous les cas, ont eu pour résultat final la perte de quelque sens. Presque toujours les facultés intellectuelles ont été gravement atteintes; il y a eu des accidents de paralysie et de convulsions qui ont persisté de longues années encore après la guérison de la plaie.

Le cas qui nous occupe est remarquable par l'absence complète de tout symptôme fébrile; il n'y a pas eu un seul instant de stupeur ou de délire, nul signe de contusion, de compression, d'inflammation cérébrale. Nous n'osons dire qu'il faille entièrement attribuer cet heureux résultat à l'action des opiacés qui ont été administrés à haute dose, en même temps que l'on faisait des fomentations froides. Cependant il est bon de rappeler que les narcotiques ont joui d'une grande faveur auprès des vieux chirurgiens, qui leur ont toujours attribué de grandes vertus dans le traitement des blessures de la tête. Cette guérison vient, dans tous les cas, à l'appui de la thèse de Vidal, qui regarde comme les moins graves des plaies du crâne celles qui pénètrent jusqu'à l'encéphale; la violence du choc se trouvant ainsi amortie et le pus pouvant trouver alors un libre cours. Nous croyons que, dans un cas pareil, il serait prudent d'imiter la conduite du chirurgien de l'hôpital de Vincennes, qui a su résister aux instances réitérées du blessé, et s'abstenir de toute tentative d'extraction (1).

Pour arriver sûrement au but, sans exposer le malade à des délabrements dangereux, il eût été nécessaire d'appliquer une couronne de trépan, afin d'agrandir l'ouverture, et l'on sait tout le péril que de pareilles manœuvres ajoutent à la gravité de telles blessures. Les résultats, à coup sûr fort incertains, n'en eussent point compensé le danger. Nous nous proposons du reste, dans une monographie spéciale, d'examiner plus à fond ces points de doctrine. Nous nous bornerons à donner ici le résumé succinct de deux autres observations dont M. le médecin principal Fleschut a bien voulu nous communiquer les notes.

A la prise du col de Mouzaïa, mai 1840, le docteur Beugny, chirurgien-major des zouaves, reçut un coup de feu à la tête en allant donner ses soins à un sous-officier blessé non loin de lui.

Atteint par le projectile au moment où il se baissait, il tomba sans connaissance. A l'ambulance on constate une plaie longitudinale de 4 à 5 centimètres, située vers le milieu du pariétal droit. Le cuir chevelu, entièrement déchiré, laisse apercevoir une fracture du crâne. Le bord antérieur, constitué par une esquille assez volumineuse, est sensiblement enfoncé; le bord postérieur saillant a été évidemment heurté par le projectile, dont une partie seulement a dû pénétrer dans la cavité crânienne.

Après avoir été soigné d'abord à Blidah, le malade fut, trois ou quatre mois après, évacué sur l'hôpital du Dey, pour y être traité d'une hémiplégie, dont il était atteint depuis le jour où il avait reçu sa blessure.

A son arrivée M. Beugny avait déjà recouvré quelques-uns des mouvements du membre inférieur; mais le bras se mouvait difficilement et la sensibilité y était encore très-imparfaite. Les muscles de la face restaient à demi paralysés et la langue légèrement déviée; aussi, quoique la mémoire fût intacte et l'intelligence conservée, la parole demeurait encore un peu embarrassée et difficile, toutes les autres fonctions s'exécutant, du reste, normalement.

Malgré l'enfoncement d'une partie du pariétal fracturé, la plaie était à peu près cicatrisée et ne laissait plus échapper que quelques gouttes d'un pus de bonne nature.

Après un traitement de deux mois, la parole était devenue plus libre, les mouvements plus faciles; la cicatrisation presque complète du trajet fistuleux faisait espérer au blessé une guérison prochaine, lorsqu'il se décida à quitter l'hôpital pour s'installer à l'hôtel de la Régence. Trois semaines s'étaient écoulées, et M. Beugny se croyant déjà hors de tout péril, ne sut pas résister à l'envie de manger des praires (coquillages), dont il crut devoir malheureusement faciliter la digestion, en général assez difficile, par quelques verres d'un vin blanc généreux. Dans la soirée du même jour, des accidents graves se développèrent, l'hémiplégie reparut plus complète que jamais, la parole devint lente, presque impossible. Il survient bientôt une sorte de coma, et la mort eut lieu le lendemain matin, précédée de quelques instants de mieux, dont le blessé profita pour prendre quelques disposition et prier le médecin de faire son autopsie avec soin, lui assurant que les résultats en seraient intéressants pour la science.

On trouva un enfoncement du pariétal de 4 à 5 millimètres, et la dure-mère adhérente à l'esquille qui déprimait le lobe moyen (1); la trace du projectile y était marquée par une ligne grisâtre d'une longueur de trois centimètres, pénétrant à une profondeur de 10 millimètres dans l'épaisseur de la substance cérébrale. A ce point, on rencontre un noyau résistant formé par une coque fibreuse renfermant la moitié d'une balle un peu déformée par sa rencontre avec le bord postérieur du pariétal. Dans le voisinage, la substance cérébrale avait conservé sa couleur et sa consistance normales. Ni épanchement, ni congestion à la base ou dans les ventricules.

En 1840, un spahis d'origine française fut apporté à l'hôpital du Dey sans connaissance. Il avait reçu une balle sphérique à 4 centimètres au-dessus du sourcil droit, un peu en dehors du sinus frontal, pour sortir à 5 centimètres environ en avant de l'oreille, suivant un trajet oblique de haut en bas et de dedans en dehors. Le lobe antérieur amena au dehors, du côté opposé, des fragments de substance cérébrale. Le malade resta dans le coma le plus complet et ne commença à reprendre connaissance qu'au bout de trois ou quatre jours. Il y avait un épanchement séro-sanguin dans le tissu cellulaire des paupières de l'œil droit projeté tout entier en avant. Après un séjour de trois mois environ à l'hôpital, le blessé fut embarqué pour la France, avec un congé de convalescence. Il ne restait qu'une gène assez prononcée dans la parole et un défaut de mémoire pour certains faits et certaines dates; mais l'intelligence était intacte, ainsi que la sensibilité et le mouvement.

Examiné un an après la blessure, la parole avait recouvré presque toute sa liberté, et le défaut de mémoire ne portait plus que sur certains mots, principalement sur les adverbes de temps et de lieu.

La vue était tout aussi bonne qu'avant l'accident. La saillie du globe oculaire avait complétement disparu et le malade avait pu reprendre son service, qu'il faisait depuis plus d'un mois sans éprouver aucune fatigue.

Malgré leur date un peu ancienne, ces deux observations présentent un assez grand intérêt. La dernière est encore un exemple des ressources infinies dont dispose la nature médicatrice pour la cure des plaies du cerveau qui n'intéressent point les parties profondes de cet organe.

La terminaison funeste qui suivit dans l'une d'elles un simple écart de régime, nous montre quelle réserve on doit garder dans le pronostic des blessures qui ont intéressé l'encéphale, alors même que la guérison semble déjà assurée.

Il n'est pas très-aisé de donner la raison de telles différences; l'histoire des lésions du cerveau renferme encore bien des points obscurs, et aujourd'hui, comme au temps d'Ambroise Paré, nous voyons « aucuns mourir de bien petites plaies, d'autres réchapper de très-grandes, » sans pouvoir en donner de meilleures raisons que celles dont se contentait sans doute faute de mieux, notre vieux chirurgien.

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

(2) Demarquay, *Mémoires sur les corps étrangers entrés dans l'orbite*, In UNION MÉDICALE, 1859, tome IV.

(3) Voir les expériences de Flourens et de Vulpian. D'après Longuet (*Traité d'anatomie et de physiologie du système nerveux*), après la perte presque complète d'un hémisphère cérébral, l'homme peut encore jouir normalement de presque toutes ses facultés intellectuelles.

(4) Larrey. *Étude sur la trépanation du crâne*, p. 15 et suivantes.

(1) H. Larrey conseille aussi, dans des cas pareils, d'attendre pour trépaner qu'il se soit produit quelques-uns des accidents graves qui, seuls, peuvent légitimer cette opération.

(1) La pièce a été envoyée au musée d'anatomie pathologique du Val-de-Grâce, où elle doit se trouver encore.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 novembre 1870. — Présidence de M. ALPH. GUÉRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* du docteur Lucas Championnière.

L'Union médicale.

M. DEMARQUAY dépose sur le bureau une brochure de M. le docteur H. Bernard, intitulée : *Secours a donner aux blessés sur les champs de bataille.*

COMMUNICATIONS ORALES

M. DEMARQUAY dit avoir extirpé, dans ces derniers temps, une tumeur fongueuse de la partie interne du mollet, constituée par le muscle soléaire, lui-même transformé en un véritable tissu caverneux.

Le *neuvième* jour de l'opération, le malade fut pris de tétanos qui dura quatre jours et amena la mort malgré l'administration de chloral à haute dose.

M. MARJOLIN eut également affaire à un tétanos survenu chez un individu atteint de fracture comminutive de la jambe par coup

de feu. Le chloral fut administré simultanément par la bouche et en lavement; mais le malade ne tarda pas à succomber, 48 heures après le début du tétanos.

PRÉSENTATION DE MALADE

Tumeur congénitale de la région fronto-sourcilière. — M. GUÉNIOT. Il s'agit du jeune enfant qui fut présenté à la Société dans la séance du 22 juin dernier. M. Guéniot fit l'ablation de la tumeur qui n'adhérait point à l'os, et s'est trouvé constituée par tous les éléments hypertrophiés de la peau, avec prédominance toutefois du tissu celluló-graisseux.

Pour éviter l'ectropion consécutif, il conserva le cinquième inférieur de la masse en rapport avec la paupière supérieure. Aujourd'hui, il est facile de constater que c'est à peine si la paupière est attirée au dehors. L'œil reste désormais à découvert, et la difformité n'est plus comparable à ce qu'elle était avant l'opération. M. Guéniot ajoute que la cicatrisation s'est effectuée régulièrement et sans retentissement du côté de l'œil correspondant, malgré l'ophthalmie qui règne en tout temps dans les salles de l'hôpital des Enfants assistés.

M. DEMARQUAY félicite M. Guéniot de son succès, et dit avoir pu enlever une tumeur érectile multiple de l'index chez une dame d'un certain âge, sans avoir été obligé de toucher à l'os, ni même à la gaîne des tendons.

M. GIRALDÈS rappelle que les tumeurs érectiles enkystées ont été l'objet d'un travail spécial de la part de M. Teal, qui en a même fait connaître un procédé particulier d'opération.

Ophthalmie des nouveau-nés. — M. MARJOLIN, profitant de ce que vient dedire M. Guéniot au sujet de l'*ophthalmie* qui règne endémiquement à l'hôpital des Enfants assistés, désire savoir si l'on a créé des salles spéciales pour ce genre de malades.

M. GUÉNIOT répond par la négative, ce qui d'ailleurs ne lui parait pas aussi important qu'à M. Marjolin, attendu que pour lui la vraie cause de cette ophthalmie n'est pas dans la contagion indirecte ou à distance, mais bien dans la réunion de plusieurs causes banales telles que pleurs; lumière trop vive, et d'autant plus nuisible que les murs et les rideaux des salles sont en blanc; courants d'air, etc. Du reste, pour M. Guéniot, cette question a perdu une partie de son importance depuis que, par des cautérisations répétées chaque jour sur la face interne des paupières à l'aide du crayon de nitrate d'argent mitigé (nitrate d'argent et nitrate de potasse à parties égales), il se fait fort de guérir 99 enfants sur 100, alors même que la cornée serait légèrement intéressée. Des lavages à l'eau tiède pure non salée sont pratiqués chaque fois.

Il est bien entendu qu'il met de côté les yeux affectés d'ophthalmie interne, cas qui sont heureusement les plus rares, attendu que dans l'immense majorité des cas il s'agit simplement de blépharo-conjonctivite purulente, sans même que la conjonctive bulbaire y participe notablement. Si toutefois il y a chemosis péricornéal, M. Guéniot pratique l'excision par places du bourrelet œdémateux.

M. Guéniot ne comprend pas non plus dans cette catégorie les quelques cas, d'ailleurs rares, de conjonctivite diphthéritique ni ceux où la cornée est déjà perforée, et il tient à n'y pas confondre les enfants âgés de plus de 4 à 5 ans et de moins de 12, qui, à cause de leur indocilité excessive, rendent le traitement fort difficile.

M. MARJOLIN continue à croire fermement à l'origine contagieuse de l'ophthalmie, et regrette que des mesures n'aient pas été prises pour isoler ceux des enfants qui en sont atteints.

M. BLOT ne croitpas nonplus aux causes alléguées par M. Guéniot, et pour lui l'agglomération dans des conditions hygiéniques mauvaises, comme celles qui existent souvent dans les salles de femmes en couche, contribuent puissamment au développement de l'ophthalmie des nouveau-nés. D'ailleurs, M. Blot a peine à croire à la proportion des guérisons indiquées par M. Guéniot, alors que, de l'avis de tout le monde, le pronostic de ce genre d'ophthalmie est entaché d'une gravité bien autrement grande que ne le prétend M. Guéniot.

M. GIRAUD-TEULON, ne voulant pas revenir sur les objections qu'il croit parfaitement fondées, opposées par MM. Marjolin et Blot à M. Guéniot, se borne à rappeler que, d'après un travail statistique inséré dans les *Annales d'occulistique*, et qui est dû à un confrère de Stockolm, les ophthalmies seraient plus fréquentes chez les enfants soignés par des femmes atteintes de leucorrhée que lorsque celles-ci en sont exemptes. C'est là, certes, un point qui mérite d'être étudié par MM. les accoucheurs.

M. GIRALDÈS, se fondant sur sa pratique et sur celle de ses confrères, croit devoir protester au sujet du nombre de guérisons annoncées par M. Guéniot.

Il existe en effet une forme aiguë d'ophthalmie avec chemosis considérable contre laquelle la chirurgie reste bien souvent impuissante, et c'est à peine si l'on doit s'attendre, en pareils cas, à *dix* succès sur *cent*.

Pour M. Giraldès, c'est aux granulations préexistantes qu'il faut attribuer cette fatale disposition des enfants à être pris d'ophthalmie purulente sitôt que les conditions hygiéniques deviennent mauvaises.

Les causes signalées tout à l'heure par M. Guéniot y jouent le moindre rôle, et c'est à l'encombrement et à la malpropreté qu'il faut, au contraire, faire la plus large part.

M. DEMARQUAY fait observer à son tour que les conditions invoquées par M. Guéniot existent au même degré dans les pensionnats sans que l'ophthalmie s'y développe d'une façon endémique.

M. BLOT, en réponse à l'appel fait par M. Giraud-Teulon au sujet de l'influence que la leucorrhée des nourrices peut exercer sur le développement de l'ophthalmie des nouveau-nés, se demande comment le confrère en question a pu s'en assurer et dresser une statistique.

Sauf un petit nombre de femmes qui offrent encore de la vaginite granuleuse après l'accouchement, chez la plupart d'entre elles la leucorrhée des derniers mois de la grossesse disparaît plus ou moins complétement. Du reste, il dit avoir observé l'ophthalmie alors même que la mère avait été complétement exempte de la leucorrhée pendant tout le cours de la grossesse.

M. GIRAUD-TEULON se réserve de répondre à l'objection posée par M. Blot après avoir relu le travail cité, attendu que les détails en question lui échappent en ce moment. Quant au traitement dont M. Guéniot nous a retracé les avantages, la proportion de guérisons mise à part, il est exactement celui préconisé par de Graef et son école, et à ce sujet la communication de M. Guéniot ne manque pas d'une réelle importance.

M. MARJOLIN. Tout en reconnaissant la moindre gravité relative de l'ophthalmie chez les enfants nouveau-nés, n'admet pas moins la contagion, et puisque, de l'aveu même de M. Guéniot, l'hospice des Enfants assistés est une fabrique d'ophthalmies, il faut bien s'attacher à en diminuer les produits.

C'est pourquoi il faut que les enfants y soient rigoureusement examinés à leur entrée pour savoir s'ils ont des granulations, auquel cas la séparation devra en être faite et l'encombrement évité de toutes façons.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : F. PANAS.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

14 NOVEMBRE

XXXI. **Académie des Sciences.** — L'Académie tient séance.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 nov. 1870. — Présidence de M. LIOUVILLE.

MÉMOIRES ET COMMUNICATIONS DES MEMBRES ET DES CORRESPONDANTS DE L'ACADÉMIE.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne de *M. Duméril*, décédé le 12 de ce mois, à la suite d'une maladie qui faisait craindre pour lui une fin prochaine, mais qui ne l'a pas empêché, chaque fois que ses forces le lui ont permis, et tout récemment encore, de venir prendre place au milieu de ses confrères.

Exposé des raisons pour lesquelles l'aliment de l'homme et des animaux supérieurs doit être d'une nature chimique complexe. — M. CHEVREUL (2). — Dans la séance de l'Académie du 7 de novembre, j'ai présenté une note intitulée : *De quelques sujets relatifs aux subsistances servant de complément à des communications antérieures*. Elle était précédée de l'avant-propos suivant dont j'ai donné lecture à l'Académie :

« Un étranger, qui n'est point un Prussien, je m'empresse de le dire, me faisait remarquer que dans les derniers *Comptes rendus* des séances de l'Académie, on lit plus d'une recette que la *Cuisinière bourgeoise* est en droit de réclamer : remarque, je l'avoue, qui n'est pas dénuée de vérité ; et il ajoutait que quelques-unes sentent un peu le *réchauffé*, allégation qu'on ne peut dire absolument fausse. Mais dans la circonstance actuelle, je reconnais le premier la légitimité d'un appel aux *circonstances atténuantes*, si toutefois faute il y a. Je les invoquerais en ma faveur près des personnes qui jugeraient les communications suivantes passibles de la critique que je viens de citer. »

Cette Note se compose de trois paragraphes portant les titres suivants :

§ I. Quelques expériences sur deux préparations faites en Amériques, dites *farines de viandes*.

§ II. Raison sur laquelle j'ai fondé la nécessité des aliments complexes pour la nourriture de l'homme et des animaux supérieurs.

§ III. Inconvénient de détourner l'acception de différents mots définis par la science.

A ma grande contrariété, le manuscrit présenté à la dernière séance a été perdu mercredi matin par la personne à laquelle je l'avais confié pour le remettre à l'imprimerie. Je me suis ainsi trouvé dans la nécessité de l'écrire de nouveau.

Mes réflexions sur l'histoire de l'invention des frères Montgolfier ont pu être rédigées pour paraître dans le *Compte rendu* de la séance où elles ont été faites; mais le temps m'a manqué pour la *Note relative aux subsistances*. C'est alors qu'en me remettant à l'œuvre j'ai vu clairement que le second paragraphe de la Note, loin d'être un accessoire aux deux autres paragraphes, était la partie essentielle de ma communication. A ce nouveau point de vue j'ai donné au second paragraphe l'ampleur sous laquelle je le présente dans le Mémoire actuel, et les paragraphes I et III de la Note prendront les titres de premier et deuxième document.

EXPOSÉ DES RAISONS POUR LESQUELLES L'ALIMENT DE L'HOMME ET DES ANIMAUX SUPÉRIEURS DOIT ÊTRE D'UNE NATURE CHIMIQUE COMPLEXE.

J'ai souvent entendu parler de la nécessité que les aliments de l'homme et des animaux supérieurs fussent d'une nature chimique plus ou moins complexe; mais je ne sache pas qu'on en ait donné les raisons avant l'écrit que je lus à l'Académie le 7 août 1837 (3).

Plusieurs fois, dans ces derniers temps, j'ai eu l'occasion de le citer, et cependant il me semble utile de rappeler ces raisons en les coordonnant et y ajoutant des développements que je leur ai donnés depuis 1837 et des considérations nouvelles.

Premier fait. — Un fait fondamental de l'acte chimique qui se passe dans un corps vivant, relatif à l'assimilation de la matière qu'il prend au monde extérieur pour vivre et se développer, c'est la faiblesse des forces physiques et chimiques, ou, en d'autres termes, des causes auxquelles nous rapportons immédiatement les modifications que la matière du dehors éprouve à l'intérieur des corps vivants.

Si, de tout temps, j'ai cherché à montrer l'intervention de ces forces dans les phénomènes de la vie sans prétendre en exclure toute autre, j'ai admis, explicitement ou implicitement, que l'intensité de leur action est faible, sinon dans tous les cas, du moins dans le plus grand nombre. Car donnez aux forces physiques, chaleur et électricité, quelque énergie, et les composés organiques seront décomposés s'ils existent, ou, s'ils n'existent pas, ils ne pourront se produire dans cette circonstance; car personne n'ignore que la vie ne persiste pas au delà d'un certain degré de température, et qu'une électricité forte foudroie tous les êtres vivants.

Supposez donc des *affinités énergiques*, et tout l'édifice organique va se réduire en composés binaires les plus stables, tels que l'oxyde de carbone, l'acide carbonique, l'eau, et en corps simples si l'oxygène manque.

Une explication est ici nécessaire pour qu'on sache bien le sens que j'attache aux expressions d'*affinités énergiques* et d'*affinités peu énergiques*.

Je n'entends pas que dans l'acte de la respiration de l'homme et des animaux supérieurs, lorsqu'il se forme de l'*acide carbonique* et de l'*eau*, comme tout le monde l'admet, il n'y ait point une *affinité énergique* qui préside à l'union de l'oxygène avec le carbone et l'hydrogène, mais je comprends que dans une unité de temps il n'y a qu'une très-petite quantité pondérable de comburant et de combustible à prendre part à l'action chimique, quantité déterminée par le besoin qu'a l'être vivant de cette chaleur développée. Or, la combustion du carbone et de l'hydrogène se passant dans des organes dont la masse est considérable relativement à celle de la matière combustible brûlée, la première ne souffre pas de la chaleur dégagée par la combustion.

En outre, ces organes se composant de tissus humides et de liquides, et une partie de la matière qui les constitue éprouvant des changements physiques et chimiques qui ne donnent lieu à aucun phénomène annonçant une action énergique des corps qui y prennent part, je dis que ces *changements produits dans une masse considérable relativement à la masse brûlée, le sont par des affinités faibles*.

Ma pensée ainsi expliquée d'une manière que je crois simple et précise, je vais citer quelques *causes* dont l'intervention dans les phénomènes chimiques de la vie, généralement admise, appartiennent à la catégorie des forces dont l'action est peu énergique, à en juger par les phénomènes passagers qui peuvent apparaître comme chaleur, lumière et électricité.

On attribue à ces *causes*, soit des phénomènes dits *de fermentation*, soit des phénomènes résultant de la présence de certains corps qui semblent après l'action qu'on leur attribue, ce qu'ils étaient auparavant.

Je citerai comme exemples du premier la diastase, la pepsine, la céréaline, et comme exemple du second la fibrine dégageant l'oxygène de l'eau oxygénée, à l'instar du peroxyde de manganèse.

Je citerai encore un fait remarquable (1), c'est la coagulation de l'albumine de l'œuf par l'éther saturé d'eau, et par l'huile volatile de térébenthine. S'il n'y a pas d'union entre l'éther, l'huile volatile et l'albumine, ces liquides coaguleraient lentement cette substance à l'instar de la chaleur, sans s'unir à l'eau.

En définitive, il est des actions capables de produire des changements plus ou moins grands dans les propriétés des principes immédiats des êtres vivants sans manifester pour cela des phénomènes correspondant à ceux des *affinités énergiques*, qu'actuellement nous ne pouvons rattacher ni à l'affinité, ni aux forces physiques connues, telles que la chaleur, la lumière, l'électricité; et la cause de ces actions, dont l'intervention dans les phénomènes de la vie ne paraît pas douteuse, semble résider dans des espèces chimiques ou dans des tissus organisés qui les manifestent même après avoir été séparés de l'être vivant.

Différence des principes immédiats organiques d'avec la matière minérale.

Les plantes et les animaux diffèrent du monde minéral qui nous environne en ce que la plupart des espèces de principes immédiats organiques renferment un plus grand nombre d'atomes que les composés de la nature inorganique, et que si les premières espèces ne renferment pas toutes chacune comme éléments un plus grand nombre d'espèces de corps simples que les composés de la nature inorganique qui nous environne, elles diffèrent de ceux-ci en ce que les atomes décidément combustibles, comme le carbone et l'hydrogène, dominent tout à fait par le nombre sur ceux de l'oxygène essentiellement comburant. Or, parce que les affinités les plus énergiques sont celles du comburant et du combustible et qu'elles tendent à constituer des composés binaires, tels que l'oxyde de carbone, l'acide carbonique, l'eau, etc., on voit une cause d'instabilité dans la matière des êtres vivants qu'on ne trouve pas dans les composés minéraux qui nous entourent, comme l'eau, l'acide carbonique, les terres, les pierres, parce que ceux-ci résultent de l'union de corps simples qui ont satisfait à leur puissante affinité pour l'oxygène.

Cet état de choses permet d'apprécier la valeur de la raison alléguée par les partisans de la génération spontanée à ceux qui leur demandent pourquoi il ne se produit plus aujourd'hui comme autrefois spontanément des mammifères, des oiseaux, des reptiles, etc., etc., puisque les partisans des générations spontanées admettent en principe que tout être vivant a été produit par ce qu'ils

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

(2) L'Académie a décidé que cette communication, bien que dépassant en étendue les limites réglementaires, serait insérée en entier au *Compte rendu*.

(3) *Considérations générales et inductions relatives à la matière des êtres vivants.* — *Mémoire de l'Académie*, t. XIX. — *Journal des Savants*, novembre 1837.

(1) Mémoire lu le 9 juillet 1821 à l'Académie : *De l'influence que l'eau exerce sur plusieurs substances azotées solides.*

appellent la NATURE! La raison qu'ils en donnent est que cette nature a perdu une puissance, une énergie dont elle jouissait autrefois. Mais évidemment, d'après ce qui précède, cette puissance, cette énergie ne pouvait appartenir aux forces que nous nommons physiques et chimiques, d'où découle la conséquence qu'en ne s'expliquant pas sur la nature de cette puissance on répond en recourant implicitement à une cause vraiment occulte.

Deuxième fait. — Les *plantes* s'assimilent la matière de plusieurs composés binaires de la nature inorganique, tels que l'eau, l'acide carbonique, l'ammoniaque, des composés d'azote oxygéné, des chlorures, des iodures de potassium et de sodium, des corps simples, l'oxygène, et l'azote suivant quelques personnes, des composés salins, tels que phosphates, sulfates, azotates, etc., etc.

Elles produisent des *principes immédiats organiques* dont un certain nombre sont considérés comme identiques à des principes immédiats des animaux, et les autres leur sont plus ou moins analogues et toujours différents des composés inorganiques.

L'homme, les *animaux supérieurs*, la *plupart des animaux inférieurs*, sinon tous, ne peuvent vivre qu'aux dépens des végétaux, immédiatement s'ils sont herbivores, et médiatement conséquemment s'ils sont carnivores.

Conséquences de ces faits. — On tire la conséquence du premier et du deuxième fait précédents.

Les plantes sont des intermédiaires pour mettre la matière du monde minéral à la disposition des animaux, après qu'elles ont fait subir à cette matière l'élaboration nécessaire à ce que les animaux puissent se l'assimiler.

Je vais développer cette relation de l'aliment préparé par les plantes pour les animaux, afin de faire bien comprendre la nécessité de la complexité de composition chimique de l'aliment propre à la nourriture de l'homme et à celle des animaux supérieurs.

Pour bien apprécier le rapport existant entre la composition chimique de l'aliment et celle de l'être qui s'en nourrit, il faut, comme je l'ai fait dès 1837, distinguer deux cas :

1° Celui où l'être vivant tire sa nourriture d'une matière contenue dans une graine ou dans un œuf, suivant que cet être est une plante ou un animal;

2° Le cas où l'être vivant croît principalement aux dépens des corps extérieurs, comme le fait une plante pourvue d'organes verts et un animal à l'état adulte.

PREMIER CAS. — Grande est l'analogie de la germination de la graine avec le développement du germe de l'œuf, sauf cette différence que la graine absorbe de l'eau au monde extérieur, tandis que l'œuf de l'oiseau en perd, terme moyen, un cinquième.

Mais tous les deux ont besoin d'une certaine élévation de température avec le contact de l'air.

Il y a encore cette analogie, que la graine et l'œuf contiennent les principaux types de composition chimique de la jeune plante et du jeune animal.

Dans la graine on trouve des principes ternaires dont les uns sont de nature grasse, comme l'oléine, la margarine; les autres sont solubles dans l'eau ou susceptibles de le devenir, comme des sucres, la dextrine, l'amidon; des principes quaternaires azotés, comme le gluten, l'albumine végétale, des chlorures de potassium et de sodium, des sels inorganiques essentiels à la vie végétale.

L'œuf des oiseaux renferme des principes organiques ternaires et quaternaires.

Parmi les premiers on distingue des principes gras neutres, tels que la cholestérine, la margarine, l'oléine; des principes gras jouissant de l'acidité, tels que l'acide margarique, l'acide oléique; un principe sucré soluble dans l'eau.

Parmi les principes organiques quaternaires azotés on compte l'albumine, la vitelline.

Il y existe des principes colorants, une matière huileuse phosphorée;

Enfin des composés de la nature inorganique, comme des chlorures de potassium, de sodium, des phosphates de chaux, de magnésie, etc., etc.

Une considération du ressort du premier cas montre dans le lait que suce le jeune mammifère incapable encore de s'assimiler l'aliment de l'adulte, les types de compositions chimiques les plus variées, et en parfaite harmonie avec les exigences des organes du jeune mammifère.

Après avoir parlé des différences que présentent dans le second cas la plante adulte, si cette expression m'est permise, avec l'animal adulte quant à l'assimilation de la matière du monde extérieur, je reviendrai sur l'analogie que présentent la graine et l'œuf dans le premier cas.

SECOND CAS. — La différence est grande entre la plante pourvue de feuilles et l'animal sevré de sa mère, relativement à l'assimilation de la matière du monde extérieur, puisque c'est alors que se montre la plante avec le caractère qui la distingue le plus essentiellement de l'animal. Elle s'assimile des composés binaires du monde inorganique; elle vit et se développe, tandis que si l'animal, du moins le supérieur, était réduit à ces seuls composés binaires, il périrait.

La plante pourvue d'organes verdoyants, dicotylédonée ou monocotylédonée, d'une organisation moins complexe que celle des animaux, des animaux du moins qui ne sont pas à la limite inférieure de l'échelle, ne peut accomplir sa fonction principale, vraiment caractéristique, à savoir l'assimilation de la matière minérale en principes immédiats organiques sans les influences d'une certaine température et de la lumière du soleil.

C'est alors que l'acide carbonique se décompose; son oxygène devient gazeux en partie, selon Th. de Saussure, en totalité selon Boussingault, tandis que son carbone, en s'unissant aux éléments de l'eau, et probablement aussi aux éléments de l'ammoniaque, de composés d'azote oxygéné, constitue des principes immédiats organiques dans lesquels le principe combustible, carbone et hydrogène, prédomine sur le principe comburant, l'oxygène. Tout est conjecture dans la formation de ces principes, mais le *fait fondamental* est incontestable, la *désoxygénation de l'acide carbonique,* partielle ou complète, et *l'union du carbone constituant des principes immédiats organiques avec excès de matière combustible.*

Il a fallu pour formuler ainsi ce *fait fondamental* plus de trente ans de travaux, auxquels sont attachés les noms de Bonnet et surtout de Priestley, de Ingen-Houtz, de Sennebier et de Th. de Saussure, et ajouter à ces noms celui de Boussingault, qui en 1864-1868 a dit que ces expériences démontrent que le gaz acide carbonique perd la totalité de son oxygène, contrairement à l'opinion de Th. de Saussure.

Combien l'homme et la plupart des animaux, sinon tous, diffèrent des plantes, incapables qu'ils sont de s'assimiler la matière minérale sous la double influence d'une certaine température et du soleil! S'ils jouissent de la locomotion, s'ils ont besoin pour vivre d'une certaine température, si la lumière du soleil leur est agréable et utile, dépendants des végétaux, ils ne peuvent se passer de la *matière minérale, rendue organique* par ces mêmes végétaux qui ont séparé l'oxygène du carbone sous l'influence du soleil.

Ces faits posés, sans hypothèse aucune, voyons comment ils concourent à démontrer la nécessité que les aliments indispensables à la nourriture de l'homme et des animaux supérieurs aient une composition chimique plus ou moins complexe, c'est-à-dire qu'ils soient formés de principes immédiats organiques d'origine végétale et qu'ils renferment en même temps certains composés minéraux indispensables à l'homme et aux animaux.

1° Les principes organiques dits immédiats, parce qu'ils constituent immédiatement les êtres vivants, plantes et animaux, sont en réalité moins stables que les composés du monde minéral qui nous entourent, que nous touchons, et auxquels nous comparons les premiers.

Pourquoi ce *fait?* C'est que les minéraux qui nous entourent, que nous touchons, ont satisfait à l'affinité la plus puissante qui sollicitait l'union de leur partie combustible avec l'oxygène; dès lors l'atmosphère ne peut rien sur eux : voilà pourquoi l'eau, les pierres et les terres sont stables.

Les principes immédiats organiques, qui contiennent généralement du carbone et de l'hydrogène en excès sur la quantité d'oxygène qui tend à faire deux composés stables en formant de l'acide carbonique avec le carbone, et de l'eau avec l'hydrogène, voilà une cause d'instabilité; et une seconde cause est le nombre d'atomes, bien plus grand dans le principe organique que dans le composé minéral.

2° La matière minérale, qui passe dans les plantes pour constituer des principes immédiats organiques moins stables qu'elle, a besoin d'une force extérieure, la lumière, émanée du soleil, de l'action de laquelle nous ne pouvons rien dire de scientifique; mais le résultat matériel est incontestable : le carbone est séparé de l'oxygène, et la conséquence en est la formation de principes immédiats avec excès de combustible.

Comment concevoir les actions qui s'opèrent dans la plante une fois l'oxygène de l'acide carbonique séparé? La transformation de l'amidon en dextrine, en sucre, la conversion du sucre en d'autres produits si remarquables dans la végétation de la seconde année de la racine de betterave lorsqu'elle produit tige, fleur et graines? Évidemment ces changements se produisent en vertu d'affinités faibles, car si elles étaient fortes, elles détruiraient les principes immédiats organiques ou les empêcheraient de se produire. En outre, elles se passent au sein de l'eau.

Ces faits que présentent les plantes verdoyantes, rappelés, voyons-en les conclusions relativement à l'alimentation des animaux.

Le corps de l'homme, comme celui des animaux supérieurs, se compose d'un grand nombre de principes immédiats de propriétés assez diverses; la vie qui les anime n'a lieu qu'à cette condition : c'est le *fait.*

Eh bien, l'animal ainsi constitué ne peut vivre exclusivement de composés minéraux, quoique certains d'entre eux lui soient nécessaires; il lui faut des principes immédiats produits par les plantes lorsque l'animal n'est pas carnivore.

Précisément parce qu'il faut à l'herbivore un grand nombre de principes immédiats divers préparés par les végétaux, il faut que ces principes, quand ils ne sont pas identiques à ceux de l'animal, lui soient très-analogues.

Voilà pourquoi les végétaux présentent aux animaux des principes immédiats se rapportant aux types variés de composition chimique que présentent les principes immédiats de ces mêmes animaux.

Voilà la raison de l'analogie des composés ternaires et quaternaires organiques que vous trouvez dans la plante; des matières grasses, neutres et acides; des matières neutres, du sucre, des gommes, de la dextrine, de l'amidon susceptible de devenir soluble, un grand nombre d'acides. Parmi les composés quaternaires azotés, vous trouvez le gluten, l'albumine végétale, etc.; parmi les composés minéraux, vous trouvez des chlorures alcalins et des composés de phosphore, de soufre, de calcium, de magnésium, de fer, de manganèse, etc.

Enfin, pour aider l'assimilation, l'homme recourt à des assaisonnements et l'animal lui-même n'y est pas insensible.

Les animaux carnivores, ai-je dit, se nourrissent de chair crue, d'où la conséquence que les principes immédiats des herbivores ont la plus grande analogie avec les principes immédiats des carnivores.

De la cuisson des aliments.

Après avoir rappelé le fait du grand nombre des aliments soumis par l'homme à la cuisson, j'ai dit que les modifications qu'ils éprouvent tendent généralement à les éloigner de la composition organique en les rapprochant de la nature minérale. Si cette remarque est fondée, comme je le crois, il ne faudrait pas lui donner un sens trop absolu parce que le premier je reconnais qu'on s'exposerait à l'erreur. C'est donc pour la prévenir qu'on me permettra sans doute quelques détails, dans la conviction où je suis que les savants livrés sérieusement à l'étude de la physiologie ont peut-être traité trop légèrement ou envisagé avec trop d'indifférence l'EFFET *des préparations culinaires sur les propriétés des aliments.*

Mon observation est fondée d'après ma propre expérience, quand on compare le tendon ou plus généralement le tissu cellulaire comme aliment à la gélatine qui en provient. Je ne partirai pas du tissu cru, mais du tissu gonflé par l'eau chaude et dans l'état où il conserve sa solidité, il est plus nourrissant que la gelée, et celle-ci à son tour l'est plus que le liquide provenant de la cuisson du tissu cellulaire à une température dépassant 100 degrés, ou opérée par une ébullition assez prolongée pour que le liquide concentré ne se prenne plus en gelée quand il se refroidit.

La cuisson n'est pas désavantageuse aux liquides albumineux : de fades qu'ils sont à l'état cru, en devenant solides ils acquièrent un arome qu'on peut considérer comme un assaisonnement. En outre, comme l'albumine liquide et l'albumine coagulée ou cuite sont isomères, on n'est pas surpris de savoir que l'albumine cuite absorbée par les intestins repasse à l'état cru, qu'elle se *décuit* en un mot.

La *cuisson* est favorable encore à la chair musculaire par les aromes qu'elle développe dans un certain nombre, et parce qu'elle ne nuit pas à l'albumine, comme nous venons de le voir, et que la modification qu'elle fait subir à la fibrine est très-légère.

La *cuisson* n'est pas défavorable aux aliments farineux ni aux légumes parce qu'elle ne change pas beaucoup la composition du plus grand nombre, et que l'eau additionnée de 1/125 de sel en relève à la fois la saveur et l'odeur.

Indubitablement, les fromages odorants, comme le gruyère, le hollande, le parmesan, sont nourrissants par la matière azotée provenant du caséum modifié qu'ils renferment; mais cette matière l'est moins à mon sens que le caséum frais. Les fromages odorants ont l'avantage d'un aliment qui se conserve, et dans les localités où le lait abonde, leur fabrication permet de préparer un aliment dont la matière première aurait pu se perdre faute de consommateurs. Mais les fromages odorants sont à mon sens précieux comme assaisonnement, si l'expression m'est permise, plutôt que comme aliment, quand on les compare sous ce rapport avec le fromage dit *à la pie.*

Dans l'alimentation on doit tenir compte de la différence existant entre l'aliment d'une digestion rapide et l'aliment d'une digestion lente, graduelle. Sous ce rapport, le pain de froment est un des meilleurs que je connaisse, un de ceux qui soutiennent le plus longtemps, surtout quand il est associé à un aliment azoté et gras en même temps : c'est l'association avec le lard et les choux du pain de froment ou de seigle même qui est si favorable à la santé des habitants de l'ouest de la France. Les poissons, dont la chair est aqueuse et molle, se digèrent trop rapidement pour soutenir longtemps l'homme livré à un exercice violent qui s'en nourrit.

Quelle que soit l'opinion qu'on adopte relativement à la *cuisson* des aliments, on sera obligé de reconnaître que, dans le passage de la partie nutritive de l'aliment de la face du tube intestinal dans l'intérieur du corps de l'homme, il y a *décuisson* à l'égard de plusieurs des principes immédiats organiques de l'aliment cuit.

Aujourd'hui on reconnaît, comme fait d'expérience, qu'un même corps, une même espèce chimique, en s'unissant avec un autre corps, donne lieu à un nombre plus ou moins grand de calories, suivant différents états moléculaires où peut être le premier corps, et que ce nombre de calories est d'autant plus grand que l'union chimique est plus intense. En admettant ce fait, je me suis demandé si, dans la décomposition de l'acide carbonique par les plantes insolées, et lorsque l'oxygène, en redevenant libre et gazeux, reprend les calories qu'il avait perdues en s'unissant au carbone, il n'arrivait point que ce combustible insolé, en passant à l'état d'élément d'un principe immédiat organique, ne retenait pas de calories, soit qu'il en eût perdu en devenant gaz acide carbonique, soit qu'il en eût reçu dans l'insolation de la plante. S'il en était ainsi le carbone, en s'éloignant de l'état où il se trouvait dans le gaz acide carbonique, aurait éprouvé quelque chose d'approchant à ce que je viens de dire de la *décuisson* de plusieurs principes organiques cuits lorsqu'ils passent du tube intestinal dans l'intérieur du corps de l'homme. Cette manière de voir expliquerait comment l'insolation, en décomposant le gaz acide carbonique, restituerait la chaleur nécessaire à la constitution du gaz oxygène et, en en cédant au carbone, ne désorganiserait pas les tissus organiques où se passe le phénomène.

La manière dont je viens d'envisager l'assimilation de la matière minérale dans les êtres vivants me conduit à faire remarquer que la plupart des auteurs des traités de physiologie, qui ont comparé la respiration de l'animal avec celle de la plante, sont passibles du reproche de ne pas s'être expliqués suffisamment sur la différence essentielle des deux actes.

L'analogie réelle entre l'animal et la plante, relativement à la respiration, est le besoin de l'air atmosphérique pour la respiration.

La *différence* est que l'air atmosphérique pénètre dans l'animal la nuit et le jour, et qu'alors l'oxygène brûle du carbone et de l'hydrogène qui sont exhalés à l'état de *gaz carbonique* et de *vapeur d'eau*, mais celle-ci dans l'expiration est mêlée à une quantité d'eau qui n'est pas le résultat de la combustion de l'hydrogène.

Si les feuilles d'une plante sont en contact avec l'air *pendant la nuit*, il y a production d'acide carbonique, lequel, si les feuilles appartiennent à une plante grasse, reste en totalité dans les feuilles; mais, si celles-ci sont minces, une partie de l'acide carbonique est exhalée dans l'atmosphère.

Lorsque les feuilles reçoivent l'*influence du soleil*, la différence de la plante d'avec l'animal est extrême : ce n'est plus, comme dans la nuit, de l'acide carbonique qui est produit, mais du gaz oxygène qui se dégage, et on en attribue l'origine à la décomposition de l'acide carbonique. C'est donc *le contraire*, *l'inverse* de l'émission du gaz acide carbonique sortant de la poitrine d'un animal supérieur. Et certainement la chaleur du soleil agit en restituant à l'oxygène la chaleur qu'il a perdue en s'unissant au carbone; s'il n'en était pas ainsi, le dégagement du gaz donnerait lieu à un refroidissement, en supposant, bien entendu, que sa décomposition fût possible sans l'intervention de la lumière du soleil. Enfin je rappelle que la réduction du carbone est accompagnée d'un phénomène de *décuisson.*

Dernières considérations sur la graine et l'œuf de l'oiseau.

En partant de l'analogie de la germination de la graine avec le

développement du germe dans l'œuf de l'oiseau, j'ai promis de revenir sur ce sujet, après avoir examiné la grande différence que présente, à l'observateur, l'assimilation de la matière comparée entre la plante verdoyante et l'animal adulte; je remplis cet engagement.

La période de la vie végétale s'ouvrant par la germination et commençant dans la terre ou dans les eaux, dès que la graine a pris au milieu ambiant une certaine quantité de liquide, elle présente un phénomène à mon sens absolument semblable à celui de l'assimilation de l'aliment végétal à un corps animal; et certes, en se reportant au passé, c'est une des belles harmonies de la nature de voir ce qui se passe dans la vie d'une plante après la fécondation de l'ovaire : tout ce qui est nécessaire à la maturité de la graine y converge comme à un but final; et je rappelle qu'elle renferme, comme l'œuf de l'oiseau, les types principaux des compositions chimiques des principes immédiats organiques, et de plus les composés minéraux nécessaires à la vie. Il y a dans la graine des tissus organiques destinés à se développer sous la forme spécifique des ascendants au moyen de ses principes immédiats tenus en réserve sous le nom botanique d'*albumen*. Cet albumen, aliment de la plante incapable encore de vivre aux dépens de la matière du monde extérieur, nous explique par sa composition chimique même comment les graines sont si nutritives et pourquoi l'homme, les herbivores et tant de petits animaux les recherchent pour s'en nourrir, et dès lors pourquoi le cultivateur a tant de difficulté à mettre ses graines à l'abri des attaques du charançon et de l'alucite.

DERNIÈRES RÉFLEXIONS.

A une certaine époque de la science on a étudié comparativement les graines, les racines, les tiges, les feuilles, les fleurs de diverses espèces de plantes, les œufs de diverses espèces d'animaux, et l'on a bien fait pour éclairer beaucoup de personnes disposées à établir des généralités, des principes, des lois mêmes sur un trop petit nombre de faits.

Plus tard on a soumis à des examens analytiques des ensembles de corps connus sous des noms communs, comme *corps gras*, comprenant des huiles, des graisses, des cires, comme résines, etc.; on a cherché à les réduire en des espèces nettement définies de principes immédiats, et quand on y est parvenu, les résultats ont été excellents pour la science.

Deux ordres de recherches seraient bien dignes d'occuper aujourd'hui les chimistes livrés à l'étude dont le but est de connaître les phénomènes que présentent les êtres vivants.

Le premier consisterait à étudier comparativement un même principe immédiat, l'albumine par exemple, dans les différents liquides d'un même animal dont il est principe immédiat, puis de répéter la même étude sur le même principe dans diverses espèces d'animaux.

Le second ordre de recherches serait de suivre la transformation que chaque espèce des principes immédiats d'un aliment peut éprouver dans le tube intestinal, puis lorsqu'il a passé dans le corps de l'animal qu'il doit nourrir.

Sans prétendre donner un programme détaillé, qui ne peut servir qu'à ceux qui l'ont imaginé, il me suffit de signaler ces deux ordres de recherches aux jeunes savants doués de quelque esprit d'initiative.

Certes je suis loin de considérer comme démontré tout ce que je viens d'écrire, mais je crois avoir coordonné quelques idées générales qui ne l'avaient point été. Une dernière réflexion se présente encore à mon esprit, et, en m'y abandonnant, je m'éloigne tant de la *méthode* A POSTERIORI *expér mentale* que je crains un peu qu'on attribue ma pensée à la *folle du logis*. Quoi qu'il en soit, l'idée du phénomène que j'ai exposé, sous la dénomination de *décuisson*, me paraît exacte, et c'est sous son impression que je pose les questions suivantes, qui me sont suggérées par la manière dont j'ai fait intervenir la considération de la *décuisson* dans la désoxygénation de l'acide carbonique lors de l'insolation des feuilles vertes.

N'en est-il pas de même des éléments de beaucoup de principes immédiats organiques?

N'est-il pas des maladies causées par la diminution de la chaleur (du nombre des calories) que ces éléments ont acquis en passant de l'état minéral à l'état de matière organique?

Enfin, dans un animal qui vient de cesser de vivre, le premier phénomène qui se manifeste dans le cadavre, n'est-il pas produit par cette chaleur que perdent les éléments des principes immédiats?

(*A suivre.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

De l'intervention chirurgicale dans les étranglements internes, par M. CHARPENTIER (P.), 1 vol. in 8, 1870. — Prix : 2 fr. 50 centimes.

Plaies pénétrantes de l'abdomen et procédé de suture nouvelle pour la guérison des anus contre nature, par M. GOYARD, 1 vol. in-8, avec figures, 1870. — Prix : 2 fr.

De quelques applications de l'électricité à la thérapeutique (courants continus, bains électrisés), par le docteur CHAPOT-DUVERT. In-8 avec figures dans le texte. — Prix : 1 fr. 75.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 5 mai 1871.

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DES AMBULANCES

Service médico-chirurgical de l'ambulance du Corps législatif. — État et mouvement des militaires blessés traités dans cette ambulance du 19 septembre 1870 au 31 janvier 1871.

Une ambulance avait été établie pendant le siége dans les galeries et salons de la Présidence de l'ancien Corps législatif; la direction en avait été confiée à M. le docteur Baron Mundy, de Vienne, qui s'était assuré le concours et la collaboration de M. le docteur Mosetig, agrégé de la Faculté de cette même ville, chargé spécialement du service des blessés. Comme dans presque toutes les ambulances établies ou improvisées dans des palais, l'hygiène n'y était pas toujours à la hauteur de la richesse et du luxe des constructions et de l'ameublement. Comme le dit M. Mundy, dans un remarquable rapport auquel nous allons emprunter les quelques détails qui suivent : « Nonobstant la brillante apparence sous laquelle se présentent extérieurement à l'œil d'un profane les salles du palais de la Présidence de l'ancien Corps législatif, cette apparence est radicalement trompeuse en la jugeant au point de vue hygiénique. Avec sa ventilation impossible, puisque les fenêtres, de dimensions colossales, sont toutes du même côté, son cintrage très-élevé, remplie d'ailleurs de draperies et de tapisseries appliquées aux murs, cette magnifique salle de bal avec la galerie attenante, ainsi que les sept salons en enfilade, constituent un véritable foyer de matières à infection de toute sorte. »

Grâce à l'excellente réglementation et à l'ordre admirable qui ont été établis dans cette ambulance par son habile et dévoué directeur, ces inconvénients inhérents au local ont été heureusement corrigés ou neutralisés par la sévérité extrême dans le maintien en tout sens de la propreté, le transbordement des blessés aux lits de rechange, la désinfection pratiquée sans relâche, les soins de toutes les heures pour avoir constamment des pansements frais, un renouvellement continuel de l'air, etc. Il est juste d'ajouter qu'une large part revient sans aucun doute dans cet heureux résultat général aux soins habiles de M. le docteur Mosetig. On verra, en effet, par la seule énumération des faits que nous allons exposer, que les résultats de la pratique de ce chirurgien ont été des plus heureux, bien qu'ils aient pu être plus d'une fois compromis par la promiscuité d'un service de fiévreux qui ne rentrait pas dans le plan primitif de l'ambulance, mais que des nécessités impérieuses ont forcé d'y établir.

Le nombre des blessés et des malades entrés à l'ambulance, du 19 septembre au 31 janvier a été de 247, dont 82 ont été renvoyés guéris à leur corps, 134 ont été évacués comme convalescents sur d'autres ambulances, 29 sont décédés.

Le nombre des blessés a été de 136. Voici l'énumération des blessures pour lesquelles ils ont été admis.

5 plaies de tête : 4 superficielles, 1 avec fracture des os.

7 plaies de la face : 3 superficielles, 1 avec fracture de la mâchoire supérieure, 3 avec fracture de la mâchoire inférieure. Un de ces cas était compliqué d'une déchirure de la langue et perforation de l'œsophage.

2 plaies du cou, dont 1 superficielle et 1 pénétrante, compliquée de fracture de la base du crâne.

7 plaies de poitrine : 5 superficielles, 2 pénétrantes.

6 plaies du dos : 3 superficielles, 3 avec fracture des vertèbres.

4 plaies pénétrantes du ventre.

5 plaies du bassin : 1 superficielle, 4 pénétrantes.

2 plaies des parties génitales.

1 plaie de l'articulation de la hanche.

18 plaies de la cuisse : 15 superficielles (dont 2 compliquées de déchirure des grosses veines), 3 avec fracture du fémur.

2 plaies avec fracture de l'articulation du genou.

29 plaies de la jambe : 21 superficielles (un cas avec gangrène), 8 avec fracture.

3 plaies avec fracture de l'articulation du pied.

5 plaies du pied : 1 superficielle, 4 avec fracture.

2 plaies de l'articulation de l'humérus : 1 superficielle, 1 avec fracture.

10 plaies du bras : 7 superficielles, 3 avec fracture (un cas compliqué de fracture de l'avant-bras et de lésion de l'œil gauche).

1 plaie avec fracture de l'articulation du coude.

10 plaies de l'avant-bras : 5 superficielles, 5 avec fracture.

1 plaie avec fracture de la main.

6 plaies du métacarpe et des doigts : 2 superficielles, 4 avec fracture.

9 contusions.

Ces 136 blessés ont donné 21 cas de mort qui se rapportent aux blessures suivantes :

Plaie de tête, 1; plaie de la face, avec déchirure de la langue et de l'œsophage, 1; plaie pénétrante du cou avec fracture de la base du crâne, 1; plaies pénétrantes de la poitrine, 2; plaie du dos avec fracture des vertèbres, 1; plaies pénétrantes du ventre, 4; plaie avec fracture de l'articulation de la hanche, 1; plaies de la cuisse avec déchirure des grosses veines, 2; plaies avec fracture du fémur, 3; plaie avec fracture du genou, 1; plaie superficielle de la jambe (avec gangrène), 1; plaie avec fracture de la jambe, 1; plaie superficielle de l'avant-bras (complication de typhus), 1; plaie avec fracture de la main, 1.

Les opérations qui ont été pratiquées sont les suivantes :

1 ligature de l'artère fémorale au tiers inférieur de la cuisse, pour une hémorrhagie de l'artère tibiale postérieure dans un cas de fracture de la jambe, suivie de guérison.

2 amputations immédiates de cuisse pour des fractures comminutives et compliquées (obus), suivies de mort. L'un des opérés est mort 20 heures après l'opération, par choc; l'autre est mort le 25e jour, par pyémie.

2 amputations secondaires du bras pour fractures comminutives et compliquées (balles). 2 guérisons.

1 amputation de doigts pour fractures comminutives de l'annulaire et du petit doigt. Guérison.

1 désarticulation coxo-fémorale, pour fractures comminutives de la cuisse et gangrène du pied par congélation. Mort, 12 heures après l'opération.

4 résections dans la contiguité des os, savoir : 1 des os métacarpiens, immédiate, pour fracture comminutive de l'os métacarpien du pouce; 1 du pied, secondaire, pour fracture comminutive de l'astragale; 2 des os métacarpiens, secondaires, pour factures comminutives. 4 guérisons.

10 résections dans la continuité des os, savoir : 1, secondaire, de l'os pariétal, pour une dépression de la partie fracturée, guérison; 2, immédiates, de la mâchoire inférieure, pour fractures comminutives, 1 guérison et 1 décès survenu le troisième jour (dans ce cas la balle avait déchiré la langue et perforé l'œsophage); 1, secondaire, de l'omoplate, pour fracture avec nécrose, guérison; 4, secondaires, du tibia et du péroné, pour fractures avec nécrose, 4 guérisons; 2, secondaires, du cubitus et du radius, pour fractures avec nécrose, 2 guérisons.

1 cas de replacement du testicule dans le scrotum, pour un ancien prolapsus. Guérison.

1 réamputation d'un moignon de la jambe, pour saillie des os. Guérison.

1 trépanation de l'os cuboïde du pied, pour extraction de la balle et des esquilles osseuses. Guérison.

Total : 25 opérations, dont 7 immédiates, 18 secondaires, ayant donné 21 guérisons, 4 décès.

Il a été pratiqué, en outre, 16 extractions de balles, 14 immédiates, 2 secondaires, qui ont donné 15 guérisons et 1 décès. Ce décès a eu lieu quarante heures après l'extraction, à la suite de symptômes cérébraux, la balle ayant cassé l'os sphénoïde.

Il n'y a pas eu un seul cas de blessure par armes blanches. Il ne s'est pas produit un seul cas de pourriture d'hôpital. Le seul cas d'infection purulente qui a été constaté est survenu chez un blessé qui avait un broiement de la jambe gauche avec gangrène par congélation, et qui s'est refusé à subir l'amputation.

Tous les pansements ont été faits avec le permanganate de potasse ou avec les diverses préparations phéniquées : eau phéniquée, de 3 à 5 pour 100; alcool phéniqué à parties égales; glycérine phéniquée, à 10 pour 100; onguent phéniqué de Lister, cérat créosoté, à 10 pour 100. Dans quelques pansements, on a employé la solution (*condy's fluid*), le permanganate de potasse pour lotions et irrigations des plaies; mais, même dans ces cas, on a toujours terminé le pansement par l'usage de l'onguent phéniqué de Lister recouvert de papier d'étain.

L'ambulance du Corps législatif a reçu 104 malades affectés de maladies internes, dont voici l'indication :

Bronchite : 26, dont 17 guéris, 9 évacués sur d'autres ambulances. Laryngites : 24, guéris. Stomatite : 1, guéri. Grippe : 1, guéri. Catarrhe pulmonaire : 5, guéris. Diphthérie : 1, mort. Pneumonie : 5, 2 guéris, 1 évacué, 2 morts. Phthisie : 3, 1 évacué, 2 morts. Fièvre gastrique, 1, guéri. Fièvre intermittente : 7, guéris. Fièvre typhoïde : 2, 1 évacué, 1 mort. Typhus : 1, évacué. Rhumatismes : 8, 6 guéris, 2 évacués. Hépatite : 2, morts. Diarrhée : 9, 8 guéris, 1 évacué. Dysenterie : 2, guéris. Variole : 1, évacué. Commotion du cerveau ; 1, guéri. Quelques unités sans importance portent sur des lésions insignifiantes.

En résumé, sur 104 sujets atteints d'affections médicales, il y a eu 77 guérisons, 19 évacuations et 8 morts.

Le rapport n'entre dans aucuns détails sur les cas de maladies.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE.

Sur les blessures de l'œil et leurs conséquences

CONFÉRENCES PUBLIQUES, FAITES A L'ÉCOLE DE MÉDECINE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1)

Par le docteur X. GALEZOWSKI.

DE L'OPHTHALMIE SYMPATHIQUE CONSÉCUTIVE A LA BLESSURE DE L'OEIL

Messieurs, le nom d'ophthalmie réflexe ou d'ophthalmie sympathique a été donné par Mackensie pour désigner une affection qui se déclare dans un œil sous l'influence d'une lésion traumatique qui a considérablement affaibli ou même détruit la vision de l'autre œil.

Mais c'est à Demours (2) qu'appartient en entier l'honneur d'avoir décrit deux cas d'amaurose ou de *désorganisation sympathique d'un œil après une blessure de l'autre*.

Cette affection est suivie, selon lui, de paralysie de l'organe immédiat de la vue, et de plus, menace d'opacité des milieux transparents. Une pareille combinaison rend cette maladie une des plus graves que l'on puisse rencontrer dans la pratique, cependant il n'est pas certain qu'elle soit au-dessus des ressources de l'art.

Les recherches sur cette maladie n'ont été reprises qu'en 1844 par Mackensie, sous le titre d'*iritis grave sympathique*. Plus tard, White Cooper, Pritchard, Taylor, Lawson et Critchett nous ont complétement édifié sur la nature de la maladie, ses symptômes, ainsi que sur le traitement à suivre.

En France, Tavignot et Laugier fournirent des détails intéressants sur cette matière, presque à la même époque ou Mackensie publia ses premières observations. Divers autres faits de même genre se trouvent éparpillés dans des thèses et les écrits périodiques. Mais la description la plus complète de l'ophthalmie sympathique se trouve dans la thèse inaugurale de M. Rondeau (3), ainsi que dans la clinique de l'Hôtel-Dieu de Dolbeau.

Parmi les auteurs allemands, il faut citer un mémoire de M. Graefe de la plus grande valeur; et enfin, en Hollande, les travaux de Donders et de Haats.

L'ophthalmie sympathique présente des variétés nombreuses parmi lesquelles on remarque le plus souvent la forme d'iridocyclite. Les affections sympathiques du nerf optique, de la rétine et même de la cornée se rencontrent aussi, quoique bien plus rarement.

1. *Iridocyclite sympathique.* — Le début de la maladie n'est pas toujours le même; tantôt c'est une simple irritation, et comme dit Donders, une névrose sympathique; dans d'autres cas, elle apparaît sous forme d'une iritis.

Le malade ressent d'abord une douleur sourde et une inflammation exagérée dans l'œil blessé, et, en même temps, l'autre œil devient sensible pour la lumière; il lui est difficile de rien fixer et de supporter la lumière; de nombreuses mouches et des nuages voltigent devant l'œil. La portée de la vue au loin est diminuée. Ces symptômes n'ont été, jusqu'à présent, considérés que comme de simples phénomènes d'irritation; pour moi, ils sont au contraire les indices d'ophthalmie sympathique.

Bientôt, en effet, tous ces phénomènes prémonitoires s'accentuent; les paupières, à force d'irritation et de larmoiement, deviennent enflées; le globe lui-même s'injecte au pourtour de la cornée. Les douleurs périorbitaires ne sont pas très-prononcées,

(1) Suite. — Voir les numéros du 11 octobre, 10, 22, 29 novembre et 3 décembre 1870.

(2) Demours, *Traité des maladies des yeux*. Paris, 1818, t. II, Observations 282 et 298.

(3) Rondeau, *Des affections sympathiques de l'un des yeux à la suite d'une blessure de l'autre œil*, (Thèse de Paris, 1858.)

mais l'œil lui-même devient sensible au toucher, surtout dans la région ciliaire, ce qui peut être, sans aucun doute, considéré comme un signe pathognomonique de la maladie. Presque en même temps, l'iris change de couleur ; il devient foncé, brunâtre ; selon Critchett, il devient si ferme, si coriace et si adhérent, que ce n'est qu'avec beaucoup de difficultés qu'on peut l'attirer au dehors, et il est même impossible d'en retrancher une portion. La pupille se rétrécit, devient irrégulière, et se recouvre presque tout entière d'une exsudation légère, plastique, qui rend toutes ses contractions impossibles, et l'atropine n'a aucune action sur elle. Peu à peu ces exsudations s'étendent sur toute l'étendue de la surface postérieure de l'iris, amènent une adhérence complète ; l'humeur aqueuse devient trouble, et la chambre antérieure diminue en profondeur lorsque l'iris est propulsé en avant, ou bien elle paraît plus profonde lorsque, au contraire, l'iris, par ses adhérences, est entraîné en avant. Dans la cornée, on trouve des dépôts de pus de la membrane Descemett. (*Kératite ponction.*)

Arrivé à cette période, on ne peut plus éclairer le fond de l'œil, malgré que le malade conserve un certain degré de vision. Mais, à une période moins avancée, les milieux de l'œil laissent passer la lumière de l'ophthalmoscope jusqu'à la rétine. Souvent, on ne trouve aucun trouble appréciable dans le corps vitré, mais la papille du nerf optique ne se voit que trouble, nuageuse, comme si on la voyait à travers un verre dépoli. Cet aspect du fond de l'œil rappelle beaucoup celui de la choroïdite syphilitique, et quoique les flocons ne sont point visibles dans le corps vitré, le trouble est pourtant dû aux opacités presque microscopiques de cette humeur. Bientôt après, les flocons deviennent apparents et se présentent comme des filaments noirs très-fins.

La vue centrale s'affaiblit de plus en plus, et c'est à peine si ces malades peuvent se conduire, surtout si on se rappelle que, par suite d'une extrême photophobie, il leur est impossible de sortir au dehors. Quelquefois les malades sont sujets à des photopsies.

La dureté de l'œil n'est jamais augmentée ; avec le progrès du mal, c'est le contraire qui arrive ; il tend à devenir de plus en plus mou, et souvent, à cette même époque, on voit apparaître un épanchement de sang dans la chambre antérieure ou une petite quantité de pus.

2. *Iritis sympathique.* — L'inflammation peut prendre quelquefois le caractère d'un iritis séreux. La pupille, dans ces cas, paraît plus large que d'habitude et se contracte difficilement ; des dépôts pigmentés apparaissent dans la cornée, près de la membrane Descemett, dans la cornée kératite ponctuée. On voit alors l'humeur aqueuse se troubler, l'iris prendre des adhérences résistant à toute action d'atropine ; la kératite ponctuée accompagne aussi cette forme d'iritis.

3. *Rétinite et rétino-choroïdite.* — L'inflammation sympathique de la rétine n'est pas fréquente ; je l'ai rencontrée deux fois ; chez une malade, la rétine était recouverte d'exsudations blanchâtres et d'épanchements sanguins. Après l'extirpation de l'œil blessé, la rétinite guérit, mais en laissant quelques branches artérielles oblitérées.

Les altérations de la rétine isolées sont rares, et plus souvent on constate simultanément les altérations dans la choroïde et le corps vitré. Graefe (1) a décrit une forme de *rétino-choroïdite sympathique* dans laquelle les veines de la rétine étaient très-tortueuses, et la papille, entourée d'une infiltration séreuse, s'étendant le long des vaisseaux, loin, sur la rétine. La cornée présentait des opacités près de la membrane de Descemett.

Un fait très-intéressant se trouve rapporté par Dolbeau (2), d'une rétinite exsudative sympathique, que nous avons eu l'occasion d'examiner avec le professeur. Le malade, atteint par un éclat de bois à l'œil gauche, fut pris, au bout de quelque temps, de douleurs des deux yeux, et de la perte de la vue dans l'autre œil. « L'ophthalmoscope fit constater la présence de nombreux corpuscules dans le corps vitré ; au fond de l'œil, des amas de dépôts plastiques. Les vaisseaux de la rétine ne pouvaient être aperçus. Dans le champ de la papille, et à sa partie inférieure, se voyait une tache blanche, analogue par la forme, à un croissant dont le bord inférieur est concave et le bord supérieur dirigé suivant une ligne droite. Au-dessus de ce point, on constatait un décollement de la rétine représentant un V dont les branches étaient écartées. » Après l'énucléation de l'œil, les douleurs cessèrent, et la vue s'est améliorée. A la dissection de l'œil blessé, le professeur a constaté l'ossification du tissu cellulaire sous-rétinien qui se présentait sous forme d'une coque solide.

4. *Névroses sympathiques.* — Elles constituent une des affections qui ne sont quelquefois qu'un prélude des inflammations sympathiques, et qui constituent bien souvent une simple irritation nerveuse, comme l'a démontré Donders. Ces malades souffrent d'une photophobie plus ou moins forte, de larmoiements exagérés, de sensations douloureuses dans la profondeur de l'orbite, d'un spasme réflexe dans les paupières et d'une conjonctivité légère et chronique. Après l'extirpation de l'œil blessé, la maladie disparaît rapidement ; mais quelquefois elle persiste longtemps, et alors, il faut examiner l'état des voies lacrymales, qui sont bien souvent rétrécies ou obstruées et occasionnent des désordres, comme je l'ai démontré (3).

(1) Graefe, *Archiv. f. Ophthalm.* Bd. XII, absh. 2, p. 171.
(2) Dolbeau, *Leçons de clinique chirurgicale.* Paris, 1867, p. 39.
(3) Galezowski, *Gazette des hôpitaux*, 1868.

5. *Kératite sympathique.* — Cette forme d'altération n'a pas été jusqu'à présent signalée. Mes propres recherches m'ont démontré que, dans quelques cas rares, l'affection sympathique se présente comme une kératite interstícielle non vasculaire. Voici les deux faits principaux.

Observation. — Mademoiselle Lucie B....., agée de 20 ans, sœur d'un des frères de Saint-Jean-de-Dieu, vint me consulter le 21 octobre 1867 pour une affection grave des deux yeux, dont elle souffrait depuis plus de quinze mois et malgré le traitement qu'elle avait suivi. L'œil droit est atteint d'un staphytome général de la cornée et de l'iris, avec hydrophthalmie; il fait saillie entre les paupières, dont l'inférieure est renversée en dedans (entropion). L'œil gauche est excessivement sensible à la lumière et larmoyant; elle n'en distingue rien, à cause d'une infiltration générale interstícielle de la cornée, ne permettant même pas d'apercevoir ni l'iris ni la pupille.

Voyant qu'aucun traitement employé pendant longtemps n'a pu arrêter la marche de l'affection, il m'a semblé tout naturel de rattacher la cause de cette kératite à l'irritation permanente de l'œil atteint de staphylôme cornéen. J'ai pratiqué en conséquence l'amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil droit. L'opération a été suivie d'une inflammation phlegmoneuse du globe sans importance; le moignon se cicatrisa, et la malade a pu se faire poser un œil artificiel au bout de deux mois. Mais ce qui était remarquable dans le résultat de cette opération, c'est que l'œil gauche commença à s'éclaircir tout seul; la cornée a repris sa transparence normale, et, au bout de huit mois, il ne lui est resté que des petites taies, qui ne lui empêchent point de lire et écrire.

Un second fait non moins intéressant est celui que nous avons pu observer, avec notre excellent ami le docteur Léon Labbé, sur un malade de son service de l'hôpital Saint-Antoine. Nous publions cette intéressante observation, qui montre jusqu'à quel point l'énucléation de l'œil atrophié et atteint d'iridochoroïdite chronique a pu contribuer au développement de la kératite interstícielle de son congénère.

Observation. — M. A..., âgé de 44 ans, d'une constitution forte, est couché au n° 21 de la salle Saint-Christophe, à Saint-Antoine. Il y a trente ans, dit-il, l'œil droit fut piqué par une épine, ce qui occasionna une inflammation et la perte de l'œil. Souvent, depuis, il devenait rouge, sans qu'il en souffrît beaucoup. Au mois de mai 1869, l'œil gauche devint aussi malade à la suite de la variole, et depuis cette époque il souffrait toujours de photophobie, de larmoiement, de la rougeur de l'œil, malgré tous les moyens qu'il avait employé d'après les conseils des oculistes allemands de Paris. C'est dans ces conditions qu'il entra à l'hôpital le 3 janvier 1870. — En l'examinant avec le docteur Labbé, nous avons constaté l'état suivant : Œil droit mou et atrophié, ne ressent point d'impression lumineuse. L'œil gauche est rouge; toute la sclérotique est injectée; la cornée est blanchâtre, opaline au centre; mais cela n'empêche pas de voir que l'iris et la pupille sont saines. Cette kératite est apparue après la variole; néanmoins toutes les suites de la variole auraient pu disparaître ou bien se terminer par des accidents suppuratifs ou autres. Ici, la persistance de la maladie permet de rapporter sa cause à l'autre œil atrophié. Sous ce rapport, nous étions complétement d'accord avec M. L. Labbé, qui pratiqua en conséquence l'énucléation de l'œil atrophié le 26 février 1870. Le résultat de l'opération était on ne peut plus satisfaisant, et au bout de quelques semaines la cornée reprit sa transparence, la rougeur disparut, et l'œil recouvre sa force et sa vue.

Quelles sont les causes les plus fréquentes d'ophthalmie sympathique? Les blessures de la région ciliaire d'un œil, simples ou avec le corps étranger, constituent une des causes les plus fréquentes de cette affection réflexe. Mais ce sont surtout les corps étrangers logés dans l'intérieur de l'œil, des éclats de capsule, des paillettes de fer, etc., qui entretiennent une irritation dans l'œil blessé, et au bout de quelque temps l'ophthalmie sympathique dans son congénère de l'œil blessé, et de l'ophthalmie sympathique de l'autre. Il n'y a que les corps étrangers situés dans le cristallin qui peuvent rester sans amener des désordres sympathiques, mais ceux situés dans l'iris, la choroïde et la rétine sont les plus dangereux. Dans un œil que j'ai énuclé (1), l'éclat de capsule avait traversé la cornée, le cristallin, le corps vitré et s'était fixé dans la macula. Ces corps étrangers peuvent rester des mois et des années sans amener des douleurs ni inflammation, et puis subitement les syptômes d'irido-choroïdite apparaissent dans l'œil blessé et ils ne tardent pas à s'emparer de l'autre si on n'intervient pas à temps. Lawson rapporte deux cas très-intéressants dont l'inflammation, dans un cas, ne se déclara qu'au bout de huit ans, et dans l'autre quatorze ans après la blessure. De mon côté, j'ai fait l'énucléation d'un œil qui ne s'était enflammé que dix-huit ans après la blessure par un éclat de capsule.

L'existence des masses osseuses qui se développent d'une manière spontanée à la suite d'inflammation intra-oculaire peut donner lieu à une ophthalmie sympathique.

Les inflammations internes de l'œil, surtout si elles sont accompagnées d'épanchement sanguin considérable, ou quand elles sont suivies d'un décollement de la choroïde ou de la rétine.

L'opération de la cataracte par abaissement, suivie d'une iridocyclite, peut occasionner l'ophthalmie sympathique de l'autre œil.

Le staphylôme général de la cornée et de l'iris, avec hydrophthalmie chez les personnes scrofuleuses, peut amener une ophthalmie sympathique.

Toutes ces altérations de l'œil primitivement atteint ne peuvent avoir d'influence dangereuse pour le second œil qu'après que le premier aura longtemps souffert, qu'il sera sensible au toucher dans la région ciliaire et que la vue sera abolie ou sensiblement affaiblie.

(1) Galesowski, *Gazette hebdomadaire*, Septembre 1870.

Mooren (1) rapporte le fait d'une ophthalmie sympathique provoquée par un œil artificiel, qui, en irritant l'œil atrophié, amena la réaction sympathique dans l'autre. Il faut avouer pourtant que ce cas constitue une exception à la règle générale.

Selon Guépin (de Nantes), l'ophthalmie sympathique ou réflexe attaque de préférence les individus débilités. Peut-être cela est-il exact en ce qui concerne les formes graves de maladie.

Pendant longtemps, on a cru que l'affection sympthique se transmettait d'une rétine à l'autre par l'intermédiaire du nerf optique. Tavignat (1849) fut le premier qui considéra cette maladie comme une simple névralgie ciliaire. De leur côté, Mackensie et H. Müller avaient exprimé l'opinion que cette affection pouvait se développer sous l'influence d'irritation de la 5e paire, qui du cerveau pouvait se propager à l'autre œil. Cette opinion a prévalu jusqu'à présent, que l'affection se transmet par action réflexe à travers les nerfs ciliaires, et on en trouve la preuve, selon Graefe et Bowmam, en ce que la sensibilité au toucher de la région ciliaire se trouve toujours symétriquement disposé dans l'autre œil.

Quant à l'excitation sympathique telle que l'admettent Pagerstecher et Brondeau, sans aucune localisation, elle nous paraît peu admissible.

L'ophthalmie sympathique est très-grave, surtout lorsqu'elle prend la forme d'une irisis maligne ou d'irido-cyclite. L'énucléation de l'œil blessé n'arrête même pas souvent le mal. Critchett dit avec raison qu'il doute de l'efficacité de l'iridectomie. Mais dans les cas d'irisis séreuse, de kératite et de névrose sympathique, il y a une guérison dès qu'on a enlevé l'œil blessé ou atteint primitivement. Lawson dit que dans aucun cas il n'a vu une ophthalmie sympathique se déclarer après le retrait de l'autre œil.

Dès que l'ophthalmie sympathique aura été constatée, il n'y aura pas d'autres ressources pour arrêter cette terrible maladie, que l'énucléation du globe oculaire d'après le procédé de Bonnet (de Lyon). Prichard a été le premier qui, en 1854, proposa d'enlever complétement l'œil affecté. Les partisans de cette méthode s'accrurent rapidement, et aujourd'hui nous pouvons dire que c'est le moyen le plus efficace que nous ayons pour arrêter, dans un grand nombre de cas, les progrès du mal. On connaît déjà le procédé opératoire que nous avons exposé plus haut (1), et nous n'y insistons point. Comme cette opération est douloureuse, il est indispensable de se servir du chloroforme. L'énucléation une fois faite, on verse pendant quelques minutes de l'eau fraîche dans le fond de l'orbite, et on arrête l'hémorrhagie. Quelques praticiens se servent de la charpie pour remplir l'orbite et arrêter ainsi l'hémorrhagie; mais ce moyen de pansement expose le malade à des souffrances inutiles, et je dirai de plus que jusqu'à présent, dans plus de 75 énucléations que j'ai faites, je n'ai pas eu une seule fois besoin d'y recourir, l'hémorrhagie s'arrêtant facilement après l'arrosement avec de l'eau fraîche.

Cette opération suffit ordinairement pour amener une guérison radicale de névrose sympathique. Quant aux autres affections sympathiques, le traitement consécutif est indispensable. C'est ainsi que dans le cas d'iritis grave et d'irido-cyclite on cherchera à arrêter l'inflammation par les moyens que nous avons exposés à plusieurs reprises. On essayera de dilater la pupille et de rompre les adhérences en instillant fréquemment l'atropine. Mais comme ces moyens sont le plus souvent insuffisants pour atteindre le but, on sera forcé de pratiquer tôt ou tard une iridectomie. Cette opération peut donner lieu à des résultats très-favorables, mais à condition qu'elle soit exécutée à temps. Sous ce rapport nous partageons complétement l'opinion de Lawson, qui émet l'avis que dans le traitement de l'ophthalmie sympathique, toute opération est nuisible qui porterait sur l'œil enflammé; après l'énucléation de l'œil, au contraire, tout doit être tenté pour rendre la vue.

Mais Critchett et Graefe ont déclaré avec raison que la thérapeutique de l'irido-cyclite sympathique ne donne pas jusqu'à présent des résultats satisfaisants. L'observation nous démontre, en effet, que ni l'énucléation de l'œil primitivement atteint, ni l'iridectomie n'arrêtent dans un certain nombre de cas l'affection sympathique du second œil. Mais il faut ajouter aussi que l'insuccès dépend souvent de ce qu'on a attendu trop longtemps avec l'énucléation. Selon moi, dès que les symptômes sympathiques apparaissent, on ne doit pas hésiter à enlever l'œil primitivement atteint, même si la vision n'était pas complétement atteinte.

Lorsqu'on pratique l'iridectomie après l'énucléation pour une irido-cyclite, on doit faire une très-large incision dans la cornée et exciser une aussi large portion que possible.

Si le cristallin d'une irido-choroïdite sympathique devient opaque à la suite, on ne doit pas faire son extraction pendant l'inflammation aiguë de l'œil, mais il faut la remettre à un moment où toute irritation aura diminuée. Une trop grande sensibilité de l'œil atteint d'ophthalmie sympathique peut être efficacement combattue par des fomentations de l'infusion de belladone ou de pavots qui doivent être bien chaudes; en même temps on aura recours aux frictions avec des pommades belladonées ou morphinées dont voici la formule :

Le traitement interne doit consister en usage des toniques, des

(1) Mooren, *Ophthalmische Beobachtungen* et *Des affections sympathiques de la vue*, trad. franç. Liége, 1870.

ferrugineux, des préparations de quinquina sous toutes les formes, ce qui est surtout important pour les personnes faibles et débilitées.

(*La fin au prochain numéro.*)

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 14 novembre 1870. — Présidence de M. LIOUVILLE.

(Suite et fin.)

DOCUMENTS.

Ier DOCUMENT. — *Quelques expériences sur deux préparations, dites farines de viande, faites en Amérique.*

Il y a une vingtaine d'années au moins que je fus consulté sur le moyen de tirer parti des viandes provenant des animaux abattus dans les plaines de la Plata pour en expédier les peaux en Europe. Je me gardai bien d'indiquer des procédés dont l'exécution se ferait par des personnes qui me seraient inconnues, et dans des conditions climatériques que je ne connaissais pas bien : mais, quoi qu'il en fût, je crus devoir insister sur la nécessité d'observer certaines conditions qui me semblaient essentielles à la bonne qualité du produit alimentaire qu'on se proposait de préparer.

J'indiquai quatre conditions principales :

1° Se bien garder de cuire la viande en l'exposant à une température trop élevée pour la sécher;

2° Éviter d'en séparer une matière soluble dans l'eau qui renferme à l'état latent l'arome auquel certaines viandes cuites doivent un caractère distinctif; je citerai la viande de bœuf et celle de la perdrix;

3° Eviter de mettre la viande dans des circonstances où elle pourrait s'altérer;

4° Eviter de la mettre en contact avec des métaux, tels que le cuivre, par exemple, qui pourraient la rendre nuisible.

Dans le courant de l'été dernier on m'a remis deux préparations, sous la dénomination de *farines de viande*, préparées à Buénos-Ayres; l'une avait été faite avec de la viande séchée à 55 degrés, c'est-à-dire à une température inférieure à la coagulation d'un liquide albumineux; l'autre provenait d'une viande séchée à une température bien supérieure à celle où s'opère cette coagulation, de sorte qu'elle pouvait passer pour cuite.

Les expériences comparatives auxquelles j'ai soumis les deux préparations m'ont donné des résultats conformes à toutes mes prévisions. Désignons par A *la farine de viande crue* et par B *la farine de viande cuite.*

1 partie de chaque viande a été mise dans un ballon de verre avec 3 parties d'eau distillée.

A a absorbé l'eau de manière à former une sorte de pâte, par suite du gonflement de la viande.

B s'est gonflé, mais bien moins; aussi la viande était isolée d'une partie du liquide.

Ce résultat de deux expériences comparatives est tout à fait conforme à ma prévision; car, évidemment, la partie plastique albumineuse n'étant pas cuite, a formé un liquide épais avec l'eau qui a été retenue en grande quantité par la partie fibreuse qui elle-même s'est plus gonflée que celle de B, qui avait été cuite.

Les deux ballons ont été tenus plongés dans un bain-marie bouillant, durant six heures; il s'exhalait une odeur plus suave du bouillon A que du bouillon B.

Après la cuisson, le bouillon A était en grande partie interposé avec la viande, tandis que la viande B était en grande partie séparée de son bouillon.

Résultat conforme au précédent, car la viande B avait subi deux cuissons, et dès lors elle devait être, sinon racornie, du moins plus compacte, plus dure.

Le bouillon et la viande A avaient le goût et l'odeur du bouillon et de la viande de bœuf, je n'oserais dire du meilleur bouillon et du meilleur bouilli, mais certes ils n'avaient rien de désagréable.

Il en était autrement du bouillon et du bouilli de B, et pour être juste il fallait distinguer un premier goût et un arrière-goût : le premier était désagréable, sans que je puisse le définir par une comparaison, mais l'arrière-goût ne l'était pas.

En définitive, sans prétendre que B ne serait pas comestible, je reconnais que A lui est supérieur incontestablement.

Je ne donnerai aucune indication des procédés suivis pour confectionner les deux préparations, ne les connaissant point assez bien pour les décrire. Mais j'ai tout lieu de penser que si les deux farines renferment tous les principes immédiats de la chair musculaire, elles ne les renferment pas dans les mêmes proportions que celle-ci, toutes choses égales d'ailleurs. Ainsi j'affirme que la graisse s'y trouve dans une proportion notablement inférieure, car aucun des deux bouillons chauds n'a présenté à la surface cette graisse fondue qu'on appelle vulgairement les *yeux du bouillon*. B m'a paru en contenir moins que A. J'ai lieu de penser encore que les deux viandes, surtout B, avant la dessiccation, contenaient moins de la matière soluble dans l'eau où réside à l'état latent le principe aromatique de la viande cuite, que n'en contient la viande ordinaire.

En définitive, les deux farines de viandes que je viens d'examiner justifient toutes les prévisions que j'émettais il y a plus de vingt ans sur les conditions qu'il faut observer pour faire de bonnes préparations de viande avec les animaux abattus dans les plaine de la Plata.

J'ajouterai qu'en chauffant 1 partie des farines avec 25 parties d'eau dans des cornues pourvues de ballons pour recueillir les vapeurs condensables, j'ai reconnu :

1° Que, comme dans la cuisson de la viande ordinaire, les deux farines dégagent un produit sulfuré qui noircit le papier de plomb;

2° Que le produit aqueux de la farine A est légèrement ammoniacal, et qu'il trouble et colore légèrement par son soufre l'acétate de plomb; le produit aqueux de la farine B est légèrement acide et ne trouble ni ne colore l'acétate de plomb;

3° Que le produit aqueux de la farine A était rendu opalin par un peu de graisse qui avait passé mécaniquement de la cornue dans le ballon; le produit aqueux de B était limpide;

4° Que les liquides concentrés dans les cornues au même degré sont inégalement colorés; celui qui l'est le plus est le liquide de B;

5° Que ces liquides, qui sont du bouillon étendu d'eau, sont tous les deux acides au papier de tournesol, et qu'il en est de même des viandes A et B;

5° Que le principe qui donne au bouillon de B un goût et une odeur désagréables est plus sensible encore dans le liquide B concentré que dans son bouillon. Je ne sais à quoi comparer la sensation qu'il m'a fait éprouver.

IIe DOCUMENT. — *Inconvénient de détourner l'acception de différents mots définis par la science.*

En toute circonstance où j'ai pu insister dans l'intérêt de la science sur la nécessité de maintenir l'acception des mots définis par elle, je ne me suis point abstenu de le faire, convaincu des inconvénients de l'inobservation d'une règle que justifie si puissamment la pensée fondamentale de la nouvelle nomenclature chimique !

Un fait récent relatif aux corps gras considérés comme aliment ne peut que me confirmer dans cette manière de voir. Mais avant de l'exposer, je demande à l'Académie qu'elle veuille bien entendre quelques détails relatifs à l'histoire des travaux auxquels les corps gras ont donné lieu.

En 1813, quand je présentai à l'Académie mon premier mémoire sur les corps gras, j'éprouvai une vive contrariété lorsque M. Thenard, de l'amitié duquel, je le reconnais, je n'ai jamais eu qu'à me louer, mais qui tenait excessivement à ses opinions scientifiques, me fit tant d'observations sur la dénomination d'*acide margarique* que j'avais donnée à un corps dont l'acidité, à mon sens, ne pouvait être l'objet d'un doute, que je crus devoir le décrire en définitive, par déférence, sous le nom de *margarine*, tout en ne dissimulant pas dans mon mémoire mon opinion sur la propriété fondamentale que je lui avais attribuée. Le motif allégué par M. Thenard pour rejeter mon opinion, était que la qualification d'*acide* ne pouvait appartenir à un composé ternaire organique qu'à la condition d'une composition équivalente à *carbone* + *eau* + *oxygène*; or, l'acide margarique équivalait à *carbone* + *eau* + *hydrogène*, composition, selon M. Thenard, essentielle aux corps inflammables, conséquemment aux corps gras.

Sans entrer dans de plus grands détails, Berthollet, qui apprécia comme rapporteur mes travaux sur les corps gras avec tant de bienveillance, adopta mon opinion en disant, dans son Rapport sur mon sixième mémoire, le 23 décembre 1816, à l'Académie : « La suite des recherches de M. Chevreul a fait voir que la *margarine* est un acide parfaitement analogue aux autres. »

Après la découverte des *acides oléique, stéarique, phocénique, butyrique, caproïque, caprique, hircique*, après avoir insisté sur les différence qu'ils présentent d'avec les corps gras neutres que j'avais définis sous les noms de *stéarine, oléine, phocénine, butyrine, caproïne, caprine, hircine, citine, cholestérine*;

Enfin, après l'assentiment donné par tous les chimistes à l'opinion *finale* sur les *corps gras saponifiables* que j'assimilai aux éthers salins et aux sels; après avoir nettement distingué l'acide stéarique de l'acide margarique, et après avoir montré que les corps gras neutres saponifiables représentés à l'état de pureté par un acide uni à la glycérine ou à un carbure d'hydrogène, l'éthal, je pus dire qu'il existe dans les suifs, les graisses et les huiles, trois espèces principales de composés neutres : la *stéarine*, la *margarine* et l'*oléine*.

Cette digression rétrospective n'était point inutile pour montrer la différence réelle et incontestable existant entre les corps gras neutres, la stéarine, la margarine et l'oléine, et leurs acides stéarique, margarique et oléique, et comment la stéarine, la margarine et l'oléine constituent par leur mélange des suifs, des graisses et des huiles, d'après leurs proportions respectives, et comment ces mélanges diffèrent des beurres qui renferment de plus de la butyrine, de la caproïne, de la caprine, etc., corps neutres qui sous l'influence de l'air répandent des vapeurs odorantes d'acide caprique et caproïque et surtout d'acide butyrique.

Une fois ces différences reconnues, on sent très-bien l'erreur que commettrait celui qui, sous le prétexte que l'huile d'olive représentée principalement par de la *margarine* et de l'*oléine*, viendrait vous proposer de la remplacer dans l'alimentation par les *acides margarique* et *oléique* provenant de la décomposition du savon de Marseille par un acide.

Une conséquence des faits exposés, c'est qu'il n'est pas possible de considérer le mélange d'*une huile* formée de margarine et d'oléine avec un ensemble d'acides stéarique et margarique servant à la confection des *bougies* dites *stéariques*, comme un produit alimentaire équivalent à une graisse neutre formée de stéarine, de margarine et d'oléine. Il en serait autrement d'un mélange de stéarine et de margarine avec une huile formée de margarine et d'oléine d'une fusibilité intermédiaire entre la stéarine et la margarine d'une part, et d'une autre part l'huile.

Récemment consulté sur la question de savoir si le mélange d'une huile avec les acides stéarique et margarique pouvait remplacer une graisse, j'ai répondu négativement, en ajoutant cependant qu'il n'était pas probable que les corps gras acides fussent nuisibles à la santé comme *toxiques.*

Lorsqu'on me consulta on s'énonça en ces termes : « Croyez-vous que le mélange d'une huile comestible avec de la stéarine puisse remplacer une graisse alimentaire plus fusible que la stéarine et moins liquide que l'huile ? » Ma réponse fut affirmative. Mais lorsqu'on m'eût dit que la *stéarine* était la matière grasse de la bougie stéarique, je fis la remarque précédente, et alors l'*inconvénient du changement d'acception des mots définis par la science effectué par l'ignorance ou la mauvaise foi me frappa et me détermina* à écrire les réflexions que je viens de faire, en répétant ici que les personnes qui me consultaient de parfaite bonne foi avaient été trompées par le commerce et l'industrie qui appellent *stéarine* dans leur transaction les *acides stéarique* et *margarique* constituant la bougie.

Je citerai à l'appui de mes réflexions sur l'inconvénient que je signale un fait qui remonte à plus de vingt ans et a quelque analogie avec celui dont je viens de parler.

Un ouvrier en chambre vint me consulter sur la cause pour laquelle il ne réussissait pas dans la teinture en bleu de cuve des peaux de mouton pourvues de leur toison. Je lui donnai une recette; il la pratiqua sans succès. Lorsqu'il m'en fit part, je lui demandai un échantillon de la potasse qu'il avait employée, et c'est alors que je sus que les épiciers vendent à Paris, sous le nom de *potasse*, une *soude* carbonatée provenant de la calcination de l'eau mère du sel de soude, fait qui se passe encore dans le commerce de Paris. J'ajoute que d'après mes expériences le sous-carbonate de soude ne peut remplacer le sous-carbonate de potasse dans le *montage* de la cuve d'acide.

Enfin M. Payen m'a assuré que cette fraude remonte à l'année 1807. Car alors on mit dans le commerce, sous le nom de *potasse d'Amérique*, le produit dont je parle coloré par un sel de cuivre.

CORRESPONDANCE

Adhésion de la Société centrale d'agriculture de France à la protestation de l'Institut contre la menace de bombardement.

La Société, dans sa séance de rentrée du 3 novembre 1870, a repris ses travaux en s'associant par un vote unanime à la déclaration formulée par l'Institut de France contre la menace du bombardement de Paris...

Elle a chargé son bureau d'adresser aux présidents des cinq classes de l'Institut une adhésion complète à sa protestation.

(Suivent les signatures du président, M. Chevreul, du secrétaire perpétuel, M. Payen, et de tous les membres présents.)

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL signale une pièce imprimée de la Correspondance comme offrant (indépendamment de la valeur qu'elle a par elle-même) un intérêt d'actualité; cette publication est intitulée : *Premiers secours à donner aux blessés sur le champ de bataille et dans les ambulances*, par le docteur H. Bernard, précédée d'une introduction, par J.-N. Demarquay.

M. DUMAS communique la lettre suivante de Mme D'Arcet-Lecointre, qui l'a chargé d'offrir, au nom de sa mère Mme veuve D'Arcet et au sien, à l'Académie, des notes et mémoires en partie inédits et se rapportant principalement aux recherches du savant académicien, Joseph d'Arcet, sur la gélatine des os et son emploi alimentaire.

« Je fais porter chez vous les cinq cartons qui contiennent les travaux sur la gélatine.

« Je suis heureuse de les offrir sous vos auspices à l'Académie et je vous serai très-reconnaissante, monsieur, de vouloir bien rappeler à cette occasion le nom de mon digne père et sa vie occupée en grande partie et même sacrifiée à faire employer et accepter cet aliment et à venir ainsi d'une manière si efficace au secours des indigents.

Nous devions toujours offrir ces travaux à l'Académie, c'est un devoir filial, et l'initiative prise par vous, monsieur, en ce moment d'épreuves, le rend des plus opportuns.

« Croyez bien, je vous prie, monsieur, à toute ma considération et à ma vive gratitude. »

Moyen facile et presque sûr d'arrêter la diarrhée et la dyssenterie spéciales aux soldats qui sont saisis par l'humidité et par le froid. M. DÉCLAT. Ce moyen, déjà sanctionné par l'expérience, permet aux hommes de rester à leurs corps, évite leur entrée à l'hôpital, où ils sont tout particulièrement prédisposés à contracter les maladies régnantes. Il consiste à faire boire aux malades, deux jours de suite, en dehors des repas, un demi-verre d'eau dans lequel on met, selon la gravité : pour la *diarrhée*, de huit à douze gouttes d'acide phénique cristallisé (rendu liquide par l'addition d'un dixième d'alcool); de dix à quinze gouttes de teinture thébaïque et de quinze à vingt gouttes d'alcoolature d'aconit; pour la *dysenterie*, la même dose d'acide phénique, de quinze à vingt gouttes de teinture thébaïque, sans y ajouter d'aconit qui, dans ce cas, semblerait plutôt avoir une action défavorable.

J'ai expérimenté cette médication au Moulin-Saquet et à l'ambulance Croix-Nivert; elle a également réussi à Villejuif.

La séance est levée à 5 heures.

15 NOVEMBRE

XXXII. **Santé publique.**—La mortalité générale, dit notre honorable confrère le docteur Decaisne, qui donnait la semaine dernière 1,762 décès, en accuse aujourd'hui 1,885. Tout en tenant compte des influences de la saison dans laquelle nous entrons, et qui voit chaque année augmenter dans une proportion assez notable le nombre des cas de mort, il faut avouer que ce chiffre est considérable.

La variole exerce toujours ses ravages et continue sa marche ascendante dans des proportions qu'elle n'avait jamais atteintes. Elle donne cette semaine le chiffre énorme de 419 décès. L'encombrement, la négligence de certaines précautions hygiéniques, le tribut que doit nécessairement payer au fléau la nouvelle population de Paris, et surtout l'armée, expliquent jusqu'à un certain point cette terrible recrudescence de la maladie, malgré toutes les sages et nombreuses précautions prises par l'administration pour la conjurer.

Les maladies qui règnent ordinairement à cette époque de l'année : la bronchite, la pneumonie, la diarrhée, la dysenterie, tout en accusant un nombre de cas de mort assez élevé, ne présentent qu'une légère augmentation sur la semaine dernière. La fièvre typhoïde, dont le développement était à craindre, reste à l'état stationnaire.

En résumé, on peut dire que les maladies épidémiques que nous pouvions redouter dans la situation présente n'ont pas atteint la population.

Je me trompe, il en est une dont j'ai déjà maintes fois signalé les dangers et les progrès, et qui ne paraît pas devoir s'arrêter : je veux parler de l'abus des boissons alcooliques. Les jours froids et pluvieux que nous traversons n'en ont pas ralenti la consommation, au contraire, et si le bulletin des décès ne la met pas en lumière, la santé publique s'en ressent néamoins d'une façon marquée, il faut bien le dire. Je ne reviendrai pas sur les causes d'un mal que j'ai déjà indiquées plusieurs fois depuis le commencement du siége, et que je ne puis malheureusement que constater de nouveau.

(1) Voir le dernier numéro.

On ne saurait trop appeler l'attention des comités d'hygiène et de salubrité publiques sur les nombreuses sophistications qu'on fait subir aux spiritueux.

Les médecins continuent à traiter en ville un très-grand nombre d'embarras gastriques et de maux d'estomacs de tous genres, résultant sot des modifications apportées dans l'alimentation, soit d'un mauvais régime et des refroidissements.

On a aussi constaté dans la garde mobile quelques cas de nostalgie, maladie que les médecins de Paris ont rarement l'occasion d'observer et dont nous reparlerons bientôt.

Voici le bulletin hebdomadaire des décès causés par les principales maladies régnantes du 6 au 12 novembre :

Variole, 419; — scarlatine, 7; — rougeole, 9; — fièvre typhoïde, 62; — érysipèle, 7; — bronchite, 82; — pneumonie, 79; — diarrhée, 91; — dysenterie, 39; — choléra, 1; — angine couenneuse, 11; — croup, 5; — affections puerpérales, 6.

XXXII. **Vaccinations et revaccinations.** — Le conseil général des hospices du département de la Seine a décidé que le service des vaccinations et revaccinations existant dans les établissements ci-dessous désignés serait réorganisé à partir du lundi 14 novembre.

A cet effet, il est institué, au dispensaire général des hôpitaux, 2, place du Parvis-Notre-Dame, un bureau central d'examen et de vaccination, ouvert tous les jours de la semaine, de onze heures à une heure, pour les vaccinations et revaccinations du public.

Les mères qui auraient des enfants aptes à la propagation du vaccin pourront les présenter elles-mêmes, ou par l'intermédiaire des sages-femmes, au médecin chargé du service.

Une prime de 15 francs sera attribuée aux mères dont les enfants auront été acceptés comme vaccinifères et une prime de 5 francs aux sages-femmes qui auront servi d'intermédiaires. Une indemnité de déplacement fixée à 3 francs sera allouée aux mères qui amèneront leurs enfants vaccinés au bureau central, pour y faire constater le résultat de l'inoculation.

Le service des vaccinations et revaccinations continuera à fonctionner d'une manière permanente dans les établissements désignés, et les personnes de l'extérieur seront admises, comme par le passé, à se faire inoculer aux jours et heures ci-après indiqués :

Lundi : Hôpital Sainte-Eugénie, 89, rue de Charenton, 8 heures du matin. — Hôpital Necker, 151, rue de Sèvres, 8 heures du matin. — Hôpital des Enfants, 149, rue de Sèvres, 9 heures du matin.

Mardi : Hôpital Saint-Louis, 40-42, rue Bichat, 8 heures du matin. — Hôpital des Cliniques, 21, place de l'Ecole-de-Médecine, 8 heures du matin. — Hôpital Saint-Antoine, 184, rue du Faubourg-Saint-Antoine, 9 heures du matin. — Hôpital de la Pitié, 1, rue Lacépède, 9 heures du matin.

Mercredi : Hôtel-Dieu, place du Parvis-Notre-Dame, 8 heures du matin. — Hospice des Incurables (Charité annexe), 42, rue de Sèvres, 8 heures du matin. — Hôpital de la Charité, 47, rue Jacob, 9 heures du matin.

Jeudi : Hospice des Enfants-Assistés, 100, rue d'Enfer, 8 heures du matin. — Hôpital Cochin, 47, rue du Faubourg-Saint-Jacques, 9 heures du matin.

Vendredi : Hôpital Lariboisière, rue Ambroise-Paré, près le chemin de fer du Nord, 8 heures du matin. — Maison municipale de santé, 200, rue du Faubourg-Saint-Denis, 9 heures du matin. — Hôpital du Midi, 15, boulevard de Port-Royal, 8 heures du matin. — Hôpital de Loureine, 111, rue de Lourcine, 9 heures du matin.

Samedi : Beaujon, 208, rue du Faubourg-Saint-Honoré, 8 heures du matin. — Hospice de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, 8 heures du matin. — Dispensaire des hôpitaux, place du Parvis-Notre-Dame, tous les jours, le dimanche excepté, de 11 heures à 1 heure.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Pendant la durée de la guerre contre la Prusse, MM. les docteurs Liégeois et Trélat fils, chirurgiens des hôpitaux de Paris, ont été nommés chevalier de la Légion d'honneur (services à la Société internationale de secours aux blessés).

— Par décret en date du 22 février 1871, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. le docteur Alphonse Guérin, chirurgien des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de médecine (services à l'hôpital militaire Saint-Martin).

Au grade de chevalier : M. le docteur Guibout, médecin des hôpitaux de Paris (services à l'hôpital militaire Saint-Martin);

M. le docteur Panas, chirurgien des hôpitaux de Paris (services à l'hôpital militaire Saint-Martin).

— M. le docteur Teilleux, directeur-médecin de l'asile des aliénés de Bonneval (Eure-et-Loir), a été nommé directeur-médecin de l'asile d'Auxerre, en remplacement de M. le docteur Poret père, décédé.

M. le docteur Broc, médecin en chef de la division des hommes à l'asile des aliénés de Maréville, près Nancy, a été nommé directeur-médecin de l'asile de Bonneval.

M. le docteur Bécoulet, médecin-adjoint à l'asile des aliénés d'Auxerre, a été nommé médecin en chef de la division des hommes à l'asile de Maréville.

M. le docteur Poret fils, ex médecin-adjoint de l'asile de Stéphansfeld (Bas-Rhin), a été nommé médecin-adjoint de l'asile d'Auxerre.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois... 16 — Un an..... 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 6 mai 1871.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE

Sur les blessures de l'œil et leurs conséquences.

CONFÉRENCES PUBLIQUES FAITES A L'ÉCOLE DE MÉDECINE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1),

Par le docteur X. GALEZOWSKI.

DE L'OPHTHALMIE SYMPATHIQUE CONSÉCUTIVE A LA BLESSURE DE L'ŒIL.

Messieurs, pour compléter l'étude des blessures qui atteignent un appareil aussi complexe que la vue, il me reste encore à vous parler des amblyopies et des amauroses qui se déclarent à la suite des lésions du crâne et du cerveau. Cette étude comprendra ainsi la troisième et dernière classe des blessures amenant soit directement soit indirectement une perturbation quelconque dans le sens de la vue.

6. *Amblyopies et amauroses consécutives aux altérations traumatiques du crâne et du cerveau.* — Les blessures du crâne et de l'encéphale sont des plus variées, elles peuvent être non-seulement le résultat de l'action directe des armes de guerre, des coups de feu, des éclats de bombes, etc., mais elles proviennent souvent du choc d'un autre agent extérieur quelconque et d'une chute sur la tête. Ces blessures peuvent être limitées et ne s'étendre qu'à la partie qui a reçu le premier choc; dans d'autres cas, au contraire, la force de projection est tellement grande, et le corps frappant est d'un tel poids, qu'il brise tout sur son passage, fracture le crâne et traverse jusque dans les parties profondes de l'encéphale. Dans l'un comme dans l'autre cas la force de résistance que présente la boîte crânienne peut atténuer l'effet immédiat du choc, et le corps agissant perd beaucoup de sa force et s'arrête à une faible distance de son entrée. Mais il y a d'autres accidents non moins graves qui se produisent à la suite du choc éprouvé par le crâne, c'est l'*ébranlement* qui se propage dans toutes les directions et peut même être suivi de fractures par *contre-coup.*

Les fractures par contre-coup, quoique niées par Aran (2), n'en existent pas moins, et on les rencontre quelquefois à la base du crâne sans lésion au point frappé, comme le prouve la pièce déposée au musée du Val-de-Grâce par Maurice Perrin.

I. *Lésions des nerfs et des centres optiques.* — Les fractures sont rarement suivies d'altérations de la vue, probablement en raison de la très-grande profondeur à laquelle se trouvent situés les nerfs optiques ainsi que les centres visuels. J'ai eu l'occasion d'observer dans les hôpitaux de Paris un grand nombre de malades atteints de fracture de la base du crâne et qui ne présentaient point de troubles de la vue ni d'altération quelconque du côté de la rétine ou de la papille. Mais il arrive pourtant que le nerf optique ou le chiasma a été déchiré ou seulement comprimé par les os fracturés de la base du crâne ou par le projectile entré dans l'intérieur du crâne; dans ces cas la perte de la vue sera instantanée. Brodie (3) rapporte le fait suivant, des plus intéressants :

OBSERVATION. — Un vieillard sur lequel avait passé une voiture fut admis à Saint-George's Hospital. Il avait conservé sa connaissance, mais il répondait lentement aux questions, et était complétement aveugle. M. Cunning enleva une portion du pariétal qui était fracturé, et releva les parties enfoncées; mais cette opération n'amena aucun changement dans les symptômes. Trente-six heures après l'accident, le pouls devint fréquent et le malade délira. Il resta entièrement privé de la faculté de voir, et mourut à l'expiration du cinquième jour. A l'*autopsie* on trouva les membranes du cerveau enflammées et couvertes de pus et de lymphe. Il existait à la base du crâne une fracture en travers du sphénoïde; les bords en étaient déplacés de façon à comprimer les nerfs optiques immédiatement derrière les orbites et à expliquer la perte totale de la vision.

(1) Fin. — Voir les numéros du 11 octobre, 10, 22, 29 novembre, 3 et 24 décembre 1870.
(2) Legouest, *Traité de chirurgie de l'armée*. Paris, 1863, p. 290.
(3) Brodie, *On injuries of the Brain* (*Medico-Chirurg. transactions*, vol. XIV).

Une amaurose complète peut se déclarer à la suite des fractures étendues de l'os occipital avec enfoncement profond des fragments d'os fracturé, ou lorsque le projectile aura pénétré par cette voie dans l'encéphale. Le traumatisme porte évidemment dans ce cas sur les lobes postérieurs du cerveau, le cervelet et probablement aussi les tubercules quadrijumeaux qui sont, comme on sait, les centres de la faculté visuelle. De là la cécité. Voici un fait de cette nature qui me fut communiqué par mon excellent ami le docteur Reliquet :

OBSERVATION. — Un artilleur âgé d'une quarantaine d'années a été transporté dans l'ambulance du Théâtre-Lyrique, dirigée par le docteur Reliquet. Le malade était complétement aveugle, et l'exploration faite dans la région occipitale démontra une plaie contuse et très-étendue des téguments. Il n'était pas difficile de se convaincre que l'os occipital était fracturé et enfoncé très-profondément dans l'encéphale. Cette blessure était produite par un éclat d'obus. Les yeux ne présentaient aucune altération, et la perte de la vue était évidemment due aux lésions d'une partie de l'encéphale que contient le centre optique. Bientôt il se déclara un état comateux et de la fièvre intense, et le malade succomba.

Les blessures du crâne peuvent être accompagnées d'épanchements de sang plus ou moins abondants entre l'arachnoïde et la dure-mère, ou bien il peut arriver que simultanément avec des contusions extérieures il se produise des épanchements plus ou moins abondants dans la substance cérébrale elle-même. Lorsque ces épanchements se produisent dans le cervelet et surtout dans la masse médullaire désignée sous le nom de *processus cerebelli ad testes*, ils peuvent amener la cécité complète, comme cela résulte des observations recueillies et publiées par Serres (1). Ces faits ne sont point fréquents; pour ma part je ne les ai jamais observés; mais si de pareils cas se présentaient à votre observation, messieurs, il est plus que certain que l'examen ophthalmoscopique donnerait des résultats négatifs, puisqu'on sait par expérience que les désordres inflammatoires des tubercules quadrijumeaux et de la région voisine restent très-longtemps sans aucune altération du côté de la papille, malgré la cécité souvent complète des deux yeux.

II. *Lésions des nerfs oculo-moteurs.* — A la suite de violences extérieures exercées sur la tête, soit par des corps contondants, soit après la chute sur la tête, il peut se produire un épanchement plus ou moins abondant du sang dans un endroit plus ou moins éloigné de la substance cérébrale, sans que pour cela le cerveau ait éprouvé une solution de continuité. C'est à une sorte d'ébranlement violent, se communiquant des parois du crâne à la masse encéphalique, qu'il faut rapporter la cause de ces hémorrhagies. Tandis que dans certains cas plus graves on voit la pulpe cérébrale réduite à une sorte de bouillie lie de vin, dont le centre contient souvent dans son épaisseur un caillot sanguin, dans d'autres cas, au contraire, les petits foyers sanguins sont groupés dans un espace circonscrit formant une tache de couleur violacée.

Malgré les difficultés que présente de tout temps le diagnostic entre la commotion, la contusion et l'épanchement sanguin, il n'est pas douteux, comme dit M. Nélaton (2), que ce dernier est caractérisé par l'existence de paralysies, qui sont tantôt très-étendues et occupent la moitié du corps; dans d'autres cas elles sont très-limitées, et n'occupent qu'un seul organe ou un seul nerf, et tiennent par conséquent à ce que l'épanchement siége dans tel ou tel point de l'encéphale.

A cette variété d'altération on doit rapporter les paralysies des nerfs oculo-moteurs. Ce sont surtout les paralysies de la 6me paire que j'ai vues se déclarer à la suite des blessures et des contusions du crâne, et tantôt elles sont monoculaires et peu accentuées, tantôt elles affectent les deux yeux à la fois, et sont même suivies de paralysie de la 7me paire. Sous l'influence de ces altérations il se produit chez ces malades des troubles notables de la vue, qui peuvent être facilement confondus avec les vraies amblyopies ou des amauroses cérébrales commençantes. Pourtant, si on se rapporte aux symptômes qui sont propres aux paralysies de la 6me paire, on reconnaît immédiatement que le trouble de la vue n'est occasionné que par la paralysie des muscles. En voici quelques signes, propres à cette affection : 1° Le malade a l'habitude de tourner sa tête constamment du côté de l'œil paralysé; il conserve cette position pendant la marche aussi bien que lorsqu'il veut fixer quelque chose, ce qui lui permet d'éviter la diplopie, qui est très-gênante pour la vue; 2° Il existe un trouble marqué de la vue lorsqu'on regarde des deux yeux, mais il se dissipera dès qu'on aura caché l'un d'entre eux; 3° La paralysie de deux 6mes paires est souvent accompagnée d'un phénomène tout particulier de vertige, que notre excellent confrère et ami le docteur Cuignet (d'Alger) a décrit sous le nom de *vertige oculaire* (1); 4° Le malade voit double et cette diplopie est aux images homonymes, de sorte que si l'on place un verre rouge devant l'œil droit, par exemple, l'image rouge d'une bougie allumée sera vue à droite et l'image blanche à gauche du malade. La diplopie existe également en haut et en bas de la ligne horizontale.

(1) Serres, *Journal de physiologie expérimentale*.
(2) Nélaton, *Éléments de pathologie chirurgicale*, t. II, p. 595, Paris 1847.

Il arrive quelquefois que la paralysie commence par un œil et se communique, au bout de quelque temps, à l'autre ainsi qu'aux autres nerfs, comme il m'a été permis de l'observer dans le cas suivant :

OBSERVATION. — M. J..., âgé de 40 ans, machiniste du Grand-Opéra de Paris, vint me consulter, le 20 juillet 1870, pour un trouble de la vue très-marqué de l'œil gauche survenu à la suite d'un coup qu'il avait reçu sur le côté gauche de la tête avec un décor de l'Opéra. Il ne perdit pas connaissance, mais resta étourdi pendant plusieurs heures, puis il ressentit une violente douleur de tête qu'il garda pendant huit jours, et la conserva jusqu'au moment où il était venu me consulter. En l'examinant, j'ai pu constater que le trouble de la vue qu'il accusait était dû à la paralysie incomplète de la 6me paire gauche; de chaque œil séparément le malade voyait très-distinctement, et il n'y avait aucune altération dans les membranes internes de l'œil. Je fis appliquer quatre sangsues derrière l'oreille gauche, et je prescrivis des purgatifs salins.

27 Juillet. Les douleurs de tête, quoique diminuées, n'ont pas complétement disparues; un vésicatoire large à la nuque.

10 Août. Une potion iodée est administrée à l'intérieur.

20 Août. Vésicatoires volants à la tempe et sur le front, du côté gauche.

19 Septembre. Depuis 10 jours le malade ne voit plus double.

29 Septembre. Le malade revient avec une paralysie de la 7me paire gauche et de la 6e paire droite. Un nouveau vésicatoire à la nuque est appliqué et renouvelé au bout de huit jours.

Ce traitement est continué pendant un mois, ensuite le malade est soumis à l'électrisation directe des muscles paralysés et à l'iodure de potassium, ainsi qu'au régime tonique, fortifiant; et sous l'influence de ce traitement, la diplopie ainsi que la paralysie de la 7me paire disparurent complétement.

On ne peut comprendre la production successive des paralysies de la 6me paire gauche, puis successivement de la 7me paire gauche et de la 6me droite que par la situation et les rapports anatomiques des origines de ces nerfs.

D'après les recherches de Schroder van der Kolk, de Stilling et de Duchenne (de Boulogne), le nerf oculo-moteur externe a son origine dans le raphé médian du bulbe, où il s'entrecroise avec celui du côté opposé, tandis que extérieurement il se trouve en relation avec les fibres originelles du facial. En supposant donc qu'un épanchement sanguin se soit produit chez notre malade dans une portion du bulbe où se trouve logé le noyau originel de la 6me paire gauche, il y a eu paralysie du muscle droit externe gauche. Cet épanchement a été suivi d'un ramollissement autour du foyer, qui a atteint d'un côté l'origine de la 6me paire droite, et de l'autre côté l'origine de le 7me paire avec laquelle elle se trouve en voisinage.

Les contusions de la tête peuvent être quelquefois beaucoup plus complexes, et occuper aussi bien les membranes internes de l'œil que les nerfs moteurs; la paralysie peut alors dépendre des fractures de la base du crâne ou des parois orbitaires, tandis que les altérations des membranes oculaires ne pourront être attribuées qu'à la contusion directe du globe. Voici un fait de ce genre :

OBSERVATION. — M. le général N..., âgé de 68 ans, vint me consulter, le 29 août 1870, pour un accident qui lui arriva au camp de Châlons au mois de juin de la même année. Emporté par son cheval, il fut jeté par terre et tomba sur la tête; consécutivement à cette chute il resta plusieurs heures sans connaissance. Lorsque les accidents cérébraux qu'il a eus en conséquence se dissipèrent, il s'aperçut que les deux yeux étaient très-troubles; l'œil droit était fortement contusionné et rouge. J'ai pu en effet constater des traces non encore dissipées d'ecchymose sous-cutanée palpébrale à droite. Il y a eu en outre des opacités multiples dans le cristallin et des flocons nombreux dans l'œil droit. La conjonctive était rouge, et les vaisseaux du cul-de-sac fortement engorgés et variqueux s'étendaient sur le globe de l'œil. L'œil gauche présentait une paralysie

(1) Cuignet, *Du vertige oculaire* (*Bulletin de la Société de médecine d'Alger*, 1er sept. 1866).

complète de la 6me paire, et il y avait en outre un bourdonnement très-violent de l'oreille du même côté.

Ces différentes altérations ne pouvaient évidemment être rapportées à l'origine cérébrale de ces nerfs, mais on avait plutôt le droit de supposer l'existence d'une fraction de la base du crâne et d'une contusion du globe lui-même.

Tels sont, messieurs, les altérations qui peuvent amener des troubles visuels ou la cécité complète par traumatisme. Avant de terminer ces conférences, permettez moi de vous dire encore quelques mots sur les amauroses simulées que les malades mettent quelquefois en avant pour obtenir des dommages-intérêts après les coups et les blessures reçus dans cette région.

III. *Diagnostic différentiel entre les amauroses traumatiques et les amauroses simulées.* — Les amauroses consécutives aux blessures peuvent présenter certaines difficultés pour le diagnostic, surtout si les altérations que l'on constate avec l'ophthalmoscope sont de peu d'importance où si elles manquent complètement. Le médecin est souvent, en effet, appelé à donner son avis sur l'état de l'œil blessé, et il doit se prononcer en toute conscience si réellement l'œil blessé est amaurotique ou s'il n'est qu'affaibli dans ses fonctions, et jusqu'à quel degré. Un soldat qui aura perdu la vue par une blessure a droit à une indemnité ou une pension; un particulier reçoit une blessure par imprudence ou par malveillance d'un autre individu, et il demande des dommages-intérêts. C'est le médecin oculiste qui est appelé à se prononcer en dernier ressort, et il doit s'assurer par lui-même si réellement l'œil blessé est amaurotique.

Cette question délicate demande un examen le plus attentif et un jugement sévère de tous les phénomènes qu'on pourra constater. Cela est d'autant plus important qu'on a quelquefois affaire à des individus qui ne font que simuler l'amaurose d'un œil; et dans la plupart des cas, ils jouent leur rôle avec une connaissance parfaite des symptômes d'amaurose, et après avoir pris les informations nécessaires auprès des gens expérimentés.

Nous avons dit plus haut que dans certaines formes d'amaurose cérébrale, surtout celles qui sont dues aux altérations des centres visuels, l'examen ophthalmoscopique ne donne que des renseignements négatifs, et que la papille du nerf optique ne diffère en rien de l'aspect physiologique. En supposant qu'on ait affaire à une *amaurose simulée*, le chirurgien se trouvera devant une difficulté de décider jusqu'à quel point l'œil prétendu atteint d'amaurose est réellement malade.

Disons d'abord que la *simulation de l'amaurose absolue* des deux yeux ne se rencontre guère que dans des cas tout à fait rares et presque exceptionnels, et il est très-facile de la reconnaître. En effet, dans une amaurose double absolue, il n'existe point de sensation de lumière, et la pupille ne doit pas subir des contractions sous l'impression de lumière vive rapprochée tout près des yeux. Si ces contractions avaient, au contraire, lieu, le doute sur la simulation ne serait plus permis.

Il est beaucoup plus fréquent de rencontrer les *amauroses simulées monoculaires*, mais les moyens d'investigation sont tellement sûrs et certains qu'on n'a pas beaucoup de peine à reconnaître la vérité. Cette épreuve est faite au moyen d'un prisme de 15° ou 20°, que l'on place en avant de l'œil sain, la base dirigée en haut ou en bas. Si l'autre œil ne fait que simuler l'amaurose, le malade verra double, une image se rapporte à l'œil regardant à travers le prisme et l'autre à l'œil simulant l'amaurose. Le malade étant maintenu dans cette conviction qu'on ne soupçonne point l'œil amaurotique et qu'on n'examine que l'œil sain, il attribue l'apparition de deux images à l'action du prisme qu'on place devant ce dernier. Dès qu'on aura obtenu une pareille déclaration du malade, on aura une certitude complète de la simulation. On trouvera dans le livre de M. le docteur Boisseau (1) sur les *maladies simulées* des faits les plus intéressants que j'ai observé sur quelques malades et dont je lui ai communiqué les détails. Ces faits ne se rapportent point aux malades blessés, mais comme les symptômes de ces simulations sont toujours les mêmes, ils peuvent donner des renseignements utiles pour leur diagnostic.

En voici un fait tout récent que j'ai observé sur un enfant de onze ans qui me fut adressé par M. le docteur de la Mardière (de Poitiers).

OBSERVATION. Un garçon de onze ans me fut amené par ses parents de Poitiers le 14 mars 1870; il se plaignait de ne plus voir de l'œil gauche, pas même le jour de la nuit. L'enfant était très-laborieux, disait la mère, et il se désolait de ne pouvoir plus travailler. J'examine l'enfant avec soin et je ne constate aucun changement ni dans la direction des yeux ni dans l'état des deux pupilles. L'examen ophthalmoscopique n'accuse aucune altération dans la pupille. Supposant alors la simulation, je l'ai immédiatement soumis à l'épreuve d'un verre prismatique; et comme l'enfant déclarait voir avec ce verre deux images d'une bougie allumée, il n'y avait aucun doute qu'il s'agissait d'amaurose simulée. J'ai rapporté le fait aux parents. Mais quel n'était pas mon étonnement, lorsque j'ai vu la mère se révolter contre une pareille accusation de ma part. Il fallait, pour la convaincre, renouveler la même épreuve du verre prismatique sur ses propres yeux, et alors seulement la conviction lui est revenu. Du reste, l'enfant ne tarda pas d'avouer sa tentation de tromper ses parents dans le but d'aller consulter à Paris, pour qu'il puisse voir cette capitale.

Mais le diagnostic n'est pas toujours aussi facile qu'on pourrait le supposer d'après les détails ci-dessus indiqués. On pourra en juger par le fait suivant, où la simulation d'amaurose pouvait être soupçonnée chez un jeune homme qui avait été blessé à l'œil avec une pierre lancée par un enfant.

OBSERVATION. M. Y..., maître d'étude, reçut d'un jeune garçon, fils du prince de M..., une pierre dans l'œil gauche en 1865, et il intenta un procès au père de l'enfant en dommages-intérêts. Un jugement de la première chambre du tribunal civil chargea le professeur Tardieu et deux autres médecins d'examiner M. Y... et de décider si réellement l'œil blessé ne voyait pas, et jusqu'à quel point la perte de la vue était occasionnée par la blessure.

Ayant été appelé, en 1867, à donner mon avis sur la nature de la blessure, j'ai pu constater l'état suivant :

1° Un ptosis congénital de la paupière supérieure gauche; 2° une petite tumeur noire occupant le bord inférieure de la cornée gauche, et qui était formée par la hernie de l'iris; c'est sur ce point qu'avait porté la blessure; 3° la cornée et le reste de l'iris étaient sains, ainsi que les milieux de l'œil; 4° La papille du nerf optique et la rétine ne présentaient point d'altération; on ne voyait qu'un petit staphylôme postérieur dû à la myopie.

Le malade déclarait ne rien voir de l'œil blessé, pas même le jour de la nuit, ce qui ne pouvait s'expliquer par l'état sain de la rétine et du nerf optique, ni par la hernie de l'iris. Il restait donc à décider si l'amaurose n'était pas simulée et, dans le cas où elle existait réellement, si elle n'avait pas précédé l'accident.

En soumettant le malade à l'épreuve d'un verre prismatique, j'ai pu me convaincre qu'il ne voyait pas double, et par conséquent il fallait admettre l'amaurose. Quant à la seconde question de savoir si l'amaurose était produite par la blessure où si elle était au contraire antérieure à l'accident, la chose était bien plus difficile à juger, d'autant plus qu'il y avait chez ce malade un *ptosis* bien marqué, qui d'après sa propre déclaration était congénital. Or, l'anomalie dans le développement de la paupière pouvait coïncider avec un autre défaut de conformation qui serait celle d'amaurose congénitale.

Nous nous sommes prononcé dans ce dernier sens, d'autant plus que l'œil était dévié en dehors, ce qui s'observe surtout dans les amauroses anciennes et de longue durée, et que la papille du nerf optique présentait une apparence tout à fait normale, ce qui peut exister dans les amauroses congénitales, mais nullement dans les amauroses produites par une blessure.

Telles sont, messieurs, les considérations médico-légales que j'ai cru utile d'ajouter à l'étude des blessures de l'organe de la vue. Ne pouvant pas m'étendre plus longuement sur ce sujet plein d'intérêt, que je me propose de traiter plus à fond dans un article spécial de mon *Traité des maladies des yeux* (1); j'ai voulu au moins vous indiquer les difficultés principales de diagnostic de simulation et les moyens de les vaincre.

(1) Boisseau. — Sur les maladies simulées, Paris 1870.

(1) Galesowski. — *Médecine légale et hygiène de la vue* dans la 2e partie du *Traité des maladies des yeux* qui est sous presse.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 novembre 1870. — Présidence de M. A. GUÉRIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend le numéro du 19 novembre de l'*Union médicale*.

DISCUSSION

Ophthalmie des nouveau-nés. — (Suite.) M. MARJOLIN insiste de nouveau sur l'origine contagieuse de l'ophthalmie qu'on ne saurait méconnaître, dit-il, alors qu'on voit journellement des enfants absolument sains puiser à l'hôpital le germe de cette maladie qu'ils vont ensuite répandre dans leurs familles, jusque-là exemptes de toute affection de ce genre.

M. Gosselin, dans son travail inséré aux archives, signale une famille dont tous les membres furent atteints d'ophthalmie de cette façon. Pour ce qui est de l'encombrement, M. Marjolin a vu l'ophthalmie éclater dans les asiles, sitôt que le nombre des élèves dépassait un certain chiffre, et chose digne à noter, c'est dans les divisions où les enfants se mêlent entre eux pour jouer que le mal semble plus particulièrement se propager.

M. GUÉNIOT n'a pas voulu nier la contagion directe et l'encombrement. Seulement comme il est fort difficile dans un hospice de neutraliser l'influence de ces causes, il a cru devoir insister sur l'amélioration de l'hygiène de la vue, ne fusse que pour atténuer l'influence des conditions fâcheuses précédemment mentionnées. — Revenant sur le traitement, M. Guéniot confirme ce qu'il en a dit dans la précédente séance.

M. BLOT voit avec plaisir que M. Guéniot accorde à l'encombrement et à la contagion le principal rôle. Le nombre de guérisons obtenues par M. Guéniot s'explique probablement par la légèreté des cas qu'il eût à traiter et surtout par le soin qu'il prit d'appliquer lui-même le caustique au lieu de le laisser aux gens de service, ainsi que cela se fait pour les collyres. Pour son compte, M. Blot a tiré le meilleur parti de l'emploi de ces derniers, dont l'application est infiniment plus commode que celle du crayon. Il est même des cas où le gonflement des paupières est tel qu'il devient impossible et même dangereux de renverser ses voiles membraneux. Le reproche d'agir trop fortement sur la cornée adressé au collyre, se retrouve d'une façon bien autrement grave pour le caustique solide, attendu que celui-ci peut fuser et se répandre sur la cornée.

M. DEPAUL se fondant sur son expérience et sur celle de M. P. Dubois, admet sans restriction l'influence du milieu, dans la production de l'ophthalmie, sans qu'on puisse provisoirement dire en quoi consiste le principe morbifique. C'est ainsi que d'un instant à l'autre, on voit éclater tout à coup des épidémies d'ophthalmie dans les salles, sans qu'aucune condition semble matériellement changée.

Une fois l'ophthalmie développée, il n'y a rien de plus contagieux, et si l'on ne prend pas les précautions voulues, on lui voit faire des ravages.

Une solution de nitrate d'argent, composée de 30 grammes d'eau et de vingt-cinq centigrammes de nitrate d'argent, réussit dans la grande majorité des cas, en y joignant les soins de propreté voulus.

Cinq ou six jours de traitement suffisent, et l'on parvient à guérir ainsi, dans la proportion de *quatre-vingt-dix* pour cent. M. Depaul n'est pas partisan des douches, comme les pratiquait M. Chassaignac, attendu qu'elles exposent les enfants à contracter des bronchites.

Eu égard à l'influence que la leucorrhée de la mère peut exercer sur la production de l'ophthalmie, M Depaul la croit nulle, attendu qu'il est démontré, que même la blennorrhagie ne semble pas agir sur les yeux du nouveau-né, protégés qu'ils sont au moment du travail, par la forte occlusion de ceux-ci et l'abondante couche de matière sébacée qui les recouvre.

M. GIRALDÈS croit, comme M. Blot, que les succès de M. Guéniot reposent, en partie, sur la légèreté des cas qu'il eut à traiter. Pour son compte, pendant les quatre années qu'il a passé à l'hospice des Enfants assistés, il a rencontré très-souvent à l'autopsie des yeux atteints d'ophthalmie, une choroïdite intense caractérisée par une injection excessive des *vasa vorticosa*. Par contre la complication diphtéritique y est très rare, contrairement au dire de M. Chassaignac, et contrairement aussi à ce qui a lieu chez des enfants plus âgés comme ceux qu'on reçoit à l'hôpital de la rue de Sèvres.

M. GIRAUD-TEULON fait observer que le travail du confrère du Nord est relatif à l'influence de la leucorrhée des femmes de service, pouvant agir par le linge, les éponges et autres contacts, et non à la leucorrhée de la mère. Du reste, c'est là un point qu'il laisse aux méditations des gynécologistes, et qu'il n'a fait que mentionner en passant.

Après s'être servi des douches oculaires, il a cru devoir les abandonner comme n'offrant aucun avantage sur le traitement classique par les lavages et les collyres, tandis qu'elles exposent à une réaction parfois vive du globe oculaire.

M. Giraud-Teulon hésite à admettre que dans la forme vraiment purulente, la proportion des guérisons puisse être celle indiquée par M. Guéniot. Le renversement des paupières, tel qu'il doit être pratiqué dans l'application du crayon, expose en outre à des accidents graves, et même à l'issue du cristallin, si par malheur la cornée était ramollie.

M. BLOT, aux inconvénients déjà signalés des douches, ajoute le danger qu'il y aurait pour l'opérateur de voir le liquide purulent jaillir dans son propre œil, et c'est précisément de cette façon qu'un interne de l'hôpital des Enfants assistés perdit l'œil.

Des lavages simples et quelques gouttes de collyre au nitrate d'argent, qu'on laisse tomber vers le grand angle de l'œil, suffisent dans la grande majorité des cas, à condition, bien entendu, que l'ophthalmie ne soit pas grave de sa nature, ni par trop avancée.

M. DOLBEAU insiste sur l'encombrement et le manque de nourrices en nombre suffisant, ce qui, suivant lui, explique la gravité toute particulière de l'ophthalmie qu'on observe à l'hospice des Enfants assistés. Après y avoir passé trois ans, il est sorti avec cette conviction que la malignité de l'hophthalmie qu'on y traite est extrême, et dès lors les cas signalés par M. Guéniot lui paraissent ne devoir représenter qu'une série heureuse d'ophthalmies relativement légères.

Le crayon de nitrate d'argent combiné à l'emploi des douches pulvérisées, est ce qui lui a réussi le mieux dans cet établissement, mais en ville, vue les conditions hygiéniques meilleures, les simples collyres, comme ceux dont on a parlé, peuvent parfaitement réussir.

M. GUÉNIOT insiste de nouveau pour préciser que le chiffre de guérison donné par lui concerne non de simples ophthalmies catarrhales, mais bien des cas véritables d'ophthalmie purulente.

Sans doute, lorsqu'il y a déjà une fonte de l'œil, ou de la choroïdite (qu'il croit d'ailleurs rare) le cas est désespéré, mais ainsi qu'il l'a dit, ces cas mis à part, la guérison est à peu près constante, alors même qu'il y a un certain degré d'ulcération de la cornée.

M. PANAS croit, comme MM. Guéniot et Dolbeau, que le crayon mitigé constitue le meilleur mode de traitement dans les cas de véritable ophthalmie purulente des nouveau-nés, laquelle présente, comme on sait, tant de points de ressemblance avec l'ophthalmie blennorrhagique de l'adulte.

Comme cinq ou six applications de caustique suffisent, terme moyen, pour arrêter la purulence, on peut, si les enfants résistent ou font de violents efforts, avoir recours au chloroforme et dans le cas de gonflement avec phymosis des paupières, pratiquer le débridement de la commissure externe. Ce débridement a, entre autres avantages, celui de diminuer la pression sur le sommet de la cornée, ce qui en prévient le sphacèle.

Un fait qu'il est bon de noter, puisque l'occasion s'en présente, c'est que le pus de cette ophthalmie inoculé par M. Panas, sur la conjonctive chez des chiens qui venaient de naître, est restée absolument négative. La même chose est arrivé en y substituant au pus de l'ophthalmie du pus blennorrhagique pris chez un malade de l'hôpital du Midi.

M. MARJOLIN croit que cinq à six cautérisations ne suffisent pas pour la guérison. Il n'a pas eu l'occasion de pratiquer des inoculations sur les yeux d'animaux, mais il a vu et soigné deux jeunes chats affectés d'ophthalmie grave qu'il parvint à guérir à l'aide de collyres au nitrate d'argent.

M. PANAS répond à M. Marjolin que cinq ou six cautérisations insuffisantes sans doute pour guérir complétement l'ophthalmie, suffisent le plus souvent, ainsi qu'il l'a dit déjà, pour changer le caractère purulent de cette dernière. Réduits de la sorte aux proportions d'une conjonctivite catarrhale, les simples collyres suffisent alors qu'employés dès le début, ceux-ci pourraient rester sans effet.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel: F. PANAS.

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (1).

XXXIII. **Académie de médecine.** — L'Académie tient séance.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 novembre 1870. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'action physiologique et thérapeutique des préparations arsenicales, et particulièrement de l'arsénite ou arséniate d'antimoine.

M. GOBLEY a demandé la parole, dans la dernière séance, dans l'intention de prier M. Barth de dire à l'Académie si M. le docteur Papillaud avait indiqué, dans son mémoire, le mode de préparation de l'arséniate d'antimoine.

Lorsque ce nouveau médicament a été annoncé par M. Papillaud avec toutes les propriétés qu'il lui attribue, plusieurs pharmaciens se sont occupés de sa préparation, mais ils n'ont pu parvenir à l'obtenir, ou du moins ils n'ont obtenu qu'un composé mal défini, qu'il était impossible de considérer chimiquement comme un véritable sel.

En effet, l'arsenic et l'antimoine se touchent de très-près dans la série des corps simples. Ils se remplacent dans les composés naturels dont la forme cristalline n'est pas par là altérée, et il est même rare que l'un existe sans être accompagné au moins d'une trace de l'autre. Ces deux corps ont en outre une grande propension à se combiner avec plusieurs équivalents d'oxygène pour former des composés plutôt acides que basiques, et ont par conséquent peu de tendance à former des sels.

Dans l'arséniate de soude, on a un composé parfaitement défini, d'une composition toujours la même, quel que soit le procédé dont on s'est servi pour le préparer. L'arséniate de soude, comme préparation arsénicale soluble, se recommande donc à toute l'attention des médecins. Il en est ainsi de l'arséniate de potasse et d'ammoniaque.

L'arséniate de fer employé pour combattre certaines affections cancéreuses et certaines dartres ulcérées ne présente déjà plus cette fixité de composition des sels précédents. Il constitue cependant un médicament sur la valeur duquel on peut compter; il est formé d'arséniate de protoxyde de fer et d'arséniate de peroxyde de fer et se prépare facilement par double décomposition en versant une dissolution d'arséniate de soude dans une solution de sulfate de fer.

Si l'arséniate d'antimoine pouvait être obtenu par un procédé semblable, il n'y aurait, au point de vue chimique, aucune observation à faire sur le travail de M. Papillaud; mais il n'en est pas ainsi. Le chlorure d'antimoine, ou beurre d'antimoine, qui est le seul sel d'antimoine dont on puisse se servir, n'est pas soluble dans l'eau; il ne peut se dissoudre dans ce liquide sans se décomposer et sans donner lieu à un précipité d'oxychlorure. Or, si l'on ajoute une dissolution d'arséniate de soude dans une telle solution, ou seulement dans du chlorure d'antimoine tombé en déliquium, il est difficile de savoir ce qui se produit. C'est pour cela qu'il y a des doutes à émettre sur la véritable nature de l'arséniate d'antimoine.

M. Gobley propose donc à l'Académie une légère modification dans les conclusions présentées par M. Barth.

M. Barth conclut ainsi : « Après avoir fait ces réserves, et quoi qu'il en soit du degré de curabilité des maladies organiques du cœur, nous pensons que l'introduction de l'arséniate d'antimoine dans la pratique est une heureuse acquisition pour la matière médicale, et que cet agent thérapeutique prêtera aux autres moyens dont la médecine dispose un très-utile concours. »

M. Gobley propose, au lieu de cette conclusion, d'adresser à M. Papillaud une lettre de remercîments pour cette intéressante communication.

Quant aux formules pour la préparation de l'arséniate d'antimoine, M. Gobley demande, comme M. Barth, qu'elles soient renvoyées à la commission des remèdes secrets et nouveaux.

M. BARTH déclare ne pas s'opposer à ce que des modifications soient faites aux conclusions de son rapport, si elles doivent leur substituer une formule qui approche davantage de la vérité.

M. WURTZ ne trouve, au point de vue chimique, aucune raison théorique qui s'oppose à l'existence de l'arséniate d'antimoine; mais l'existence de ce sel n'est nullement démontrée. Il faudrait donc vérifier d'abord si ce sel existe avant de se prononcer sur ses propriétés physiologiques et thérapeutiques.

M. JULES GUÉRIN propose, avant toutes choses, d'inviter l'auteur à envoyer à l'Académie des échantillons de son médicament, ainsi que les formules de sa préparation, pour les soumettre à l'examen de la commission des remèdes secrets et nouveaux, qui présentera ensuite son rapport.

Cette proposition est adoptée.

M. LEBLANC appelle l'attention des praticiens sur le degré de tolérance de l'économie animale pour l'arsenic et ses préparations. Ce degré varie beaucoup. Les expériences d'Orfila, de Rognetta et d'autres observateurs sur des animaux de la même espèce, ont prouvé que les uns sont empoisonnés avec de petites doses d'arsenic, tandis que d'autres résistent parfaitement à de fortes doses. Il est donc prudent, lorsqu'il s'agit d'employer ce médicament dans la pratique médicale, de commencer d'abord par de petites doses et de n'arriver que graduellement à des doses plus élevées.

M. Leblanc ajoute que ses propres expériences confirment les résultats indiqués dans la dernière séance par MM. Bouley et Reynal sur l'efficacité de l'arsenic pour l'amélioration de la *pousse* chez les chevaux. Cette efficacité se révèle même à des doses minimes de l'agent thérapeutique; celui-ci a été administré d'ailleurs, aux chevaux, depuis 10 centigrammes jusqu'à deux grammes, et progressivement jusqu'à la dose énorme de 30 grammes et au delà.

M. SÉE présente d'abord une analyse rapide des observations publiées dans les divers mémoires de M. le docteur Papillaud relativement à l'emploi de l'arséniate de soude dans les maladies organiques du cœur. Il montre que la plupart de ces observations ne sauraient être admises comme étant réellement des cas de maladies organiques du cœur. Cependant il en est dans le nombre jusqu'à cinq ou six qui ont été prises avec quelque soin et dans lesquelles la certitude du diagnostic semble ne pouvoir être révoquée en doute. Or, dans deux cas où l'auteur paraît avoir eu véritablement affaire à la maladie de Corrigan (insuffisance aortique), le traitement a échoué. Il y a eu simplement diminution de la dyspnée, symptôme d'ailleurs moins caractéristique dans la maladie de Corrigan que dans les autres affections organiques du cœur. Dans trois autres cas, une fois l'influence du médicament s'est bornée à transformer, au bout d'un an, un bruit de souffle râpeux en un souffle très-doux; deux fois la maladie du cœur semble avoir réellement été guérie; du moins, chez un jeune homme de 22 ans présentant un bruit de souffle râpeux indiquant un rétrécissement de l'orifice aortique, et qui avait été traité par l'arséniate d'antimoine, l'auteur, qui avait perdu le sujet de vue, l'ayant retrouvé au bout de onze ans, constata que le bruit de souffle avait complétement disparu.

Quoi qu'il en soit de cette guérison, que l'on pourrait peut-être attribuer à la nature et non au traitement, le fait en est intéressant, en ce qu'il montre la possibilité de la guérison des maladies organiques du cœur, et cela chez les enfants et les jeunes gens. Ainsi que l'a fort bien dit M. Barth, on voit des enfants qui, à la suite d'un rhumatisme articulaire aigu compliqué d'endocardite ou de péricardite, présentent des bruits de souffle caractéristiques d'une maladie organique du cœur, guéris complétement au bout d'un certain nombre d'années.

Toutefois, il ne faudrait pas croire que la disparition du bruit de souffle est un signe certain de la guérison de la maladie. Il y a des malades, en effet, chez lesquels ce symptôme cesse, on ne sait ni pourquoi ni comment, sans que la moindre amélioration se manifeste du côté de la dyspnée et de l'œdème.

La plupart des autres observations relatées dans les mémoires de M. Papillaud se rapportent à des maladies autres que des affections organiques du cœur. Elles sont englobées sous le nom de palpitations. Plusieurs se rapportent à cet état complexe que l'on a désigné sous le nom de *maladie de Basedow* et qui, en outre des palpitations, présente, comme on sait, et l'exophthalmie et l'hypertrophie du corps thyoïde. Il n'est pas sans intérêt de voir que la médication arsenicale a produit, dans ces cas, des effets véritablement remarquables.

Une action du médicament qui mérite d'être notée en première ligne, parce qu'on la retrouve dans toutes les maladies qui ont été traitées par l'arsenic, c'est celle qui s'est traduite chez les malades de M. Papillaud par la diminution de la dyspnée et le relèvement des forces. C'est là, en quelque sorte, la caractéristique de l'action des préparations arsénicales. En dehors de cette action, il est nécessaire de faire des réserves, à l'exemple de M. Barth, relativement à l'influence de l'arseniate d'antimoine sur les maladies organiques du cœur.

M. Sée déclare que, pour lui, l'action de l'arsenic sur l'organe central de la circulation est très-contestable. A cet égard, il ne saurait partager l'opinion émise dans la dernière séance par M. Gubler, non plus que certaines autres idées professées par son collègue au triple point de vue de l'action physiologique des préparations arsenicales sur la nutrition, la respiration et la circulation.

1° *Effets de l'arsenic sur la nutrition.* — Avant de produire ses effets généraux, l'arsenic commence à agir sur le tube digestif; il augmente l'appétit et favorise la digestion, principalement la digestion stomacale, ce qui a conduit un certain nombre de médecins à le prescrire contre les dyspepsies avec inappétence, et même contre les gastralgies. Toutefois, il existe un assez grand nombre de malades qui ne peuvent supporter l'arsenic à aucune dose, et chez lesquels quelques gouttes de liqueur de Fowler déterminent du dégoût, de l'anorexie, des nausées, des vomissements et de la diarrhée. Mais ceux qui tolèrent le médicament voient immédiatement leurs digestions devenir plus actives et leur nutrition s'accroître.

On a comparé ces effets de l'arsenic à ceux des toniques, et particulièrement des ferrugineux. On a dit qu'il augmente le nombre des globules du sang.

D'autres médecins ont avancé, au contraire, que l'arsenic produit des effets de débilitation, d'anémiation, de dissolution du sang.

Il n'en est rien. L'arsenic ne détermine la diffluence du sang que dans les cas d'empoisonnement d'*arsénicisme*.

Il n'augmente pas davantage le nombre des globules.

Son action sur le sang est analogue à celle que M. Claude Bernard a signalée pour le gaz oxyde de carbone. Ce gaz mis en contact avec les globules du sang aurait, suivant M. Claude Bernard, la propriété de rendre plus intime et plus durable la combinaison de ces globules avec l'oxyde, si bien que la couleur du sang des animaux empoisonnés par l'oxyde de carbone reste rutilante; leurs muscles conservent après la mort une coloration d'un rouge très vif, phénomène que l'on observe également chez les individus qui ont succombé à l'asphyxie par la vapeur du charbon.

L'action de l'arsenic sur les globules du sang serait donc comparable à celle de l'oxyde de carbone. Sous son influence, les globules se conserveraient mieux, leur combinaison avec l'oxygène serait plus intime; le sang des animaux devient, en effet, plus rouge qu'à l'état normal.

De ce fait découle une conséquence importante, à savoir que les combinaisons de l'oxygène avec les globules du sang étant plus durables et moins souvent renouvelées, donnent lieu à des produits d'oxydation moins nombreux, partant à une destruction moins rapide de la matière organique, à un ralentissement du mouvement de dénutrition, d'où résulte une économie réelle pour l'organisme. Cette action est rendue manifeste par l'examen des produits d'oxydation qui sortent de l'organisme d'une part sous forme d'urée, dernier terme des déchets des matières albuminoïdes, d'autre part sous forme d'acide carbonique, produit ultime de la combustion des matières hydro-carbonées de la substance vivante. Il est démontré aujourd'hui, par l'analyse chimique, que ces produits diminuent de quantité sous l'influence de l'arsenic.

Mais pour que les résultats de l'analyse ne soient pas entachés d'erreur, il faut, au préalable, ainsi que l'a démontré en 1865 M. Voït (de Munich), commencer par équilibrer le budget des recettes et des dépenses des individus que l'on soumet à ces expériences. C'est pour ne pas avoir pris ces précautions que certains observateurs ont avancé que l'arsenic augmentait la proportion des produits d'oxydation. Il est bien démontré aujourd'hui, ainsi qu'il résulte de la thèse de M. le docteur Lolliot, que l'administration de l'arsenic détermine une diminution de 20, 30 et 40 pour 100 de la proportion d'urée contenue dans l'urine.

Il va sans dire que ces résultats n'ont de valeur qu'à la condition d'être recueillis sur des sujets chez lesquels les effets primitifs de l'arsenic n'auront produit ni augmentation ni diminution de l'appétit et des fonctions digestives. Il est facile de comprendre, en effet, que, dans le premier cas, la quantité d'urée serait plus ou moins notablement augmentée et qu'elle serait diminuée dans le second.

Quand l'appétit n'a été ni augmenté ni diminué par l'administration de l'arsenic, on est dans les conditions favorables pour obtenir de l'analyse chimique des résultats nets et précis. La diminution de la proportion de l'urée et de l'acide carbonique, que l'on observe dans ces conditions, prouve bien que l'arsenic a pour effet d'enrayer le mouvement de dénutrition. Il diminue les oxydations organiques, et, partant, la quantité de calorique produit, et ces effets résultent de l'épargne de la combustion des matières grasses de l'économie, ainsi que de la diminution de l'activité des phénomènes chimiques qui se passent dans le tissu musculaire. L'arsenic épargne donc plus particulièrement la graisse et les muscles.

C'est en vertu de cette action reconstituante indirecte que l'arsenic a pu être employé avec succès dans le traitement des fièvres intermittentes par Boudin et, après lui, par MM. Frémy, Moutard-Martin, Isnard (de Marseille), ainsi que par un grand nombre de médecins militaires. L'arsenic constitue donc un fébrifuge, mais un fébrifuge spécial qui réussit surtout dans les cachexies paludéennes comme moyen indirect de reconstitution organique.

2° L'action favorable de l'arsenic sur la respiration est mise hors de doute par les observations et les expériences de MM. Bouley, Leblanc, Reynal, ainsi que par les habitudes des populations de la basse Autriche sur lesquelles Tschudi et de nombreux médecins anglais qui ont été observer sur les lieux ces populations arsénicophages ont donné des renseignements précis et dignes de foi. Ces observateurs sont unanimes pour proclamer les bons effets de l'arsenic sur la fonction respiratoire.

La clinique a mis en relief également les résultats favorables de l'emploi de l'arsenic dans la plupart des affections thoraciques dans lesquelles la dyspnée est le symptôme prédominant, dans l'asthme, la bronchite, les catarrhes pulmonaires, et jusque dans la phthisie. Cette action favorable de l'arsenic dans les maladies des voies respiratoires est démontrée par les travaux du docteur Cahen, repris par M. Moutard-Martin, et par ceux des médecins des thermes du Mont-Dore, dont les eaux sont remarquables par la proportion d'arsenic qu'elles contiennent.

3° En ce qui concerne les effets des préparations arsenicales sur la circulation, les opinions les plus discordantes ont été émises par les auteurs; les uns, avec Trousseau, Orfila, etc., déclarant que l'arsenic est un excitant de la circulation; les autres, au contraire, proclamant que ce médicament jouit de propriétés sédatives et hyposthénisantes sur la circulation et qu'il détermine le ralentissement du pouls.

Il est remarquable que, parmi les cliniciens, les praticiens qui ont eu fréquemment l'occasion de manier la médication arsenicale, comme les médecins militaires, ceux qui s'occupent spécialement du traitement des maladies de la peau, pas un seul n'a signalé le fait du ralentissement du pouls.

M. Sée continue à penser, malgré les critiques de M. Gubler, que l'arsenic n'exerce pas d'influence sur le centre circulatoire, mais qu'il jouit d'une action spéciale élective sur les capillaires, surtout des parties supérieures du corps.

Il y a à cela deux raisons : la première, c'est que les capillaires des parties supérieures du corps, particulièrement de la face et du cerveau, possèdent une structure musculaire plus parfaite que ceux des parties inférieures; ils jouissent de plus de contractilité et dès lors il n'est pas étonnant qu'ils répondent d'une manière plus spéciale à l'action de l'arsenic.

Une deuxième raison de cette action spéciale de l'arsenic sur les capillaires des parties supérieures, c'est que divers médicaments peuvent exercer une action élective sur certains nerfs, et même des nerfs vaso-moteurs. De même qu'il existe des substances, comme, par exemple, la fève de Calabar, qui exercent une action élective sur le centre vaso-moteur de la moitié inférieure du corps, de même il peut y avoir des médicaments qui portent plus particulièrement leur action sur le centre vaso-moteur de la moitié supérieure. Tout le monde sait que le curare, la digitaline ont une action spéciale sur le nerf pneumo-gastrique. Pourquoi l'arsenic ne pourrait-il avoir aussi une action plus marquée sur les vaso-moteurs des parties supérieures du corps?

En résumé, les préparations arsenicales exercent, suivant M. Sée, une influence remarquable sur trois grandes fonctions de l'organisme, la nutrition, la respiration et la circulation. L'arsenic est un reconstituant indirect par le privilége qu'il a d'enrayer le mouvement de dénutrition organique. A ce point de vue, il pourrait être employé utilement contre le diabète, maladie dans laquelle se produit une déperdition incessante d'urée, si ce médicament n'était contre-indiqué parce qu'il a pour effet de diminuer la chaleur animale. L'arsenic constitue un moyen puissant d'action sur les organes respiratoires. Enfin il exerce une action élective sur les artérioles, surtout des parties supérieures du corps. A cet égard il peut être mis rationnellement en usage pour combattre certaines congestions.

M. HARDY fait remarquer que si l'on est généralement d'accord sur les effets physiologiques de l'arsenic, il n'en est pas de même quand il s'agit d'établir la théorie de ces effets. Les explications de M. Sée, empreintes d'un esprit de généralisation un peu trop hâtive, ne lui semblent pas être en complète harmonie avec les faits cliniques.

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

En ce qui concerne la prétendue action élective de l'arsenic sur les nerfs vaso-moteurs des parties supérieures du corps, la théorie de M. Sée se trouve en contradiction avec l'observation, qui montre la paraplégie comme étant souvent la conséquence de l'empoisonnement par l'arsenic. De même les individus soumis à la médication arsénicale ont vu sous cette influence s'affaiblir leur puissancee génésique. Donc, loin d'admettre une action élective de l'arsenic sur les vaso-moteurs des parties supérieures du corps, M. Hardy serait tenté d'attribuer à ce médicament une action spéciale sur les vaso-moteurs de la moitié inférieure.

M. Hardy croit à la puissance reconstituante des préparations arsénicales; mais les effets en sont passagers; ils disparaissent très-promptement après la cessation du médicament.

Quant à décider si l'arsenic est un excitant ou un hyposthénisant, M. Hardy croit qu'il faut être très-réservé sur ce point et ne pas prendre pour des réalités des conceptions purement théoriques.

M. Hardy ajoute qu'il n'est pas indifférent d'employer telle ou telle préparation arsénicale. La liqueur de Fowler (arséniate de potasse) est généralement mal supportée par les malades. M. Hardy emploie de préférence l'arséniate de soude, mieux toléré que la solution précédente et que l'acide arsénieux, souvent suivi de troubles du côté de l'estomac et de l'intestin. Dans des expériences auxquelles il s'est livré sur lui-même et sur quelques-uns de ses élèves, M. Hardy a toujours observé une augmentation de la sécrétion urinaire. On a depuis longtemps signalé d'ailleurs l'accroissement de l'activité des glandes en général sous l'influence de l'arsenic. Outre l'augmentation des urines, on a noté l'activité de la sécrétion des glandes lacrymales et des glandes de la peau, d'où l'aspect brillant de l'œil des individus soumis à cette médication; d'où encore l'aspect lisse, poli et luisant des poils des animaux auxquels on donne de l'arsenic.

M. SÉE regrette que M. Hardy ait traité de conceptions purement théoriques des inductions tirées de l'analyse chimique. Ce mode d'examen conduit à des conséquences tout aussi positives que l'observation clinique. Quand on constate la diminution notable de la proportion d'urée et d'acide carbonique chez les individus soumis à l'usage des préparations arsénicales, il est bien permis de conclure, sans mériter le reproche de se livrer aux rêveries de l'imagination, que l'arsenic enraye les oxydations organiques.

L'observation clinique pure ne résout pas toutes les difficultés, ainsi que le montrent de reste les divergences d'opinion des médecins dermatologistes au sujet de l'application de la médication arsénicale au traitement des maladies cutanées. M. Bazin professe une opinion et M. Hardy en professe une autre. La clinique n'est donc pas infaillible; elle a besoin souvent d'emprunter les lumières de la physiologie et de la chimie. Donc le point de vue physiologique de l'action des préparations arsénicales peut et doit être discuté, et il est permis d'en tirer des inductions pour éclairer les faits cliniques, lorsque la clinique est incapable de les expliquer.

M. BRIQUET pense que les différents effets de l'arsenic sur l'organisme peuvent s'expliquer par la différence des doses. A la dose de quelques milligrammes à *un* centigramme, l'arsenic augmente l'appétit, l'activité digestive, l'embonpoint et les forces. A plus forte dose, de *un* à *cinq* ou *six* centigrammes, il devient irritant, produit l'anorexie, les vomissements, la diarrhée, etc.

Quant à l'action sur le pouls, M. Briquet ne pense pas qu'on puisse révoquer en doute les effets hyposthénisants de l'arsenic. Tous les observateurs, Trousseau en particulier, quoi qu'en dise M. Sée, ont noté le ralentissement de l'activité circulatoire, accompagné de refroidissement de la peau, etc. Telle est l'opinion de Boudin, de Maillot, de Fodéré.

Dans les affections douloureuses de la poitrine, dans les bronchites, l'emphysème, etc., c'est en diminuant l'irritabilité des bronches et des poumons, c'est en calmant l'érétisme nerveux, que l'arsenic diminue la gêne de la respiration; il agit donc comme sédatif ou hyposthénisant.

A doses toxiques, l'action hyposthénisante de l'arsenic se révèle de la manière la plus évidente; la chaleur diminue et s'éteint; le pouls se ralentit et s'arrête.

Dans des expériences qu'il a faites sur des animaux vivants, auxquels il injectait dans le cœur droit une certaine quantité d'une solution arsénicale, après avoir placé un manomètre dans l'artère carotide, M. Briquet a toujours vu, peu de temps après l'injection arsénicale, le niveau du liquide descendre dans le manomètre, indiquant ainsi une diminution marquée dans la force d'impulsion du cœur et la tension artérielle.

Localement, l'arscnic appliqué sur les tissus les irrite et les mortifie.

(La discussion sera continuée mardi prochain.)

La séance est levée à cinq heures.

AVIS

Avec le n° 151 (31 décembre 1870) se termine la collection de ceux de nos souscripteurs dont l'abonnement expirait le 31 décembre dernier.

Nous prions très-instamment nos confrères de vouloir bien nous adresser le montant de leur renouvellement en un mandat sur la poste à l'ordre du Directeur de la *Gazette des Hôpitaux*.

Ce mode de payement est le plus *sûr* et le plus *économique*.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 8 mai 1871.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Maladies régnantes. — État sanitaire de Paris pendant le siége.

TYPHUS

Aurons-nous le typhus? se demandait-on au début du siége. Avons-nous eu le typhus? pouvons-nous nous demander aujourd'hui. La question peut paraître singulière. Le fait seul de la poser la préjuge en quelque sorte. Il est certain pour tout le monde que le typhus n'a point régné épidémiquement à Paris. Mais il reste à examiner s'il ne s'est point manifesté pendant le siége un certain nombre de cas de typhus isolés, qui seraient restés à l'état sporadique et qui auraient été comme l'ébauche d'une épidémie avortée; c'est ce qui ressortira peut-être de l'exposé des faits suivants :

Au mois de janvier, M. Raynaud communiquait à la Société médicale des hôpitaux quelques faits qui lui semblaient constituer des cas de typhus et qu'il avait observés à la maison de Sainte-Perrine et au Grand-Hôtel. Il avait vu, entre autres, des maladies exanthématiques analogues à la rougeole, accompagnées d'adynamie, de taches ecchymotiques et suivies de mort rapide. Dans d'autres cas moins graves, les malades entraient dans le service très-fatigués, enroués, avec une bronchite caractérisée par des râles ronflants et sibilants. L'éruption de taches rosées confluentes apparaissait après deux ou trois jours de ces prodromes. L'aphonie persistait, la toux était opiniâtre, l'insomnie continue, la langue sèche, les dents fuligineuses; il n'y avait ni météorisme ni diarrhée. Vers le douzième ou quinzième jour, la température tombait de 40 à 38 et 37°; le pouls de 120 à 90 et 75. Enfin la convalescence arrivait soudainement, moins de trois semaines après le début des accidents.

Des cas analogues ont été observés par M. Féréol à l'hôpital de la rue de Sèvres, et par M. Laboulbène à l'hôpital militaire du Gros-Caillou. Dans plusieurs des observations recueillies par M. Féréol, l'éruption a pris le caractère hémorrhagique. Mais dans les uns et les autres, l'autopsie a montré les lésions de la fièvre typhoïde, et, ce qui rendait peut-être encore plus douteux le caractère typhique dans ces cas, aucun fait de contagion n'aurait été constaté.

Enfin M. H. Roger a vu dans un service deux cas, qu'après une observation attentive il a cru devoir inscrire comme des cas de typhus.

La nature typhique de ces cas a été contestée par plusieurs médecins, notamment par MM. Bergeron, Chauffard et Villemin, qui en avaient observé de semblables. L'un des motifs qui ont fait contester cette détermination par M. Bergeron, en particulier, est le rapprochement qu'il a fait des cas actuels avec l'observation qu'il avait déjà faite en 1855 et 1856, savoir : que l'état typhique est, chez les soldats, une complication presque constante de toute maladie, quelque légère qu'elle soit.

L'objection principale était tirée surtout de l'anatomie pathologique, c'est-à-dire de l'existence des lésions intestinales propres à la fièvre typhoïde dans ces prétendus typhus.

Cette objection, fondée pour quelques faits, l'est-elle pour tous? — A l'ambulance du Luxembourg nous avons été plusieurs fois frappés aussi de l'aspect typhique qu'ont présenté plusieurs malades. Je n'ai pas hésité, pour ma part, à donner le nom de typhus à un malade placé dans les salles de notre collègue M. de Ranse. Ce malade, au moment où je l'ai vu, était dans l'état comateux; il présentait tous les signes d'une prostration profonde, le facies avait ce cachet d'hébétude propre aux typhiques, les conjonctives étaient fortement injectées, une abondante éruption pétéchiale recouvrait en partie les régions inférieures du ventre, surtout les plis des aines et les cuisses, où elle était presque confluente; il existait une large tache ecchymotique dans la région dorsale; et avec cela peu de diarrhée, presque point de symptômes abdominaux, un pouls faible, dépressible, misérable. La maladie avait débuté par des vomissements et une violente céphalalgie, puis quelques symptômes ataxiques, du délire, auxquels avaient succédé promptement la prostration et le coma, où nous l'avons trouvé. Il a succombé à la fin du quatrième jour. L'autopsie faite par les soins et sous les yeux de notre confrère M. Danet, médecin en chef de l'ambulance, a permis de constater l'existence de la lésion intestinale de la fièvre typhoïde, plaques de Peyer ulcérées. Nous avouerons, malgré cela, ne pouvoir nous défendre de l'idée que nous avions eu sous les yeux les symptômes d'un véritable typhus, et notre opinion à cet égard était pleinement partagée par M. de Ranse et par M. le docteur Maurice Perrin, du Val-de-Grâce, qui a vu également ce malade, dont il a pu comparer l'état avec les nombreux typhiques qu'il a eu l'occasion d'observer en Orient.

Sur trois autres sujets morts après avoir présenté des phénomènes tout à fait semblables, un dans le service que dirigeait alors M. Constantin Paul et les deux autres dans les salles de M. Danet (l'un de ces malades, par parenthèse, vu par M. Michel Lévy, aurait été reconnu par lui comme un véritable cas de typhus), l'autopsie aurait, paraît-il, révélé les mêmes lésions. D'un autre côté, nous tenons de quelques-uns de nos sous-aides qui ont coopéré à d'autres autopsies faites au Val-de-Grâce, que sur des sujets morts dans les mêmes conditions, et après avoir présenté le même ordre de phénomènes, on n'a trouvé d'autres lésions que des stases et des suffusions sanguines dans la plupart des viscères et en particulier dans la rate, qui était réduite à une sorte de putrilage.

Nous ajouterons qu'à cette même époque nous avons plusieurs fois observé des phénomènes d'apparence typhique souvent très-prononcés chez des rubéoleux et des scarlatineux. En même temps que le premier malade dont nous venons de rappeler l'histoire et dans le même service, M. de Ranse nous a fait voir un rubéoleux dont la maladie avait débuté exactement de la même manière; au point que notre collègue s'était demandé un instant s'il n'avait pas affaire encore là à un nouveau cas de typhus, lorsque une éruption rubéolique caractéristique et abondante est venue lever les doutes. Nous étions évidemment en présence d'une de ces rougeoles que l'on a appelées justement typhiques.

Nous utiliserons tout à l'heure ce rapprochement. Bornons-nous pour le moment à constater que ces cas de typhus, si réellement ils méritent ce nom, et pour nous nous n'en doutons pas, sont restés isolés, sans suite ni traînée, qui ait pu faire soupçonner une contagion; en un mot, qu'il n'y a point eu à proprement parler d'épidémie de typhus.

Cette absence d'épidémie de typhus à Paris pendant le siége a paru surprendre quelques médecins. On a cherché à s'expliquer cette heureuse immunité. M. Chauffard a cru en trouver la raison dans cette circonstance que le typhus ne naît pas spontanément sur le sol français, mais qu'il peut y être importé, se comportant en cela comme la peste bovine. D'après cette manière de voir, il ne suffirait pas, comme on l'a souvent dit et écrit, de la réunion de deux ou trois conditions généralement considérées comme susceptibles d'engendrer le typhus, telles que l'agglomération, l'encombrement, le voisinage de miasmes et de détritus humains, l'excès de fatigues et de veilles, et les impressions morales tristes et dépressives, pour voir se produire une épidémie de typhus. Il faudrait, en outre, des conditions de climat et de sol qui ne se trouveraient pas en France. Bien que cette opinion ait été appuyée, non sans quelque apparence de fondement, par plusieurs médecins, qui ont cité en particulier l'exemple des délimitations géographiques très-tranchées qui existent également dans les deux hémisphères entre les contrées à typhus, qui sont généralement au nord, et les contrées à fièvres typhoïdes, qui confinent plus volontiers le sud, nous n'en conservons pas moins des doutes sur cette autre question, savoir : si l'absence d'épidémie de typhus ne tient pas au moins tout autant à ce que les causes qui l'engendrent habituellement n'ont agi ni avec assez d'intensité ni avec assez de persistance pour lui donner naissance.

On devait naturellement s'être préoccupé de cette question au début du siége; on n'avait pas été, en effet, sans supputer les chances plus ou moins probables de l'invasion d'une épidémie typhique, en faisant également la part des conditions générales d'hygiène de Paris et des conditions spéciales où allait se trouver une partie notable de sa population, particulièrement la population armée. « Avons-nous à craindre, écrivait M. Colin au mois de septembre dans la *Gazette hebdomadaire*, quelques-unes de ces épidémies qui surgissent de toutes pièces dans les armées, surtout pendant les guerres de siége, comme le scorbut, le typhus? » Je ne le pense pas, disait-il, et la raison qu'il en donnait, pour le scorbut du moins, c'est que ce n'est pas à cette saison qu'il se développe (nous n'étions alors qu'au commencement de l'automne), et qu'il serait conjuré d'ailleurs par l'abondance de nos approvisionnements, par la possibilité d'ensemencer quelques-uns des terrains vagues de la capitale pour la production des végétaux frais dont l'usage prévient et guérit cette affection. De même du typhus; c'était là également, ajoutait M. Colin, une maladie de la saison froide, surgissant à l'époque où, pour échapper aux rigueurs de la température, les soldats s'entassent étroitement dans les tentes et les baraques, dont ils condamnent toutes les ouvertures.

M. Béhier, dans une conférence sur les maladies qui peuvent se développer dans une ville assiégée, faite à la même époque, au mois de septembre dernier, déclarait également, après avoir énuméré toutes les conditions qui se groupent d'ordinaire pour engendrer le typhus, que nous n'aurions vraisemblablement pas à le craindre; et il se fondait en cela sur des motifs analogues à ceux qu'invoquait M. Colin, savoir que nous avions à notre disposition de vastes baraquements, des casernes bien aménagées, des forts bien aérés, que le froid n'était pas encore tel qu'on fût obligé de se calfeutrer bien hermétiquement; enfin, qu'on avait ouvert partout de larges voies à l'air extérieur, et que toutes les précautions allaient être prises par l'autorité pour veiller à ce que toutes les conditions de la meilleure hygiène possible fussent observées dans l'armée. (Voir la Conférence en question, *Gazette des Hôpitaux*, nos 126 et 127, 1er et 3 novembre derniers.)

Bien que les événements aient trompé, à quelques égards, les calculs de MM. Colin et Béhier, leurs prévisions n'en ont pas été moins justes. Nous pourrions même ajouter, en ce qui concerne particulièrement celles de M. Colin, qu'elles ont été justes même jusque dans leur erreur. Expliquons cet apparent paradoxe. Lorsque M. Colin annonçait que nous n'aurions pas le scorbut, il se trompait évidemment, mais il se trompait sur l'effet prévu parce qu'il avait été induit en erreur sur ses causes; son erreur était logique. Il se fondait, en effet, sur deux circonstances qui se sont trouvées être plus tard toutes différentes et même toutes contraires de ce qu'elles étaient et de ce qu'il les prévoyait devoir être au moment où il écrivait ces lignes, sur la douceur de la température, tandis que l'hiver a été au contraire d'une rigueur exceptionnelle, et sur une abondance d'approvisionnement calculée sur une durée du siége bien moindre que sa durée effective. Si bien qu'en réalité ces deux circonstances, considérées comme les conditions principales de la production d'une épidémie de scorbut, le froid intense et prolongé et l'absence d'alimentation végétale fraîche (car, comme on ne l'a su que de reste, l'ensemencement des terrains vagues de Paris pour la production de végétaux frais n'a été que pure illusion) n'ont que trop librement et trop efficacement exercé leur action sur nos soldats.

Voilà qui est clairement démonstratif au point de vue de l'étiologie vraie du scorbut.

Quant au typhus, l'événement a également donné raison à M. Colin et à M. Béhier. Non pas que nous n'ayons eu cette saison froide qu'ils considèrent comme devant contribuer au développement du typhus. On n'en a que trop éprouvé les effets, mais cette température froide n'a pas eu pour résultat l'encombrement permanent de jour et de nuit dans des lieux clos et à air confiné, l'une des causes immédiates présumées du typhus. Malgré l'extrême intensité du froid, en effet, nos soldats n'en ont pas moins continué, pour la plupart au moins, à vivre au grand air et à y passer la plus grande partie de leur temps. De sorte que là même où il a pu y avoir encombrement, cet encombrement n'a été ni assez grand, ni surtout assez prolongé pour engendrer le miasme typhique.

Que serait-il arrivé si le siége eût duré plus longtemps? nous ne pouvons évidemment pas le dire. Sans doute, si l'on s'en rapporte à l'opinion de la plupart des auteurs qui ont observé les épidémies de typhus dans les armées, sur l'étroite connexité qui semble lier l'un à l'autre le scorbut et le typhus, ces deux affections naissant généralement dans des conditions à peu près identiques, et se manifestant presque toujours successivement, le scorbut devançant ordinairement le typhus et semblant en quelque sorte en constituer comme le prodrome épidémique, il y a tout sujet de penser que si le siége eût duré plus longtemps, nous aurions fini par avoir une épidémie de typhus. Mais cela restera toujours à l'état de simple présomption. A Dieu ne plaise que nous ayons de longtemps à subir une pareille épreuve! Mais si, par impossible, les mêmes conditions ou des conditions analogues se reproduisant, le typhus ne se manifestait pas, cela donnerait assurément une grande valeur à l'opinion des médecins qui ne croient pas à la naissance spontanée du typhus en France. Le fait de Metz assiégé ou bloqué pendant plusieurs

mois dans des conditions d'encombrement et de privations bien autres encore qu'à Paris et où il ne s'est pas produit, dit-on, un seul cas de typhus, rapproché de ce qui a eu lieu sous nos yeux, nous paraîtrait militer en faveur de cette opinion.

Dr Brochin.

ÉTUDE SUR LES FISTULES VÉSICO-INTESTINALES (1)

Par le Dr P. Blanquinque,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Les propositions suivantes résument le travail dont on vient de lire le titre :

1° Les *fistules congénitales* sont dues à un arrêt de développement de l'intestin et de la vessie.

2° Toutes les fois qu'il y a communication congénitale entre le rectum et la vessie, il y a en même temps imperforation ano-rectale.

3° On peut observer ces fistules chez les filles.

4° Le rectum est toujours très-imparfaitement développé, il est situé à une distance assez grande du périnée.

5° Les imperforations de l'urèthre, le rectum étant normal, ne s'accompagnent pas de fistule vésico-intestinale.

6° Cette maladie s'accompagne souvent d'autres vices de conformation.

7° Le pronostic est grave, car on aura peu de chances d'établir l'anus dans la région périnéale.

8° Deux cas de guérison, dont un très-douteux.

9° Le traitement consiste à opérer l'imperforation.

10° Les *fistules traumatiques* succèdent aux tailles recto-vésicales, aux perforations de la vessie par un cathéter, aux blessures par armes à feu.

11° Les *fistules accidentelles non traumatiques* sont quelquefois produites par l'inflammation ulcérative d'un des organes contenus dans le petit bassin (typhlites, pérityphlites, abcès de la fosse iliaque, perforation de l'appendice vermiculaire, catarrhe de vessie, abcès de la prostate, corps étrangers de la vessie, etc.).

12° Dans la grande majorité des cas, les ascarides lombricoïdes profitent d'une perforation préexistante pour passer dans la vessie; ils ne peuvent ulcérer l'intestin par leur contact qu'en pénétrant dans l'appendice iléo-cæcal et seulement à titre de corps étrangers.

13° J'ai trouvé trois cas de fistule vésico-intestinale chez la femme.

14° La sortie de gaz par l'urèthre est un signe de communication de la vessie avec l'intestin, si ces gaz sont rendus spontanément à la fin de la miction.

15° L'urine ne s'écoule pas continuellement par le rectum.

16° Cet écoulement n'est même pas forcément continuel lorsqu'il y a en même temps fistule à l'anus.

17° Les fistules d'origine organique sont incurables; celles qui ont une origine inflammatoire ou traumatique sont au contraire susceptibles de guérir.

18° Le traitement consiste en soins de propreté s'il s'agit de fistules d'origine organique (anus artificiel s'il y a rétention des matières).

Dans les fistules d'origine inflammatoire, essayer la sonde à demeure; si l'orifice rectal est visible et que les symptômes soient graves, opérer comme s'il s'agissait d'une fistule borgne anale.

Pour les fistules traumatiques, même traitement que pour les fistules anales complètes, en modifiant un peu l'opération et le pansement consécutif.

EMPOISONNEMENT PAR LE SULFATE DE CUIVRE

Une femme de trente-deux ans avale une verrée d'eau contenant en solution 15 grammes de sulfate de cuivre. Les gémissements qu'elle pousse, les hoquets qu'elle a attirent sa domestique, qui pénètre dans l'appartement. On court chez le pharmacien, qui délivre de la magnésie calcinée, et M. Vergely, mandé aussitôt, constate l'état suivant : faciès non très-altéré, légère teinte bleuâtre de la muqueuse buccale; pouls petit et n'offrant pas la fréquence qu'indiquent les différents traités classiques, 80 à 90 pulsations seulement; sensation de chaleur à l'épigastre, signes d'irritation gastro-intestinale du côté de l'abdomen; les matières vomies ayant été jetées ne peuvent être examinées.

On continua la magnésie calcinée; le pouls diminua de fréquence et les selles devinrent nombreuses, tant sous l'influence de l'entérite provoquée par le toxique que sous celle du sulfate de magnésie calcinée. L'ingestion de quelques morceaux de glace fit disparaître les nausées et modéra la sensation de chaleur à l'épigastre; des cataplasmes de farine de lin sur l'abdomen, quelques gouttes de laudanum à l'intérieur calmèrent les accidents gastro-intestinaux, et la guérison eut lieu en quelques jours. (*Union médicale de la Gironde.*)

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MOUVEMENT SCIENTIFIQUE PENDANT LE SIÉGE DE PARIS (2).

15 NOVEMBRE.

XXXII. **Variole.** — M. le docteur Delioux de Savignac commence dans le *Bulletin de thérapeutique* un travail intitulé :

DU TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE ET CURATIF DE LA VARIOLE

L'homme apporte en naissant une prédisposition inexpliquée à trois fièvres éruptives : la rougeole, la scarlatine et la variole, mystérieuses dans leur nature, mais se traduisant aux yeux exercés par des phénomènes généraux et locaux non méconnaissables. La rougeole, comme une sorte de venin que notre organisme doit rejeter au dehors, affecte tôt ou tard, dans nos climats du moins, l'immense majorité, sinon la totalité des individus. Aussi autant vaut-il que le tribut lui soit payé pendant le premier âge et sous le règne de quelque épidémie bénigne, l'expérience ayant souvent démontré que ses sévices devenaient plus graves dans un âge plus avancé. La scarlatine est, si l'on peut ainsi dire, moins contagieuse; d'ailleurs, elle ne se propage pas aussi facilement, et l'on voit de nombreux individus s'y soustraire pendant toute la durée de leur existence.

La plus redoutable de ces trois visiteuses, qui déposent chacune sur notre enveloppe cutanée le cachet de leur éruption spécifique, c'est la variole, vulgairement connue en France sous le nom de *petite vérole*, pour la distinguer de la grosse ou grande vérole, laquelle, soit dit entre parenthèses, ne vaut guère mieux, si même elle n'est pire. Mais de celle-ci du moins, en définitive, se préserve qui le veut bien. Il n'en est pas de même de l'autre; car, à un moment donné, sous le double coup d'une contagion fortuite ou d'une influence épidémique inévitable, quelquefois même par suite d'une explosion spontanée, le poison varioleux s'infiltre ou se développe dans nos veines, crible le derme d'une myriade de pustules, et après avoir fait encourir à sa victime les deux périls successifs de la lutte initiale et de l'infection purulente, laisse de son passage des traces indélébiles, dont par surcroît, et par le plus triste des priviléges, le visage devient le lieu fatal d'élection.

Et cependant la variole ne semble pas avoir toujours compté dans le contingent des maux qui affligent l'espèce humaine. Toutes notions antérieures précises manquant à son égard, elle serait apparue pour la première fois en Arabie au sixième siècle, et de là les conquérants arabes l'auraient propagée en Europe. Toujours est-il que, depuis cette époque, ses ravages, continus ou intermittents sur tous les points du globe, n'ont plus cessé. L'idée vint plus tard de leur opposer l'inoculation préventive; de deux maux choisissant le moindre, on préférait à la variole spontanée la variole provoquée. Mais celle-ci encore avait parfois sa gravité, et souvent aussi laissait après elle des stigmates ineffaçables.

L'inoculation vaccinale, préconisée par Jenner à la fin du dernier siècle, révéla un moyen bien plus efficace de s'opposer au développement de la variole, ou du moins d'en atténuer considérablement les effets. A partir du jour où sa propagation eut lieu sur une grande échelle, les épidémies varioliques diminuèrent de fréquence et d'intensité. Puis, comme si le virus vaccin eût perdu de sa puissance à mesure que l'on s'était éloigné du moment où il avait été primitivement puisé dans la pustule du cowpox, ces épidémies disparurent et vinrent fournir un nouvel argument aux détracteurs de la pratique de Jenner. Mieux inspirés, ses partisans y virent la nécessité de recourir à des vaccinations nouvelles, afin de faire récupérer aux individus le bénéfice de préservation qui semble s'être usé en eux.

Là, quoi qu'on en ait dit, est encore le salut. Pour tous ceux qui ont, attentivement et sans parti pris, observé dans leurs rapports comparatifs la variole et la vaccine, il est incontestable que celle-ci est, quant à présent, le meilleur préservatif, non pas absolu, mais relatif, de celle-là. Considérons donc comme devant être maintenue dans toute sa rigueur cette double loi de prophylaxie, en vertu de laquelle l'homme doit être vacciné dès son premier âge, et revacciné, sinon à telles ou telles périodes de son existence, du moins au moment des épidémies de variole, lorsqu'il s'est écoulé assez de temps depuis la dernière inoculation vaccinale pour que l'on puisse craindre l'épuisement de l'immunité qu'elle avait conférée. Si l'on avait obtempéré à cette loi au début et dans le cours de l'épidémie actuelle, il est vraisemblable que cette épidémie aurait fait moins de ravages et même qu'elle se serait depuis longtemps terminée. C'est après avoir pratiqué, fait ou vu pratiquer des milliers de revaccinations dont j'ai surabondamment constaté les conséquences prophylactiques, que je m'inscris au nombre de ceux qui conseillent avec le plus d'insistance de recourir à cet héroïque et unique moyen d'acquérir l'immunité contre l'épidémie qui continue à sévir au milieu de nous.

Depuis le début de l'épidémie actuelle, j'ai revacciné avec le cowpox environ cent cinquante personnes. J'en ai suivi ou revu une centaine, dont pas une n'a payé le moindre tribut à l'épidémie; et il ne m'est pas revenu qu'une seule des cinquante autres ait été moins heureuse. J'ai d'ailleurs, en d'autres circonstances, observé de tels résultats sur une échelle bien plus large encore; j'ai vu de nombreuses agglomérations d'hommes, sur les navires, dans les hôpitaux, dans les casernes, soustraites par des vaccinations et des revaccinations préventives aux épidémies varioliques qui régnaient autour d'elles. Je suis convaincu que l'immense majorité, sinon la totalité, des médecins des armées de terre et de mer, sont à même de produire à cet égard pareil témoignage en faveur de la vaccine. C'est grâce à celle-ci que la variole sévit infiniment moins sur notre personnel militaire, soumis à une discipline hygiénique difficilement applicable aux populations civiles.

Comment se peut-il que, après des faits aussi probants, après les conseils réitérés des hommes que leur expérience spéciale a rendus les plus compétents sur la question du vaccin, la population parisienne ait, en partie, manifesté tant d'indifférence et parfois d'éloignement pour l'emploi du seul moyen reconnu susceptible de combattre un fléau auquel chaque nouvelle victime apporte un nouvel aliment? Car ici la contagion est fatale, et quiconque est contaminé devient un danger pour le voisin; cercle vicieux dans lequel l'épidémie se perpétue, et d'où l'on ne peut sortir que par l'immunité acquise aux individus par le tribut payé à l'épidémie ou par l'inoculation vaccinale. Ce dernier moyen, il me semble, vaut encore mieux que l'autre.

Mais si tant de gens n'y ont pas eu recours, c'est qu'il n'y a pas eu seulement tiédeur ou négligence de leur part, il y a eu aussi préjugé, hostilité même contre une pratique à laquelle on a reproché non-seulement son inutilité, mais ses périls. Ensuite est venu le litige, aussi souvent mal établi que mal jugé, entre le vaccin animal et le vaccin humain.

L'inutilité de la vaccine n'est pas soutenable; ses bienfaits sont évidents, et, pour les attester, il n'y a qu'à faire appel à ceux qu'elle a préservés de la variole dans l'épidémie actuelle, à ceux même qui, ayant négligé de se faire revacciner, mais ayant été vaccinés dans leurs premières années, ont généralement eu des atteintes moins graves, moins funestes que les individus qui n'avaient jamais été vaccinés. Au sujet des revaccinations qui n'en ont pas moins été suivies peu après de l'explosion de la variole, il faut dire d'abord que l'action prophylactique de la vaccine ne s'exerce dans toute sa puissance qu'un mois environ après l'inoculation vaccinale; en outre, l'opération a pu être mal faite, ou faite avec un vaccin de mauvaise qualité. Lorsque, au contraire, la vaccination a été pratiquée dans de bonnes conditions, l'individu vacciné fût-il déjà dans la période d'incubation d'une variole, ou cette incubation survînt-elle un peu plus tard, mais avant que l'effet prophylactique du vaccin soit réalisé, l'éruption vaccinale influencera toujours plutôt en bien qu'en mal les symptômes propres à la variole, et là même encore la vaccination n'aura pas été inutile.

Ses périls? Ils sont imaginaires, ou bien ils ont été exagérés. La clinique a depuis longtemps rendu une ordonnance de non-lieu à propos de l'accusation intentée à la vaccine de ne fermer la porte à la variole que pour l'ouvrir à d'autres maladies, entre autres à la phthisie pulmonaire et à la fièvre typhoïde. Mais, dans ces derniers temps, trois autres chefs d'accusation ont ému davantage le public et suscité à la vaccine de nouveaux adversaires :

1° On l'a suspectée d'introduire dans le sujet vacciné le germe des maladies dont le sujet vaccinifère est atteint. Or il n'y a de prouvé jusqu'ici que la transmission de la syphilis. Autant qu'on le peut, d'ailleurs, on doit choisir le vaccinifère parmi les sujets sains, bien portants, exempts de toute affection cachectique, infectieuse ou contagieuse; on s'enquiert de l'état de sa santé, de celle même de ses parents, et l'on mettra ainsi l'origine du vaccin à l'abri de toute suspicion;

2° On a reproché à l'inoculation vaccinale de produire une inflammation locale prenant parfois un caractère plus ou moins grave. Ceci est tout à fait l'exception, et quant à moi je n'ai jamais vu une inflammation de quelque importance suivre cette opération. Cependant je ne nie pas la possibilité d'accidents de ce genre; mais je crois qu'en s'y prenant à temps on en préviendra l'extension. Ce qui est plus grave, c'est l'infection purulente survenant chez quelques sujets, et très-rapidement, avec la mort même pour conséquence; encore plus rares, des faits de cette nature se sont néanmoins présentés. Mais tous ces accidents ne sont-ils pas moins imputables au vaccin qu'à la manière défectueuse dont certaines vaccinations ont été pratiquées? Il faut puiser, aussi bien dans la pustule de la vaccine que dans celle du cowpox, le virus au moment précis de sa maturité et avant que le pus se mêle à l'humeur qui le recèle. Si l'on ne prend pas religieusement cette précaution, et si au lieu du vaccin, ou même avec le vaccin, on inocule le pus, est-il surprenant qu'il survienne non-seulement un érysipèle phlegmoneux, mais encore une véritable infection purulente? On récolte ce que l'on sème;

3° Enfin on est allé jusqu'à accuser les revaccinations d'agir, surtout en temps d'épidémie, plutôt en favorisant qu'en empêchant l'explosion de la variole. Une aussi étrange idée est comparable à celle des gens qui prétendent qu'un paratonnerre attire plutôt la foudre sur un édifice qu'il ne l'en préserve.

Quant à la question de savoir lequel est préférable du vaccin animal ou du vaccin humain, elle est trop nouvellement posée pour être résolue aujourd'hui d'une manière complète. Il est positif que le vaccin humain ou jennérien, c'est-à-dire transplanté de la génisse à l'homme, puis exclusivement cultivé chez ce dernier, a pendant longtemps fourni des preuves incontestables de son efficacité. C'est moins parce que nous avons fini par douter de cette efficacité que parce qu'il nous a manqué, que force nous a été de recourir au cowpox. Mon opinion n'est pas que l'un soit préférable à l'autre; quoique j'aie obtenu de si bons résultats en dernier lieu du vaccin de génisse, que, jusqu'à plus ample informé, j'en suis, à ce moment, à les estimer également tous les deux, parce qu'ils me semblent également antagonistes du virus variolique. Reste à décider lequel des deux confère à la plus longue échéance l'immunité contre ce virus; c'est ce que le temps pourra seul nous apprendre. Mais du moins, dans les circonstances présentes, tout autorise et engage même à se servir du vaccin de génisse. Bien choisi et bien employé, double condition indispensable au succès, je suis persuadé qu'il contribuera à l'extinction de l'épidémie autant que le vaccin jennérien.

Armés de l'un ou de l'autre, selon l'occasion ou selon nos propensions, faisons donc une bonne fois justice de toutes les objections, de tous les préjugés qui s'opposent encore à la propagation de la vaccine, à l'application du seul moyen qui, dans l'état actuel de nos connaissances, constitue toute la prophylaxie de la variole. Après avoir conseillé ce moyen si évidemment efficace et si généralement inoffensif, après en avoir usé pour la prévenir, voyons maintenant par quels moyens thérapeutiques nous pouvons combattre cette calamiteuse épidémie, dont la persistance et la progression exigent un redoublement de nos efforts pour mettre au moins hors de cause un des fléaux qui nous assaillent dans ces tristes jours.

XXXIII. **Assistance publique.** — *La Revue des cours scientifiques* publie le travail suivant qui mérite l'attention de nos lecteurs.

Assistance publique.

Le moment est opportun pour formuler des vœux. Si chacun des hommes qui sont actuellement en position de parler de la chose publique avec quelque compétence, veut dire ce qu'il sait, en se tenant dans l'ordre d'idées où s'est exercée son activité intellectuelle, les cahiers de 1870 marqueront une étape dans notre histoire intérieure; ils pourront être utilement consultés par ceux qui seront chargés de refaire notre société, quels qu'ils soient. Cet cahier-ci. Cette institution ne répond plus aux besoins physiques ni aux exigences morales de notre société. Elle ne saurait être laissée en l'état où elle est, ni améliorée progressivement. Une réforme soudaine est nécessaire; ni les pauvres, ni les malades ne doivent attendre.

Il est admis par tout le monde, dans les pays civilisés, que l'en-

(1) In-8°, 1870. — Prix : 2 fr.

(2) Voir le dernier numéro.

combrement ou l'accumulation des malades en un même lieu est chose funeste ; qu'ainsi s'accroît la mortalité et se forment les foyers d'infection.

Or, notre pays est signalé par les étrangers comme se montrant peu pressé de suivre le progrès sous ce rapport; là comme sur tant d'autres points nous sommes en retard. En même temps que les dépenses ruineuses faites pour le luxe et l'éclat attiraient sur nous le blâme et l'envie des autres nations, les institutions de première nécessité et de premier devoir étaient chez nous négligées et tenues dans l'ombre. Lorsque les besoins croissants de la misère forçaient la main à l'État, et que quelque nouvelle maison s'élevait pour les malades, la préoccupation première paraissait être d'imposer à un public ignorant et négligent de ses intérêts, par une facade monumentale. Servir la politique n'est pas servir l'humanité, et un hôpital ne doit point être, comme un théâtre, un objet de décoration. La disposition intérieure, le choix de l'emplacement, l'aménagement, doivent tendre à un seul but : le progrès dans l'art de guérir. Nous avons vu le scandale de ces palais hospitaliers, où l'on meurt plus que partout ailleurs, de ces Louvres de la misère où le pauvre crédule entre en bénissant la société, et dont il sort trop souvent à l'état de cadavre. Sous ce rapport, le nouvel Hôtel-Dieu, produit hybride d'une antithèse du souverain dans un de ses discours au peuple, et des caprices des architectes, offre un monument d'orgueil et d'insanité à nul autre pareil. Nous n'avons pas attendu ces temps de libre parole pour en dire notre avis; en 1868, dans une brochure sur la réforme des études médicales, nous imprimions ceci : « Je ne puis me décider à quitter cet objet de justes récriminations et de réflexions tristes sans rappeler qu'on a construit des hôpitaux par ordre administratif sans donner satisfaction aux vœux légitimes des médecins. Oui, on élève des hôpitaux, on y enfouit des millions pour la somptuosité extérieure, et l'on affecte de les disposer suivant un plan qui a été blâmé et refusé officiellement par les médecins; et l'indifférence des masses permet de considérer ce fait comme n'exerçant aucune influence fâcheuse sur les rapports de la nation avec l'administration. Nous affirmons que les malades manqueront d'air, qu'il seront exposés à l'infection purulente, la fièvre puerpérale; nous protestons, mais en vain. »

Qui donc devait avertir le peuple, les pauvres gens, les ignorants, les malheureux blessés qui se traînent vers la porte de l'hôpital en demandant secours, les femmes et filles-mères que pressent les douleurs de l'enfantement et qui affluent à l'entrée des maternités meurtrières? Nous, médecins, nous avions ce devoir, et presque tous l'ont compris. Il n'en est qu'un petit nombre, et ils étaient de ceux que leur situation élevée et indépendante mettait au-dessus du reproche ou du soupçon de faire de l'opposition à la politique du gouvernement, qui aient laissé faire le mal sans rien dire. Quant aux administrateurs, aux agents du pouvoir, aux hommes politiques des classes dites éclairées et qui seraient mieux nommées classes découragées, la plupart ne se sont détournés ni de leur bien-être, ni de leur ambition, ni des voies de l'indifférence ou de la servilité, pour s'apitoyer sur le sort des pauvres gens. La charité privée avait disparu ; on s'en rapportait à l'Etat entrepreneur du bonheur public.

Si l'on consulte le compte moral de l'assistance publique sous l'empire, on voit que de nombreuses institutions de bienfaisance ont été fondées depuis 1848 ; mais en examinant de près cette question, on reconnait que l'accroissement énorme de la population à Paris a nécessité l'ouverture de nouveaux services hospitaliers, et qu'il a fallu pourvoir de force à ces besoins urgents comme à ceux de la voirie et de la salubrité publique. Les fondations originales ont été les asiles de Vincennes et du Vésinet, et l'hôpital de Berck ou bains de mer des enfants pauvres. Ces établissements, utiles du reste, ont été mis sous le patronage et sous le nom du souverain, et ont plus rapporté à la politique qu'à l'humanité; leurs dépenses excessives étaient en disproportion avec le service rendu, et cette dépense était au compte de la nation.

Les Maternités. — Cette question est une des plus urgentes ; il y a quarante ans qu'elle est posée, et que de tous les points du globe s'élèvent des voies autorisées qui réclament et protestent contre le système meurtrier des hôpitaux d'accouchements. Les Académies, les Sociétés de médecine ont retenti des plaintes de nos anciens et des nôtres, l'enquête est faite, la solution est indiquée, et rien ne s'est fait ou presque rien. Lutter contre l'indifférence et le scepticisme, user ses forces et son ardeur dans un combat stérile, frapper à toutes les portes en vain, parler, écrire et recommencer sans cesse l'œuvre de prédication, c'est ce que nous avons fait. Il faut ici rendre hommage au zèle et à l'honnêteté du corps médical; il a fait son devoir largement. Quelques citations montreront où en est la question. Dans un livre classique (*Guide du médecin praticien*), en 1866, nous disions, page 78, à l'article Fièvre puerpérale : « N'est-il pas évident que la préoccupation de tout médecin éclairé devra être de savoir s'il règne, là où l'appelle un accouchement, une épidémie de fièvre puerpuérale, et qu'il devra donner ses ordres pour que la femme soit transportée ailleurs ? C'est là une pratique qui existe déjà pour les classes riches, et qu'il faut étendre aux classes pauvres. Il faut que les médecins, qui n'ont droit à la considération publique qu'autant qu'ils servent les intérêts du public, se pénètrent de cette idée : que les *Maternités* sont des foyers habituels de fièvre puerpérale, et que c'est là une institution qu'il faut détruire ou transformer. On peut hésiter quant au moyen, mais non quant au but. » Et ailleurs (page 68) : « Parmi toutes les maladies qui sévissent sur les femmes en couches, il en est une, la fièvre puerpérale, dont les ravages acquièrent quelquefois les proportions d'une calamité publique. Procédant à la façon des affections pestilentielles épidémiques, la fièvre puerpérale fait en très-peu de temps de très-nombreuses victimes, et en présence de pareilles épidémies, la thérapeutique est désarmée. Voilà un fait qui est connu de tout le monde. Le bon sens public a accusé les *Maternités* d'être des foyers permanents de fièvre puerpérale. Lorsqu'une pareille épidémie règne dans une maison d'accouchements, toute femme qui y entre pour accoucher risque sa vie, tout aussi bien que l'homme affaibli et souffrant qui entre dans une ambulance où règne le typhus. On voit alors, chose monstrueuse, l'accouchement, fonction physiologique qui, dans les prévisions naturelles, n'expose la femme qu'à une souffrance passagère, devenir le plus dangereux de tous les états. »

Dès 1855 (thèse inaugurale), nous exprimions la même pensée : « Il est une maladie à laquelle succombent tous les ans dans les grands centres de population, un nombre considérable de femmes en couches ; elle sévit surtout dans les maternités ; cependant on en rencontre des exemples isolés dans la pratique de la ville. Cette maladie, endémique à la Maternité et à l'hôpital des Cliniques de Paris, a contraint plus d'une fois les administrateurs de ces hôpitaux à faire évacuer, pendant plusieurs semaines, les salles destinées aux femmes en couches ; il n'y a guère d'année qui ne s'écoule sans qu'on ait été obligé de recourir à une semblable mesure. On a discuté beaucoup sur la nature de cette maladie, mais on a peu appris à la guérir. *Des nécessités sociales s'opposent sans doute à ce que l'on ait recours à la seule mesure qui pût prévenir de pareils malheurs*, et je prends à témoin les médecins, mes maîtres, qui depuis vingt ou trente ans voient succomber chaque année tant de jeunes femmes qui auraient dû vivre, du peu de succès de la médecine appliquée à la guérison de la fièvre puerpérale dans les hôpitaux. » En 1853, sur 2,567 femmes accouchées à la Maternité, j'en avais vu mourir 152, soit 1/18. Assister à de pareils malheurs et se taire, c'est de la complicité. En 1869, à l'hôpital Saint-Antoine, sur 56 femmes accouchées pendant le mois d'octobre, 45 devinrent malades, proportion vraiment effrayante! A la même époque, il y eut à la Maternité, d'après le rapport de M. Brouardel, sur 82 accouchements, 29 femmes atteintes d'accidents divers et transportées dans le service des femmes malades. Sur ces 29 femmes entrées à l'infirmerie, 7 sont mortes, 1 est sortie mourante, 11 sont sorties guéries, 10 restaient en traitement à la date du 26 novembre. Il est arrivé qu'à la Maternité de Paris 20 ou 30 femmes en couches sont mortes dans une semaine. M. Tarnier, dans un travail de statistique, montre que *la mortalité est dix-sept fois plus considérable à la Maternité de Paris qu'en ville*; par exemple, en 1856, il y a eu en ville 10 décès pour 3,222 accouchements, et à la Maternité 132 décès pour 2,237 accouchements, Les chiffres donnés par M. Husson, sans commentaires, dans son *Etude sur les hôpitaux*, montrent que la mortalité, dans les services d'accouchement de tous les hôpitaux, est également très-élevée. Ces chiffres conduisent M. Tarnier au calcul suivant : Si la mortalité n'avait pas été plus forte dans les hôpitaux que dans la ville, on y compterait à peine 80 décès au lieu de 1,169. M. Léon Le Fort, dans un livre remarquable sur les Maternités dans différents pays, a relevé les résultats de 1,823,093 accouchements, et établi que la mortalité était en moyenne de 1/32 dans les hôpitaux et les Maternités, et de 1/212 dans les villes. Malgaigne, dans le *Bulletin du ministère de l'intérieur* (1864), montrait qu'en 1862, tandis que la mortalité, dans les hôpitaux était de 1 sur 14,64 accouchements, elle n'était dans le service des bureaux de bienfaisance que de 1 sur 160,88. M. U. Trélat, dans une *Etude sur les Maternités en* 1867 (*Archives de médecine*), condamnait les Maternités par des chiffres convaincants. Non-seulement les efforts individuels tendaient à faire disparaître cet odieux système, mais les corps savants prenaient en main cette cause sacrée des pauvres, et mettaient le gouvernement en demeure d'aviser. En 1850, la commission départementale de la Seine faisait sur ce sujet un rapport qui se terminait par les conclusions suivantes :

« La commission départementale, considérant que des épidémies de fièvre puerpérale sévissent fréquemment, de la manière la plus désastreuse, sur les femmes admises dans les maisons d'accouchements appartenant à l'administration de l'assistance publique, émet le vœu que des mesures soient prises pour faire cesser les causes auxquelles peuvent être attribuées les affections épidémiques qui ont leur foyer dans les maisons hospitalières d'accouchements de la ville de Paris. » En 1858, l'Académie de médecine ouvrait une discussion prolongée et approfondie sur cette question ; ce corps savant aura le mérite, aux yeux des honnêtes gens, d'avoir éclairé d'une façon complète l'opinion publique sur ce point, et mis l'administration à même d'agir en toute connaissance de cause. Nous reproduisons ici de courts et significatifs extraits des discours prononcés dans cette discussion. M. Depaul s'exprime ainsi : « Il ressort bien évidemment de tout ce qu'on sait sur la marche de la fièvre puerpérale, qu'elle se développe presque exclusivement dans les maisons où sont réunies en certain nombre les femmes en couches, et que les cas qui s'observent dans la pratique civile ne sont, en général, qu'une émanation des épidémies d'abord concentrées dans certains hôpitaux ; qu'une fois développé, quelle que soit son origine première, le poison, se transmet d'autant plus sûrement et plus fatalement que le nombre des femmes réunies ensemble est plus considérable. D'un autre côté, puisqu'il est certain que la mort par la fièvre puerpérale ne s'observe, dans la pratique de la ville, que dans des cas rares, comparativement à ce qu'elle est dans les maisons spéciales, *n'est-on pas conduit forcément à demander qu'on ne réunisse plus les femmes en conches dans des maisons particulières; qu'on les dissémine autant que possible, dans les diverses maisons hospitalières, et mieux encore qu'on trouve les moyens de les secourir à domicile?* J'ai la conviction que c'est là seule manière de faire disparaître ou diminuer notablement ces épidémies meurtrières qui viennent périodiquement porter le deuil dans les familles et attrister les médecins, qui, n'ayant à leur opposer que des médications incertaines, n'interviennent presque constamment que pour confesser leur impuissance. »

M. Cruveilhier dit que lorsque la fièvre puerpérale se déclare dans une maison d'accouchements, il n'y a qu'un parti à prendre : évacuer l'hôpital. Il demande qu'on supprime les maisons d'accouchements et qu'on les remplace par des secours à domicile. « Qu'on n'espère pas, dit-il, de diminution dans le chiffre de la mortalité de ces maisons, si les choses se maintiennent dans l'état où elles sont en ce moment : il n'y a qu'un seul parti à prendre, c'est la suppression des grands hospices d'accouchements, c'est leur remplacement par des secours à domicile, auxquels on pourrait ajouter un certain nombre de petits hospices situés hors de Paris, pouvant admettre douze, quinze, vingt femmes en couches, et dans lesquels chaque accouchée pourrait avoir une chambre particulière. » M. Cruveilhier proposait à l'Académie d'adresser le rapport de la commission à l'autorité compétente, qui ne pouvait manquer de faire droit à une réclamation aussi légitime, appuyée par l'Académie de médecine tout entière (6 avril 1858).

M. Danyau, chirurgien en chef de la Maternité, formulait ainsi ses vœux : « Paris devrait posséder, dans des positions bien choisies, pas trop près les unes des autres, et aussi loin que possible des hôpitaux ordinaires, de petites Maternités, en nombre assez considérable pour suffire aux besoins de la population indigente, avec la moitié seulement des salles ocoupées. Si l'une de ces maisons était menacée, les autres seraient réduites à un petit nombre, ou tout à fait suspendues, et les femmes dirigées sur une autre. »

M. Bouillaud se ralliait sans réserve à l'avis émis par M. Danyau.

M. Paul Dubois proposait les réformes suivantes, dont il avait entretenu l'administration vingt-six ans auparavant :

1° Supprimer les Maternités.

2° Les supprimer dans la capitale et en créer de nouvelles dans la banlieue, selon la pensée de M. le docteur Joux.

3° Créer de nouveaux établissements, selon les indications de la science, ou introduire dans ceux qui existent déjà les améliorations indispensables à leur salubrité.

M. Cruveilhier avait exprimé le vœu que la discussion pendante alors devant l'Académie de médecine ne restât pas stérile. Ce vœu fut partiellement exaucé, mais voici comment : l'agitation produite par la discussion académique fut considérée par l'administration comme un symptôme auquel il fallait porter remède dans un délai prochain. On improvisa un système qui, mal étudié et fondé sur des notions fausses, ne donna qu'une satisfaction apparente à des vœux si légitimes ; cette satisfaction était un danger de plus, car elle retardait la solution définitive de la question, en même temps qu'elle constituait une dépense infructueuse. On créa la Maternité de l'hôpital Cochin. Il ne semble pas que les médecins compétents aient été consultés sur le plan de cet établissement; en tout cas, il ne s'en trouve pas aujourd'hui qui en réclament l'honneur, car l'entreprise a échoué. L'idée mère en était fausse, et il n'était pas besoin de cette coûteuse expérience pour s'en assurer. On construisit donc une belle maison qui semblait réunir toutes les conditions requises pour l'emploi auquel on la destinait, au voisinage d'un hôpital, mais à une distance qui semblait la mettre à l'abri des miasmes de celui-ci, dans un vaste terrain bordé par des jardins; les vestibules y étaient larges; les salles, très-grandes, étaient disposées de façon qu'une sur deux fût toujours vide, et qu'on pût changer les malades d'air; les lits étaient très-espacés. Les moyens d'aération et de renouvellement de la literie, de lavage, étaient tels qu'on les pouvait désirer. On inaugura le monument et presque aussitôt après son ouverture il s'y déclara, sur les femmes qui y accouchaient, une terrible mortalité. L'étonnement fut grand ; cette déception toutefois aurait pu être évitée, si la question avait été confiée à l'étude des gens compétents.

Ceux-là auraient pu dire aux présomptueux administrateurs qui avaient entrepris l'hygiène de Paris, et en raisonnaient avec assurance, que ce n'est ni la beauté des constructions, ni les ornements, ni le marbre, ni l'ampleur des appartements qui fait la santé. On meurt aussi bien dans un palais que dans une écurie. La propreté n'est une demi-vertu que pour les délicats, elle ne contribue que peu à la santé. Ce n'est pas un sommier mis à la place d'une paillasse malpropre, ni le stuc à la place du plâtras, qui empêcheront une femme de mourir en couches. L'air dont on parle tant est une expression vague et mal définie ; la chimie n'a point encore montré que l'air qui offense l'odorat contint nécessairement des principes infectieux. La mauvaise odeur n'est pas un signe qui indique un danger certain de maladie.

Pauvreté, logement misérable, odeurs fétides, absence de renouvellement de l'air, linges imprégnés du liquide lochial, ce sont les conditions que l'on rencontre chez presque toutes les pauvres femmes, et il n'en résulte pas que les suites de couches doivent être mauvaises.

Jamais personne n'a été en droit de faire de la maladie le corollaire de la malpropreté, ni de faire de la mauvaise odeur le synonyme de l'infection morbide. Il est vrai que le renouvellement de l'air est recommandé aujourd'hui par les chirurgiens ; mais en ce qui concerne la fièvre puerpérale, il est certain que les fenêtres restant ouvertes toujours, il y aura des épidémies à un moment, et qu'il n'y en aura pas à un autre moment, sans que personne puisse donner la raison du fait.

L'expérience de l'hôpital Cochin n'avait pas réussi; les médecins renouvelaient leurs plaintes. En 1867, nous demandions (Société des hôpitaux) la suppression des Maternités. Déjà, deux ans auparavant, nous avions, M. Charrier et moi, présenté au directeur de l'assistance publique, un plan de réforme qui a été repris et développé depuis par M. Charrier (1869) devant la Société de médecine de Paris. Nous en extrayons ce qui suit :

« L'autorité qui s'attachait à la parole de M. P. Dubois a contribué sans doute à entraîner l'administration dans la voie des réformes partielles et des entreprises timides qui se sont résumées dans la construction de la nouvelle Maternité de Cochin. L'expérience a montré quo cette réforme était illusoire, et nous ne doutons pas que ce système mixte ne soit, dès à présent, condamné, aux yeux même de l'administration. » Le mémoire se terminait par des conclusions pratiques : « L'institution des grandes Maternités est condamnée sans retour. Il n'y a pas de discussion possible sur ce point. On discute seulement sur le genre de réforme qu'il convient d'introduire, au point de vue de l'assistance publique, dans le mode de secours offerts par la ville de Paris aux femmes pauvres qui ne peuvent pas faire leurs couches dans leur propre domicile. On peut étendre et perfectionner le système des secours à domicile, mais il y a une classe de femmes qui ne peuvent être secourues. Cette classe, très-nombreuse, comprend :

« 1° Les femmes mariées qui ne sont pas aidées par leurs maris, et qui manquent des objets les plus indispensables.

« 2° Les filles-mères, si nombreuses à Paris, et qui n'ont pas, à proprement parler, de domicile, puisque presque toutes sont des domestiques; or, le plus souvent, elles n'osent avouer à leurs maîtres leur grossesse, et, d'autre part, le nombre est très-restreint des maîtres qui sont assez charitables pour assister leur domestique enceinte.

« Il ne faut donc pas songer à supprimer complétement les lieux de refuge ouverts à ces malheureuses femmes. Voici ce que nous proposons :

« 1° La suppression des grandes Maternités.

« La réduction des services d'accouchements dans les hôpitaux, à quelques lits nécessaires pour les femmes qui, étant traitées à l'hôpital pour une maladie, y accouchent, et pour celles qui, présentant des difficultés dans l'accouchement (dystocie), rentrent dans la catégorie des grands malades ou des blessés qui doivent subir des opérations très-difficiles. En tous cas, il convient que ces accouchements soient dirigés et pratiqués par un accoucheur.

« 3° La création de maisons qui seraient disposées pour recevoir des femmes en couches en petit nombre, et placées dans des chambres particulières, sous la surveillance d'une sage-femme. Ces maisons, disséminées à travers la ville, suffiraient aux besoins de l'assistance publique et seraient soumises à l'inspection quotidienne de médecins accoucheurs... »

L'administration, tout en maintenant l'état de choses ancien et se refusant à une réforme soudaine et radicale que nos institutions politiques rendaient impossible, fit, il faut le reconnaître, quelques efforts pour sortir de son inertie. C'est ainsi que fut rendu un arrêté qui prescrivait de diriger sur les maisons d'accouchements tenues par des sages-femmes de Paris désignées à cet effet, le trop-plein des services d'accouchements des hôpitaux. C'était le principe de la dispersion ou dissémination mis en pratique. M. Moissenet, médecin délégué par ses collègues des hôpitaux près l'administration, et M. Depaul, ne furent pas étrangers à cette mesure, qui a donné de très-bons résultats. Malheureusement, cet essai ne fut établi que sur une échelle assez restreinte. C'est à l'occasion d'une communication officieuse sur ce point, faite à la Société de médecine des hôpitaux, qu'est née la discussion sur les Maternités qui s'est produite au sein de cette société à la fin de 1869, et a abouti à un rapport dont nous allons parler. A ce moment, M. Tarnier, chirurgien de la Maternité, proposait à l'Administration et faisait presque adopter en principe le plan de petits établissements d'accouchements qui devaient, dans un avenir plus ou moins prochain, être mis à l'essai.

La Société de médecine, à la date du 12 novembre 1869, décida, sur notre demande, qu'une discussion serait immédiatement ouverte sur la question de l'assistance des femmes en couches. Il était bien entendu que l'initiative comme le contrôle de toute mesure de ce genre devait appartenir aux médecins, et qu'ils réclameraient l'usage d'un droit dont ils avaient été injustement dépossédés. Dorénavant, fut-il dit, il faudra que l'administration s'entende avec des médecins avant de s'entendre avec des architectes. Le rapport fut présenté à la Société le 14 janvier 1870, par M. H. Bourdon. La discussion, dont on trouvera le compte rendu dans les journaux de médecine, a fourni matière à plusieurs mémoires originaux de MM. Hervieux, Chauffard, Gallard, Dumontpallier. Le rapport rappelle ce qui a été dit précédemment, et se rallie à l'idée de la dissémination; il propose l'essai des petites maisons d'accouchements et contient un paragraphe relatif à la nécessité d'exercer les élèves aux pratiques de l'accouchement, afin de ne point livrer les femmes en couches à des mains inexpérimentées.

Ainsi la question est épuisée, le mal est connu; le remède est indiqué. Il faut aviser sans plus tarder.

(*A suivre.*)

AVIS

Avec le n° 151 (31 décembre 1870) s'est terminée la collection de ceux de nos souscripteurs dont l'abonnement expirait le 31 décembre dernier.

Nous prions très-instamment nos confrères de vouloir bien nous adresser le montant de leur renouvellement en un mandat sur la poste à l'ordre du Directeur de la *Gazette des Hôpitaux*. Ce mode de payement est le plus *sûr* et le plus *économique*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie (tome XXI de la collection, année 1869). 1 volume in-8 de 627 pages et 6 planches lithographiées et coloriées. — Prix : 7 francs.

Traité des fractures non-consolidées ou pseudarthroses par le docteur Bérenger-Féraud, médecin principal de la marine. In-8 de 700 pages. — Prix : 10 francs.

Des troubles de la sensibilité générale dans la période secondaire de la syphilis et notamment de l'analgésie syphilitique, par le docteur Faid, médecin de l'école du Caire (Égypte). In-8 de 134 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Des méthodes générales d'opération de la cataracte et en particulier de l'extraction linéaire composée, par Paul Yades, docteur en médecine. Paris, 1870, 1 gr. in-8 de VIII-77 pages. — Prix : 3 fr.

De l'hyoscyamine et de la daturine. Étude physiologique et applications thérapeutiques, par le docteur Laurent, ancien interne des hôpitaux de Paris. Brochure in-8, avec figures dans le texte. — Prix : 3 fr.

De la congestion pulmonaire simple, par le docteur Bourgeois, ancien interne des hôpitaux de Paris. Brochure in-8 de 90 pages. — Prix : 2 francs.

Armées en campagne. — Considérations relatives aux hommes et aux chevaux. — Prix : 2 fr., au profit des pauvres.

Traité des maladies chroniques, par le docteur Thompson, traduction de l'anglais. Brochure in-12 de 80 pages. — Prix : 1 fr.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

TABLE DES MATIÈRES

DE LA

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES — 1870

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

Y

Z

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX EN 1870

PARIS. — IMPRIMERIE POUGIN, QUAI VOLTAIRE, 13.

